

**СОВМЕСТНОЕ БЕЛОРУССКО-АВСТРИЙСКОЕ
ЗАКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО
«КУПАЛА»**

УТВЕРДЖАЮ
Генеральный директор
СБА ЗАСО «КУПАЛА»

В.С.Новик
«05» апреля 2024 г.

ПРАВИЛА № 11

**ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ
СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ НА ВРЕМЯ ПОЕЗДКИ ЗА ГРАНИЦУ**
(новая редакция утверждена 05.04.2024, с изм. и доп. от 21.05.2024, 29.09.2025
вст. в силу с 01.12.2025)

Минск

Глава 1. Общие положения

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на условиях настоящих Правил добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу (далее – Правила) Совместное белорусско-австрийское закрытое акционерное страховое общество «Купала» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу (далее – договор страхования) с лицами, указанными в пункте 1.3 Правил (далее – Страхователи).

1.2. Субъектами страхования по договору страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель.

1.3. Страхователями могут быть юридические лица независимо от организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели, а также дееспособные физические лица, в том числе иностранные граждане и лица без гражданства, заключившие со Страховщиком договор страхования.

1.4. Республика Беларусь и ее административно-территориальные единицы, государственные органы, государственные юридические лица, а также хозяйствственные общества, в отношении которых Республика Беларусь либо ее административно-территориальная единица, обладая долями (акциями) в уставных фондах, может определять решения, принимаемые этими обществами, не вправе осуществлять страхование своих имущественных интересов у Страховщика по настоящим Правилам.

1.5. Застрахованное лицо – физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования, чьи имущественные интересы, связанные с причинением вреда его жизни или здоровью в результате несчастного случая или болезни в период пребывания за границей Республики Беларусь, являются объектом страхования.

1.6. Выгодоприобретатель – представитель Страховщика за границей, медицинское учреждение, оказавшее Застрахованному лицу медицинскую помощь, Застрахованное лицо (Страхователь) либо иное лицо, которое в соответствии с условиями договора страхования произвело оплату медицинской или иной помощи, оказанной Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

1.7. По договору страхования, заключенному с физическим лицом, может быть застрахован риск причинения вреда жизни или здоровью лица, названного в договоре страхования как Застрахованное лицо. Страхователь, заключивший договор страхования в свою пользу, является Застрахованным лицом.

По договору страхования, заключенному с юридическим лицом, считается застрахованным риск причинения вреда жизни или здоровью

Застрахованного лица, указанного в договоре страхования (списке Застрахованных лиц).

1.8. Договор страхования заключается без медицинского освидетельствования Застрахованного лица.

1.9. Страховщик имеет право отказать в заключении договора страхования без объяснения причин (статья 391 Гражданского кодекса Республики Беларусь).

1.10. Основные термины и их определения, используемые в настоящих Правилах:

близкие родственники – родители, дети, супруг (супруга), родные братья и сестры, внуки, дед, бабка, усыновители (удочерители), усыновленные (удочеренные);

болезнь – резкое ухудшение состояния Застрахованного лица, угрожающее его здоровью, жизни, и требующее скорой и неотложной медицинской помощи;

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

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

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

медицинское учреждение – учреждение здравоохранения или врач, имеющие специальное разрешение на оказание медицинской помощи (медицинских услуг), полученное в соответствии с требованиями законодательства страны, где производится оказание скорой и неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу;

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

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

противоправные действия – умышленные или совершенные по неосторожности действия, за совершение которых предусмотрена

уголовная или административная ответственность в соответствии с законодательством;

репатриация тела (останков) – транспортировка тела (останков), праха Застрахованного лица;

сервисная служба (ассистанс) – организация, которая на основании заключенного со Страховщиком договора является его представителем за границей, осуществляет предоставление услуг Застрахованному лицу и оплату медицинской и (или) иной помощи на территории действия договора страхования;

скорая и неотложная медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, оказываемых при острых нарушениях физического здоровья Застрахованного лица, угрожающих его жизни или здоровью, 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 транспортабельное состояние, позволяющее, при необходимости, проведение медицинской эвакуации;

срок пребывания – устанавливаемый при заключении договора страхования период времени (в рамках срока действия договора страхования), в течение которого действует страховая защита, определяемый периодом нахождения (пребывания) Застрахованного лица на территории действия договора страхования;

страна временного проживания – страна, в которой Застрахованное лицо имеет право на временное проживание в течение срока действия официально выданных разрешительных документов, за исключением пребывания в стране на основании визы или в порядке, не требующем получения визы;

страна постоянного проживания – страна, гражданином которой является Застрахованное лицо, либо на территории которой имеет право постоянно проживать на основании официально выданных разрешительных документов (вид на жительство, green card и иные);

страна пребывания – страна, на территорию которой прибыло Застрахованное лицо на основании визы или в порядке, не требующем получения визы, и на территории которой Застрахованное лицо не имеет права постоянного или временного проживания;

трети лица – физическое или юридическое лицо, не являющиеся субъектом страхования (Страховщиком, Страхователем, Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем);

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 5 лет до заключения договора страхования. Лечение хронических заболеваний не квалифицируется как состояние организма Застрахованного лица, требующее оказания скорой и неотложной медицинской помощи;

юридическая помощь – 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, уголовным или административным законодательством страны пребывания Застрахованного лица в результате причинения вреда его жизни или здоровью в связи с несчастным случаем или болезнью.

период охлаждения – период, установленный договором страхования, в течение которого Страхователь - физическое лицо вправе отказаться от договора страхования и получить уплаченную страховую премию полностью при условии отсутствия в данном периоде события, которое впоследствии может быть признано страховым случаем по договору страхования. Период охлаждения может устанавливаться по соглашению сторон и составляет 5 календарных дней со дня заключения договора страхования.

Глава 2. Объект страхования. Страховой случай

2.1. Объектом страхования по настоящим Правилам являются не противоречащие законодательству Республики Беларусь имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда жизни или здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая в период его пребывания за границей Республики Беларусь и повлекшим расходы на оказание Застрахованному лицу скорой и неотложной медицинской помощи, а также иной помощи в соответствии с условиями подпунктов 3.1.2 - 3.1.4 пункта 3.1 настоящих Правил.

2.2. Страховым случаем признается причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая в период его пребывания за границей Республики Беларусь, произошедшее в период действия договора страхования и повлекшее расходы Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) на оказание скорой и неотложной медицинской помощи и (или) иной помощи в соответствии с условиями подпунктов 3.1.2 - 3.1.4 пункта 3.1 настоящих Правил.

2.3. Не признается страховым случаем причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица в результате:

2.3.1. несчастного случая и (или) болезни, наступивших с лицом,

находившемся в состоянии наркотического и (или) токсического опьянения, либо являющихся следствием наркотического и (или) токсического опьянения, отравления;

2.3.2. несчастного случая и (или) болезни (состояния), являющихся осложнением и (или) обострением заболевания или травмы, имевших место до вступления договора страхования в силу, либо следствием лечения, хирургического вмешательства по поводу заболевания или травмы, имевших место до вступления договора страхования в силу;

2.3.3. членовредительства, самоубийства Застрахованного лица (покушения на самоубийство), за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до самоубийства (покушения на самоубийство) противоправными действиями третьих лиц, и кроме случаев, предусмотренных законодательством;

2.3.4. психического заболевания и (или) его осложнения, а также различных травм и соматических заболеваний, возникших в результате либо в связи с заболеваниями психической природы, в том числе в результате эпилептических припадков;

2.3.5. ВИЧ-инфекции и (или) СПИДа, любых заболеваний, вызванных их осложнениями, а также приобретенного иммунодефицита неясного генеза, хронического гепатита В, С, цирроза печени;

2.3.6. заболевания и (или) инфекции, передающихся половым путем, их осложнений и диагностики, а также заболеваний, являющихся их следствием;

2.3.7. несчастных случаев, произошедших при выполнении Застрахованным лицом работ по найму у иностранного нанимателя (работодателя), за исключением случаев: когда это предусмотрено договором страхования с учетом применения соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом Страховщика, а также при заключении договоров страхования в отношении застрахованных водителей, осуществляющих международные перевозки и работающих в организациях-перевозчиках, которые являются резидентами государств-членов ЕАЭС;

2.3.8. онкологических заболеваний, а также их осложнений;

2.3.9. туберкулеза, саркоидоза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса;

2.3.10. заболеваний крови;

2.3.11. системных заболеваний соединительной ткани, а также всех недифференцированных коллагенозов, ревматоидного полиартрита, болезни Бехтерева;

2.3.12. ортодонтических нарушений;

2.3.13. острой и хронической лучевой болезни;

2.3.14. заболеваний, которые были диагностированы или лечение

которых было начато до вступления договора страхования в силу и не окончено до выезда Застрахованного лица за границу Республики Беларусь (в том числе сахарный диабет);

2.3.15. временного расстройства психики (депрессия, гнетущее состояние, эйфория);

2.3.16. заболеваний сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и органов чувств, требующих сложного реконструктивного лечения;

2.3.17. несчастного случая и (или) болезни при занятиях Застрахованного лица любыми видами спорта, включая активный отдых, за исключением случаев, когда это предусмотрено договором страхования с учетом применения соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом Страховщика, или вариантом страхования, или когда сооружения для активного отдыха являются частью инфраструктуры отеля (гостиницы, апарт-отеля, иных средств (мест) размещения), в котором проживает Застрахованное лицо.

