

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ НА ВРЕМЯ ПОЕЗДКИ ЗА ГРАНИЦУ

1. Общие положения

1.1. В соответствии с действующим законодательством и на условиях настоящих Правил страхования (далее по тексту - Правила) Закрытое акционерное общество «Страховая Компания «Белросстрах» (далее по тексту - Страховщик) заключает договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу с юридическими и физическими лицами (далее по тексту - Страхователи).

1.2. Страхователями являются дееспособные граждане Республики Беларусь, иностранные граждане, лица без гражданства, юридические лица любой организационно-правовой формы, заключившие со Страховщиком договоры страхования.

1.3. По договору страхования Страхованными лицами являются Страхователь либо иные физические лица, названные в договоре страхования. Застрахованное лицо имеет право на получение медицинской помощи и оплату расходов, предусмотренных условиями договора страхования, во время его пребывания за границей на территории, указанной в договоре страхования, за исключением территории Республики Беларусь, а также страны, гражданином которой он является, и страны постоянного проживания Застрахованного лица.

1.4. Не заключаются договоры в отношении лиц, страдающих психическими заболеваниями (включая слабоумие), тяжелыми нервными заболеваниями, инвалидов I группы.

1.5. Страхование проводится без предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного лица.

1.6. При наступлении страхового случая Страховщик обеспечивает оказание Застрахованному лицу медицинской или иной помощи через уполномоченную организацию (далее – Сервисная служба), которая на основании заключенного со Страховщиком договора является его представителем за рубежом, осуществляет по указанию Страховщика и на основании заключенного с ним договора предоставление услуг Застрахованному лицу и оплату медицинской и (или) иной помощи при наступлении страхового случая на территории действия договора страхования, а также контроль за качеством услуг в интересах Застрахованных лиц и Страховщика.

2. Объект страхования

Объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда жизни или здоровью Застрахованного лица в период его пребывания за границей.

3. Страховые случаи

3.1. Страховым случаем является предусмотренное договором страхования событие, произошедшее в период действия договора страхования в указанной в договоре страхования стране (странах), при наступлении которого у Страховщика возникает обязанность произвести выплату страхового обеспечения.

3.2. Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами является причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни во время пребывания Застрахованного лица за границей Республики Беларусь, повлекшее расстройство здоровья, смерть Застрахованного лица, которые могут потребовать оказания неотложной медицинской помощи, а также повлечь расходы, связанные с оказанием Застрахованному лицу неотложной медицинской помощи, подтвержденные документами, выданными соответствующими компетентными органами.

3.3. В рамках настоящих Правил принято следующее толкование терминов.

Несчастный случай – внезапное, непредвиденное событие, произошедшее с Застрахованным лицом в период действия договора страхования, сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями здоровья, повлекшими расстройство здоровья или смерть Застрахованного лица.

Болезнь – резкое ухудшение состояния Застрахованного лица, угрожающее его здоровью, жизни, и требующее (по медицинским показаниям и до возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания) неотложной медицинской помощи, и при котором отсутствие срочного медицинского вмешательства может привести к серьезному нарушению функций организма, в том числе стойкой дисфункции какого-либо органа или повреждению части тела, либо к угрозе жизни Застрахованного лица.

Заболевание – расстройство здоровья Застрахованного лица, нарушение нормальной жизнедеятельности его организма, в том числе в результате травм, ранений, увечий, контузий, врожденных дефектов и неотложных состояний.

Хроническое заболевание – заболевание, характеризующееся установленным клиническим диагнозом, симптомы которого проявились и (или) в связи с которым имело место обращение Застрахованного лица за медицинской помощью на протяжении срока, установленного Правилами страхования, до заключения договора страхования.

Обострение хронического заболевания – стадия течения хронического заболевания, характеризующаяся усилением имеющихся симптомов или появлением новых у Застрахованного лица.

Неотложная медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, оказываемых при острых нарушениях физического здоровья Застрахованного лица, угрожающих его жизни или здоровью окружающих, а также когда состояние Застрахованного лица требует срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах отравлениях, других неотложных состояниях и острых тяжелых заболеваниях) до устранения угрозы жизни, приведения Застрахованного лица в транспортноабельное состояние, позволяющее, при необходимости, проведение медицинской эвакуации.

3.4. Расстройство здоровья, смерть Застрахованного лица, признаются страховыми случаями, если такие события явились прямым следствием несчастного случая или болезни, происшедших в период действия договора страхования, и подтверждены документами, выданными компетентными органами в установленном законодательством порядке.

4. Объем ответственности Страховщика

4.1. При наступлении страхового случая Страховщик оплачивает следующие расходы:

4.1.1. расходы на оказание неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу:

4.1.1.1. амбулаторная помощь: консультация врача, включая диагностические обследования для постановки диагноза; медицинские манипуляции (инъекции, перевязки и другие медицинские процедуры), соответствующие стандартам оказания неотложной медицинской помощи; организация, в случае необходимости, визита врача или визита к врачу для контроля над ходом лечения Застрахованного лица, если это предусмотрено вариантом страхования (глава 5 Правил);

4.1.1.2. стационарная помощь:

а) экстренная госпитализация Застрахованного лица, в том числе в отделение интенсивной терапии;

б) хирургическое и (или) терапевтическое лечение Застрахованного лица;

в) проведение необходимых диагностических обследований и лечебных мероприятий, включая предоставление лекарственных препаратов.

В случае наличия угрозы жизни Застрахованного лица при обострении и (или) осложнении хронического заболевания расходы по оказанию неотложной медицинской помощи, указанные в п.п. 4.1.1 Правил, покрываются в размере, не превышающем 2% от страховой суммы;

4.1.1.3. экстренная стоматологическая помощь.

Экстренная стоматологическая помощь – расходы на медицинские услуги, связанные со снятием острой зубной боли либо с острым воспалением зуба и окружающих корень зуба тканей. Данные расходы оплачиваются в размере, предусмотренном вариантом страхования (глава 5 Правил). Это ограничение не распространяется на случаи, когда необходимо хирургическое вмешательство для лечения последствий несчастного случая.

Оказание медицинской помощи должно осуществляться врачами и медицинскими учреждениями, которые допущены в соответствии с законодательством страны пребывания Застрахованного лица к медицинскому обслуживанию населения.

4.1.2. медико-транспортные расходы.

Страховщик оплачивает расходы по оказанию медико-транспортной помощи при наличии медицинских показаний. К медико-транспортным расходам относятся:

4.1.2.1. расходы на медицинскую эвакуацию.

Медицинская эвакуация – медицинская транспортировка в ближайшее от места нахождения Застрахованного лица специализированное медицинское учреждение, которая осуществляется в случае невозможности оказания необходимой медицинской помощи в медицинском учреждении при угрозе жизни Застрахованного лица по месту его пребывания.

По медицинским показаниям организуется медицинское сопровождение Застрахованного лица и использование медицинского, в том числе реанимационного оборудования, обеспечение медикаментами.

Страховщик оставляет за собой право на принятие решения о транспортировке Застрахованного лица в лечебное учреждение или доставке врача к месту нахождения Застрахованного лица, а также право на принятие решения о выборе средства транспорта, при этом Страховщиком покрываются транспортные услуги на дорогу туда и/или обратно;

4.1.2.2. расходы на медицинскую репатриацию.

Медицинская репатриация – медицинская транспортировка Застрахованного лица в страну постоянного проживания для дальнейшего стационарного или амбулаторного лечения.

