

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на условиях настоящих Правил № 16 добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу (далее – Правила) закрытое акционерное страховое общество «Белнефтстрах» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу (далее – договоры страхования) с лицами, указанными в пункте 1.3 Правил (далее – Страхователи).

1.2. Основные термины, используемые в Правилах:

активный отдых – способ проведения свободного времени, в процессе которого Застрахованное лицо занимается активными видами деятельности, требующими активной физической работы организма и/или мышц, в т.ч. непрофессиональное занятие спортом.

К активному отдыху относятся: спортивный туризм, альпинизм, скалолазание, спелеотуризм, страйкбол, автогонки, мотогонки, горный велосипедизм и горный велотуризм (в т.ч. индивидуальный), охота, катание на водных и горных лыжах, сноуборде, мотобайках, скутерах, гидроциклах (аквабайках), а также паркур, фэт-байкинг, эйрбординг, сноу-скутинг, хели-бординг, фристайл, скейтбординг, маунтинбайк, банджи-джампинг, бейсджампинг, вейкбординг, кайтинг, виндсерфинг, сёрфинг, кайтсёрфинг, парасейлинг, роупджампинг, сноу-каякинг, прыжки с трамплина, прыжки на тарзанке, сплав на байдарках (рафтинг, каякинг), подводное плавание (погружение) с аквалангом (дайвинг), подводная охота (рыбалка), воздухоплавание, полеты на безмоторных и сверхлегких летательных аппаратах, моторных планерах, парапланеризм, парашютный спорт;

близкие родственники – супруг (супруга), родители (усыновители), дети (в т.ч. усыновленные, удочеренные), родные братья и сестры, бабушка, бабушка и внуки;

болезнь - остро наступившее ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица во время его поездки за границу в течение срока действия договора страхования, требующее оказания (по медицинским показаниям и до возвращения Застрахованного лица в страну постоянного (временного) проживания) неотложной медицинской помощи, и при котором отсутствие срочного медицинского вмешательства может привести к серьезному нарушению функций

организма, в т.ч. стойкой дисфункции какого-либо органа или повреждению части тела, либо к угрозе жизни Застрахованного лица;

Выгодоприобретатель – представитель Страховщика за рубежом, 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;

Застрахованное лицо - физическое лицо, чьи имущественные интересы, связанные с причинением вреда его жизни или здоровью в результате несчастного случая и болезни в период пребывания за границей, являются объектом страхования;

медицинская репатриация – система мероприятий лечебно-эвакуационного обеспечения, целью которых является транспортировка Застрахованного лица, с которым произошел страховой случай за границей, в страну постоянного (временного) проживания для дальнейшего амбулаторного или стационарного лечения, в сочетании с оказанием ему (при необходимости и наличии показаний) медицинской помощи в пути следования;

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 медицинской помощи Застрахованному лицу;

медицинская эвакуация – транспортировка Застрахованного лица в целях спасения его жизни и сохранения здоровья на территории страны пребывания (в т. ч. если оказание необходимой медицинской помощи в медицинской организации (учреждении здравоохранения), в которой находится Застрахованное лицо, невозможно);

несчастный случай - внезапное, непредвиденное, внешнее воздействие на организм Застрахованного лица, произошедшее во время его поездки за границу в течение срока действия договора страхования, сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями, повлекшими расстройство здоровья или смерть Застрахованного лица;

представитель Страховщика за рубежом (сервисная служба – ассистанс) - организация, которая на основании заключенного со Страховщиком договора представляет его интересы за рубежом, осуществляет организацию и оплату медицинской и иной помощи на территории действия договора страхования;

продолжительность поездки – срок пребывания Застрахованного лица за границей в течение срока действия договора страхования;

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 заболеваниях (например, проведение медицинских мероприятий на месте происшествия или во время транспортировки Застрахованного лица в медицинское учреждение, в т.ч. переливание крови, подача кислорода, а также проведение ряда необходимых диагностических процедур) и устранения угрозы жизни или здоровью Застрахованного лица.

Факт предварения диагноза словами «острый», «внезапный» или «тяжелый» не является основанием к признанию медицинской помощи неотложной и соответственно осуществлению страховой выплаты;

спорт - сфера деятельности (часть физической культуры), характеризующаяся направленностью к высшим результатам физической деятельности, узкой специализацией в ней, сложившаяся в форме спортивных соревнований и подготовки к ним (например, регулярных тренировок и занятий);

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 (временного) проживания;

страна временного проживания – страна, на территории которой Застрахованное лицо имеет право временно проживать на основании разрешения на временное проживание или иного документа, выданного компетентным органом в соответствии с законодательством данной страны;

страна постоянного проживания – страна, гражданином которой является Застрахованное лицо, либо на территории которой оно постоянно проживает на основании разрешения на постоянное проживание, вида на жительство или иного документа, выданного компетентным органом в соответствии с законодательством данной страны;

юридическая помощь – услуги, оказываемые организациями или лицами (адвокатами) на профессиональной основе, имеющими соответствующее разрешение на такого рода деятельность, в случае предъявления Застрахованному лицу претензий в соответствии с

действующим уголовным, административным или гражданским законодательством страны пребывания Застрахованного лица в результате причинения вреда его здоровью или жизни в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем;

хроническое заболевание - заболевание, характеризующееся следующими критериями: установленный клинический диагноз независимо от того, осуществлялось лечение или нет после установления диагноза хронического заболевания, и/или длительное течение заболевания в предшествующие заключению договора страхования годы (год). Лечение хронических заболеваний не квалифицируется как состояние организма Застрахованного лица, требующее оказания неотложной медицинской помощи.

1.3. Страхователями могут выступать заключившие со Страховщиком договор(ы) страхования дееспособные физические лица, а также юридические лица любой организационно-правовой формы, в т.ч. индивидуальные предприниматели.

1.3.1. 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.

1.3.2. По договору страхования, заключенному с юридическим лицом, считается застрахованным риск причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, указанного в договоре страхования (списке Застрахованных лиц).

1.4. Договор страхования заключается без медицинского освидетельствования Застрахованного лица.

1.5. На страхование не принимается риск причинения вреда жизни или здоровью гражданина, страдающего нервно-психическими заболеваниями (включая слабоумие).

На страхование не принимается риск причинения вреда жизни или здоровью лиц, выезжающих за границу на работу в качестве послов, посланников, генеральных консулов, поверенных в делах и иных дипломатических или консульских сотрудников, а также постоянных представителей международных организаций (в т.ч. членов их семей).

Договор страхования не заключается в пользу лица (в т.ч. и на новый срок), находящегося на момент его заключения за границей.

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

2. Объект страхования

- 2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы, связанные с причинением вреда:
- здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни во время поездки за границу;
 - жизни Застрахованного лица (его смерть) в результате несчастного случая или болезни во время поездки за границу.

3. Страховой случай

- 3.1. Страховыми случаями признаются следующие события, произошедшие в период действия договора страхования и повлекшие:
- 3.1.1. причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни во время поездки за границу;
- 3.1.2. причинение вреда жизни Застрахованного лица (его смерть) в результате несчастного случая или болезни во время поездки за границу.
- 3.2. По договору страхования при наступлении страхового случая подлежат оплате расходы, связанные с оказанием следующих услуг:
- 3.2.1. по оказанию неотложной медицинской помощи, включающей:
- лечение (обследование) в стационаре, в т.ч. в отделении интенсивной терапии;
 - проведение искусственной вентиляции, экстренной экстрокорпоральной детоксикации, гемосорбции и т.д.;
 - предоставление лекарственных препаратов, включая растворы для внутривенных введений, перевязочных и иммобилизационных материалов, гипсовых повязок, средств для передвижения: костыли, ходунки, трость и т.д., кроме инвалидной коляски;
 - оперативное вмешательство;
 - анестезиологическое пособие;
 - амбулаторные услуги;
 - консультация в стационаре;
 - амбулаторная консультация;
 - амбулаторный патронаж;
 - лабораторные услуги/исследования при помощи оборудования (электроэнцефалография, ЭКГ, томография);
 - рентгенография;
 - стоматологические услуги, связанные со снятием острой зубной боли (в т.ч. в связи с острым воспалением зуба, окружающих зуб тканей) в соответствии с вариантом страхования (подпункт 6.1.1 пункта 6.1 Правил);

- оказание неотложной медицинской помощи преждевременно родившемуся ребенку (на 22 – 37 неделе беременности) у Застрахованной женщины, если при заключении договора страхования она поставила в известность Страховщика об имеющейся беременности, и при расчете страхового тарифа был применен соответствующий корректировочный коэффициент, утвержденный приказом Страховщика;
- оказание неотложной медицинской помощи в связи с нормально или патологически протекающей беременностью или патологически протекающими родами, если имела угроза жизни или здоровью Застрахованного лица - беременной женщины, при условии применения при расчете страхового тарифа соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика.