Виды спорта и (или) активный отдых дифференцируются по следующим группам:

«Спорт и отдых 1» (Спорт 1) – активный отдых с использованием всех видов воздушных, наземных и водных аттракционов, в том числе поездки (катание) на всех типах мопедов, мотороллеров, скутеров, квадроциклов, средствах персональной мобильности (электросамокат, гироскутер, сигвей, моноколесо и прочее); посещение аквапарка, баскетбол, волейбол, настольный теннис, гандбол, большой теннис, бадминтон, фехтование, занятие конным спортом, гольф, художественная и спортивная гимнастика, спортивный бег, спортивное плаванье, фигурное катание;

«Спорт и отдых 2» (Спорт 2) – альпинизм, горные лыжи, сноуборд, маунтинбайк, дайвинг, горное каноэ, водный мотоцикл, водные гонки, все виды серфинга, водное поло, хоккей с шайбой, мотоспорт и автоспорт, парусный спорт, акробатика, в том числе спортивная, тяжелая атлетика, бокс, регби, футбол, американский футбол, восточные, боевые и спортивные единоборства, скачки, воздушные виды спорта, авиаспорт; прыжки на тарзанке, паркур, сплав на байдарках (рафтинг, каякинг), катание на водных лыжах, сафари, охота; подводная охота (рыбалка), спелеотуризм, эйрбординг, иные виды спорта и отдыха, не включенные в группу **«Спорт и отдых 1»**;

2.3.18. несчастного случая и (или) болезни, произошедших во время управления Застрахованным лицом самолетом или иным летательным аппаратом, либо при нахождении Застрахованного лица, не являющегося пассажиром на борту летательного аппарата,

зарегистрированного в установленном порядке, совершающего регулярные рейсы между аэропортами, а также принадлежащего пассажирской авиакомпании;

2.3.19. несчастного случая и (или) болезни, наступивших с Застрахованным лицом, находившемся в состоянии алкогольного опьянения (обнаружение алкоголя в моче, концентрация алкоголя в крови (слюне) 0,3 промилле и более, либо положительные пробы на алкоголь в выдыхаемом воздухе), либо являющиеся следствием алкогольного опьянения, отравления (за исключением заключения договора страхования по варианту страхования «D» (VIP) (подпункт 7.6.4 пункта 7.6 Правил));

2.3.20. несчастного случая и (или) болезни, произошедших при управлении транспортным средством Застрахованным лицом, не имеющим права управления этим средством и (или) находящимся в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ;

2.3.21. несчастного случая и (или) болезни, произошедших при передаче Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, не имеющему права на управление транспортным средством данной категории либо находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

2.3.22. несчастного случая и (или) болезни, произошедших с Застрахованным лицом, находящимся на момент заключения договора страхования за границей, за исключением случаев, предусмотренных частью второй пункта 8.4 Правил;

2.3.23. совершения Застрахованным лицом умышленных действий, за которые в соответствии с законодательством страны пребывания предусмотрена административная ответственность, а также правонарушений, за которые в соответствии с законодательством страны пребывания предусмотрена уголовная ответственность, что подтверждается компетентными органами;

2.3.24. эпидемий, пандемий, носящих массовый характер, если иное не предусмотрено договором страхования с учетом применения соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом Страховщика;

2.3.25. землетрясения, извержения вулканов, лесных пожаров, падения метеоритов и иных космических тел, лавины, оползня, наводнения, торнадо, смерча, тропического циклона, тайфуна, урагана, цунами;

2.3.26. нарушения Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, эндемичных для страны (региона) пребывания, которые включены в условия выдачи разрешения на въезд в данную страну, при

нарушении требований введённых карантинных мероприятий, а также связанные с эпидемиями, загрязнением окружающей среды, стихийными бедствиями и их последствиями или введением карантина на территории страхования, известными до начала запланированной поездки;

2.3.27. болезней, наступивших вследствие алкоголизма или наркомании;

2.3.28. абORTA и мини-абORTA, исключая случаи медицинского вмешательства в связи с несчастным случаем;

2.3.29. хронических кожных заболеваний: псориаза, нейродермита, экземы;

2.3.30. микозов, в том числе микозов ногтевых пластин;

2.3.31. гельминтозов, педикулеза, чесотки;

2.3.32. врожденных аномалий и пороков развития.

2.4. Если заболевания, указанные в подпунктах 2.3.8 - 2.3.11 пункта 2.3 Правил впервые диагностированы в период действия договора страхования во время нахождения Застрахованного лица за границей, Застрахованному лицу гарантируется оплата неотложной медицинской помощи (подпункт 3.1.1 пункта 3.1 Правил) в виде так называемой симптоматической терапии.

Глава 3. Расходы, возмещаемые Страховщиком

3.1. По договору страхования при наступлении страхового случая в соответствии с пунктом 2.2 Правил подлежат оплате или возмещению следующие расходы:

3.1.1. расходы на оказание скорой и неотложной медицинской помощи:

3.1.1.1. на оказание скорой и неотложной медицинской помощи, как в амбулаторном порядке, так и в условиях стационара, с проведением при необходимости всего комплекса лабораторных и инструментальных диагностических исследований, реанимационных и оперативных вмешательств в зависимости от характера и тяжести конкретного случая;

3.1.1.2. на предоставление необходимых в каждом случае лекарственных средств, перевязочных и иммобилизационных материалов, стандартных вспомогательных, индивидуальных средств для оказания Застрахованному лицу скорой и неотложной медицинской помощи, и медико-транспортной помощи;

3.1.1.3. на экстренную стоматологическую помощь при возникновении острой зубной боли или травмы, полученной в результате несчастного случая, связанные с ее устранением (стоматологический осмотр, рентгеновское исследование, удаление или пломбирование зубов) в размерах, предусмотренных в соответствии с вариантом страхования,

указанным в договоре страхования в соответствии с пунктом 7.6 Правил;

3.1.2. расходы на оказание медико-транспортной помощи:

3.1.2.1. по медицинской эвакуации Застрахованного лица: транспортировка в больницу Застрахованного лица специальным транспортом для госпитализации и (или) оказания скорой и неотложной помощи.

Страховщик оставляет за собой право принятия решения о транспортировке Застрахованного лица в медицинское учреждение, а также право на принятие решения о выборе вида транспорта;

3.1.2.2. по медицинской репатриации Застрахованного лица:

Страховщик оставляет за собой право принятия решения о транспортировке, если по мнению лечащего врача Застрахованного лица и экспертов Страховщика Застрахованному лицу не противопоказана транспортировка в страну постоянного или временного проживания для дальнейшего амбулаторного или стационарного лечения. При проведении медицинской транспортировки Страховщиком оплачиваются медицинские, медико-транспортные расходы за пределами Республики Беларусь до момента доставки Застрахованного лица в ближайшее к месту жительства медицинское учреждение страны постоянного или временного проживания.

В случае необходимости (по согласованию со Страховщиком) оплачиваются расходы на проезд медицинского персонала либо одного сопровождающего лица при условии, что ни один из совершеннолетних членов семьи не сопровождал Застрахованное лицо в зарубежной поездке. Страховщиком покрываются расходы, включающие стоимость проезда (экономическим классом) и проживание в гостинице (комфортабельность гостиницы определяется Страховщиком), связанное с ожиданием выбранного рейса. При этом, если Застрахованное лицо имеет проездные билеты (оплаченные, заказанные, забронированные), оно либо сопровождающее его лицо обязано уведомить Страховщика (ассистанс) об их наличии и возвратить (сдать) неиспользованные проездные документы транспортной компании либо, при возможности, переоформить их на другую дату выезда. При возврате Застрахованному лицу (сопровождающему его лицу, Страхователю) стоимости неиспользованных проездных документов, Страховщик вычитает их стоимость из суммы подлежащего выплате страхового обеспечения.

В случае отказа Застрахованного лица (его представителя) от предложенной Страховщиком медицинской транспортировки все последующие медицинские, медико-транспортные расходы с момента отказа оплачиваются Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) самостоятельно и возмещению Страховщиком не подлежат.

Страховщик оставляет за собой право принятия решения о

транспортировке Застрахованного лица в медицинское учреждение, а также право на принятие решения о выборе вида транспорта;

3.1.2.3. транспортные расходы на проезд экономическим классом **по возвращению в страну** постоянного или временного проживания несовершеннолетних детей (до 18 лет) и (или) недееспособных (ограниченно дееспособных) совершеннолетних членов семьи Застрахованного лица, которые вследствие наступления страхового случая остались без присмотра и не имеют возможности самостоятельно находиться в стране, где произошел страховой случай (в стране пребывания Застрахованного лица). Возвращение указанных лиц в Республику Беларусь осуществляется только при согласии Застрахованного лица либо законных представителей указанного лица. При необходимости оплачиваются транспортные расходы сопровождающего лица на проезд экономическим классом;

3.1.2.4. расходы по выезду и пребыванию одного близкого родственника Застрахованного лица, если Застрахованное лицо находится за границей без сопровождения близкого родственника, в случае госпитализации Застрахованного лица. В указанные расходы входят: приобретение билета на проезд автомобильным, железнодорожным, авиационным транспортом, проживание в гостинице, но не более 5 суток. Класс проезда, комфортабельность гостиницы определяется Страховщиком;

3.1.2.5. расходы по пребыванию одного родителя (иного близкого родственника или законного представителя за границей) в палате совместно с Застрахованным лицом - ребенком в возрасте до 10 лет включительно;

3.1.2.6. расходы по пребыванию несовершеннолетнего лица, оставшегося без присмотра и сопровождавшего Застрахованное лицо в поездке, **в палате совместно с госпитализированным Застрахованным лицом** при условии, что госпитализированное Застрахованное лицо было единственным сопровождающим лицом;

3.1.3. расходы по репатриации тела (останков): в случае смерти Застрахованного лица Страховщик с согласия родственников Застрахованного лица оплачивает расходы по возвращению тела (останков) Застрахованного лица в Республику Беларусь либо по согласованию с родственниками Застрахованного лица в иную страну, если размер транспортных расходов по перевозке тела не превышает стоимость транспортных расходов по перевозке тела в Республику Беларусь. Страховщик осуществляет взаимодействие с соответствующими учреждениями Министерства иностранных дел Республики Беларусь за границей для подготовки документов, касающихся репатриации тела Застрахованного лица.

Расходы по репатриации тела (останков) включают:

- расходы по подготовке тела к перевозке (проведение секции), бальзамирование тела;
- расходы, связанные с приобретением необходимого для международной перевозки гроба, урны для праха, одежды;
- расходы, связанные с оформлением разрешения по перевозке;
- транспортные расходы, связанные с перевозкой тела (урны с прахом).

По соглашению сторон Страховщиком могут быть оплачены расходы на кремацию в стране, где произошел страховой случай;

3.1.4. дополнительные расходы, возмещаемые Страховщиком в зависимости от варианта страхования, указанного в договоре страхования в соответствии с пунктом 7.6 Правил:

3.1.4.1. расходы на оказание Застрахованному лицу юридической помощи.

При этом страхованию подлежит не гражданская ответственность Застрахованного лица, а только услуги адвоката по защите его интересов в связи с предъявленными претензиями при условии, что необходимость в оказании услуг адвоката связана с обнаружившейся у Застрахованного лица болезнью или произошедшим несчастным случаем;

3.1.4.2. расходы по переводу медицинских документов по событию, признанному страховым случаем;

3.1.4.3. расходы на телекоммуникационную связь со Страховщиком и (или) сервисной службой (ассистансом) в связи с имевшим место страховым случаем при предоставлении соответствующего счета с полной расшифровкой телефонов и стоимостью разговоров (заверенного печатью (штампом) организации оператора связи).

3.2. Все расходы, указанные в пункте 3.1 Правил, должны быть документально подтверждены (счета-фактуры, инвойсы, медицинские отчеты или сертификаты, рецепты на лекарства, чеки и т.п.).