Страховщик оставляет за собой право на принятие решения о медицинской репатриации, если по заключению лечащего врача Застрахованного лица и экспертов Страховщика Застрахованному лицу не противопоказана транспортировка для дальнейшего амбулаторного, стационарного лечения. В случае необходимости Страховщиком оплачиваются расходы на проезд Застрахованного лица, медицинского персонала либо сопровождающего лица, включающие в себя стоимость проезда экономическим классом и проживание в гостинице, связанное с ожиданием выбранного рейса.

Медицинская репатриация, по согласованию со Страховщиком, может быть также проведена в случаях:

а) когда расходы по пребыванию в стационаре Застрахованного лица могут превысить установленную договором страховую сумму, но лишь в том случае, если отсутствуют медицинские противопоказания для транспортировки;

б) когда ожидаемый срок пребывания Застрахованного лица на стационарном лечении превышает срок пребывания за границей, установленный договором страхования, но лишь в том случае, если отсутствуют медицинские противопоказания для транспортировки.

Если по заключению лечащего врача состояние Застрахованного лица, находящегося на стационарном лечении, не позволяет осуществить его репатриацию в страну постоянного проживания до окончания срока действия договора страхования, Страховщик оплачивает расходы по лечению до улучшения физиологического состояния Застрахованного лица, позволяющего его репатриировать (но не более 10 суток, считая со дня, следующего за днем истечения срока пребывания, предусмотренного договором страхования, в течение которого Страховщик несет ответственность), а также расходы на репатриацию.

Оплата расходов по перевозке Застрахованного лица осуществляется только после согласования со Страховщиком;

4.1.2.3. расходы на посмертную репатриацию тела и (или) останков тела Застрахованного лица.

Посмертная репатриация – транспортировка тела и (или) посмертных останков тела Застрахованного лица в страну постоянного проживания.

В случае смерти Застрахованного лица Страховщик содействует в организации необходимых мероприятий и оплачивает соответствующие расходы на транспортировку тела и (или) посмертных останков тела Застрахованного лица от места смерти (гибели) до страны постоянного проживания, включающие:

- а) расходы на проведение патологоанатомического вскрытия;
- б) расходы на проведение бальзамирования тела;
- в) расходы на подготовку тела к перевозке;
- г) расходы на приобретение необходимой для проведения репатриации тела и (или) посмертных останков тела Застрахованного лица одежды;
- д) расходы на проведение кремации, если родственники Застрахованного лица письменно уведомили Страховщика о необходимости проведения данной процедуры. Указанные расходы оплачиваются только, если они были предварительно (до проведения кремации) согласованы со Страховщиком;
- е) расходы, связанные с приобретением необходимого для международной перевозки гроба (урны для праха);
- ж) расходы, связанные с оформлением документов;
- з) транспортные расходы, связанные с перевозкой тела и (или) посмертных останков тела Застрахованного лица;

4.1.2.4. расходы по поиску и спасению терпящего или потерпевшего бедствие Застрахованного лица. Страховщик оплачивает расходы, понесенные организациями, осуществляющими поисково-спасательную деятельность.

Оплата данных расходов производится в случае, если такие расходы предусмотрены вариантом страхования (глава 5 Правил) и в пределах суммы, установленной вариантом страхования;

4.1.3. расходы на проезд и проживание сопровождающего лица и несовершеннолетних детей Застрахованного лица.

Расходы на проезд и проживание сопровождающего лица и несовершеннолетних детей Застрахованного лица, если такие расходы предусмотрены вариантом страхования (глава 5 Правил), оплачиваются в следующем порядке:

4.1.3.1. в случае экстренной госпитализации несовершеннолетнего Застрахованного лица за границей Страховщик возмещает фактически произведенные расходы лица, сопровождающего Застрахованное лицо, на проживание, но не более 150 долларов США (евро) (в зависимости от валюты страховой суммы) в сутки и не более чем за 10 суток проживания;

4.1.3.2. в случае необходимости возвращения в страну постоянного проживания несовершеннолетних детей Застрахованного лица, Страховщик оплачивает транспортные расходы сопровождающего лица и каждого несовершеннолетнего ребенка на проезд экономическим классом в страну постоянного проживания. Оплата указанных расходов производится только после предварительного согласования со Страховщиком и только в случае если несовершеннолетние дети Застрахованного лица, находящиеся с ним во время зарубежной поездки, остаются без присмотра Застрахованного лица из-за расстройства его здоровья, признанного страховым случаем.

4.1.4. расходы на оплату телефонной или иной связи.

Страховщик оплачивает при наступлении страхового случая расходы на телефонную или иную связь с Сервисной службой по поводу страхового случая с Застрахованным лицом;

4.1.5. расходы на оказание Застрахованному лицу юридических услуг.

Юридические услуги – услуги, оказываемые организациями или физическими лицами (адвокатами) на профессиональной основе, имеющими соответствующее разрешение на осуществление такого рода деятельности, в случае предъявления Застрахованному лицу претензий в соответствии с действующим гражданским, административным или уголовным законодательством страны пребывания Застрахованного лица в результате причинения вреда его жизни или здоровью в связи с несчастным случаем или болезнью.

Юридические услуги оказываются в случае предъявления Застрахованному лицу претензий в соответствии с действующим гражданским, административным или уголовным законодательством страны пребывания Застрахованного лица в результате причинения вреда здоровью Застрахованного лица в связи с болезнью или несчастным случаем, наступившими в период действия договора страхования. При этом оплате подлежат юридические услуги по защите интересов Застрахованного лица в связи с предъявленными претензиями при условии, что:

- а) необходимость в оказании юридических услуг связана с обнаружившейся у Застрахованного лица болезнью;
- б) необходимость в оказании юридических услуг явилась следствием неумышленных действий Застрахованного лица в связи с причинением вреда его здоровью в результате несчастного случая.

Оплата Страховщиком расходов на оказание юридических услуг производится в том случае, если такие расходы предусмотрены вариантом страхования (глава 5 Правил) и в пределах суммы, установленной вариантом страхования;

4.1.6 расходы на перевод документов, связанных со страховым случаем.

Оплата Страховщиком перевода на русский язык документов, связанных со страховым случаем, производится в том случае, если такие расходы предусмотрены вариантом страхования (глава 5 Правил).

Необходимость осуществления перевода определяется Страховщиком;

4.1.7. расходы на погребение и кремацию тела и (или) останков тела Застрахованного лица в стране, где произошел страховой случай:

- а) на проведение патологоанатомического вскрытия;
- б) на проведение бальзамирования тела;
- в) на приобретение необходимой для погребения одежды;
- г) на приобретение гроба (урны для праха);
- д) на проведение кремации, если родственники Застрахованного лица письменно уведомили Страховщика о необходимости проведения данной процедуры, за исключением расходов на ритуальные услуги (приобретение венков, отпевание по религиозным обрядам, прощание и т.п.). Расходы, указанные в настоящем подпункте Правил, оплачиваются только, если они были предварительно (до проведения кремации) согласованы со Страховщиком.

4.2. Дополнительно к расходам, указанным в п.п. 4.1.1 - 4.1.6 Правил, если предусмотрено вариантом страхования (глава 5 Правил), Страховщик производит единовременную выплату страхового обеспечения по факту:

- 4.2.1. получения определенных видов травм (Приложение № 3 к Правилам),
 - 4.2.2. постоянного расстройства здоровья (инвалидности) Застрахованного лица,
 - 4.2.3 смерти Застрахованного лица,
- произошедших в результате несчастного случая.

Страховщик производит единовременную выплату страхового обеспечения в зависимости от отдельной страховой суммы, установленной согласно Приложению №1 к Правилам по варианту страхования, в пределах страховой суммы на Застрахованное лицо по договору страхования.