По договору страхования, заключенному по варианту «GOLD», в случае необходимости оплачиваются расходы по пребыванию одного родителя (иного близкого родственника или законного представителя за границей) в палате совместно с Застрахованным лицом - ребенком в возрасте до 3-х лет включительно. Понесенные расходы оплачиваются в размере, не превышающем 100 долларов США (евро) в сутки и не более чем за 7 суток;

3.2.2. по оказанию медико-транспортной помощи:

3.2.2.1. медицинская эвакуация:

Страховщик оставляет за собой право на принятие решения о транспортировке Застрахованного лица в лечебное учреждение (или доставке врача к месту нахождения Застрахованного лица – когда он не транспортабелен) для оказания неотложной медицинской помощи, а так же право на принятие решения о выборе средства транспорта, при этом Страховщиком покрываются транспортные услуги на дорогу туда и/или обратно. Данные расходы возмещаются только в тех случаях, когда есть угроза жизни Застрахованного лица.

Страховщик гарантирует оплату расходов по перевозке Застрахованного лица только в случаях предварительного согласования средства транспорта, за исключением, когда Застрахованное лицо не имело объективных возможностей для своевременного уведомления об этом Страховщика;

3.2.2.2. медицинская репатриация:

Страховщик, руководствуясь рекомендациями лечащего врача и экспертов Страховщика о состоянии здоровья Застрахованного

лица, определяет необходимость проведения медицинской репатриации Застрахованного лица, если Застрахованному лицу не противопоказана транспортировка в страну постоянного (временного) проживания для дальнейшего амбулаторного или стационарного лечения.

Кроме того, медицинская репатриация по решению Страховщика может быть проведена в случаях, если Застрахованному лицу не противопоказана транспортировка в страну постоянного (временного) проживания:

- а) когда расходы по пребыванию в стационаре Застрахованного лица могут превысить установленную договором страховую сумму;
- б) когда ожидаемый срок пребывания Застрахованного лица на стационарном лечении превышает срок пребывания за границей, установленный договором страхования.

При этом, если у Застрахованного лица имелись на руках проездные билеты, он (сопровождающее лицо) обязан уведомить Страховщика (его представителя) об их наличии и сделать все от него зависящее, чтобы вернуть (сдать) неиспользованные проездные документы либо при возможности переоформить их на другую дату выезда. При возврате Страхователем неиспользованных проездных документов, Страховщик вычитает их стоимость из суммы расходов, подлежащих выплате Застрахованному лицу.

В случае необходимости оплачиваются расходы на проезд Застрахованного лица, медицинского персонала (либо сопровождающего лица), включающие в себя стоимость проезда экономическим классом и проживание в гостинице (категории не более «три звезды»), связанное с ожиданием обратного рейса. Понесенные сопровождающим лицом расходы оплачиваются в размере не превышающем 100 долларов США (евро) в сутки и не более чем за 7 суток.

В случае отказа Застрахованного лица от возвращения в страну постоянного (временного) проживания в сроки и на условиях, предложенных Страховщиком совместно с лечащим врачом, расходы на медицинскую репатриацию и дальнейшее лечение Застрахованного лица не оплачиваются;

3.2.2.3. возвращение останков на родину (репатриация тела):

В случае смерти Застрахованного лица Страховщик осуществляет все необходимые меры (контакт с зарубежным консульским

учреждением для подготовки соответствующих документов) и оплачивает соответствующие расходы по репатриации тела от места смерти до места постоянного жительства в Республике Беларусь, включая:

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

В случае, когда место захоронения не является территорией Республики Беларусь, то транспортные расходы по доставке останков Застрахованного лица оплачиваются только до аэропорта (вокзала), откуда тело будет репатриировано к месту захоронения (родственниками).

В аналогичном порядке оплачиваются расходы по кремации тела и возвращению урны с прахом на родину для захоронения;

- 3.2.2.4. погребение (захоронение тела умершего либо кремация с захоронением урны с прахом) в стране, где произошел страховой случай (приобретение гроба, урны, одежды, места на кладбище или в колумбарии, кремация, оплата услуг по захоронению), в размере, предусмотренном вариантом страхования (подпункт 6.1.1 пункта 6.1 Правил).

Если в случае смерти Застрахованного лица общая сумма расходов по предоставленным счетам превышает страховую сумму, то в первую очередь оплачиваются расходы на лечение за границей, оказанное Застрахованному лицу до наступления смерти, а расходы по репатриации тела или на погребение за границей оплачиваются в пределах разницы между страховой суммой и подлежащими оплате расходами на лечение с учетом варианта страхования;

- 3.2.2.5. расходы по проезду (возвращению) в страну постоянного (временного) проживания (в один конец) экономическим классом детей в возрасте до 18 лет, находящихся при Застрахованном лице во время пребывания за границей в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным лицом страхового случая. При необходимости Страховщик организует и оплачивает сопровождение детей;

- 3.2.3. расходы на телекоммуникационную связь со Страховщиком и/или представителем Страховщика за рубежом при предоставлении соответствующего счета с полной расшифровкой телефонов и

Правила № 16 добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу стоимостью разговоров (заверенного печатью (штампом) организации его выдавшего);

- 3.2.4. расходы по оказанной Застрахованному лицу юридической помощи. Покрытие подлежат только расходы по оплате услуг адвоката по защите интересов Застрахованного лица (гражданская ответственность Застрахованного лица по настоящим правилам страхованием не покрывается) по предъявленным претензиям при условии:
- что необходимость в оказании услуг адвоката связана с обнаружившимся у Застрахованного лица внезапным заболеванием или произошедшим с ним несчастным случаем;
 - неумышленных действий Застрахованного лица в связи с причинением вреда его здоровью в результате несчастного случая;
- 3.2.5. расходы по организации поиска и спасению Застрахованного лица терпящего бедствие при возникновении чрезвычайной ситуации, ее ликвидации, стихийных бедствиях и других аналогичных событиях (далее - расходы по организации поиска и спасению Застрахованного лица). Такие расходы подлежат оплате только по договору страхования, заключенному по варианту «GOLD» (подпункт 6.1.1.2 пункта 6.1 Правил).
- 3.3. Все расходы, упомянутые в пункте 3.2 Правил, должны быть документально подтверждены (счета-фактуры, инвойсы, медицинские отчеты или сертификаты, рецепты на лекарства и т.п.).
- 3.4. По договору страхования, не оплачиваются расходы, связанные с оказанием следующих услуг:
- 3.4.1. медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу при его обращении после истечения срока пребывания (продолжительности поездки), предусмотренного договором страхования, за исключением, когда страховой случай наступил в течение срока продолжительности поездки, и по предписанию (заключению) лечащего врача лечение Застрахованного лица невозможно прекратить до окончания этого срока либо транспортировать Застрахованное лицо в страну постоянного (временного) проживания в связи с угрозой его жизни либо серьезному нарушению функций организма, в т.ч. стойкой дисфункции какого-либо органа или поврежденной части тела. В этом случае обязательства Страховщика по оплате расходов на оказание неотложной медицинской помощи и транспортировку продолжаются до тех пор, пока не появится возможность транспортировать Застрахованное лицо в страну постоянного (временного) проживания, но не более 20 календарных дней со дня истечения срока продолжительности поездки;