Глава 4. Расходы, не возмещаемые Страховщиком

4.1. Не подлежат возмещению Страховщиком:

4.1.1. расходы, понесенные без согласия Страховщика либо ассистанса за исключением случаев, предусмотренных вариантом страхования, указанным в договоре страхования в соответствии с пунктом 7.6 Правил;

4.1.2. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с последствиями несчастных случаев, произошедших с Застрахованным

лицом в связи с совершением им действий, которые признаны противоправными в соответствии с законодательством страны пребывания;

4.1.3. расходы, связанные с проведением абортов и миниабортов, исключая случаи необходимости оказания скорой и неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу в результате самопроизвольного аборта или несчастного случая;

4.1.4. расходы на услуги, связанные с нормально или патологически протекающей беременностью, родами, за исключением случаев, угрожающих жизни Застрахованного лица;

4.1.5. расходы на лечение хронических заболеваний, лечение, обследование и приобретение медикаментозных средств для лечения хронических заболеваний, в том числе заболеваний существовавших на момент заключения договора страхования и требовавших лечения до начала периода страхования (включая последствия несчастных случаев, произошедших до выезда застрахованного за границу), даже если Застрахованный ранее не подвергался лечению и не знал о наличии указанных заболеваний, а также при заболеваниях и их осложнениях, лечение по которым проводилось в течение года до заключения договора страхования.

Лечение хронических заболеваний не квалифицируется как состояние организма Застрахованного лица, требующее оказания неотложной медицинской помощи. При определении неотложности предоставленной медицинской помощи во внимание также принимаются обстоятельства, при которых оказывалась медицинская помощь (пациент доставлен в медицинское учреждение машиной скорой помощи, по пути в медицинское учреждение давался кислород, пациент обеспечивался инфузционной терапией, проводились интенсивная терапия и иные реанимационные мероприятия).

Факт указания в диагнозе слов «острый», «внезапный» или «тяжелый» является основанием для оплаты расходов на оказание скорой и неотложной медицинской помощи в пределах размера расходов при обострении хронических заболеваний, установленного вариантом страхования, указанным в договоре страхования в соответствии с пунктом 7.6 Правил;

4.1.6. расходы, связанные с обострением и (или) осложнением хронического заболевания, если:

- такое обострение было вызвано нарушением режима, рекомендованного лечащим врачом Застрахованного лица либо врачом лечебного учреждения, в котором Застрахованное лицо находилось на лечении до наступления страхового случая;

- Страховщику стало известно о фактах, указывающих на то, что

Застрахованное лицо предпринимало определенные действия или бездействие (например, допускало нагрузки, не предпринимало попыток обращения за медицинской помощью и т.п.), угрожающих состоянию здоровья Застрахованного лица и о последствиях, которых он знал или должен был знать;

4.1.7. расходы на услуги или приобретение медицинских препаратов, не являющихся показанными с медицинской точки зрения при постановке диагноза или лечении заболевания;

4.1.8. расходы на услуги и лечение в водолечебнице, санатории, профилактории;

4.1.9. расходы на реабилитационно-восстановительное лечение;

4.1.10. расходы на услуги, оказанные Застрахованному лицу медицинскими учреждениями или врачами, не имеющими соответствующей лицензии, или лицом, состоящим в родственных отношениях с Застрахованным лицом (за исключением случаев, когда неоказание скорой и неотложной медицинской помощи таким лицом угрожало жизни Застрахованного лица);

4.1.11. расходы на услуги, являющиеся частью текущего обследования или проверки состояния здоровья, включая выдачу медицинских справок и результатов обследований;

4.1.12. расходы на профилактические мероприятия, прививки, за исключением случаев, когда вакцинация необходима в рамках оказания скорой и неотложной помощи по страховому случаю;

4.1.13. расходы на обследование зрения, рефракции глаза, а также стоимость очков, контактных линз или слуховых аппаратов;

4.1.14. расходы на стоматологическое лечение за исключением услуг, оговоренных в подпункте 3.1.1.3 пункта 3.1 Правил;

4.1.15. расходы по удалению мозолей, бородавок, натоптышей;

4.1.16. расходы на ортопедическое лечение плоскостопия, супинаторы, вкладыши для коррекции стопы, лечение деформированных и вросших ногтей стоп, кистей;

4.1.17. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с психотерапией: аутотренинг, лечение сном и т.п.;

4.1.18. расходы на проведение челюстно-лицевой хирургии, все виды пластической хирургии, исключая скорую и неотложную медицинскую помощь при несчастном случае;

4.1.19. расходы по использованию препаратов и средств контроля над рождаемостью;

4.1.20. расходы на искусственное оплодотворение или лечение бесплодия;

4.1.21. расходы на операции по изменению пола;

4.1.22. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с

половыми расстройствами;

4.1.23. расходы, связанные с травмами и повреждениями в результате сексуального контакта за исключением случаев, когда травма получена в результате противоправных действий;

4.1.24. расходы на оказание медицинских услуг членам семьи Застрахованного лица;

4.1.25. расходы на приобретение и ремонт изделий медицинского назначения, вспомогательных средств, медицинского оборудования, протезов, протезирование, в том числе зубов, применение корректирующих устройств или медицинских аппаратов;

4.1.26. расходы на проведение сеансов литотрипсии, операций эндопротезирования, аортокоронарного шунтирования, стентирования сосудов, установки кава-фильтров и других операций на сосудах и сердце; расходы на ангиографию;

4.1.27. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с заболеваниями и травмами, которые диагностированы (произошли) до поездки Застрахованного лица за границу;

4.1.28. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с простудными заболеваниями легкого течения, не сопровождающиеся повышением температуры, за исключение оказания помощи лицам, не достигшим 14 лет;

4.1.29. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с инфекционными заболеваниями (гепатиты: А, В, С), особо опасными и тропическими инфекциями (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф) и заболеваниями, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией и (или) являющихся следствием нарушения Застрахованным лицом обязательных профилактических (карантинных) мероприятий, обязательных к проведению до запланированной поездки на территорию страхования;

4.1.30. расходы по уходу или на лечение, а также повторные осмотры, визиты и обследования, не требующиеся для оказания неотложной медицинской помощи или коррекции ранее назначенного лечения. При заключении договора страхования по варианту страхования «С» (Престиж) (подпункт 7.6.3 пункта 7.6 Правил) или по варианту страхования «D» (VIP) (подпункт 7.6.4 пункта 7.6 Правил) Страховщиком возмещаются расходы при необходимости визита к врачу для контроля над ходом лечения Застрахованного лица;

4.1.31. расходы на медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу, имеющему по рекомендации врача медицинские противопоказания для осуществления поездки за границу;

4.1.32. расходы по диагностике и (или) лечению гинекологических заболеваний, кроме состояний, требующих оказания

неотложной медицинской помощи;

4.1.33. расходы по диагностике и (или) лечению урологических заболеваний, в том числе инфекций мочеполовых путей, кроме случаев требующих оказания неотложной медицинской помощи;

4.1.34. расходы, понесенные компаньонами или членами семьи Застрахованного лица в период госпитализации последнего, за исключением расходов, предусмотренных подпунктами 3.1.2.4, 3.1.2.5, 3.1.2.6 пункта 3.1 Правил;

4.1.35. расходы на оказание медицинских услуг при условии, когда поездка за границу была предпринята Страхователем, Застрахованным лицом с намерением получить лечение;

4.1.36. расходы на диагностическое обследование Застрахованного лица, в результате которого не был установлен клинический диагноз заболеваний и не возникла необходимость в оказании Застрахованному лицу неотложной медицинской помощи;

4.1.37. расходы на обследование и лечение методами нетрадиционной медицины;

4.1.38. расходы на предоставление средств и услуг дополнительного комфорта, а именно палаты типа «люкс», кондиционера, увлажнителя воздуха, телевизора, телефона, интернета, а также услуг парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика и т.п.;

4.1.39. расходы на оказание медицинских услуг, связанных со всеми видами хронических заболеваний, требующих проведения гемодиализа или других экстракорпоральных методов лечения;

4.1.40. расходы на стационарное лечение (на которое не было получено согласие Страховщика, кроме предоставления медицинской помощи, направленной на спасение жизни Застрахованного), а также на хирургическое вмешательство или лечение, которое может быть отложено до возвращения Застрахованного лица к месту постоянного или временного проживания;

4.1.41. расходы, связанные с травмами и заболеваниями, а также их осложнениями, полученными, если Застрахованное лицо не выполнило и (или) нарушило предписания врача или не предприняло разумных и доступных ему мер для уменьшения последствий страхового случая и благоприятного выздоровления, а также в случаях осуществления терапевтических или оперативных методов лечения, которые Застрахованный применяло по отношению к себе самостоятельно или поручало другому лицу, не имеющему соответствующих специальных медицинских познаний, опыта и полномочий;

4.1.42. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с заболеваниями, по которым установлена группа инвалидности;

4.1.43. расходы на лечение алкогольной, наркотической и

токсической зависимости;

4.1.44. расходы на обследование и лечение расстройства слуха и слухового аппарата, их осложнений, а также удаление серных пробок, за исключением случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям;

4.1.45. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с кожными заболеваниями и кожными проявлениями всех видов аллергических реакций, за исключением случаев, когда оказывается врачебная помощь по спасению жизни, а также оказанию помощи детям до 6 лет, за исключением заключения договора страхования по варианту страхования «С» (Престиж) (подпункт 7.6.3 пункта 7.6 Правил) или по варианту страхования «D» (VIP) (подпункт 7.6.4 пункта 7.6 Правил);

4.1.46. расходы на лечение и диагностику солнечных ожогов, фотодерматитов, солнечной аллергии и иных изменений кожи, вызванных ультрафиолетовым излучением (за исключением заключения договора страхования по варианту страхования «С» (Престиж) (подпункт 7.6.3 пункта 7.6 Правил) или по варианту страхования «D» (VIP) (подпункт 7.6.4 пункта 7.6 Правил));

4.1.47. расходы, превосходящие среднерегиональную стоимость конкретной услуги или медицинского препарата, взимаемые в том месте, где такие услуги были оказаны (за исключением заключения договора страхования по варианту страхования «С» (Престиж) (подпункт 7.6.3 пункта 7.6 Правил) или по варианту страхования «D» (VIP) (подпункт 7.6.4 пункта 7.6 Правил)). При этом среднерегиональная стоимость конкретной услуги или медицинского препарата определяется Страховщиком на основании данных, представленных ассистансом на дату запроса Страховщика;