5. Варианты страхования

5.1. Объем предоставляемых услуг по договору определяется вариантом страхования. Настоящие Правила предусматривают следующие варианты страхования:

- 5.1.1. вариант «А»;
- 5.1.2. вариант «В»;
- 5.1.3. вариант «С»;
- 5.1.4. вариант «D»;
- 5.1.5. вариант «Е»;
- 5.1.6. вариант «F».

5.2. Вариант «А».

5.2.1. Данный вариант предусматривает:

- а) оплату расходов на оказание неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу при внезапном заболевании или несчастном случае;
- б) оплату расходов на медицинскую эвакуацию в стране пребывания Застрахованного лица, медицинскую репатриацию Застрахованного лица и посмертную репатриацию тела и (или) останков тела Застрахованного лица;
- в) оплату расходов на медицинские услуги, связанные со снятием острой зубной боли либо с острым воспалением зуба и окружающих корень зуба тканей, в размере, не превышающем:
 - 50 долларов США (евро) при установлении страховой суммы до 70 000 долларов США (евро) включительно (в зависимости от валюты страховой суммы);
 - 200 долларов США (евро) при установлении страховой суммы в 100 000 и 200 000 долларов США (евро) (в зависимости от валюты страховой суммы);
- г) оплату телефонной или иной связи с Сервисной службой по поводу страхового случая с Застрахованным лицом;
- д) возмещение расходов на оплату неотложной медицинской и иной помощи, предусмотренных вариантом страхования, произведенных Застрахованным или иным лицом без согласия Сервисной службы в размере, не превышающем 200 долларов США (евро) (в зависимости от валюты страховой суммы);
- е) договор страхования заключается без ограничения срока пребывания и количества поездок (согласно п.п. 9.2.1.1 Правил) либо договор страхования заключается с ограничением общего срока пребывания Застрахованного лица за границей (согласно п.п. 9.2.1.2 Правил).

5.3. Вариант «В».

5.3.1. Данный вариант предусматривает:

- а) оплату расходов на оказание неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу при внезапном заболевании или несчастном случае;
- б) оплату расходов в случае необходимости визита врача или визита к врачу для контроля над ходом лечения Застрахованного лица;
- в) оплату расходов на медицинскую эвакуацию в стране пребывания Застрахованного лица, медицинскую репатриацию Застрахованного лица и посмертную репатриацию тела и (или) останков тела Застрахованного лица;

6.1.6. занятий Застрахованным лицом любимыми видами спорта, активного отдыха, исключая случаи, когда при расчете страхового взноса был применен соответствующий корректировочный коэффициент спортивных рисков.

Под активным отдыхом в рамках настоящих Правил подразумеваются: велосипедные и лыжные прогулки, катание на ездовых животных (лошади, верблюды и т.п.), катание на коньках, роликах, скейтборде, тарзанке, в аквапарке, на водных аттракционах, катание с горок с использованием санок, ледянок и т.п., любительский (в том числе пляжный) футбол, волейбол, баскетбол, любительский большой теннис и хоккей, охота, спортивный туризм и др. (в том числе экстремальный спорт: подводное плавание (погружение) с аквалангом, спуск по горным рекам, рафтинг, серфинг, виндсерфинг, парашютный спорт, парапланеризм, паркур, горнолыжный спорт, катание на горных велосипедах, сноубордах, водных лыжах, пешее восхождение в горы, альпинизм, скалолазание, спелеология, автогонки, мотогонки, катание на квадроциклах, снегоходах, водных мотоциклах, катамаранах, байдарках, каяках);

6.1.7. производственных травм или заболеваний, полученных при выполнении работ, за исключением случаев, когда при расчете страхового взноса был применен соответствующий корректировочный коэффициент;

6.1.8. управления любым транспортным средством, устройствами или механизмами Застрахованным лицом, не имеющим права управления таким транспортным средством, устройством или механизмом, либо передачи управления лицу, не имеющему права управления таким транспортным средством, устройством или механизмом;

6.1.9. передачи Застрахованным лицом управления любым транспортным средством, устройствами или механизмами лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

6.1.10. травм или увечий, полученных Застрахованным лицом в силу его ограниченных физических возможностей (если Застрахованное лицо является инвалидом).

6.2. По договору страхования не оплачиваются:

6.2.1. медицинские услуги по лечению заболеваний, имевших место до начала действия договора страхования или после истечения срока действия договора страхования;

6.2.2. услуги или медикаменты, не являющиеся необходимыми, неотложными к применению при установлении диагноза или лечении заболевания, травмы;

6.2.3. санаторно-курортное лечение;

6.2.4. услуги или медикаменты, рассматриваемые в соответствии со стандартами в качестве экспериментальных или находящихся на стадии исследования; нетрадиционные методы лечения (иглопунктура, мануальная терапия, гирудотерапия, апитерапия и др.);

6.2.5. услуги или лечение, являющиеся частью планового медицинского обследования, включая прививки, выдачу медицинских справок и результатов обследований;

6.2.6. плановое обследование зрения и (или) слуха (в т.ч. удаление серных пробок), рефракции глаза, а также стоимости очков, контактных линз или слуховых аппаратов;

6.2.7. стоматологическое лечение за исключением услуг, оговоренных в п.п. 4.1.1.3 Правил;

6.2.8. лечение травм, заболеваний, вызванных прямым или косвенным воздействием излучения любого рода, включая солнечное (солнечные ожоги, фотодерматит и т.д.);

6.2.9. лечение алкогольной, наркотической и токсической зависимости;

6.2.10. лечение осложнений, являющихся или могущих явиться следствием лечения или хирургического вмешательства по поводу заболевания или травмы, имевших место до вступления договора страхования в силу;

6.2.11. лечение психических заболеваний и их осложнений, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психической природы, в т.ч. в результате эпилептических припадков; консультации и психиатрические обследования; лечение осложнений или побочных эффектов, вызванных приемом препаратов от нервных или психических расстройств; психотерапия (аутотренинг, гипноз и др.);

6.2.12. все виды пластической хирургии, цель которой состоит в устранении косметических дефектов, улучшении внешнего вида;

6.2.13. использование препаратов и средств контроля над рождаемостью; искусственное оплодотворение, лечение бесплодия;

6.2.14. диагностика и лечение ВИЧ/СПИД, а также болезней, переносимых половым путем, и их осложнений;

6.2.15. лечение гинекологических заболеваний, кроме состояний, требующих немедленного хирургического вмешательства;

6.2.16. лечение урологических заболеваний, кроме расходов на оказание неотложной медицинской помощи;

6.2.17. лечение хронических заболеваний, их обострений и осложнений, за исключением случаев, когда существует угроза жизни Застрахованного лица;

6.2.18. лечение осложнений неотложного состояния, если таковое было вызвано нарушением режима медицинского учреждения или нарушением лечебной тактики, рекомендованной лечащим врачом;

6.2.19. лечение онкологических заболеваний;

6.2.20. лечение заболеваний, по которым установлена группа инвалидности;

6.2.21. лечение заболеваний, травм, являющееся целью поездки Застрахованного лица за границу, а также заболеваний, травм, лечение которых было начато до вступления договора страхования в силу и не закончено до выезда Застрахованного лица за границу;

6.2.22. проведение всех видов реконструктивных и пластических операций, в т.ч. эндопротезирования (за исключением аортокоронарного шунтирования, сосудистого стентирования, имплантации кава-фильтра и ангиопластики при угрозе жизни Застрахованного лица), сеансов плановой литотрипсии;