- 3.4.2. услуги или медпрепараты, не являющиеся необходимыми, неотложными к применению с точки зрения медицины при постановке диагноза или лечении болезни;
- 3.4.3. уход или лечение, а также контрольные осмотры, визиты и обследования, не являющиеся результатом неотложной медицинской помощи;
диагностическое обследование Застрахованного лица, в результате которого не был установлен клинический диагноз заболевания и не возникла необходимость в оказании Застрахованному лицу неотложной медицинской помощи.
При заключении договора страхования по варианту «GOLD» Страховщиком возмещаются расходы при необходимости визита к врачу для контроля над ходом лечения Застрахованного лица;
- 3.4.4. услуги, предоставленные кем-то помимо больницы, врача или медицинской сестры, а также медицинские услуги, оказанные медицинскими учреждениями, не имеющими соответствующей лицензии или лицом, состоящим в родственных отношениях с Застрахованным лицом;
- 3.4.5. услуги или лечение в долгосрочном лечебном учреждении, курорте, водолечебнице, санатории или профилактории, а также услуги реабилитационно – восстановительного характера, в т.ч. лечение методами мануальной терапии, рефлексотерапии (акупунктуры), хиропрактики, массажа, фито- и натуротерапии, бальнеотерапии, электропроцедуры, грязевые и двигательные ванны и другие физиопроцедуры;
- 3.4.6. услуги или медпрепараты, рассматриваемые в соответствии со стандартами в качестве экспериментальных или находящихся на стадии исследования, лечение нетрадиционными методами (в т.ч. методами народной медицины), а также лечение осложнений и последствий, вызванных лечением такими методами;
- 3.4.7. медицинское обследование, осмотр или постановка диагноза, являющиеся частью текущего медицинского обследования или проверки состояния здоровья, включая прививки, инъекции, проведение врачебных экспертиз и лабораторных исследований, не связанных со страховым случаем, профилактические мероприятия, выдачу медицинских справок и результатов обследований;
- 3.4.8. обследование зрения и слуха (в т.ч. удаление серных пробок, за исключением случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям), рефракции глаза, а также стоимость очков, контактных линз или слуховых аппаратов;

- 3.4.9. стоматологическое лечение, в т.ч. удаление зубных камней, лечение периодонтита, перикоронарита, пародонтита, стоматита, стоимость панорамных снимков челюсти, за исключением услуг, оговоренных в подпункте 3.2.1 пункта 3.2 Правил;
- 3.4.10. покупка или прокат кондиционеров, увлажнителей воздуха, испарителей, тренажеров, спортивных снарядов или оборудования подобного рода;
- 3.4.11. лечение травмы (в т.ч. расходы на оказание неотложной медицинской помощи), полученной или произошедшей при управлении Застрахованным лицом самолетом или иным летательным аппаратом либо при нахождении на его борту, если Застрахованное лицо не было оплатившим билет пассажиром на борту зарегистрированного аппарата, совершающего регулярный рейс между аэропортами, работающими по правилам Федерального Агентства Авиации, управляемого имеющим соответствующую лицензию пилотом, а также принадлежащего пассажирской авиакомпании;
- 3.4.12. лечение солнечных ожогов, фотодерматитов, солнечной аллергии и иных изменений кожи, вызванных ультрафиолетовым излучением, за исключением детей до 16 лет;
- 3.4.13. удаление мозолей, бородавок, натоптышей, ортопедическое лечение плоскостопия, супинаторы, вкладыши для коррекции стопы, лечение деформированных ногтей стоп, кистей;
- 3.4.14. лечение, связанное с психотерапией, в т.ч. аутотренинг, лечение сном и аналогичное лечение;
- 3.4.15. лечение травм или увечий (в т.ч. расходы на оказание неотложной медицинской помощи), полученных Застрахованным лицом в связи с совершением им действий, в которых установлены признаки противоправного действия, в т.ч. лечение травм, полученных в драках и потасовках, если Застрахованное лицо было зачинщиком;
- 3.4.16. лечение членов семьи Застрахованного лица;
- 3.4.17. лечение болезни, наступившей вследствие алкоголизма или наркомании;
- 3.4.18. лечение, не признанное наукой или медициной;
- 3.4.19. лечение осложнений, являющихся или могущих явиться следствием лечения или хирургического вмешательства по поводу заболевания или травмы, имевших место до вступления договора страхования в силу;
- 3.4.20. приобретение протезов, костылей, тростей, инвалидных колясок, слуховых аппаратов, очков, протезирование (в т.ч. глазное и зубное),

применение корректирующих устройств или медицинских аппаратов, если это не является необходимостью с медицинской точки зрения;

- 3.4.21. лечение психических заболеваний и их осложнений, консультации и психиатрические обследования, а также лечение различных травм и соматических заболеваний, возникших в связи с заболеваниями психической природы, в т.ч. в результате эпилептических и других спазматических припадков, за исключением случаев, требующих оказания неотложной медицинской помощи по травме, полученной Застрахованным лицом во время такого припадка;
- 3.4.22. все виды пластической, реконструктивной и восстановительной хирургии, цель которой состоит в устранении косметических дефектов, улучшении внешнего вида;
- 3.4.23. использование препаратов и средств контроля над рождаемостью;
- 3.4.24. лечение и диагностика болезней, передаваемых половым путем, и их осложнений, а так же заболеваний, являющихся их следствием;
- 3.4.25. синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД); лечение приобретенного иммунодефицита неясного генеза;
- 3.4.26. искусственное оплодотворение или лечение бесплодия;
- 3.4.27. аборты и мини-аборты, за исключением случаев, требующих оказания неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу - беременной женщине в связи с самопроизвольным абортом или абортом в результате несчастного случая, при условии применения при расчете страхового тарифа соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика;
- 3.4.28. лечение гинекологических заболеваний, кроме расходов на оказание неотложной медицинской помощи, в т.ч. расходов по проведению срочных хирургических вмешательств;
- 3.4.29. лечение урологических заболеваний, в т.ч. инфекций мочеполовых путей, кроме расходов на оказание неотложной медицинской помощи;
- 3.4.30. лечение травм и болезней, наступление которых явилось следствием нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, за исключением нахождения Застрахованного лица в таком состоянии от воздействия медицинских препаратов и лекарственных средств, назначенных врачом;
- 3.4.31. лечение любых хронических заболеваний, их обострений и осложнений (в т.ч. хронической почечной недостаточности,

Правила № 16 добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу (хронического гепатита и цирроза печени), если они не угрожают жизни Застрахованного лица.

В случае наличия угрозы жизни Застрахованного лица при обострении или осложнении хронического заболевания расходы по оказанию неотложной медицинской и иной, предусмотренной подпунктами 3.2.2 – 3.2.4 пункта 3.2 Правил, помощи покрываются в соответствии с вариантом страхования (подпункт 6.1.1 пункта 6.1 Правил).

Не оплачивается лечение обострения 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.

Не оплачивается также лечение обострения хронического заболевания, если 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;

- 3.4.32. лечение травм, отравлений, химических ожогов и болезней, полученных Застрахованным лицом в результате покушения на самоубийство, если только Застрахованное лицо не было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- 3.4.33. лечение последствий несчастных случаев и болезней, полученных Застрахованным лицом в связи с передачей им управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или не имеющему права на управление транспортным средством данной категории;
- 3.4.34. лечение состояний, вызванных токсическим, наркотическим либо алкогольным отравлением, а также лечение наркотической, токсической и алкогольной зависимости;
- 3.4.35. лечение онкологических заболеваний, а также их осложнений, если диагноз онкологического заболевания был установлен до заключения договора страхования;
- 3.4.36. лечение профессиональных заболеваний;
- 3.4.37. лечение туберкулеза, саркоидоза, муковисцероза независимо от клинической формы и стадии процесса;
- 3.4.38. лечение заболеваний крови;