4.1.48. расходы, связанные с травмами, полученными при занятиях Застрахованного лица любыми видами спорта, включая активный отдых, за исключением следующих случаев:

- заключения договора страхования в соответствии с подпунктом 2.3.17 пункта 2.3 Правил;

- заключения договора страхования по варианту страхования «С» (Престиж) (подпункт 7.6.3 пункта 7.6 Правил). По указанному варианту страхования покрываются занятия Застрахованного лица любыми видами спорта и (или) активным отдыхом,ключенными в группу «Спорт и отдых 1» (Спорт 1);

- заключения договора страхования по варианту страхования «D» (VIP) (подпункт 7.6.4 пункта 7.6 Правил). По указанному варианту страхования покрываются занятия Застрахованного лица любыми видами спорта и (или) активным отдыхом,ключенными в группу «Спорт и отдых 1» (Спорт 1);

- когда сооружения для активного отдыха являются частью

инфраструктуры отеля (гостиницы, апарт-отеля, иных средств (мест) размещения), в котором проживает Застрахованное лицо;

4.1.49. расходы, связанные с лечением и травмами, возникшими в связи с грубыми нарушениями общепринятых правил поведения в зонах отдыха, которые рекомендованы представителями Страховщика, туроператора и инструкторами баз размещения, отелей, гостиниц, апарт-отелей, иных средств (мест) размещения (за исключением заключения договора страхования по варианту страхования «С» (Престиж) (подпункт 7.6.3 пункта 7.6 Правил) или по варианту страхования «D» (VIP) (подпункт 7.6.4 пункта 7.6 Правил));

4.1.50. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с укусами насекомых, пресмыкающихся, рыб, кишечнополостных, кроме расходов по оказанию скорой и неотложной медицинской помощи, а также оказания помощи детям до 10 лет (за исключением заключения договора страхования по варианту страхования «С» (Престиж) (подпункт 7.6.3 пункта 7.6 Правил) или по варианту страхования «D» (VIP) (подпункт 7.6.4 пункта 7.6 Правил));

4.1.51. расходы на лечение лиц (в том числе расходы на оказание неотложной медицинской помощи), непрерывно пребывающих в странах Юго-Восточной Азии (Вьетнам, Камбоджа, Лаос, Мьянма, Таиланд, Малайзия, Бруней, Восточный Тимор, Индонезия, Сингапур, Филиппины), в Индии, Китае, Японии, Южной Корее, Австралии, Новой Зеландии, Шри-Ланке и странах Латинской Америки, начиная с 61 дня непрерывного пребывания Застрахованного лица в вышеуказанных странах, за исключением случаев, когда это предусмотрено договором страхования с учетом применения соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом Страховщика, а также при заключении договоров страхования с территорией действия «Все страны мира»;

4.1.52. расходы на обследование и лечение на территории страны, гражданином которой является Застрахованное лицо, а также страны постоянного или временного проживания Застрахованного лица;

4.1.53. расходы, связанные с нарушением правил техники безопасности при выполнении работы по найму;

4.1.54. расходы, связанные с проведением любого профилактического обследования, общих медицинских осмотров, в том числе исследование клеща, прививок (вакцинации) и их осложнений, кроме профилактического введения препаратов, назначенных врачом при подозрении на возможное заражение бешенством или столбняком.

4.2. В случае смерти Застрахованного лица Страховщиком не оплачиваются:

4.2.1. расходы за вызов родственниками Застрахованного лица,

иными лицами врачей-специалистов, в том числе понесенные без согласия Страховщика, ассистанса;

4.2.2. расходы на погребение в любой из стран, в том числе в стране постоянного или временного проживания Застрахованного лица;

4.2.3. расходы в связи со смертью Застрахованного лица в случае, если в момент наступления смерти последний находился в состоянии наркотического, токсического либо алкогольного опьянения (обнаружение алкоголя в моче, концентрация алкоголя в крови (слюне) 0,3 промилле и более, либо положительные пробы на алкоголь в выдыхаемом воздухе) (за исключением заключения договора страхования по варианту страхования «D» (VIP) (подпункт 7.6.4 пункта 7.6 Правил));

4.2.4. расходы по захоронению и погребению, если в стране, где произошел страховой случай, проживают близкие родственники Застрахованного лица;

4.2.5. другие расходы, произведенные без согласия Страховщика либо ассистанса.

4.3. Страховщиком не возмещается моральный вред, а также различного рода косвенные убытки и упущенная выгода.

Глава 5. Страховая сумма

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

5.2. Страховая сумма может устанавливаться в долларах США или евро по соглашению между Страховщиком и Страхователем.

5.3. При страховании группы лиц страховая сумма устанавливается на каждое Застрахованное лицо и общая страховая сумма по договору.

Общая сумма выплат страхового обеспечения на каждое Застрахованное лицо по всем страховым случаям по одному договору страхования не может превышать установленную в договоре страховую сумму для данного Застрахованного лица.

5.4. Если Застрахованному лицу произведены страховые выплаты, то последующая страховая выплата производится в пределах разницы между страховой суммой по Застрахованному лицу, установленной при заключения договора страхования, и произведенной страховой выплатой.

5.5. Страховая сумма по договору страхования устанавливается в размере не менее 30 000 долларов США или евро.

Глава 6. Страховой тариф, страховая премия

6.1. Страховая премия – сумма денежных средств, подлежащая

уплате Страхователем Страховщику за страхование в порядке и сроки, установленные договором страхования.

6.2. Страховая премия по договору страхования определяется путем суммирования страховых премий за каждое Застрахованное лицо. Страховая премия за каждое Застрахованное лицо по договору страхования определяется исходя из страховой суммы по Застрахованному лицу и базового страхового тарифа в соответствии с Приложением № 1 к Правилам с применением корректировочных коэффициентов, утвержденных локальными правовыми актами Страховщика.

6.3. Страховая премия исчисляется в иностранной валюте и может быть уплачена как в иностранной валюте (в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь), так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы на день уплаты страховой премии.

6.4. Страховая премия по договору уплачивается Страхователем единовременно при заключении договора страхования за исключением случаев, предусмотренных частью второй настоящего пункта Правил.

Страховая премия по договору страхования, заключенному со Страхователем-юридическим лицом, по соглашению сторон может быть уплачена единовременно при его заключении либо в рассрочку в соответствии с условиями договора страхования. Размер каждой части страховой премии по договору страхования при уплате в рассрочку устанавливается договором страхования. При уплате страховой премии в рассрочку первая ее часть уплачивается при заключении договора страхования. Сроки уплаты каждой последующей части страховой премии при уплате в рассрочку устанавливаются не позднее последнего дня оплаченного периода и указываются в договоре страхования.

Конкретный порядок и сроки уплаты страховой премии (ее частей) указываются в договоре страхования.

6.5. Страховая премия по договору страхования может уплачиваться Страхователем путем безналичного перечисления или наличными денежными средствами в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

6.6. Днем уплаты страховой премии (ее части) по договору считается:

6.6.1. при безналичных расчетах:

6.6.1.1. при уплате страховой премии (ее части) наличными денежными средствами через банк или иное учреждение, осуществляющее перевод денежных средств, – день совершения расчетной (кассовой) операции по приему наличных денежных средств

отделением банка или иного учреждения, осуществляющего перевод денежных средств, в пользу Страховщика (его представителя);

6.6.1.2. при осуществлении операций с использованием банковских платежных карточек – день совершения операций по уплате страховой премии (ее части) с применением карточки либо ее реквизитов в пользу Страховщика (его представителя) с последующим зачислением на расчетный счет Страховщика (его представителя).

При осуществлении безналичных расчетов по соглашению между Страховщиком и Страхователем день уплаты страховой премии (день совершения операции) может документально подтверждаться Страхователем, банком или иным учреждением (организацией), осуществляющим перевод денежных средств или осуществляющим расчетное посредничество на основании договора со Страховщиком;

6.6.2. при наличных расчетах – день внесения наличных денежных средств в кассу Страховщика либо его представителю.

Глава 7. Заключение, изменение договора страхования

7.1. Договор страхования заключается на условиях Правил страхования, принятых Страхователем, путем присоединения к договору страхования. Условия, содержащиеся в Правилах страхования, в том числе не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страховщика, Страхователя, Застрахованного лица и Выгодоприобретателя.

7.2. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя (по форме, утвержденной приказом Страховщика) или предложения Страховщика о добровольном страховании от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу, принятого Страхователем способом, указанным в таком предложении.

Письменное заявление о страховании со всеми прилагаемыми к нему документами является неотъемлемой частью договора страхования. Ответственность за достоверность предоставленной информации, содержащейся в заявлении о страховании, несет Страхователь.

7.3. Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

Договор страхования может быть заключен путем:

- составления одного текстового документа, подписанного сторонами по договору;
- 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.

Письменное предложение Страховщика заключить договор страхования путем направления текстового документа принимается Страхователем путем уплаты страховой премии в срок, установленный в предложении, если иное не предусмотрено законодательством или не указано в предложении.

Договор страхования может быть заключен в письменной форме способами, предусмотренными законодательством Республики Беларусь, в электронном виде через официальный сайт Страховщика в глобальной компьютерной сети Интернет либо организации, заключающей договор страхования от имени Страховщика и имеющей право в соответствии с законодательством проводить идентификацию обратившихся к ней Страхователей, их представителей без личного присутствия указанных лиц. При этом договоры страхования могут заключаться без применения электронной цифровой подписи.

7.4. К договору страхования должны прилагаться Правила (либо направляются в электронном виде – в случае заключения договора страхования в соответствии с частью четвертой пункта 7.3 Правил), что удостоверяется записью в этом договоре.

Дополнительно к договору страхования прилагается информационный листок с указанием контактных данных ассистанса и порядка обращения при наступлении события, которое по условиям договора страхования может быть признано страховым случаем.

7.5. Один договор страхования может быть заключен в отношении нескольких Застрахованных лиц. По соглашению Страхователя со Страховщиком может быть выдан один договор страхования с приложением списка Застрахованных лиц или могут быть выданы отдельные договоры страхования каждому Застрахованному лицу.