6.2.23. оказание медицинской услуги, являющейся самолечением, в том числе лечением, проведенным членом семьи Застрахованного лица, а также оказание медицинских услуг и проведение лечения, не назначенных врачом;

6.2.24. лечение обострений ранее имевшихся травм, если они были вызваны нарушением режима, рекомендованного лечащим врачом;

6.2.25. требования Застрахованного лица и (или) иных лиц к Страховщику (Сервисной службе) о материальной компенсации морального вреда, а также различные виды косвенных убытков и упущенной выгоды;

6.2.26. аборты и миниаборт, исключая случаи вынужденной медицинской помощи Застрахованному лицу в результате несчастного случая;

6.2.27. все расходы, связанные с нормальной и патологической беременностью (за исключением расходов, связанных с внематочной беременностью), родами;

6.2.28. лечение, манипуляции и операции по поводу заболеваний кожи и волос (мозоли, бородавки, контактные моллюски, невусы, папилломы, кондиломы, алопеция, угревая болезнь, себорея);

6.2.29. приобретение протезов, медицинских приборов и аппаратов (в том числе, тонометров, кардиостимуляторов, ингаляторов), средств дополнительной реабилитации (тренажеров, спортивных снарядов или оборудования подобного рода), а также приобретение таких изделий медицинского назначения, как термометры, биндажи, грелки, наколенники, костыли, катетеры, и прочих изделий медицинского назначения.

6.3. Не подлежат оплате по договору страхования следующие расходы:

6.3.1. расходы на дополнительные предметы удобства: предоставление за плату, покупка или прокат радиоприемника, телевизора, кондиционеров, увлажнителей воздуха, испарителей, тренажеров, спортивных снарядов или оборудования подобного рода, а также услуги парикмахера или косметолога;

6.3.2. расходы, произведенные Застрахованным лицом и (или) иными лицами в период госпитализации Застрахованного лица, не связанные с оказанием ему неотложной медицинской и иной помощи, за исключением расходов указанных в п.п. 4.1.3 Правил;

6.3.3. расходы на профилактику тромбозов при травмах;

6.3.4. расходы на медицинскую эвакуацию/репатриацию в случае болезней или травм, которые, по мнению врача и эксперта Страховщика (Сервисной службы), поддаются местному лечению и не препятствуют продолжению путешествия Застрахованного лица;

6.3.5. расходы в отношении любой медицинской эвакуации и (или) репатриации, не организованной и (или) не согласованной Сервисной службой или Страховщиком;

6.3.6. расходы в отношении лиц, имеющих медицинские противопоказания для осуществления зарубежной поездки;

6.3.7. расходы, явившиеся следствием отказа Застрахованного лица от назначенного врачом лечения, оплата которого была гарантирована врачом (медучреждению) Страховщиком;

6.3.8. расходы, являющиеся благотворительными взносами или пожертвованиями;

6.3.9. расходы, связанные с добровольным отказом Застрахованного лица от доставки в другое лечебное учреждение или в страну постоянного проживания;

6.3.10. расходы, связанные с лечением лиц, пребывающих на территории США, Канады, Израиля, стран Юго-Восточной Азии (Вьетнам, Индонезия, Камбоджа, Лаос, Малайзия, Сингапур, Таиланд, Филиппины), Индии, Шри-Ланки, в случаях, когда при расчете страхового тарифа не был применен соответствующий корректировочный коэффициент в соответствии с локальным правовым актом Страховщика;

6.3.11. расходы на погребение и кремацию в любой из стран, в том числе в стране постоянного проживания Застрахованного лица, исключая страну, где произошел страховой случай.

При проведении погребения или кремации в стране, где произошел страховой случай, расходы на приобретение места на кладбище либо в колумбарии не оплачиваются.

6.4. Страховщик также не производит выплат страхового обеспечения (п.п. 4.1 - 4.2 Правил), если события, предусмотренные пунктом 3.2 Правил, произошли с Застрахованным лицом во время его поездки за границу в период, когда ответственность Страховщика, определенная Правилами и договором страхования, прекратилась.

7. Страховая сумма, страховой взнос и порядок их уплаты

7.1. Страховая сумма – это установленная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязан при наступлении страхового случая произвести выплату страхового обеспечения.

7.2. Страховая сумма по договору страхования устанавливается по соглашению сторон в соответствии с Приложением №1 к Правилам. Страховая сумма устанавливается в иностранной валюте: в долларах США или евро.

7.3. Страховым взносом является сумма денежных средств, подлежащая уплате Страхователем Страховщику за страхование. Страховой взнос по договору страхования рассчитывается в соответствии с Приложением №1 к Правилам исходя из страховой суммы, базовых страховых тарифов и при необходимости корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика.

При этом минимальный страховой взнос по договору страхования не может быть менее 2 (двух) долларов США при установлении страховой суммы в долларах США или менее 2 (двух) евро при установлении страховой суммы в евро.

В случае заключения одного договора страхования в отношении двух и более лиц, страховой взнос на каждое Застрахованное лицо не может быть меньше 1 (одного) доллара США, если страховая сумма устанавливается в долларах США, или 1 (одного) евро, если страховая сумма устанавливается в евро.

7.4. Страховой взнос, рассчитанный в валюте страховой суммы, может быть уплачен как в иностранной валюте, так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным Банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса.

7.4.1. Страховой взнос, подлежащий уплате в иностранной валюте, округляется до ближайшего целого значения.

7.4.2. Страховой взнос, подлежащий уплате в белорусских рублях, округляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

7.4.3. Страховой взнос, рассчитанный в евро и не кратный 5 евро, может быть уплачен в следующем порядке: часть взноса, кратная 5 евро уплачивается в иностранной валюте (евро), а остальная часть уплачивается в белорусских по официальному курсу белорусского рубля по отношению к иностранной валюте (евро), установленному Национальным Банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса. При этом применяются правила округления частей взноса согласно п.п. 7.4.1, 7.4.2 Правил.

7.4.4. Страховой взнос, рассчитанный в иностранной валюте (доллары США, евро) и уплачиваемый Страхователем в иной, чем валюта страховой суммы, иностранной валюте, подлежит пересчету и уплате в следующем порядке:

- целая часть взноса, пересчитанного в иную, чем валюта страховой суммы, иностранную валюту, уплачивается в данной иностранной валюте;

- дробная часть взноса (менее 1 доллара США, 5 евро или 10 российских рублей), пересчитанного в иную, чем валюта страховой суммы, иностранную валюту, пересчитывается и уплачивается в белорусских рублях.

При этом применяются правила округления частей взноса согласно п.п. 7.4.1, 7.4.2 Правил.

7.5. При заключении договора страхования со Страхователем – физическим лицом страховой взнос уплачивается одновременно при заключении договора страхования за весь срок его действия наличными денежными средствами или путем безналичного расчета в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

7.6. При заключении договора страхования со Страхователем – юридическим лицом страховой взнос уплачивается одновременно при заключении договора страхования за весь срок его действия путем безналичного расчета или наличными денежными средствами в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

7.7. После выплаты страхового обеспечения договор страхования продолжает действовать в размере разницы между страховой суммой и суммой выплаченного страхового обеспечения.

8. Порядок заключения договора страхования

8.1. Договор страхования заключается в письменной форме на условиях настоящих Правил, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования.