- 3.4.39. лечение системных заболеваний соединительной ткани, а также всех недифференцированных коллагенозов, ревматоидного полиартрита (средняя и тяжелая формы течения), болезни Бехтерева, подагры;
- 3.4.40. лечение ортодонтических нарушений;
- 3.4.41. лечение острой и хронической лучевой болезни;
- 3.4.42. лечение заболеваний, по которым установлена инвалидность I, II или III группы, категория «ребенок-инвалид» или инвалид с детства.
В случае наличия угрозы жизни Застрахованного лица при обострении или осложнении заболеваний, по которым установлена инвалидность, категория «ребенок-инвалид» или инвалид с детства, Страховщиком покрываются расходы по оказанию неотложной медицинской и иной, предусмотренной подпунктами 3.2.2 – 3.2.4 пункта 3.2 Правил, помощи в размере, не превышающем 5% от страховой суммы, но не более 2 000 долларов США (евро), независимо от варианта страхования;
- 3.4.43. проведение сеансов литотрипсии, операций эндопротезирования, аорто-коронарного шунтирования, коронарографии и стентирования сосудов, имплантации кава-фильтров, ангиографии и ангиопластики сосудов, проводимых в плановом порядке;
- 3.4.44. лечение кожных заболеваний (псориаз, нейродермит, экзема, глубокие микозы и микозы ногтей пластинок, трофические язвы и др.), кожных проявлений, связанных с пищевой аллергией, за исключением случаев, угрожающих жизни, а также удаление родинок (невусов), за исключением случаев, требующих оказания неотложной медицинской помощи;
лечение гельминтоза, педикулеза, чесотки;
лечение любых инфекционных заболеваний, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией;
- 3.4.45. лечение травм и увечий (в т.ч. расходы на оказание неотложной медицинской помощи), полученных Застрахованными лицами, выезжающими на активный отдых, а также на занятия, сборы, соревнования по любому виду спорта (кроме интеллектуальных) в случаях, когда Страхователь при заключении договора страхования не поставил об этом в известность Страховщика и при расчете страхового тарифа не был применен соответствующий корректировочный коэффициент, утвержденный приказом Страховщика;
- 3.4.46. лечение лиц (в т.ч. расходы на оказание неотложной медицинской помощи), пребывающих в США, Канаде, Израиле, в случаях, когда

Страхователь при заключении договора страхования не поставил об этом в известность Страховщика и при расчете страхового тарифа не был применен соответствующий корректировочный коэффициент, утвержденный приказом Страховщика, кроме случаев заключения договоров страхования со Страхователем - юридическим лицом по варианту «GOLD» (абзац второй части второй пункта 6.2 Правил); лечение лиц (в т.ч. расходы на оказание неотложной медицинской помощи), пребывающих сроком свыше 30 календарных дней (исчисляемых с первого дня пребывания Застрахованного лица в этих странах) в течение срока действия договора страхования в странах Юго-Восточной Азии (Вьетнам, Индонезия, Камбоджа, Лаос, Сингапур, Таиланд, Филиппины), в Индии, Шри-Ланке, в случаях, когда Страхователь при заключении договора страхования не поставил об этом в известность Страховщика и при расчете страхового тарифа не был применен соответствующий корректировочный коэффициент, утвержденный приказом Страховщика;

- 3.4.47. лечение заболеваний, травм, которые явились целью поездки Застрахованного лица за границу, а также заболеваний, лечение которых было начато до вступления договора страхования в силу и не закончено до выезда за границу;
 - 3.4.48. лечение заболеваний, травм (в т.ч. расходы на оказание неотложной медицинской помощи), полученных Застрахованными лицами (студентами), выезжающими на обучение в учебные заведения за границу, если продолжительность поездки в течение срока действия договора составляет свыше 30 календарных дней, и при расчете страхового тарифа не был применен соответствующий корректировочный коэффициент, утвержденный приказом Страховщика;
 - 3.4.49. лечение заболеваний, травм на территории Республики Беларусь по случаям, наступившим за границей, в т.ч. продолжение лечения; При диагностировании в течение срока действия договора страхования во время нахождения Застрахованного лица за границей заболеваний, предусмотренных подпунктами 3.4.21, 3.4.35 – 3.4.39 пункта 3.4 Правил, Застрахованному лицу гарантируется оплата квалифицированной медицинской помощи только в объеме неотложной медицинской помощи, в виде симптоматической терапии.
- 3.5. Не подлежат оплате по договору страхования следующие расходы:

- 3.5.1. расходы, произведенные без согласия Страховщика либо его представителя за рубежом;
- 3.5.2. расходы за дополнительные предметы удобства, например: радиоприемник или телевизор, а также услуги парикмахера или косметолога и иные аналогичные услуги;
- 3.5.3. расходы, превосходящие разумную или обычную сумму за конкретную услугу или препарат, взимаемую в том месте, где таковая плата произведена. Под расходами, обычными в данной местности, понимаются расходы на оказанную аналогичную помощь (услугу) в государственных (муниципальных) лечебных (ритуальных) учреждениях согласно действующим тарифам и расценкам, предоставленным представителем Страховщика за рубежом;
- 3.5.4. расходы, связанные с челюстно-лицевой хирургией и ортопедией зубов, в т.ч. восстановление коронки сломавшегося зуба, исключая неотложную медицинскую помощь при несчастном случае;
- 3.5.5. расходы, понесенные компаньонами или членами семьи Застрахованного лица в период госпитализации последнего (например, их проживание, питание, проезд), за исключением расходов, определенных частью второй подпункта 3.2.1 пункта 3.2 Правил;
- 3.5.6. расходы, связанные с нормально или патологически протекающей беременностью или патологически протекающими родами Застрахованного лица - беременной женщины, за исключением случаев, когда представляется угроза ее жизни или здоровью, если при заключении договора страхования она поставила в известность Страховщика об имеющейся беременности и при расчете страхового тарифа был применен соответствующий корректировочный коэффициент, утвержденный приказом Страховщика;
расходы, произведенные в связи с оказанием неотложной медицинской помощи преждевременно родившемуся ребенку (на 22 – 37 неделе беременности) у Застрахованной женщины, если при заключении договора страхования она не поставила в известность Страховщика об имеющейся беременности и при расчете страхового тарифа не был применен соответствующий корректировочный коэффициент, утвержденный приказом Страховщика;
- 3.5.7. расходы, связанные с операциями по изменению пола, лечение половых расстройств;
- 3.5.8. расходы, услуги или лечение, связанные с любыми видами пищевых добавок или медикаментозного питания (если только это не вызвано необходимостью поддержания жизни у критического больного), а

Правила № 16 добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу также связанные с курсами упражнений для контроля за весом ввиду ожирения или по поводу какого-то иного диагноза, будь то диета, инъекция жидкостей, использование медикаментов или же хирургическое вмешательство;

- 3.5.9. расходы по профилактике тромбозов при травмах, кроме однократных необходимых назначений врача непосредственно после травмы;
 - 3.5.10. расходы, связанные с лечением травм и заболеваний, возникших в результате эпидемий, носящих массовый характер;
 - 3.5.11. расходы и услуги, оказанные Застрахованному лицу в случаях, когда согласно рекомендациям лечащего врача он имел медицинские противопоказания для осуществления поездки за границу;
 - 3.5.12. расходы Застрахованного лица, являющиеся благотворительными взносами или пожертвованиями.
- 3.6. В случае смерти Застрахованного лица Страховщиком не оплачиваются следующие расходы:
- 3.6.1. за вызов родственниками врачей-специалистов;
 - 3.6.2. на погребение в любой из стран, в т.ч. в стране постоянного (временного) проживания Застрахованного лица, исключая страну, где произошел страховой случай;
 - 3.6.3. в связи со смертью Застрахованного лица, в случае если непосредственно перед ее наступлением Застрахованное лицо пребывало в состоянии наркотического, токсического или алкогольного опьянения, находящегося в прямой причинной связи с наступившим событием, либо когда состояние наркотического, токсического или алкогольного опьянения являлось одним из факторов, приведших к смерти Застрахованного лица, кроме случаев наступления смерти в результате противоправных действий третьих лиц;
 - 3.6.4. в связи со смертью Застрахованного лица, если смерть наступила в результате самоубийства, кроме случаев, когда он был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
 - 3.6.5. другие расходы, произведенные без согласия Страховщика либо его представителя за рубежом.
- 3.7. Страховщик не возмещает моральный вред.