7.6. Договор страхования может быть заключен по одному из следующих вариантов страхования:

7.6.1. **вариант «А» (Эконом), вариант «Е» (Граница)** предусматривают страхование расходов в пределах страховой суммы:

– расходы на оказание скорой и неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу в связи с причинением вреда его здоровью в результате несчастного случая или болезни;

- расходы на экстренную стоматологическую помощь в сумме не более 50 долларов США (евро) в зависимости от валюты страховой суммы;
 - расходы на оказание медико-транспортной помощи;
 - расходы по репатриации тела (останков) Застрахованного лица;
 - расходы на оказание неотложной медицинской и иной, предусмотренной подпунктами 3.1.2 – 3.1.3 пункта 3.1 Правил, помощи Застрахованному лицу в случае наличия угрозы жизни в результате обострения хронического заболевания в размере, не превышающем 2% от установленной в отношении Застрахованного лица страховой суммы;
 - расходы на оказание неотложной медицинской и иной помощи, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно, в сумме не более 50 долларов США (евро) в зависимости от валюты страховой суммы, если иной размер расходов, понесенных Застрахованным лицом самостоятельно, предварительно не согласован со Страховщиком (ассистансом) до обращения в медицинское учреждение или к врачу (часть вторая пункта 11.3 Правил);
 - расходы на телекоммуникационную связь со Страховщиком (ассистансом);
- 7.6.2. вариант «В» (Стандарт)** предусматривает страхование расходов в пределах страховой суммы:
- расходы на оказание скорой и неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу в связи с причинением вреда его здоровью в результате несчастного случая или болезни;
 - расходы на экстренную стоматологическую помощь в сумме не более 120 долларов США (евро) в зависимости от валюты страховой суммы;
 - расходы на оказание медико-транспортной помощи;
 - расходы по репатриации тела (останков) Застрахованного лица;
 - расходы за оказание неотложной медицинской и иной, предусмотренной подпунктами 3.1.2 – 3.1.3 пункта 3.1 Правил, помощи Застрахованному лицу в случае наличия угрозы жизни в результате обострения хронического заболевания в размере, не превышающем 5% от установленной в отношении Застрахованного лица страховой суммы;
 - расходы на оказание неотложной медицинской и иной помощи, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно:
- в Египте, Греции, Турции, Болгарии, Румынии, Черногории, Хорватии, Украине, Таиланде, ОАЭ - в сумме не более 100 долларов США (евро) в зависимости от валюты страховой суммы;

в других странах - в сумме не более 300 долларов США (евро) в зависимости от валюты страховой суммы, если иной размер расходов, понесенных Застрахованным лицом самостоятельно, предварительно не согласован со Страховщиком (ассистансом) до обращения в медицинское учреждение или к врачу (часть вторая пункта 11.3 Правил);

– расходы на телекоммуникационную связь со Страховщиком (ассистансом);

– расходы на оказание Застрахованному лицу юридической помощи в размере не более 5 % от установленной в отношении Застрахованного лица страховой суммы;

– расходы по переводу медицинских документов по событию, признанному страховым случаем;

7.6.3. вариант «С» (Престиж) предусматривает страхование расходов в пределах страховой суммы:

– расходы на оказание скорой и неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу в связи с причинением вреда его здоровью в результате несчастного случая или болезни;

– расходы на экстренную стоматологическую помощь в сумме не более 250 долларов США (евро) в зависимости от валюты страховой суммы;

– расходы на оказание медико-транспортной помощи;

– расходы по репатриации тела (останков) Застрахованного лица;

– расходы за оказание неотложной медицинской и иной, предусмотренной подпунктами 3.1.2 – 3.1.3 пункта 3.1 Правил, помощи Застрахованному лицу в случае наличия угрозы жизни в результате обострения хронического заболевания в размере, не превышающем 15% от установленной в отношении Застрахованного лица страховой суммы;

– расходы на оказание неотложной медицинской и иной помощи, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно в сумме не более 1 000 долларов США (евро) в зависимости от валюты страховой суммы, если иной размер расходов, понесенных Застрахованным лицом самостоятельно, предварительно не согласован со Страховщиком (ассистансом) до обращения в медицинское учреждение или к врачу (часть вторая пункта 11.3 Правил);

– расходы на телекоммуникационную связь со Страховщиком (ассистансом);

– расходы на оказание Застрахованному лицу юридической помощи в размере не более 10 % от установленной в отношении Застрахованного лица страховой суммы;

– расходы по переводу медицинских документов по событию,

признанному страховым случаем;

7.6.4. **вариант «D» (VIP)** предусматривает страхование расходов в пределах страховой суммы:

- расходы на оказание скорой и неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу в связи с причинением вреда его здоровью в результате несчастного случая или болезни;
- расходы на экстренную стоматологическую помощь в сумме не более 500 долларов США (евро) в зависимости от валюты страховой суммы;
- расходы на оказание медико-транспортной помощи;
- расходы за оказание неотложной медицинской и иной, предусмотренной подпунктами 3.1.2 – 3.1.3 пункта 3.1 Правил, помощи Застрахованному лицу в случае наличия угрозы жизни в результате обострения хронического заболевания в размере, не превышающем 20% от установленной в отношении Застрахованного лица страховой суммы;
- расходы на оказание неотложной медицинской и иной помощи, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно в сумме не более 1 500 долларов США (евро) в зависимости от валюты страховой суммы, если иной размер расходов, понесенных Застрахованным лицом самостоятельно, предварительно не согласован со Страховщиком (ассистансом) до обращения в медицинское учреждение или к врачу (часть вторая пункта 11.3 Правил);
- расходы на телекоммуникационную связь со Страховщиком (ассистансом);
- расходы на оказание Застрахованному лицу юридической помощи в размере не более 15 % от установленной в отношении Застрахованного лица страховой суммы;
- расходы по переводу медицинских документов по событию, признанному страховым случаем.

7.7. Страховщиком в соответствии с условиями настоящих Правил, а также на основании вариантов страхования, предусмотренных подпунктами 7.6.1 – 7.6.4 пункта 7.6 Правил, могут быть разработаны определенные программы страхования, в которых Страховщиком могут быть определены размер страховой суммы, размер страхового тарифа и иные условия договора страхования, которые утверждаются приказом Страховщика.

7.8. В соответствии с настоящими Правилами может быть организовано дистанционное предоставление медицинских услуг (например, осмотр, сбор анамнеза, консультации, назначение лечения, мониторинг состояния (в том числе запрос и отправление сведений о течении заболеваний) с помощью телекоммуникационных технологий по

каналам связи (видеотелефон, интернет: видеоконференция, скайп, зум, видеочат, вайбер, телеграм и др.)).

7.9. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие 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.

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования (страховом полисе) на основании 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 страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в части первой настоящего пункта, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 180 Гражданского кодекса Республики Беларусь.

7.10. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно (не позднее 1 суток) сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

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

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

Дополнительная страховая премия рассчитывается по следующей формуле:

ДСП = (СП2 – СП1) x n/t, где:

ДСП – дополнительная страховая премия;

СП1 – страховая премия на момент заключения договора страхования;

СП2 – страховая премия на момент увеличения страхового риска;

n – оставшийся срок действия договора страхования (срок

пребывания) с даты увеличения степени страхового риска (в днях);

t – срок действия договора страхования (срок пребывания) (в днях).

Дополнительная страховая премия уплачивается единовременно при внесении изменений в договор страхования.

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

В этом случае договор страхования расторгается с момента получения такого отказа. К отказу приравнивается неполучение ответа от Страхователя на надлежаще отправленное (заказное, с уведомлением и т.п.) письменное предложение Страховщика об изменении условий страхования или доплате дополнительной страховой премии в срок, указанный в таком предложении.

7.11. Страховщик, уведомленный об уменьшении степени страхового риска, а именно в случае открытия визы с меньшим количеством дней пребывания, на основании письменного заявления Страхователя и предоставленной копии страницы паспорта с визой, вправе внести изменения в договор страхования и произвести перерасчет страховой премии в сторону уменьшения.

Сумма возврата при уменьшении степени страхового риска рассчитывается согласно формуле:

ВСП = СП1 – СП2, где

ВСП – сумма возврата страховой премии при уменьшении риска;

СП1 – страховая премия на дату заключения договора страхования;

СП2 – страховая премия на дату оформления договора о внесении изменений к договору страхования с учетом уменьшения риска (уменьшение количества дней пребывания за границей).

7.12. Внесение изменений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, совершается путем заключения договора о внесении изменений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, в той же форме, в которой был заключен договор страхования, если иное не установлено соглашением сторон, с указанием даты его заключения, вступления в силу, который является неотъемлемой частью договора страхования, в условия которого внесены изменения.

7.13. При неисполнении Страхователем обязанности, предусмотренной частью первой пункта 7.10 Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора. В этом случае договор страхования расторгается с момента увеличения страхового риска.

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

7.15. В случае если Страхователь до начала срока действия договора

страхования изменяет сроки поездки (без изменения количества дней срока действия договора страхования), то Страховщик вправе внести изменения в договор страхования с указанием других сроков поездки, при этом к письменному заявлению об изменении договора страхования прилагается предыдущий договор страхования.

7.16. Независимо от того, наступило ли повышение страхового риска или нет, Страховщик имеет право в течение срока действия договора страхования проверять достоверность сообщенных ему Страхователем сведений.

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

7.18. Составление первичных учетных документов по договору страхования, подтверждающих оказание услуг, может осуществляться каждой из сторон единолично.

Глава 8. Срок и территория действия договора страхования.

Вступление договора страхования в силу, дубликат (копия) договора страхования

8.1. Срок и территория действия договора страхования определяется по соглашению сторон и указывается в договоре страхования.

8.2. Договор страхования может быть заключен на срок от 1 дня до 5 лет включительно.

8.3. Ответственность Страховщика действует во время пребывания Застрахованного лица за пределами Республики Беларусь в пределах страны (группы стран), указанной (-ых) в договоре страхования, а также транзитных стран, находящихся по пути следования в страну (группу стран) пребывания и обратно. Страхование начинает действовать с даты пересечения границы при выезде Застрахованного лица за пределы Республики Беларусь, но не ранее начала срока действия, указанного в договоре страхования. Действие договора страхования заканчивается при пересечении границы Республики Беларусь в обратном направлении, но не позднее срока окончания действия договора страхования. При многократных выездах Застрахованного лица за границу в период действия договора страхования, период ответственности Страховщика не может превышать общий срок пребывания за границей, указанный в договоре страхования.

Исключаются из территории действия договора страхования:

- Республика Беларусь;
- страны постоянного и (или) временного проживания

Застрахованного лица;

– страны, на территории которых ведутся военные действия, проводятся военные спецоперации, происходят вооруженные конфликты, гражданские войны, межнациональные конфликты, народные волнения, массовые беспорядки.

Срок пребывания Застрахованного лица, выезжающего в страну (группы стран), службы пограничного контроля которой не делают в паспорте соответствующие отметки о пересечении границы иностранного государства, устанавливается в размере, равном сроку действия договора страхования.