Договор страхования может быть заключен путем составления одного текстового документа (включая документ в электронном виде (в том числе электронный документ) – далее по тексту – текстовый документ, или путем обмена текстовыми документами, которые подписаны сторонами собственноручно либо с использованием средств связи и иных технических средств, компьютерных программ, информационных систем или информационных сетей, если такой способ подписания позволяет достоверно установить, что соответствующий текстовый документ подписан сторонами по договору (факсимильное воспроизведение собственноручной подписи с помощью средств механического или другого копирования, электронная цифровая подпись или другой аналог собственноручной подписи, обеспечивающий идентификацию стороны по договору) и не противоречит законодательству и соглашению сторон.

Договор страхования может быть заключен путем вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного ими.

Договор страхования может заключаться в письменной форме способами, предусмотренными действующим законодательством Республики Беларусь, в электронном виде через официальный сайт в сети Интернет: Страховщика или организации, заключающей договор страхования от имени Страховщика и имеющей право в соответствии с законодательством проводить идентификацию обратившихся к ней Страхователей (Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей), их представителей без личного присутствия указанных лиц.

Договор страхования может быть заключен на основании устного или письменного заявления Страхователя (Приложение №2 к Правилам).

После заключения договора страхования заявление становится его неотъемлемой частью.

Страховой полис подписывается Страховщиком и Страхователем при заключении договора страхования на основании устного заявления Страхователя. При заключении договора страхования на основании письменного заявления Страхователя страховой полис может быть подписан только Страховщиком.

К договору страхования должны прилагаться Правила страхования, что удостоверяется записью в этом договоре страхования (страховом полисе).

Условия, содержащиеся в Правилах страхования, в том числе не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страховщика и Страхователя, Застрахованного лица или Выгодоприобретателя.

Подписывая договор страхования, Страхователь соглашается и подтверждает, что: согласие Страхователя и Застрахованных лиц на поиск, получение, передачу, сбор, обработку, накопление, хранение, распространение и (или) предоставление, а также использование персональных данных в целях исполнения договора страхования и действующего законодательства (в том числе законодательства о ПОД/ФТ) предоставлено Страховщику; если Страхователь или Застрахованные лица согласно действующему законодательству являются (окажутся в будущем) публичными должностными лицами, они обязуются незамедлительно письменно сообщить об этом страховщику.

Первичные учетные документы, подтверждающие совершение хозяйственной операции, при оказании услуг по страхованию оформляются сторонами единолично.

8.2. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от наступления страхового случая.

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования на основании письменного или устного заявления Страхователя.

Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора, либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

Если после заключения договора будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в первом и втором абзацах настоящего пункта, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 180 Гражданского Кодекса Республики Беларусь.

8.3. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение степени страхового риска.

Значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в договоре страхования и в переданных Страхователю Правилах страхования.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения договора.

8.4. При неисполнении страхователем обязанности, предусмотренной п. 8.3 Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора. В этом случае договор расторгается со дня увеличения степени риска. Страховое возмещение по событиям, произошедшим после увеличения степени риска, в этом случае выплате не подлежит.

8.5. Страховщик не вправе требовать расторжения договора, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

8.6. Расчет дополнительного страхового взноса в связи с обстоятельствами, указанными в п. 8.3 Правил производится следующим образом:

$DВ = (Вн - Вд) \times Д / Н$, где

DВ - дополнительный страховой взнос,

Вн - страховой взнос по договору страхования с учетом изменений,

Вд - страховой взнос при заключении договора страхования,

Д - количество оставшихся дней пребывания;

Н – количество дней пребывания по договору.

8.7. Дополнительный страховой взнос уплачивается Страхователем одновременно.

8.8. При уменьшении степени страхового риска в период действия договора страхования возврат части страхового взноса не производится.

8.9. В случае выезда за границу группы лиц договор страхования может быть оформлен как на каждого члена группы, так и на всю группу с приложением списка Застрахованных лиц.

8.10. Страхователю (Застрахованному лицу) запрещается передавать страховой полис (договор страхования) другим лицам для получения последними медицинских услуг по договору страхования.

8.11. В случае утраты страхового полиса (договора страхования), в период его действия на территории зарубежного государства Застрахованное лицо обязано сообщить об этом Страховщику в течение суток (не считая праздничных и выходных дней в стране постоянного проживания) для принятия необходимых мер по обеспечению возможности оплаты необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая.

Заявление может быть передано посредством факсимильной связи, телефона, телеграфа или иной связи.

8.12. В случае, если Застрахованное лицо не сообщило или несвоевременно сообщило об утрате страхового полиса (договора страхования), а Страховщик произвел оплату медицинских услуг, оказанных третьим лицам по утраченному полису (договору страхования), Страховщик вправе предъявить требования к Застрахованному лицу о возмещении понесенных им убытков в размере произведенной выплаты. Убытки возмещаются только при условии наличия вины страхователя в неисполнении п. 8.11 Правил. Под третьими лицами в рамках настоящих Правил понимаются любые лица, кроме Застрахованного лица, Страхователя или Страховщика.

8.13. Стороны договора страхования вправе внести изменения в договор страхования до начала срока его действия, в случае если Страхователь до начала срока действия договора страхования обратиться к Страховщику с заявлением об изменении условий (обстоятельств) сообщенных при заключении договора страхования, в случаях:

8.13.1. если изменяются сроки (сдвигается срок начала и (или) окончания) поездки, но срок действия договора страхования (срок пребывания) не изменяется, а также если изменяется срок действия договора страхования, а срок пребывания не изменяется;

8.13.2. если изменяются сроки поездки – увеличивается срок пребывания. В этом случае Страховщик производит перерасчет страхового взноса по договору. Страхователь при предоставлении заявления об изменении договора страхования уплачивает часть страхового взноса, подлежащего доплате, в размере, рассчитанном по формуле согласно п. 8.6. Правил;

8.13.3. если увеличивается размер страховой суммы и (или) изменяется цель поездки (если при расчете страхового тарифа требуется применение отдельных корректировочных коэффициентов). В этом случае вносятся изменения в договор страхования с указанием другого размера страховой суммы и (или) расчета страхового тарифа с применением отдельных корректировочных коэффициентов (при изменении цели поездки) и производится перерасчет страхового взноса по договору. Страхователь при предоставлении заявления об изменении договора страхования уплачивает часть страхового взноса, подлежащего доплате, в размере, рассчитанном по формуле согласно п. 8.6. Правил.

8.14. Изменения и дополнения к договору страхования оформляются в письменной форме.

8.15. В случае замены, утери паспорта (изменения паспортных данных) или допущения технической ошибки Страховщиком (например, неправильно указаны ФИО, паспортные данные Страхователя (Застрахованного)), Страховщик на основании письменного заявления Страхователя вносит изменения в договор страхования путем оформления их на новом бланке страхового полиса. После подписания сторонами страхового полиса с исправленными данными, страховой полис, в который были внесены изменения, считается недействительным и никакие выплаты по нему не производятся.

9. Срок и территория действия договора страхования

9.1. Срок и территория действия договора страхования определяются по соглашению сторон и указывается в договоре страхования.

9.2. Договор страхования заключается на срок от 1 дня до 3 лет включительно, если иное не предусмотрено договором страхования. Договор страхования, заключенный на срок более одного года, может заключаться на годы либо годы и месяцы страхования.

9.2.1. Договор страхования может быть заключен:

9.2.1.1. без ограничения срока пребывания и количества поездок. В этом случае срок действия договора равен сроку пребывания. Страховщик несет ответственность в пределах всего срока действия страхования.

9.2.1.2. на неограниченное число поездок, с ограничением общего срока пребывания. В этом случае договор страхования заключается с условием ограничения общего числа дней пребывания Застрахованного лица за границей в пределах срока действия договора страхования. Страховщик несет ответственность только в пределах того количества дней, которое определено договором страхования. При каждом выезде на территорию страхования общий срок пребывания автоматически уменьшается на количество дней, проведенных на территории страхования. Ответственность Страховщика прекращается по истечении общего срока пребывания.