4. Страховая сумма

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

- 4.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон в долларах США (евро) в соответствии с Приложением 1 к Правилам.
- 4.3. 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. Страховой тариф и страховой взнос

- 5.1. Страховой взнос – сумма денежных средств, подлежащая уплате Страхователем Страховщику за страхование в порядке и сроки, установленные договором страхования.
Страховой взнос по договору страхования определяется исходя из страховой суммы и базового страхового тарифа в соответствии с Приложением 1 к Правилам, с применением корректировочных коэффициентов, утвержденных приказом Страховщика.
- 5.2. Страховой взнос, определенный в долларах США (евро), может быть уплачен как в долларах США (евро), так и в другой иностранной валюте (в случаях, предусмотренных действующим законодательством) по официальному курсу валюты в которой он уплачивается по отношению к доллару США (евро), установленному Национальным банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса.
Также страховой взнос, определенный в долларах США (евро), может быть уплачен в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к доллару США (евро), установленному Национальным банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса.
- 5.3. Страховой взнос по договору страхования, заключенному со Страхователем - физическим лицом, уплачивается единовременно при заключении договора страхования наличными денежными средствами или путем безналичных расчетов.
- 5.4. Страховой взнос по договорам страхования, заключенным со Страхователем - юридическим лицом, уплачивается единовременно при заключении договора страхования путем безналичных расчетов.

II. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

6. Условия заключения договора страхования

- 6.1. Договор страхования заключается на условиях Правил страхования, принятых Страхователем, путем присоединения к договору

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

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

Договор страхования может быть заключен путем:

- а) вручения Страховщиком Страхователю на основании письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного ими;
- б) составления одного документа, подписанного сторонами по договору;
- в) обмена документами посредством почтовой, телеграфной, телетайпной, электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от стороны по договору.

Договор страхования также может быть заключен в форме электронного документа в порядке и на условиях, установленных законодательством.

К договору страхования должны прилагаться Правила страхования. Приложение к договору страхования Правил страхования удостоверяется записью в этом договоре. Основанием для заключения договора страхования со Страхователем – юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем является письменное заявление и список лиц, подлежащих страхованию (Приложения 2, 2а к Правилам), и устное заявление – при заключении договора страхования со Страхователем – физическим лицом.

В случае заключения договора страхования в связи с поездкой за границу группы лиц, договор страхования (страховой полис) может быть выдан как каждому члену группы, так и один на всю группу. Если выдается один договор страхования (страховой полис) на группу лиц, то к нему прилагается список Застрахованных лиц (Приложение 2а к Правилам), один экземпляр которого вместе с договором страхования (страховым полисом) остается у Страховщика и является неотъемлемой частью договора страхования.

При страховании членов одной семьи, выезжающих за границу, может выдаваться один договор страхования (страховой полис) на семью. В этом случае в договоре страхования указываются фамилия, имя, год рождения, номер паспорта каждого члена семьи, в пользу которого заключается договор страхования.

6.1.1. Договор страхования по соглашению сторон может быть заключен по варианту «STANDART» либо по варианту «GOLD».

6.1.1.1. Страхование по варианту «STANDART» включает:

Правила № 16 добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу

- а) возмещение расходов за оказание неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу в связи с причинением вреда его здоровью в результате несчастного случая или болезни;
- б) возмещение расходов за оказание стоматологических услуг, связанных со снятием острой зубной боли (в т.ч. в связи с острым воспалением зуба, окружающих зуб тканей) для лиц, выезжающих:
 - в Венесуэлу, в размере, не превышающем 500 долларов США (евро);
 - в другие страны мира, в размере, не превышающем 300 долларов США (евро);
- в) возмещение расходов за оказание неотложной медицинской и иной, предусмотренной подпунктами 3.2.2 – 3.2.4 пункта 3.2 Правил, помощи Застрахованному лицу в случае наличия угрозы жизни в результате обострения хронического заболевания в размере, не превышающем 5% от страховой суммы, но не более 2 000 долларов США (евро);
- г) возмещение расходов за оказание услуг по медицинской эвакуации и (или) медицинской репатриации Застрахованного лица;
- д) возмещение расходов за оказание услуг по репатриации тела Застрахованного лица (возвращение останков (праха) на родину);
- е) возмещение расходов по проезду (возвращению) детей Застрахованного лица в возрасте до 16 лет в страну постоянного (временного) проживания;
- ж) возмещение расходов за оказание услуг по погребению (захоронение тела умершего либо кремация с захоронением урны с прахом) в стране, где произошел страховой случай в размере, не превышающем 5 000 долларов США (евро);
- з) возмещение расходов за оказание неотложной медицинской и иной помощи, произведенных Застрахованным лицом самостоятельно в размере, не превышающем 2000 долларов США (евро);
- и) при медицинской репатриации в случае необходимости возмещение расходов на проезд Застрахованного лица, медицинского персонала (либо сопровождающего лица), включающие в себя стоимость проезда экономическим классом и проживание в гостинице (категории не более «три звезды»), связанное с ожиданием обратного рейса. Понесенные сопровождающим лицом расходы оплачиваются в размере, не

Правила № 16 добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу превышающем 100 долларов США (евро) в сутки и не более чем за 7 суток;

к) возмещение расходов:

- на телекоммуникационную связь со Страховщиком (его представителем за рубежом);
- за оказание юридической помощи;

6.1.1.2. Страхование по варианту «GOLD» включает:

- а) возмещение расходов за оказание неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу в связи с причинением вреда его здоровью в результате несчастного случая или болезни;
- б) возмещение расходов при необходимости визита к врачу для контроля над ходом лечения Застрахованного лица;
- в) возмещение расходов за оказание стоматологических услуг, связанных со снятием острой зубной боли (в т.ч. в связи с острым воспалением зуба, окружающих зуб тканей) для лиц, выезжающих:
 - в Венесуэлу, в размере, не превышающем 1500 долларов США (евро);
 - в другие страны мира, в размере, не превышающем 1000 долларов США (евро);
- г) возмещение расходов за оказание неотложной медицинской и иной, предусмотренной подпунктами 3.2.2 – 3.2.4 пункта 3.2 Правил, помощи Застрахованному лицу в случае наличия угрозы жизни в результате обострения хронического заболевания в размере, не превышающем 20% от страховой суммы, но не более 15 000 долларов США (евро);
- д) возмещение расходов за оказание услуг по медицинской эвакуации и (или) медицинской репатриации Застрахованного лица;
- е) возмещение расходов за оказание услуг по репатриации тела Застрахованного лица (возвращение останков (праха) на родину);
- ж) возмещение расходов по проезду (возвращению) детей Застрахованного лица в возрасте до 16 лет в страну постоянного (временного) проживания;
- з) возмещение расходов за оказание услуг по погребению (захоронение тела умершего либо кремация с захоронением урны с прахом) в стране, где произошел страховой случай в размере, не превышающем 15 000 долларов США (евро);
- и) возмещение расходов за оказание неотложной медицинской и иной помощи, произведенных Застрахованным лицом

самостоятельно в размере, не превышающем 3000 долларов США (евро);

- к) возмещение расходов в случае необходимости по пребыванию одного родителя (иного близкого родственника или законного представителя за границей) в палате совместно с Застрахованным лицом - ребенком в возрасте до 3-х лет включительно в размере, не превышающем 100 долларов США (евро) в сутки и не более чем за 7 суток;
- л) при медицинской репатриации в случае необходимости возмещение расходов на проезд Застрахованного лица, медицинского персонала (либо сопровождающего лица), включающие в себя стоимость проезда экономическим классом и проживание в гостинице (категории не более «три звезды»), связанное с ожиданием обратного рейса. Понесенные сопровождающим лицом расходы оплачиваются в размере, не превышающем 100 долларов США (евро) в сутки и не более чем за 7 суток;
- м) возмещение расходов:
 - на телекоммуникационную связь со Страховщиком (его представителем за рубежом);
 - за оказание юридической помощи;
- н) возмещение расходов по организации поиска и спасению Застрахованного лица (подпункт 3.2.5 пункта 3.2 Правил) в размере, не превышающем 10% от страховой суммы, установленной договором страхования.