За случаи, произошедшие в период действия договора страхования, превышающий общий срок пребывания Застрахованного лица за границей, указанный в договоре страхования, Страховщик ответственности не несет. Общий срок фактического пребывания Застрахованного лица за границей при многократных выездах определяется по отметкам (штампам) пограничных служб в паспорте Застрахованного лица и (или) по информации, предоставленной Государственным пограничным комитетом Республики Беларусь.

8.4. Договор страхования не заключается и страхование не действует в отношении лица, находящегося на момент заключения договора страхования за границей Республики Беларусь, за исключением случаев, указанных в части второй настоящего пункта Правил.

Договор страхования может быть заключен и страхование действует в отношении лица, находящегося на момент заключения договора страхования за границей Республики Беларусь:

– при наличии у Застрахованного лица договора страхования, заключенного со Страховщиком с не истекшим сроком действия и не превышенным сроком пребывания, указанным в договоре страхования;

– при отсутствии у Застрахованного лица действующего договора страхования, заключенного со Страховщиком, с учетом применения соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом Страховщика. В этом случае в отношении Застрахованного лица договор страхования вступает в силу не ранее, чем через 5 календарных дней с даты заключения договора страхования.

8.5. Договор страхования вступает в силу со времени и даты, указанных в договоре страхования как время и дата начала срока его действия, но не ранее уплаты страховой премии. Если конкретное время начала срока действия договора страхования не указано, таким временем считается 00 часов 00 минут первого дня срока действия договора страхования. Договор страхования заканчивается в 24 часа 00 минут даты, указанной в договоре страхования как дата окончания срока его действия,

если конкретное время окончания срока действия договора страхования не указано в договоре страхования.

Ответственность Страховщика по вступившему в силу договору страхования наступает после пересечения Застрахованным лицом границы Республики Беларусь или страны постоянного или временного проживания (например, отметка пограничных служб в паспорте), действует в пределах срока продолжительности поездки, установленного договором страхования, и прекращается при возвращении из поездки с момента пересечения границы в обратном направлении.

8.6. В случае утраты Страхователем договора страхования (страхового полиса) или замены документа, удостоверяющего личность в период его действия, Страховщик на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица) выдает копию договора страхования (дубликат страхового полиса). С момента выдачи копии договора страхования (дубликата страхового полиса) утраченный договор страхования (страховой полис) считается недействительным и страховые выплаты по нему не производятся.

В случае, когда факт заключения договора страхования удостоверяется выдаваемым Страхователю страховыми полисами при утрате дубликата в период действия договора страхования для получения второго и последующих дубликатов Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости бланка страхового полиса.

8.7. Если в отношении Застрахованного лица Страховщиком заключено и действует несколько договоров добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу, то при нахождении Застрахованного лица за границей застрахованный период исчисляется одновременно по всем этим договорам и Страховщик несет обязательства в пределах совокупности страховых сумм, установленных такими договорами.

8.8. При заключении договора страхования в отношении профессиональных водителей, выполняющих международные перевозки, страховая защита действует только во время нахождения данной категории Застрахованных лиц за границей для исполнения своих трудовых (профессиональных) обязанностей (нахождение в служебных командировках, рейсе и т.п.).

Глава 9. Прекращение договора страхования

9.1. Договор страхования прекращается в случаях:

9.1.1. истечения срока действия договора страхования;

9.1.2. выполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

9.1.3. если 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, относятся: смерть Застрахованного лица по причинам иным, чем страховой случай; отказ в выдаче визы Застрахованному лицу; аннулирование визы Застрахованному лицу;

9.1.4. ликвидации Страхователя - юридического лица, прекращения в установленном порядке деятельности Страхователя - индивидуального предпринимателя;

9.1.5. по соглашению между Страхователем и Страховщиком, оформленному в письменном виде;

9.1.6. неуплаты страховой премии (ее части) в установленные договором страхования сроки и размере в соответствии с условиями настоящих Правил;

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

9.1.8. отказа Страхователя - физического лица от договора страхования в течение установленного договором страхования периода охлаждения при условии отсутствия в данном периоде события, которое впоследствии может быть признано страховым случаем, а также при условии отсутствия у Застрахованного лица в период действия договора страхования действующей визы, отметок (штампов) пограничных служб о пересечении границы (иных документальных подтверждений о непересечении Застрахованным лицом границы иностранного государства).

9.2. В случаях прекращения договора страхования по обстоятельствам, указанным в пунктах 9.1.3 - 9.1.5 пункта 9.1 Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии по договору страхования пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

Расчет суммы возврата производится по формуле:

ВСП = СП x n/t, где

ВСП – сумма страховой премии, подлежащая возврату;

СП – уплаченная страховая премия по договору страхования;

n – количество календарных дней, оставшихся до окончания срока действия договора страхования (срока пребывания) с даты досрочного прекращения (расторжения) договора страхования;

t – действия договора страхования в календарных днях (срок пребывания).

В случае прекращения договора страхования по обстоятельству, указанному в подпункте 9.1.8 пункта 9.1 Правил, договор страхования считается расторгнутым в течение периода охлаждения со дня получения Страховщиком в срок, установленный для периода охлаждения, письменного заявления от Страхователя - физического лица о его досрочном прекращении (расторжении), содержащего реквизиты для перечисления (перевода) страховой премии. Страховщик возвращает Страхователю - физическому лицу страховую премию в сумме, фактически уплаченной при заключении договора страхования.

9.3. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования (подпункт 9.1.7 пункта 9.7 Правил) уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит.

В случае отказа Страхователя от договора страхования до вступления его в силу (даты, указанной в страховом полисе как дата начала действия договора) Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию полностью, за исключением случая, когда у Застрахованного лица есть действующая виза, дающая право совершать поездку в страну (страны) указанные в договоре страхования (страховом полисе).

При открытии визы на срок меньше, чем срок пребывания за границей, указанный в договоре страхования, Страховщик возвращает часть страховой премии пропорционально сроку, на который была открыта виза.

При досрочном отказе Страхователя в любое время действия договора (в том числе в период охлаждения) при наличии у Застрахованного лица действующей визы, дающей право совершить поездку в страну (страны), указанные в договоре страхования (страховом полисе), уплаченная страховая премия возврату Страхователю не подлежит.

9.4. Датой досрочного прекращения (расторжения) договора страхования в случаях, предусмотренных подпунктами 9.1.3 - 9.1.5 пункта 9.1 настоящих Правил, является дата, следующая за датой получения Страховщиком заявления от Страхователя и документов, подтверждающих причину досрочного прекращения (расторжения) договора страхования.

Заявление о досрочном прекращении (расторжении) договора страхования, в том числе в связи с отказом от договора страхования Страхователь подает Страховщику до истечения срока его действия.

Вместе с заявлением о досрочном прекращении (расторжении) договора страхования Страхователь представляет Страховщику документ, удостоверяющий личность и (или) полномочия лица, обратившегося с таким заявлением, и предоставляет копии документов (вместе с

оригиналами для сверки), перечень которых определяется Страховщиком в зависимости от оснований прекращения (расторжения) договора страхования. Такими документами могут быть:

- копия свидетельства о смерти Застрахованного лица;
- копия свидетельства о праве на наследство;
- официальный отказ посольства в выдаче визы Застрахованному лицу;
- копия страницы паспорта Застрахованного лица со штампом посольства свидетельствующем об отказе в выдаче визы;
- копия страницы паспорта Застрахованного лица с аннулированной визой;
- оригинал договора страхования (страхового полиса) и иные документы, необходимые для определения оснований прекращения договора страхования в соответствии с пунктом 9.1 Правил.

Вместе с заявлением о досрочном прекращении (расторжении) договора страхования в период охлаждения Страхователь – физическое лицо представляет Страховщику документ, удостоверяющий личность и (или) полномочия лица, обратившегося с таким заявлением, и предоставляет копии документов (вместе с оригиналами для сверки):

копия страниц паспорта (паспортов - при наличии двух) Застрахованного лица с подтверждением отсутствия действующей визы и (или) отсутствия отметок (штампов) пограничных служб о пересечении границ в период действия договора страхования;

оригинал договора страхования (страхового полиса) все экземпляры.

9.5. Не подлежит возврату страховая премия (ее часть), уплаченная в отношении конкретных Застрахованных лиц, при досрочном прекращении (расторжении) договора страхования, если в отношении указанных Застрахованных лиц в течение срока действия договора страхования производились страховые выплаты или подано заявление о наступлении страхового случая.

9.6. Возврат страховой премии (ее части) Страхователю производится в течение 5 рабочих дней с даты прекращения (расторжения) договора страхования.

Страховая премия (ее часть) по договору страхования возвращается в той валюте, в которой уплачена страховая премия, если иное не предусмотрено законодательством или соглашением сторон.

За несвоевременный возврат причитающейся страховой премии (ее части) по вине Страховщика Страхователю выплачивается пеня за каждый день просрочки в размере 0,1% от суммы, подлежащей возврату.

9.7. Обязательства Страховщика по страховой выплате, возникшие до прекращения договора страхования в результате наступления страхового случая, но не исполненные к моменту прекращения договора,

продолжают действовать до момента их исполнения.

9.8. В случае смерти Страхователя - физического лица, заключившего договор страхования в пользу иных Застрахованных лиц, его права и обязанности переходят к этим лицам. Если же Застрахованным лицом является несовершеннолетний, права и обязанности Страхователя переходят к законному представителю Застрахованного лица.