9.2.1.3. на неограниченное число поездок с ограниченным сроком пребывания для каждой поездки. В этом случае договор страхования заключается на один год, срок действия договора страхования совпадает со сроком пребывания, а страховая премия рассчитывается с применением специального корректировочного коэффициента. Страховщик несет ответственность в пределах первых 31, 61 либо 91 дня непрерывного пребывания Застрахованного лица за границей (количество дней непрерывного пребывания указывается в договоре страхования). Ответственность Страховщика прекращается по истечении указанного срока непрерывного пребывания.

9.2.2. При страховании лиц, выезжающих в страну с безвизовым режимом, при пересечении которой не ставятся отметки в паспорте (например, Россия, Казахстан), кроме страхования водителей, экспедиторов, занятых в международных перевозках, договор страхования заключается на срок, равный сроку пребывания за границей (по подпункту 9.2.1.1. Правил).

9.3. Договор страхования действует в пределах страны (группы стран), указанной(-ых) в договоре страхования, а также транзитных странах, находящихся по пути следования в страну (страны) пребывания.

Страховщик вправе заключать договоры страхования с действием на территории иностранных государств только при наличии договоров с иностранными партнерами об урегулировании страховых случаев на территории этих государств.

Действие договора страхования не распространяется на территорию государств в которых ведутся военные действия, а также в пределах которых обнаружены и признаны очаги эпидемий.

9.4. Договор страхования вступает в силу:

9.4.1. при уплате наличными денежными средствами – по соглашению сторон со дня и времени получения страхового взноса Страховщиком (его представителем) либо с 00 часов 00 минут любого дня, следующего за днем получения страхового взноса по договору Страховщиком (его представителем);

9.4.2. при безналичных расчетах – по соглашению сторон со дня поступления страхового взноса на счет Страховщика (его представителя) либо с 00 часов 00 минут любого дня, следующего за днем уплаты страхового взноса по договору на счет Страховщика (его представителя);

9.4.3. при уплате страхового взноса с использованием банковских пластиковых карточек – со дня и времени совершения операции по перечислению страхового взноса, подтверждением чего служит карт-чек и (или) иные документы, подтверждающие проведение операций по карт-счету, либо с 00 часов 00 минут любого дня, следующего за днем совершения операций по карт-счету.

День и время вступления договора страхования в силу указывается в договоре страхования (страховом полисе).

9.5. Ответственность Страховщика по вступившему в силу договору страхования наступает с момента пересечения Застрахованным лицом границы Республики Беларусь или страны постоянного проживания, о чем свидетельствуют отметки пограничных служб в паспорте или прочие документы, подтверждающие факт нахождения Застрахованного лица за границей, но не ранее дня, указанного в договоре страхования как день начала срока страхования.

9.6. Ответственность Страховщика прекращается с момента пересечения Застрахованным лицом границы при выезде с территории действия договора страхования, но не позднее 24 часов дня, указанного в договоре страхования как день окончания срока его действия, либо наступления иного срока, установленного п.п. 9.2.1.2 - 9.2.1.3 Правил.

10. Прекращение договора страхования

10.1. Договор страхования прекращается в случаях:

10.1.1. истечения его срока действия;

10.1.2. выполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме;

10.1.3. смерти Застрахованного лица по причинам иным, чем страховой случай;

10.1.4. когда после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и страхование прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. К таким обстоятельствам, в частности, относится невозможность выезда за границу по уважительным причинам (подтвержденным документально);

10.1.5. по соглашению сторон, оформленному в письменном виде;

10.1.6. отказа Страхователя от договора страхования в любое время действия договора страхования, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по причинам иным, чем наступление страхового случая;

10.1.7. расторжения договора страхования по инициативе Страховщика (в случаях, предусмотренных п.п. 8.3, 8.4 Правил).

10.2. При наступлении события, указанного в п.п. 10.1.3, 10.1.4 Правил Страхователь (Застрахованное лицо, иное уполномоченное лицо) обязан в течение 5 рабочих дней со дня, когда произошло событие, письменно уведомить Страховщика о произошедшем;

10.3. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п.п. 10.1.3 - 10.1.4 Правил Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Днем прекращения договора страхования является:

10.3.1. если Страховщик был извещен в установленный срок (п. 10.2 Правил) – день, когда произошло событие, влекущее прекращение договора страхования;

10.3.2. в остальных случаях – день, когда Страховщику стало известно об обстоятельствах, влекущих прекращение договора страхования.

10.4. Исключен

10.5. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования (п.п. 10.1.6 Правил), при расторжении договора страхования по инициативе Страховщика (п.п. 10.1.7 Правил), а также, если по договору страхования производились выплаты страхового обеспечения или заявлены убытки, страховой взнос возврату не подлежит.

10.6. Возврат Страхователю страхового взноса (его части) в случае досрочного прекращения договора страхования производится Страховщиком в течение 10 рабочих дней со дня получения необходимых документов.

10.7. При досрочном прекращении действия договора страхования по соглашению сторон в соответствии с п.п. 10.1.5 Правил Страховщик возвращает Страхователю часть страхового взноса, которая рассчитывается по формуле:

$$ЧВ = \frac{(Ву - (Ву * 0,35)) * Д}{Н}, \text{ где}$$

Н

ЧВ - часть страхового взноса, подлежащая возврату; **Ву** – уплаченная сумма страхового взноса; **(Ву*0,35)** – сумма расходов на ведение дела; **Д** - количество оставшихся неиспользованных дней пребывания по договору страхования, но не более количества дней действия договора страхования, оставшихся со дня досрочного прекращения договора страхования до дня окончания срока действия договора страхования; **Н** – количество дней пребывания по договору.

День прекращения договора страхования определяется соглашением сторон.

10.8. Возврат части страхового взноса осуществляется в валюте платежа страхового взноса либо, с согласия Страхователя, в белорусских рублях по официальному курсу, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день прекращения договора страхования. При установлении страховой суммы в иностранной валюте и уплате страхового взноса в белорусских рублях расчет и возврат части страхового взноса осуществляется в белорусских рублях, при этом перерасчет в связи с изменениями курсов валют, инфляцией и другими экономическими факторами не производится.

10.9. Сумма страхового взноса, подлежащего возврату в иностранной валюте, округляется до ближайшего целого значения. Сумма страхового взноса, подлежащего возврату в белорусских рублях, округляется с точностью до целого числа в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

10.10. По соглашению сторон, на основании письменного заявления Страхователя, подлежащая возврату часть страхового взноса при расторжении договора страхования может быть направлена в течение 5 календарных дней на оплату вновь заключаемого со Страховщиком договора страхования или в счет уплаты очередной части страхового взноса по действующему договору по иному виду страхования.

11. Дубликат страхового полиса

11.1. В случае утраты страхового полиса, если договором страхования предусмотрено его оформление, Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает ему дубликат страхового полиса, после чего утраченный полис считается недействительным и страховые выплаты по нему не производятся.

12. Права и обязанности сторон

12.1. Страхователь имеет право:

12.1.1. отказаться от договора страхования в соответствии с п.п. 10.1.6 Правил с обязательным письменным уведомлением Страховщика;

12.1.2. ознакомиться с настоящими Правилами страхования.