6.2. При заключении договоров страхования со Страхователями – юридическими и физическими лицами по варианту «STANDART» и со Страхователями – физическими лицами по варианту «GOLD» договоры страхования действуют в пределах страховой суммы, установленной договором страхования, в указанных в договоре страхования (страховом полисе) странах в соответствии примененными корректировочными коэффициентами, утвержденными приказом Страховщика.

При заключении договоров страхования со Страхователями – юридическими лицами по варианту «GOLD» договор страхования действует во всех странах мира. При этом, если договором страхования не предусмотрено иное с применением соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных приказом Страховщика, страховая защита предоставляется в следующем порядке:

- при наступлении страхового случая в США, Канаде, Израиле ответственность Страховщика по выплате страхового обеспечения

Правила № 16 добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу ограничивается 10 000 долларов США (евро) за весь срок действия договора страхования;

- при наступлении страхового случая в странах Юго-Восточной Азии (Вьетнам, Индонезия, Камбоджа, Лаос, Сингапур, Таиланд, Филиппины), в Индии и Шри-Ланке ответственность Страховщика по выплате страхового обеспечения ограничивается 30 календарными днями пребывания (исчисляемыми с первого дня пребывания Застрахованного лица в этих странах) в течение срока действия договора страхования.

6.3. 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 письменного заявления Страхователя - юридического лица (Приложения 2, 2а к Правилам) и устного заявления Страхователя – физического лица.

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.

Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

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

Дополнительный страховой взнос рассчитывается по следующей формуле:

$$ДВ = (Z2 - Z1) \times n/t, \text{ где}$$

ДВ – дополнительный страховой взнос;

Z1 – страховой взнос на момент заключения договора страхования;

Z2 – страховой взнос на момент увеличения страхового риска;

n – количество дней, оставшихся до окончания срока действия договора страхования (либо срока пребывания, если договор страхования заключен на условиях пункта 7.2 Правил) с момента увеличения страхового риска;

t – срок действия договора страхования в днях (срок пребывания – пункт 7.2 Правил);

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса, 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 дополнительного страхового взноса в срок, указанный в таком предложении.

- 6.5. При неисполнении Страхователем обязанности, предусмотренной частью первой пункта 6.4 Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора. В этом случае договор страхования расторгается с момента увеличения страхового риска.
- 6.6. Страховщик не вправе требовать расторжения договора, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.
- 6.7. 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.

- 6.8. В случае расторжения договора страхования по инициативе Страховщика (пункты 6.4, 6.5 Правил) при отсутствии выплат страхового обеспечения Страховщик возвращает Страхователю часть страхового взноса пропорционально времени, оставшемуся с момента расторжения договора страхования до окончания срока его действия (срока пребывания, если договор страхования заключен на условиях пункта 7.2 Правил). Возврат причитающейся части страхового взноса производится в соответствии с пунктом 11.3 Правил.

7. Срок и территория действия договора страхования

- 7.1. Договор страхования заключается на срок от 1-го дня до 1-го года включительно (Приложение 1 к Правилам) и действует во время пребывания Застрахованного лица в пределах стран, указанных в договоре страхования (страховом полисе), а также в странах, находящихся по пути следования в страну (страны) пребывания.

Страховая защита по условиям Правил не предоставляется на территории Республики Беларусь, а также на территории страны постоянного (временного) проживания Застрахованного лица.

Договор страхования, заключенный в пользу профессиональных водителей, выполняющих международные перевозки, действует во время их нахождения за границей только в связи с исполнением своих трудовых (профессиональных) обязанностей (нахождение в служебных командировках, рейсе и т.п.).

Заключение договора страхования с действием на территории государств-членов Таможенного союза в рамках Евразийского экономического сообщества (далее – государства-члены Таможенного союза) осуществляется путем оформления отдельного страхового полиса, за исключением заключения договоров страхования в пользу профессиональных водителей, выполняющих международные перевозки. Такой договор страхования заключается на срок пребывания Застрахованного лица на территории государств-членов Таможенного союза (т.е. срок действия договора страхования должен быть равен сроку продолжительности поездки).

Для лиц, выезжающих (открывающих визы для выезда) в страны Шенгенского региона и заключивших договор страхования, страховая защита также распространяется на другие страны мира, за исключением: США, Канады, Израиля; стран Таможенного союза; стран Юго-Восточной Азии (Вьетнам, Индонезия, Камбоджа, Лаос, Сингапур, Таиланд, Филиппины), Индии, Шри-Ланки при сроке пребывания (продолжительности поездки) в этих странах свыше 30 календарных

дней в течение срока действия договора страхования; стран Латинской Америки. Данное условие не распространяется на договоры страхования, заключенные со Страхователем – юридическим лицом по варианту «GOLD» (часть вторая пункта 6.2 Правил).

При заключении договоров страхования в пользу профессиональных водителей (выполняющих международные перевозки), выезжающих (открывающих визы для выезда) в страны Шенгенского региона и заключивших договор страхования, страховая защита также распространяется на другие страны мира, в т.ч. страны Таможенного союза, за исключением: США, Канады, Израиля; стран Юго-Восточной Азии (Вьетнам, Индонезия, Камбоджа, Лаос, Сингапур, Таиланд, Филиппины) и Индии, Шри-Ланки при сроке пребывания (продолжительности поездки) в этих странах свыше 30 календарных дней в течение срока действия договора страхования.

7.2. Договор страхования может быть заключен с условием ограничения общего количества дней пребывания (продолжительности поездки) Застрахованного лица за границей в течение срока действия договора страхования (в т.ч. в случаях, когда срок пребывания в иностранном государстве, указанный во въездной визе, менее срока действия визы, а договор заключается на срок ее действия). В этом случае договор страхования может быть заключен на срок от 1-го дня до 3-х лет включительно с условием ограничения общего количества дней пребывания (продолжительности поездки) Застрахованного лица за границей не более 365 календарных дней в течение срока действия договора страхования. При этом при заключении договора страхования на срок свыше одного года продолжительность поездки должна составлять не менее 90 календарных дней.

За случаи расстройства здоровья Застрахованного лица либо его смерти в результате несчастного случая или болезни и понесенными в связи с этим расходами, предусмотренными условиями Правил (пункт 3.2 Правил), в период, превышающий указанную в договоре страхования продолжительность поездки, Страховщик ответственности не несет.

7.3. Страховщик вправе заключать договоры страхования с действием на территории иностранных государств при наличии договора со службой международного медицинского ассистанса, располагающей собственными сервисными центрами или представителями за рубежом, выступающей гарантом обеспечения оплаты расходов по лечению Застрахованного лица при наступлении страхового случая на территории этого государства.

8. Вступление договора страхования в силу

8.1. Договор страхования вступает в силу:

При уплате страхового взноса Страховщику или его уполномоченному представителю наличными денежными средствами – с 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования, как день начала срока его действия.

При безналичной уплате страхового взноса – с 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования, как день начала срока его действия.

В случае, если день начала срока действия договора страхования совпадает с днем уплаты страхового взноса наличными денежными средствами, в договоре страхования (страховом полисе) указывается время (часы, минуты) вступления договора страхования в силу.

Ответственность Страховщика по вступившему в силу договору страхования наступает после пересечения Застрахованным лицом границы Республики Беларусь или страны постоянного (временного) проживания (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.

Срок продолжительности поездки Застрахованного лица за границу определяется по отметкам (штампам) пересечения границы в документе, удостоверяющем личность (паспорте), за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой пункта 7.1 Правил.

8.2. При заключении договора страхования на новый срок до истечения действия предыдущего договора, дата вступления его в силу указывается со дня, следующего за днем истечения срока действующего договора страхования.

9. Выдача копии договора страхования (дубликата страхового полиса)

9.1. В случае утраты договора страхования (страхового полиса) в период его действия Страхователю на основании письменного заявления выдается копия договора страхования (дубликат страхового полиса). После выдачи копии договора страхования (дубликата страхового полиса) утраченный экземпляр договора страхования (страховой полис) считается недействительным и никаких выплат по нему не производится.