Глава 10. Права и обязанности сторон

10.1. Страховщик имеет право:

10.1.1. запрашивать медицинские документы и иные сведения о Застрахованном лице и состоянии его здоровья в медицинских учреждениях Республики Беларусь, страны пребывания, страны, на территории которого произошел страховой случай;

10.1.2. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, направлять запросы в компетентные органы по вопросам, связанным с установлением причин и обстоятельств наступления страхового случая и определения размера страховой выплаты;

10.1.3. требовать от Выгодоприобретателя при поступлении от него заявления на выплату страхового обеспечения выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им;

10.1.4. принимать такие меры, которые он считает необходимыми, для сокращения размера страховой выплаты, а также давать указания, направленные на уменьшение расходов, являющиеся обязательными для Страхователя (Застрахованного лица);

10.1.5. отсрочить принятие решения о признании случая страховым в случаях, когда ему не представлены все необходимые документы – до их представления, а также при наличии мотивированных сомнений в подлинности представленных документов – до подтверждения подлинности этих документов представившим их лицом (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа) либо самим Страховщиком (на основании направленного в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа запроса в орган, его выдавший), а также в случае возбуждения уголовного дела по факту наступления страхового случая в отношении Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) – до вынесения приговора судом, приостановления или прекращения производства по делу;

10.1.6. требовать перевода на русский язык документов, связанных со страховым случаем (справок, медицинского заключения, счетов, рецептов и т.п.) за счет Страхователя (Застрахованного лица,

Выгодоприобретателя), если иное не предусмотрено договором страхования в соответствии с вариантом страхования, указанным в договоре страхования в соответствии с пунктом 7.6 Правил;

10.1.7. оспорить размер требований Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) в установленном законодательством порядке;

10.1.8. потребовать у Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) возврата выплаченной Выгодоприобретателю суммы страховой выплаты (ее части), если после осуществления страховой выплаты Выгодоприобретателю Страховщику станут известны такие обстоятельства, которые в соответствии с настоящими Правилами лишают права Застрахованное лицо на оплату его расходов в соответствии с настоящими Правилами;

10.1.9. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также исполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий договора страхования;

10.1.10. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных пунктом 12.4 настоящих Правил;

10.1.11. потребовать признания договора страхования недействительным в случае и порядке, предусмотренных законодательством Республики Беларусь;

10.1.12. информировать Страхователя, Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) о их правах и обязанностях по договору страхования, ходе исполнения договора страхования, порядке изменения или прекращения договора страхования (о сроках уплаты страховых премий, порядке действий при наступлении страхового случая, информирование об осуществлении страховой выплаты, сроках окончания договора страхования и иных условий договора страхования), в том числе посредством мобильной связи или сети интернет;

10.1.13. отказать в заключении договора страхования без объяснения причин.

10.2. Страховщик обязан:

10.2.1. ознакомить Страхователя с условиями страхования и выдать Страхователю договор страхования с приложением Правил страхования либо направлением правил в электронном виде в случае заключения договора страхования в соответствии с частью четвертой пункта 7.3 Правил;

10.2.2. в отношении заявленного события, которое по условиям договора страхования признано страховым случаем, составить акт о страховом случае в течение срока, предусмотренного пунктом 11.9 настоящих Правил;

10.2.3. произвести выплату страхового обеспечения в срок,

предусмотренный пунктом 11.10 настоящих Правил;

10.2.4. не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице и Выгодоприобретателе, состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь.

10.3. Страхователь имеет право:

10.3.1. ознакомиться с настоящими Правилами;

10.3.2. отказаться от договора страхования в соответствии с условиями подпункта 9.1.7 пункта 9.1 настоящих Правил;

10.3.3. обратиться к Страховщику с заявлением о предоставлении копии договора страхования в случае его утраты, за исключением случая заключения договора страхования, предусмотренного частью четвертой пункта 7.3 Правил;

10.3.4. получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

10.4. Страхователь обязан:

10.4.1. уплатить страховую премию в размере и порядке, предусмотренным договором страхования;

10.4.2. 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, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования на основании заявления Страхователя;

10.4.3. в период действия договора страхования незамедлительно (не позднее 1 суток) сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными во всяком случае признаются изменения, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе) и в переданных Страхователю Правилах страхования;

10.4.4. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованное лицо с условиями страхования, его правами и обязанностями по договору, а также незамедлительно (в течение 1 суток) информировать Застрахованное лицо об изменении условий договора страхования;

10.4.5. сообщить Страховщику о других аналогичных договорах страхования, действующих в отношении Застрахованного лица;

10.4.6. возместить Страховщику в течение 30 календарных дней

с момента получения письменного требования понесенные им затраты включая выплаченное страховое обеспечение (его часть), а также другие затраты, если выявится обстоятельство, которое полностью или частично лишает Застрахованное лицо права на страховую выплату;

10.4.7. предоставить Страховщику вместе с заявлением о прекращении договора страхования оригинал паспорта Застрахованного лица и договора страхования (страхового полиса) в случае отказа от договора страхования в соответствии с частью второй пункта 9.3 настоящих Правил.

10.5. Застрахованное лицо имеет право:

10.5.1. запрашивать у Страхователя информацию об изменении условий договора страхования;

10.5.2. при наступлении страхового случая требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по договору страхования, заключенному в его пользу.

10.6. Застрахованное лицо обязано:

10.6.1. при наступлении события, которое по условиям договора страхования может быть признано страховым случаем, незамедлительно (до обращения в медицинское учреждение или к врачу) обратиться к Страховщику (ассистансу) по контактным телефонам, указанным в договоре страхования (страховом полисе) и (или) информационном листке, и сообщить о характере события и необходимой помощи.

Требования, изложенные в части первой настоящего подпункта, не распространяются на случаи, когда Застрахованное лицо находилось в бессознательном состоянии и в случае смерти Застрахованного лица за границей;

10.6.2. принимать все возможные меры по предотвращению и уменьшению размера убытков, причиненных вследствие наступления страхового случая, в том числе неукоснительно выполнять рекомендации врачей;

10.6.3. выполнять инструкции и распоряжения Страховщика, а также распоряжения представителей Страховщика за границей, прибывших для оказания помощи;

10.6.4. проходить лечение по назначению врача, выполнять все предписания медицинского персонала, соблюдать распорядок медицинского учреждения, в котором Застрахованному лицу предоставляется медпомощь;

10.6.5. передавать Страховщику сведения, предусмотренные Правилами и договором страхования, в письменной форме либо способами связи, обеспечивающими фиксирование текста и даты сообщения, либо вручением под расписку;

10.6.6. передать Страховщику (ассистансу) неиспользованные

авиа или железнодорожные билеты (их копии в случае оформления билетов в электронном виде) в период их действия, а в случае невозможности это сделать по состоянию здоровья – при первой возможности;

10.6.7. сообщать Страховщику (ассистансу) полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, а также давать право Страховщику (ассистансу) получать такую информацию в медицинских учреждениях;

10.6.8. возместить Страховщику в течение 30 календарных дней с момента получения письменного требования понесенные им затраты включая выплаченное страховое обеспечение (его часть), а также другие затраты, если выявится обстоятельство, которое полностью или частично лишает Застрахованное лицо права на страховую выплату;

10.6.9. следовать указаниям адвоката при оказании юридических услуг;

10.6.10. по запросу сервисной службы (ассистанса) либо Страховщика предоставить необходимые документы для решения вопроса по организации оказания необходимой помощи, в том числе подписать по указанию ассистанца документы, подтверждающие согласие Застрахованного лица на доступ Страховщика и (или) ассистанса к любой информации о состоянии его здоровья, оказываемых медицинских услугах, ознакомление с медицинской документацией, получение копий этих документов, освободив лечащего врача от обязанностей соблюдения врачебной тайны. Форма согласия предоставляется медицинским учреждением и (или) ассистансом.

Неисполнение Застрахованным лицом обязанности, предусмотренной в части первой настоящего подпункта Правил, дает Страховщику право не признавать заявленное Страхователем событие страховым случаем.

10.7. Стороны имеют право и обязаны совершать другие действия, предусмотренные действующим законодательством, настоящими Правилами и договором страхования.

Глава 11. Порядок действий Застрахованного лица (его представителя) при наступлении страхового случая. Порядок и условия страховой выплаты

11.1. При наступлении события, которое по условиям договора страхования может быть признано страховым случаем, Застрахованное лицо (его представитель) обязано незамедлительно (до обращения в медицинское учреждение или к врачу) в соответствии с подпунктом 10.6.1 пункта 10.6 Правил обратиться к Страховщику (ассистансу) по

контактным телефонам, указанным в договоре страхования (страховом полисе) и (или) информационном листке, и сообщить:

номер договора страхования (страхового полиса);

фамилию, имя Застрахованного лица, его возраст, а также фамилию, имя звонящего лица, степень родства с Застрахованным лицом;

номер телефона и адрес, по которым можно связаться с Застрахованным лицом (его представителем);

причину обращения (симптомы болезни, обстоятельства получения травмы) и помочь какого рода необходима Застрахованному лицу.

В случае если незамедлительное обращение к Страховщику (ассистансу) не представляется возможным или ожидание ответа представителя Страховщика за границей (ожидание организации медицинской помощи) явно угрожает жизни Застрахованного лица, Застрахованное лицо (его представитель) может самостоятельно оплатить медицинские услуги, связанные с событием, которое по условиям договора страхования может быть признано страховыми случаем. При этом Застрахованное лицо (Страхователь) обязано незамедлительно (в течение 5 календарных дней) уведомить Страховщика (ассистанс) о наступлении страхового случая, а также обратиться к Страховщику с заявлением о страховой выплате не позднее 30 календарных дней со дня возвращения в Республику Беларусь из поездки за границу.

Предоставление Застрахованному лицу инструкций со стороны Страховщика или ассистанса в связи с наступлением события, которое впоследствии может быть признано страховыми случаем, а также принятие Страховщиком или ассистансом мер по предотвращению и уменьшению размера убытка не является основанием для признания этого события страховыми случаем.

11.2. Оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу за границей, в соответствии с настоящими Правилами при признании заявленного события страховыми случаем осуществляется Страховщиком путем перечисления денежных средств сервисной службе (ассистансу) по предъявлению счетов на оплату с приложением документов (данных договора страхования (страхового полиса), выписки из амбулаторной карты или из истории болезни Застрахованного лица с перечнем оказанных медицинских услуг и их стоимости, счетов и других документов, подтверждающих оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу).

В случае выставления счета Застрахованному лицу (Страховщику) за оказанную неотложную медицинскую или иную помощь (пункт 3.1 Правил), связанную с наступлением страхового случая с Застрахованным лицом за границей, Страховщик вправе оплатить такой счет непосредственно учреждению, оказавшему данные услуги, в валюте

выставленного счета.

11.3. Страховщик возмещает расходы, произведенные Застрахованным лицом (его представителем) самостоятельно в случае, предусмотренном частью второй пункта 11.1 настоящих Правил, Застрахованному лицу (его представителю, по согласованию со Страховщиком – Страхователю, а в случаях, когда ребенок выезжает за границу без сопровождения законного представителя, – лицам, сопровождающим ребенка и оплатившим понесенные расходы за границей) на условиях, предусмотренных частью второй настоящего пункта, и на основании документов, указанных в пункте 11.4 настоящих Правил.

Возмещение Застрахованному лицу (его представителю) расходов, оплаченных им самостоятельно, производится Страховщиком в пределах суммы, установленной по соответствующему варианту страхования, указанному в договоре страхования в соответствии с пунктом 7.6 Правил, а в случае когда такие расходы были предварительно согласованы со Страховщиком (ассистансом), то в пределах согласованной суммы. Предварительным согласованием самостоятельно оплаченных расходов со Страховщиком (ассистансом) является только такое согласование, которое было произведено до обращения в медицинское учреждение или к врачу.