12.2. Страховщик имеет право:

12.2.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий договора;

12.2.2. направлять запросы в компетентные органы в связи со страховым случаем (при необходимости);

12.2.3. потребовать признания договора недействительным в соответствии с условиями настоящих Правил;

12.2.4. предъявлять требования на сумму произведенной страховой выплаты, если после выплаты выявились обстоятельства, дающие право Страховщику на такие требования;

12.2.5. запрашивать медицинские документы Застрахованного лица у организаций здравоохранения Республики Беларусь, страны, гражданином которой он является, страны постоянного проживания Застрахованного лица и медицинских учреждений страны пребывания;

12.2.6. принимать такие меры, которые он считает необходимыми для сокращения размеров выплат, в частности, подбор транспортной организации для оказания услуг по медицинской эвакуации и репатриации; выбор лечебного учреждения для оказания медицинской помощи;

12.2.7. отсрочить выплату страхового обеспечения в случаях:

а) когда Страховщику не представлены все необходимые документы, указанные в п. 14.3 Правил, – до их представления;

б) когда у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих наступление страхового случая, - до тех пор, пока не будет подтверждена по требованию Страховщика подлинность таких документов лицом, предоставившим такой документ, либо самим Страховщиком на основании запроса Страховщика в учреждение (организацию), выдавшее документ. Страховщик направляет такой запрос в течение 5 рабочих дня со дня получения документов.

12.3. Страхователь обязан:

12.3.1. уплатить страховой взнос в размерах и порядке, определенных настоящими Правилами и договором страхования.

12.3.2. при заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику;

12.3.3. обеспечить сохранность договора страхования;

12.3.4. при наступлении страхового случая немедленно, до обращения за медицинской помощью, связаться с Сервисной службой по телефонам, указанным в договоре страхования или приложенных к нему документах, либо иным доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения (за исключением случаев, когда Страхователь (Застрахованное лицо) находится в бессознательном состоянии и в случае смерти Страхователя (Застрахованного лица) за границей);

12.3.5. ознакомить Застрахованное лицо с Правилами страхования;

12.3.6. известить Застрахованное лицо о прекращении договора страхования на условиях п.п. 10.1.5 Правил;

12.3.7. при обращении к Страховщику за компенсацией расходов, связанных со страховым случаем и оплаченных Страхователем (Застрахованным лицом) или иным лицом самостоятельно, или за оплатой выставленных иностранными медицинскими учреждениями счетов на оказанные Застрахованному лицу услуги по страховому случаю, предоставить необходимый пакет документов по страховому случаю согласно п. 14.3 Правил (включая документ, подтверждающий факт обращения Застрахованного лица за медицинской помощью с указанием даты обращения, диагноза, проведенного обследования и (или) лечения).

12.4. Страховщик обязан:

12.4.1. вручить Страхователю Правила страхования;

12.4.2. по случаям, признанным Страховщиком страховыми, произвести выплату страхового обеспечения в установленном Правилами страхования порядке;

12.4.3. не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице), его имущественном положении и состоянии здоровья, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь.

12.5. Застрахованное лицо имеет право:

12.5.1. при наступлении страхового случая требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по договору страхования.

12.6. Застрахованное лицо обязано:

12.6.1. при наступлении страхового случая в кратчайшие сроки, до обращения за медицинской помощью, связаться с Сервисной службой по телефонам, указанным в договоре страхования или приложенных к нему документах, либо иным доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения (за исключением случаев, когда Застрахованное лицо находится в бессознательном состоянии и в случае смерти Застрахованного лица за границей);

12.6.2. заботиться о сохранности договора страхования и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

В случае утраты страхового полиса, если договором страхования предусмотрено оформление страхового полиса, в период его действия на территории зарубежного государства Застрахованное лицо обязано заявить об этом Страховщику в течение суток (не считая праздничных и выходных дней в стране постоянного проживания).

Заявление может быть передано посредством факсимильной связи, телефона, телеграфа или иной связи;

12.6.3. выполнять инструкции и распоряжения Страховщика, а также распоряжения представителей Страховщика, участвующих в оказании помощи;

12.6.4. пройти по требованию Страховщика или Сервисной службы и за их счет дополнительное обследование у врача или клиническое обследование;

12.6.5. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

12.6.6. в случае если Застрахованное лицо самостоятельно оплатило расходы, представить Страховщику документы, подтверждающие произведенные им расходы по страховому случаю, в течение 60 календарных дней со дня возвращения Застрахованного лица из поездки за границу;

12.6.7. предоставить Страховщику или Сервисной службе право ознакомиться с документами по страховому случаю, наступившему с Застрахованным лицом за границей, для принятия решения о выплате страхового обеспечения;

12.6.8. при обращении к Страховщику за компенсацией расходов, связанных со страховым случаем и самостоятельно оплаченных Застрахованным лицом, или за оплатой выставленных иностранными медицинскими учреждениями счетов на оказанные Застрахованному лицу услуги по страховому случаю, предоставить необходимый пакет документов по страховому случаю согласно п. 14.3 Правил (включая документ, подтверждающий факт обращения Застрахованного лица за медицинской помощью с указанием даты обращения, диагноза, проведенного обследования и (или) лечения).

13. Действия сторон при наступлении страхового случая

13.1. При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обязано в кратчайшие сроки, до обращения за медицинской помощью, связаться с Сервисной службой по телефонам, указанным в договоре страхования или приложенных к нему документах, и сообщить – фамилию и имя, номер договора страхования, срок его действия и вариант страхования, причину обращения, контактный телефон.

При отсутствии у Застрахованного лица возможности сообщить о страховом случае до обращения за медицинской, медико-транспортной или иной помощью, информировать Сервисную службу может любой совершеннолетний член семьи (член группы, команды и др.) или же сотрудник лечебного или иного учреждения.

При первой же возможности Застрахованное лицо должно обратиться в Сервисную службу.

13.2. В отношении Страховщика и Сервисной службы Застрахованное лицо освобождает врача, выполняющего обследование или лечение, от обязанности хранить профессиональную тайну.

14. Порядок выплаты страхового обеспечения

14.1. Выплата страхового обеспечения осуществляется:

14.1.1. путем оплаты Страховщиком счетов, предъявленных ему Сервисной службой по возмещению расходов, оплаченных Сервисной службой по конкретному страховому случаю и предусмотренных вариантом страхования, в порядке и на условиях заключенного между ними договора;

14.1.2. путем возмещения Застрахованному лицу расходов по страховому случаю, предусмотренных вариантом страхования и произведенных им самостоятельно;

14.1.3. путем возмещения иным лицам, не указанным в п.п. 14.1.1 и 14.1.2 Правил расходов по страховому случаю, произошедшему с Застрахованным лицом, предусмотренных вариантом страхования и произведенных ими самостоятельно. Лица, указанные в настоящем подпункте, имеют право на получение страхового обеспечения в порядке, установленном для Застрахованного лица;

14.1.4. путем единовременной выплаты Застрахованному лицу страхового обеспечения исходя из последствий несчастного случая при страховании по вариантам «D», «E».

Единовременная выплата страхового обеспечения осуществляется:

14.1.4.1. при получении определенных видов травм – в определенном проценте от страховой суммы по несчастному случаю, установленном Таблицей размеров страхового обеспечения, подлежащих выплате в связи со страховыми случаями (Приложение № 3 к Правилам).

14.1.4.2. при наступлении постоянного расстройства здоровья в размере:

- 100% страховой суммы по несчастному случаю - в случае установления I группы инвалидности;

- 80% страховой суммы по несчастному случаю - в случае установления II группы инвалидности;

- 60% страховой суммы по несчастному случаю - в случае установления III группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид».