При повторной утрате полиса в течение срока действия договора страхования Страховщик взыскивает со Страхователя денежную сумму в размере стоимости его изготовления.

- 9.2. В случае, когда Страхователь до начала срока действия договора страхования или после вступления его в силу, но когда Застрахованное лицо за границу не выезжало (при документальном подтверждении), изменяет сроки поездки (без изменения количества дней пребывания за границей), Страховщик вправе переоформить договор страхования.

10. Переход прав и обязанностей по договору

- 10.1. В случае реорганизации в течение срока действия договора страхования Страхователя - юридического лица права и обязанности по договору страхования переходят к его правопреемнику.
- 10.2. В случае смерти Страхователя - физического лица, заключившего договор страхования в пользу третьих лиц, его права и обязанности переходят к этим лицам.
Если в течение срока действия договора страхования Страхователь признан судом недееспособным или ограниченным в дееспособности, права и обязанности такого Страхователя переходят к его опекуну или попечителю.
- 10.3. Страховщик вправе требовать от Застрахованного лица выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным лицом требования о выплате страхового обеспечения. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованное лицо.

11. Прекращение договора страхования

- 11.1. Договор страхования прекращается в случаях:
- 11.1.1. истечения срока действия;
 - 11.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме;
 - 11.1.3. если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и страхование прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, смерти Застрахованного лица по причинам иным, чем страховой случай – пункт 3.1.2 пункта 3.1 Правил; отказа в выдаче визы; аннулирования визы; невозможности выезда за границу в сроки, указанные в договоре страхования по уважительным причинам, подтвержденным документально; окончания срока действия визы при отсутствии в паспорте отметки о выезде за границу;

- 11.1.4. ликвидации Страхователя – юридического лица, прекращения в установленном порядке деятельности Страхователя – индивидуального предпринимателя;
- 11.1.5. по соглашению Страхователя и Страховщика, оформленному в письменном виде. Договор страхования расторгается с даты, достигнутой соглашением сторон;
- 11.1.6. 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.

11.2. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в подпунктах 11.1.3 - 11.1.5 пункта 11.1 Правил Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовало страхование (если договор страхования заключен в соответствии с пунктом 7.2 Правил – пропорционально фактическому сроку пребывания (дням) Застрахованного лица за границей, в течение которого действовало страхование).

При отсутствии выплат страхового обеспечения в случае досрочного прекращения договора страхования по обстоятельствам, указанным в подпунктах 11.1.3 - 11.1.5 пункта 11.1 Правил, Страховщик возвращает Страхователю часть страхового взноса, рассчитанного по формуле:

$Чв = Vu \times n/t$, где

Чв – часть страхового взноса, подлежащая возврату;

Vu – сумма страхового взноса, уплаченная при заключении договора страхования;

n – количество дней, оставшихся до окончания срока действия договора страхования (либо срока пребывания, если договор страхования заключен на условиях пункта 7.2 Правил, но не более количества дней действия договора страхования, оставшихся со дня досрочного прекращения договора до дня окончания срока действия договора страхования);

t – срок действия договора страхования в днях (срок пребывания – пункт 7.2 Правил).

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования (подпункт 11.1.6 пункта 11.1 Правил) уплаченный Страховщику страховой взнос возврату не подлежит.

11.3. Возврат причитающейся части страхового взноса в случае расторжения договора страхования ранее установленного срока производится в течение 5-ти рабочих дней со дня расторжения договора страхования путем перечисления на текущий (расчетный) счет Страхователя в банке

– если Страхователь юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, либо наличными денежными средствами из кассы Страховщика или путем перечисления на его текущий (расчетный) счет в банке – если Страхователь физическое лицо.

Соответствующая часть страхового взноса по договору страхования возвращается в той валюте, в которой уплачен страховой взнос, если иное не предусмотрено законодательством или соглашением сторон.

За несвоевременный возврат причитающейся части страхового взноса по вине Страховщика Страхователю выплачивается пеня за каждый день просрочки в размере 0,1% от суммы, подлежащей возврату.

Страховщик не рассматривает заявления Страхователя о возврате части страхового взноса, поданные после окончания срока действия договора страхования.

12. Условия заключения договора страхования одного и того же объекта

12.1. Страхователь имеет право заключить договор страхования одного и того же объекта с новыми Страховщиками при условии их уведомления о том, что объект уже застрахован.

13. Права и обязанности сторон

13.1. Страхователь имеет право:

- 13.1.1. отказаться от договора страхования в соответствии с условиями подпункта 11.1.6 пункта 11.1 Правил;
- 13.1.2. получить копию договора страхования (дубликат страхового полиса) в случае его утраты;
- 13.1.3. получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством;
- 13.1.4. требовать выполнения Страховщиком иных условий договора страхования, не противоречащих законодательству.

13.2. Страхователь обязан:

- 13.2.1. при заключении договора страхования сообщить Страховщику о всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая;
- 13.2.2. в течение срока действия договора незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;
- 13.2.3. уплачивать страховые взносы в соответствии с условиями договора страхования (страхового полиса);

- 13.2.4. при наступлении страхового случая незамедлительно (при первой возможности) известить Страховщика любым доступным ему способом и предоставить ему все необходимые документы для установления факта, причины страхового случая и определения размера страхового обеспечения в соответствии с пунктом 14.1 Правил;
- 13.2.5. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованное лицо с его правами и обязанностями по договору.
- 13.3. Застрахованное лицо имеет право:**
- 13.3.1. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования;
- 13.3.2. при наступлении страхового случая требовать исполнения Страховщиком принятых обстоятельств по договору страхования, заключенному в его пользу.
- 13.4. Застрахованное лицо обязано:**
- 13.4.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;
- 13.4.2. заботиться о сохранности договора страхования (страхового полиса) и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
- 13.4.3. выполнять распоряжения адвоката при предоставлении юридических услуг;
- 13.4.4. выполнять инструкции и распоряжения Страховщика, а также распоряжения представителей Страховщика за рубежом, прибывших для оказания помощи;
- 13.4.5. по запросу Страховщика (представителя Страховщика за рубежом) предоставить необходимые документы (в т.ч. копии всех страниц паспорта) для решения вопроса по организации оказания необходимой помощи;
- 13.4.6. при наступлении страхового случая немедленно, до обращения в лечебное учреждение (к врачу), обратиться к ближайшему представителю Страховщика за рубежом (или Страховщику) по телефонам, указанным в договоре страхования (страховом полисе). Если такое немедленное обращение к ближайшему представителю Страховщика за рубежом (Страховщику) не последовало по объективным причинам (например, потеря сознания Застрахованным лицом), то Застрахованное лицо обязано незамедлительно обратиться к представителю Страховщика за рубежом (Страховщику) при первой появившейся возможности.

Подтвержденные документально телефонные разговоры оплачиваются Страховщиком.

13.5. Страховщик имеет право:

- 13.5.1. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также исполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий договора страхования;
- 13.5.2. получать информацию от компетентных органов (например, органов здравоохранения Республики Беларусь, медицинских учреждений страны пребывания); они освобождаются от обязанности хранить медицинскую тайну и вправе давать Страховщику требуемую информацию;
направлять в случае необходимости, предоставленные Выгодоприобретателем (Застрахованным лицом) документы, связанные со страховым случаем, на перевод с иностранного языка в течение 5 рабочих дней со дня получения таких документов;
- 13.5.3. потребовать признания договора страхования недействительным, если при его заключении Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая;
- 13.5.4. отсрочить страховую выплату в случаях, когда ему не представлены все необходимые документы – до их представления, а также если у него имеются сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай и размер ущерба (в частности, в порядке оформления и регистрации документов, в подлинности печати, подписи на документе, наличии незаверенных исправлений) - до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов лицом, представившим такой документ (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа) либо самим Страховщиком (на основании запроса Страховщика в орган, его выдавший, направленный в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа);
- 13.5.5. принимать такие меры, которые он считает необходимыми для сокращения размера страховых выплат;
- 13.5.6. оспорить размер требований Застрахованного лица в установленном законодательством порядке.