11.4. Для решения вопроса о выплате страхового обеспечения по расходам, оплаченным Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) самостоятельно, последний должен предъявить документ, удостоверяющий личность и предоставить следующие документы:

11.4.1. заявление о страховом случае;
11.4.2. копию договора страхования;
11.4.3. оригиналы документов, подтверждающих факт обращения, дату обращения за медицинской помощью, диагноз заболевания;

11.4.4. оригиналы документов, подтверждающих оплату медицинской помощи и иных услуг (работ, товаров), связанных с заявлением случаем, а также оригиналы счетов с итоговой суммой к оплате и с постатейной разбивкой стоимости оказанной медицинской помощи и иных услуг (работ, товаров);

11.4.5. оригиналы или копии рецептов на приобретение медикаментов, выписанных лечащим врачом по заявленному случаю и оригиналы документов подтверждающих приобретение таких медикаментов с указанием стоимости каждого препарата;

11.4.6. оригиналы документов, подтверждающих факт и обстоятельства наступления события (протоколы, справки правоохранительных органов, отчеты о расследовании и установлении причин наступления страхового случая, письменные подтверждения

компетентных лиц, органов (организаций) о наличии объективных причин, в связи с которыми имело место наступление страхового случая, и др.);

11.4.7. копию документа, подтверждающего полномочия представителя Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) и оригинал для сверки с копией (доверенность и иных документов, подтверждающих полномочия представителя Застрахованного лица (Выгодоприобретателя));

11.4.8. копии страниц паспорта Застрахованного лица с отметками (штампами) пограничных служб о пересечении границ;

11.4.9. копию страницы паспорта Застрахованного лица с визой, действующей на дату заявленного события;

11.4.10. копию свидетельство о смерти Застрахованного лица и оригинал для сверки с копией;

По требованию Страховщика Застрахованное лицо обязано предоставить дополнительную, необходимую информацию о состоянии своего здоровья (в том числе информацию о состоянии здоровья за период не менее 12 месяцев до совершения поездки).

В случае подачи заявления о страховом случае, без личного присутствия Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) Страховщик имеет право потребовать предоставления заявление о страховом случае с нотариально засвидетельствованной подписью Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) на указанном заявлении.

Необходимость представления документов определяется Страховщиком в зависимости от характера наступившего события и требованиями законодательства.

Возмещение расходов сопровождающего лица, сопровождающего Застрахованное лицо, в связи с заявленным страховым случаем производится на основании заявления такого лица с приложением всех необходимых документов (счета, справки, свидетельство о смерти и др.).

11.5. Непредставление документов, предусмотренных пунктом 11.4 Правил, дает право Страховщику отказать в выплате страхового обеспечения в той части, которая не подтверждена документально.

11.6. Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, запрещается употреблять алкогольные напитки, наркотические средства, психотропные и другие одурманивающие вещества до получения соответствующей медицинской помощи.

11.7. В случае возникновения споров об обстоятельствах, характере и размере выплаты страхового обеспечения, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) имеет право потребовать проведения экспертизы. Экспертиза проводится за счет ее инициатора (инициаторов).

Кроме того, Страховщик с целью принятия решения о признании

либо об отказе в признании заявленного случая страховым вправе направлять запросы в учреждения здравоохранения Республики Беларусь и другие государственные органы с целью получения компетентных заключений о целесообразности и адекватности получения медицинских услуг Застрахованным лицом, а также определения характера и уточнения диагноза и клинической картины заболевания, травм и т.п.

11.8. Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования.

Страховая выплата осуществляется в иностранной валюте либо в белорусских рублях в зависимости от валюты уплаты страховой премии, если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь или соглашением сторон.

Если страховая сумма установлена в иностранной валюте, а страховая премия уплачена в белорусских рублях, страховая выплата осуществляется в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы на дату наступления страхового случая.

Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, произошедшим в период действия договора страхования, не может превышать страховой суммы, установленной при заключении договора страхования.

11.9. В течение 5 рабочих дней с момента получения необходимого пакета документов, согласно пункту 11.4 настоящих Правил, Страховщик принимает решение о признании или непризнании заявленного события страховым случаем либо об отказе в страховой выплате.

Решение о признании заявленного случая страховым оформляется путем составления акта о страховом случае по форме, утвержденной Страховщиком. В случаях, когда Страховщик не признает произошедшее событие страховым случаем, акт о страховом случае не составляется. В таком случае Страховщик оформляет документ произвольной формы с обоснованием причин отказа и направляет его в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя) в срок, установленный пунктом 12.5 настоящих Правил.

11.10. Страховая выплата производится Застрахованному лицу (его представителю) в течение 5 рабочих дней со дня составления акта о страховом случае наличными денежными средствами из кассы Страховщика или путем безналичных расчетов согласно законодательству Республики Беларусь.

11.11. В случае возникшей по вине Страховщика необоснованной задержки в выплате страхового обеспечения Страховщик выплачивает Выгодоприобретателю – физическому лицу пеню за каждый

день просрочки в размере 0,5 % от несвоевременно выплаченной суммы, Выгодоприобретателю – юридическому лицу – пеню за каждый день просрочки в размере 0,1% от несвоевременно выплаченной суммы.

11.12. Если обнаружатся обстоятельства, лишающие Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) права на получение выплаты по договору страхования, то оно обязано в течение 10 рабочих дней с даты обнаружения таких обстоятельств возвратить Страховщику необоснованно полученную сумму страхового обеспечения.

Глава 12. Основания освобождения Страховщика от страховой выплаты. Порядок разрешения споров

12.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда страховой случай наступил вследствие:

12.1.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны, если международными договорами Республики Беларусь, актами законодательства или договором страхования не предусмотрено иное;

12.1.2. умысла Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица);

12.1.3. в других случаях, предусмотренных законодательством.

12.2. Если Застрахованное лицо (его представитель) отказалось от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные Страховщиком, или осуществление этого права стало невозможным по вине Застрахованного лица (его представителя), Страховщик освобождается от страховой выплаты полностью или в соответствующей части и вправе потребовать возврата излишне выплаченной суммы страховой выплаты.

12.3. Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки.

12.4. Страховщик вправе отказать Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) в страховой выплате, если Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо, которому известно о заключении договора страхования в его пользу):

12.4.1. после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, не уведомил о его наступлении Страховщика или его представителя в срок, указанный в пункте 11.1 настоящих Правил, предусмотренным в договоре способом, 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;

12.4.2. создал препятствия Страховщику в определении обстоятельств, характера и размера ущерба (не отвечал на сообщения и телефонные звонки Страховщика или его представителя, предоставлял ложные сведения о целях поездки и состоянии своего здоровья).

12.5. Решение о непризнании заявленного случая страховым или об отказе в страховой выплате сообщается Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 5 рабочих дней после его принятия.

12.6. Решение Страховщика о непризнании заявленного случая страховым или об отказе в выплате страхового обеспечения может быть обжаловано Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) в судебном порядке.

12.7. По требованиям, вытекающим из договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил, устанавливается общий срок исковой давности, исчисляемый со дня окончания срока действия договора страхования.

12.8. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия – в судебном порядке, установленном действующим законодательством Республики Беларусь.

12.9. При изменении законодательства Республики Беларусь Правила действуют в части, не противоречащей законодательству.

Правила в новой редакции вступают в силу с **01.06.2024**. Договоры страхования, заключенные ранее даты вступления в силу Правил в настоящей редакции, продолжают действовать на тех условиях, на которых они были заключены, если Страховщик и Страхователь не достигли соглашения о приведении условий договора страхования в соответствие с настоящей редакцией.

Начальник управления
имущественного страхования

Т.В.Кулевская

Приложение № 1
к Правилам добровольного страхования от несчастных
случаев и болезней на время поездки за границу

1. Базовый страховой тариф (в долларах США, евро)

Страховая сумма (USD, EUR) / Срок пребывания (в днях)	30 000	50 000	70 000	100 000
1-3	1,37	1,51	1,77	2,53
4	1,72	1,89	2,22	3,17
5	2,15	2,36	2,77	3,96
6	2,56	2,82	3,31	4,73
7	3,02	3,32	3,90	5,57
8	3,40	3,74	4,39	6,27
9	3,82	4,20	4,93	7,04
10	4,11	4,53	5,31	7,59
11	4,63	5,10	5,99	8,55
12	4,80	5,28	6,20	8,85
13	5,45	6,00	7,04	10,06
14	5,83	6,42	7,53	10,75
15	6,17	6,79	7,97	11,38
16	6,65	7,32	8,59	12,27
17	6,85	7,55	8,85	12,65
18	7,44	8,20	9,62	13,74
19	7,81	8,60	10,09	14,42
20	8,23	9,06	10,62	15,18
21	8,62	9,49	11,13	15,90
22	8,98	9,89	11,60	16,57
23	9,38	10,33	12,12	17,32
24	9,60	10,57	12,40	17,71
25	10,14	11,17	13,10	18,72
26	10,28	11,32	13,28	18,97
27	10,90	12,00	14,08	20,11
28	11,24	12,38	14,52	20,74
29	11,65	12,83	15,05	21,50
30	12,00	13,21	15,49	22,13
31-45	15,48	16,52	18,55	28,90
46-60	19,83	21,15	23,75	37,00
61-75	23,87	25,46	28,59	44,60
76-90	27,54	29,38	32,99	51,40
91-105	31,21	33,29	37,39	58,30
106-120	34,27	36,56	41,05	64,00
121-135	37,03	39,49	44,35	69,10
136-150	39,78	42,43	47,65	74,30

151-165	42,23	45,04	50,58	78,80
166-180	44,68	47,65	53,51	83,40
181-195	46,51	49,61	55,71	86,80
196-210	48,35	51,57	57,91	90,20
211-225	50,18	53,53	60,11	93,70
226-240	52,02	55,49	62,31	97,10
241-255	53,24	56,79	63,77	99,40
256-270	54,65	58,30	65,46	102,00
271-285	55,94	59,67	67,00	104,40
286-300	57,10	60,91	68,39	106,60
301-330	59,36	63,82	71,10	110,80
331-1 год	61,20	65,28	73,30	114,20

2. Базовый страховой тариф в день:

для организаций, заключающих договоры страхования в отношении **от 3 000 до 5 000 (включительно)** Застрахованных лиц в течение года, составляет **0,47 USD (EUR)** в день;

для организаций, заключающих договоры страхования в отношении **от 5 001 до 10 000 (включительно)** Застрахованных лиц в течение года, составляет **0,36 USD (EUR)** в день;

для организаций, заключающих договоры страхования в отношении **более 10 000** Застрахованных лиц в течение года, составляет **0,25 USD (EUR)** в день.