14.1.4.3. при наступлении смерти – в размере 100% страховой суммы по несчастному случаю.

Выплаты по п.п. 14.1.4.2 и 14.1.4.3 производится с учетом ранее выплаченных сумм по п.п. 14.1.4.1.

- 14.1.4.4. При страховании по вариантам «Д», «Е» Страховщик также производит единовременную выплату страхового обеспечения при наступлении событий, предусмотренных п.п. 3.2 Правил, наступивших в результате несчастного случая, происшедшего в период действия договора страхования, если расстройство здоровья, смерть наступили в течение одного года со дня несчастного случая.
- Страховщик также несет ответственность за наступление более тяжелых последствий по произошедшему страховому случаю, если эти последствия наступили в течение одного года со дня несчастного случая.
- 14.2. Возмещение лицам, указанным в п.п. 14.1.2 - 14.1.3 Правил, расходов, оплаченных ими самостоятельно, а также единовременная выплата страхового обеспечения согласно п.п. 14.1.4 Правил осуществляется после возвращения их из поездки на основании письменного заявления (Приложение №4 к Правилам) и представленных документов, перечень которых указан в п. 14.3 Правил, при условии представления этих документов не позднее 60 календарных дней со дня возвращения указанных лиц из поездки за границу.
- 14.3. Для решения вопроса о выплате страхового обеспечения Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:
- 14.3.1. договор страхования. При невозможности представления договора страхования необходимо представить заявление с объяснением причин его отсутствия;
- 14.3.2. документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица;
- 14.3.3. в случае, если по договору срок страхования определен в соответствии с условиями, указанными в п.п. 9.2.1.2 - 9.2.1.3 Правил, Застрахованное лицо обязано документально подтвердить Страховщику, что срок страхования на момент обращения за медицинской и (или) иной помощью не истек, путем представления заграничного паспорта с соответствующими отметками службы пограничного контроля о пересечении границы иностранного государства или иных документов (билеты, счета из гостиниц и т.п.), подтверждающих факт (и сроки) нахождения Застрахованного лица на территории страхования (в случае не предоставления службой пограничного контроля отметок в паспорте о пересечении границы иностранного государства);
- 14.3.4. оригинал документа, подтверждающего факт обращения Застрахованного лица за медицинской помощью и содержащего дату обращения за медицинской помощью, диагноз заболевания, проведенное обследование или лечение;
- 14.3.5. оригиналы детализированных счетов за оказанные медицинские и иные услуги и документов, подтверждающих оплату;
- 14.3.6. рецепт, а в случае его изъятия медицинским учреждением - медицинский отчет, на приобретение медикаментов, выписанный лечащим врачом в связи с заболеванием Застрахованного лица;
- 14.3.7. оригинал документа, подтверждающего факт оплаты медикаментов с указанием стоимости каждого приобретенного препарата;
- 14.3.8. оригинал документа об оплате и оригинал детализированного счета, подтверждающие факт телефонной или иной связи с Сервисной службой, с указанием их стоимости, даты и номера телефона. Возмещение расходов производится только при наличии подтверждения в Сервисной службе факта звонка;
- 14.3.9. перевод на русский язык документов, связанных со страховым случаем (при условии страхования по вариантам «А», «С»). Текст перевода должен быть подписан переводчиком и заверен печатью организации или индивидуального предпринимателя, которые имеют право на осуществление деятельности по переводам с иностранных языков, или заверен нотариально;
- 14.3.10. Для решения вопроса о единовременной выплате страхового обеспечения согласно п. 4.2 Правил Страховщику должны быть дополнительно представлены:
- 14.3.10.1. в случае смерти Застрахованного лица – документы, подтверждающие право наследования в соответствии с законодательством Республики Беларусь, свидетельство о смерти (его копия, заверенная нотариально);
- 14.3.10.2. в случае установления инвалидности – заключение компетентных органов об инвалидности.
- 14.4. При заключении договора страхования по вариантам «В», «Д», «Е», «F» Страховщик за свой счет осуществляет перевод предоставленных документов по страховому случаю.
- 14.5. При признании произошедшего события страховым случаем Страховщик составляет акт о страховом случае в течение 5 рабочих дней со дня подачи заявления о выплате страхового обеспечения и получения всех необходимых документов, указанных в п. 14.3 Правил, и их заверенных переводов (в случае необходимости).
- 14.6. Расчет страхового обеспечения производится Страховщиком по официальному курсу валют, установленному Национальным Банком Республики Беларусь на день составления акта о страховом случае.
- 14.7. Выплата страхового обеспечения лицам, указанным в п.п. 14.1.2-14.1.3 Правил, производится в валюте, в которой уплачен страховой взнос, если иное не предусмотрено законодательством или соглашением между Страховщиком и Страхователем.
- Оплата фактически понесенных Страхователем расходов по страховому случаю в белорусских рублях оплачивается Страховщиком в белорусских рублях. Связанный с наступлением страхового случая пересчет одной валюты в другую осуществляется по официальному курсу, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день составления акта о страховом случае.
- 14.8. Страховое обеспечение может выплачиваться лицам, указанным в п.п. 14.1.2-14.1.3 Правил, либо наличными деньгами из кассы Страховщика, либо путем безналичного перечисления на счет в банке.
- 14.9. Если обнаружатся обстоятельства, лишающие Застрахованное лицо права на получение выплаты по договору страхования, то он обязан в течение 10 рабочих дней возратить Страховщику полученную сумму страховой выплаты.
- 14.10. Общая сумма выплат страхового обеспечения по всем страховым случаям, произошедшим в период действия договора страхования, не может превышать установленной при заключении договора страховой суммы.
- 14.11. Выплата страхового обеспечения лицам, указанным в п.п. 14.1.2-14.1.3 Правил, производится в течение 5 рабочих дней после составления Акта о страховом случае.

15. Ответственность страховой организации за неисполнение обязательств

- 15.1. За несвоевременную выплату страхового обеспечения лицам, указанным в п.п. 14.1.2-14.1.3 Правил, по вине Страховщика выплачивается пеня в размере:
- для физического лица - 0,5% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей выплате;
 - для юридического лица - 0,1% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей выплате.
- 15.2. За несвоевременный возврат части страхового взноса по вине Страховщика Страхователю уплачивается пеня за каждый день просрочки в размере 0,01% от суммы, подлежащей возврату.

16. Отказ в выплате страхового обеспечения

- 16.1. Если законодательством и международными договорами Республики Беларусь не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, если страховой случай наступил вследствие:
- 16.1.1. умысла Страхователя (Застрахованного лица), за исключением случаев, предусмотренных п.п. 2, 3 ст. 853 Гражданского Кодекса Республики Беларусь;
- 16.1.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения;
- 16.1.3. военных действий;
- 16.1.4. гражданской войны.
- 16.2. Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения, если Застрахованное лицо не известило своевременно Страховщика о наступлении страхового случая (п.п. 12.6.1 Правил), если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое обеспечение.
- Решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается страховой организацией в течение пяти рабочих дней со дня получения всех необходимых документов и сообщается Застрахованному лицу или иному лицу, заявившему о выплате страхового обеспечения (п.п. 14.1.3 Правил), в письменной форме с мотивацией причины отказа.

17. Порядок рассмотрения споров, вытекающих из отношений по страхованию

- 17.1. По требованиям, вытекающим из договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил, устанавливается общий срок исковой давности, исчисляемый со дня окончания действия договора страхования.
- 17.2. Споры, вытекающие из отношений по договору страхования, разрешаются судами Республики Беларусь в соответствии с компетенцией, установленной законодательством Республики Беларусь.