13.6. Страховщик обязан:

- 13.6.1. вручить Страхователю договор страхования (страховой полис) с приложением Правил страхования;
- 13.6.2. при наступлении страхового случая после получения всех необходимых документов в установленные сроки составить акт о

Правила № 16 добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу страховом случае (Приложение 4 к Правилам) и произвести выплату страхового обеспечения (пункты 14.7 и 14.8 Правил). В случае отказа в выплате страхового обеспечения в течение 5-ти рабочих дней с момента получения необходимых документов письменно сообщить об этом Страхователю (Застрахованному лицу) с мотивацией причины отказа.

Если по факту наступившего события компетентными органами проводится проверка или возбуждено уголовное дело, то решение о признании события страховым или об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком в течение 5-ти рабочих дней после получения от компетентных органов документа о принятом решении (постановление об отказе в возбуждении уголовного дела, постановление о прекращении либо приостановлении производства по делу, приговор суда). Если Застрахованное лицо не является обвиняемым по делу, что подтверждается соответствующим документом компетентного органа, Страховщик вправе принять решение о признании заявленного события страховым до принятия компетентными органами решения по существу (постановление об отказе в возбуждении уголовного дела, постановление о прекращении либо приостановлении производства по делу, приговор суда);

13.6.3. обеспечить конфиденциальность сведений, сообщенных Страхователем.

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

III. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

14. Порядок и условия выплаты страхового обеспечения

14.1. При наступлении события, которое может быть признано страховым случаем, Застрахованное лицо (Страхователь) должно немедленно в соответствии с условиями подпункта 13.4.6 пункта 13.4 Правил (до обращения к врачу) обратиться к представителю Страховщика за рубежом (Страховщику) по контактными телефонам, указанным в договоре страхования (страховом полисе) и сообщить:

- номер договора страхования (страхового полиса);
- фамилию, имя;
- срок действия договора страхования;

- номер телефона и адрес, по которым можно связаться с Застрахованным лицом;
- причину обращения и какого рода помощь необходима Застрахованному лицу;
- в случае если продолжительность поездки не совпадает со сроком действия договора страхования по запросу представителя Страховщика за рубежом (Страховщика) представить копии всех страниц паспорта.

В случае если немедленное обращение к ближайшему представителю Страховщика за рубежом (Страховщику) не представляется возможным, Застрахованное лицо (Страхователь) может оплатить услуги самостоятельно. Возмещение расходов в этом случае производится в соответствии с пунктом 14.3 Правил. При этом Застрахованное лицо (Страхователь) обязано уведомить Страховщика (представителя Страховщика за рубежом) о наступлении страхового случая не позднее 35 календарных дней со дня его наступления, а также обратиться к Страховщику с заявлением о страховой выплате не позднее 35 календарных дней со дня возвращения в Республику Беларусь из поездки за границу.

- 14.2. Выплата страхового обеспечения по договору страхования осуществляется Страховщиком путем перечисления денежных средств представителю Страховщика за рубежом по предъявленным счетам за оказанные Застрахованному лицу услуги в стране временного пребывания, предусмотренные пунктом 3.2 Правил, на основании Акта о страховом случае (Приложение 4 к Правилам).

В случае выставления счета Застрахованному лицу (Страховщику) за оказанную неотложную медицинскую или иную помощь (пункт 3.2 Правил), связанную с наступлением страхового случая с Застрахованным лицом за границей, Страховщик оплачивает такой счет непосредственно учреждению, оказавшему данные услуги, в валюте выставленного счета на основании Акта о страховом случае (Приложение 4 к Правилам).

- 14.3. Возмещение расходов Застрахованному лицу (иному Выгодоприобретателю), оплаченных им самостоятельно, осуществляется после возвращения его в страну постоянного (временного) проживания по предъявлении указанных в пункте 14.5 Правил документов. Возмещение расходов в этом случае производится на сумму, не превышающую 2000 долларов США (евро) - при страховании по варианту «STANDART», 3000 долларов США (евро) - по варианту «GOLD».

14.4. При наступлении страхового случая по договору страхования, заключенному по варианту «GOLD», Страховщик также оплачивает документально подтвержденные расходы по организации поиска и спасению Застрахованного лица в размере, не превышающем 10% от страховой суммы, установленной договором страхования. Такие расходы включают:

- стоимость проведения работ поисково-спасательных служб;
- использование специальных технических средств, в т.ч. поисковых вертолетов, морских судов.

14.5. Для решения вопроса о выплате страхового обеспечения по расходам, оплаченным Застрахованным лицом (иным Выгодоприобретателем) самостоятельно, последний должен предоставить следующие документы:

- заявление о страховом случае (Приложение 3 к Правилам), документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (Выгодоприобретателя, законного представителя Застрахованного лица, наследников Застрахованного лица);
- оригинал договора страхования (страхового полиса), при невозможности предоставления оригинала необходимо предоставить письменное объяснение о причине его отсутствия;
- оригинал документа, подтверждающего факт обращения за медицинской помощью, и содержащего дату обращения, диагноз заболевания, итоговую сумму к оплате;
- оригинал документа, подтверждающий оплату медицинской помощи;
- оригиналы рецептов на приобретение медикаментов со штампом аптеки и указанием стоимости каждого препарата, выписанных лечащим врачом в связи с данным заболеванием, кассовые чеки в подтверждение приобретения лекарств, а также оригиналы документов, подтверждающие телефонные переговоры со Страховщиком (представителем Страховщика за рубежом).

Страховщик вправе потребовать от заявителя заверенный перевод (лицом, имеющим право на оказание этой услуги) вышеуказанных документов на русский язык.

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

- 14.6. Непредставление документов, предусмотренных пунктом 14.5 Правил, может явиться основанием для отказа в страховой выплате в той части, которая не подтверждена документально.
- 14.7. Выплата страхового обеспечения Выгодоприобретателю осуществляется Страховщиком на основании Акта о страховом случае (Приложение 4 к Правилам), который составляется в течение 5-ти рабочих дней с момента подачи заявления и получения всех необходимых документов.
- 14.8. Страховое обеспечение выплачивается Выгодоприобретателю в валюте оплаты страхового взноса в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь в течение 5-ти рабочих дней со дня составления Акта о страховом случае.
Если страховой взнос, определенный в долларах США (евро) был уплачен в белорусских рублях, то выплата страхового возмещения производится в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы на день страхового случая.
- 14.9. За несвоевременную выплату страхового обеспечения по вине Страховщика он уплачивает Выгодоприобретателю – физическому лицу пени за каждый день просрочки в размере 0,5% от суммы, подлежащей выплате.

15. Основания освобождения Страховщика от выплаты страхового обеспечения

- 15.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, если:
- 15.1.1. страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя или Застрахованного лица, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;
- 15.1.2. страховой случай наступил вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации и радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны, если международными договорами, актами законодательства не предусмотрено иное;
- 15.1.3. в других случаях, предусмотренных законодательством.
- 15.2. Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения, если Страхователь (Застрахованное лицо) создал препятствия Страховщику в определении обстоятельств, характера наступившего события и/или размера страхового обеспечения, а также, если Страхователь (Застрахованное лицо) после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, не уведомил о его наступлении

Страховщика (представителя Страховщика за рубежом) предусмотренным способом и в сроки, указанные в пункте 14.1 Правил, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату.

Решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком в течение 5-ти рабочих дней со дня получения всех необходимых документов и сообщается Страхователю (Застрахованному лицу) в письменной форме с мотивацией причины отказа.

Отказ в выплате страхового обеспечения может быть обжалован в судебном порядке.

16. Порядок рассмотрения споров, вытекающих из отношений по страхованию

16.1. Споры, вытекающие из отношений по страхованию, разрешаются судом в соответствии с его компетенцией, установленной законодательством Республики Беларусь.

Настоящая редакция Правил вступает в силу с 10 января 2018 года.

Договоры страхования, заключенные до вступления в силу настоящей редакции Правил страхования, действуют до их прекращения в установленном порядке на тех условиях, на которых они заключены.

**Заместитель
генерального директора**

П.В.Кохановская