



ПРАВИЛА № 18
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ БОЛЕЗНЕЙ
И НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ
НА ВРЕМЯ Поездки ЗА ГРАНИЦУ

(Согласованы Министерством финансов Республики Беларусь №254 от 25.03.2004, изложены в новой редакции, согласованной № 496 от 23.09.2015, с изменениями и дополнениями от 30.06.2016 № 639)

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на условиях настоящих Правил № 18 добровольного страхования от болезней и несчастных случаев на время поездки за границу (далее – Правила) Закрытое акционерное страховое общество «Промтрансинвест» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного страхования от болезней и несчастных случаев на время поездки за границу (далее – договоры страхования) с дееспособными физическими лицами (включая индивидуальных предпринимателей), в том числе иностранными гражданами и лицами без гражданства, а также с юридическими лицами любой организационно-правовой формы (далее – Страхователи).

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

1.3. Основные термины, используемые в Правилах:

несчастный случай – внезапное, непредвиденное событие, вызванное внешним воздействием, в том числе неправомерными действиями третьих лиц, происшедшее с Застрахованным лицом в период действия договора страхования, сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями здоровья;

неправомерные действия третьих лиц – умышленные или неосторожные (включая противоправные) действия третьих лиц, ставшие непосредственной причиной причинения вреда жизни, здоровью Застрахованного лица, за которые предусмотрена ответственность в соответствии с законодательством страны, где имело место причинение вреда;

третьи лица – физические или юридические лица, не являющиеся субъектами страхования (Страховщиком, Страхователем, Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом);

внезапное заболевание – внезапно наступившее ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица (в том числе вследствие несчастного случая) с выраженными клиническими проявлениями, которое угрожает его жизни либо может привести к серьезному нарушению функций организма и (или) серьезной постоянной дисфункции какого-либо органа (системы органов) или повреждению части тела (острые нарушения сердечно-сосудистой деятельности, центральной нервной системы, органов дыхания, брюшной полости и др.);

неотложная медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, оказание которых требуется при внезапных заболеваниях до устранения угрозы жизни Застрахованного лица

или до приведения его в транспортабельное состояние, позволяющее, при необходимости, проведение медицинской репатриации;

хроническое заболевание – заболевание, характеризующееся установленным клиническим диагнозом, длительным течением, как правило, медленно прогрессирующее, симптомы которого проявились и (или) в связи с которыми имело место обращение за медицинской помощью на протяжении одного года до заключения договора страхования;

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

медицинская эвакуация – система мероприятий лечебно-транспортного обеспечения, включающая транспортировку пострадавшего Застрахованного лица для оказания ему неотложной медицинской помощи в сочетании с оказанием ее в пути следования (при наличии показаний);

медицинская репатриация – система мероприятий лечебно-транспортного обеспечения по возвращению Застрахованного лица в связи с внезапным заболеванием к месту его жительства для дальнейшего стационарного лечения на территории страны проживания;

лечебное учреждение – медицинское (в т.ч. лечебно-профилактическое) учреждение или врач, имеющие специальное разрешение на оказание медицинской помощи (медицинских услуг), полученное в соответствии с требованиями законодательства страны, где производится оказание необходимой неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу;

представитель Страховщика (представитель Страховщика за рубежом) – юридическое лицо, имеющее договорные отношения со Страховщиком и осуществляющее организацию оказания (предоставления) медицинских услуг Застрахованному лицу за рубежом и их оплату (гарантирование оплаты) и (или) непосредственно оказывающее медицинские услуги;

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

участие в спортивных соревнованиях и занятие физической подготовкой (тренировка) – участие Застрахованного лица в спортивных соревнованиях (чемпионатах, первенствах, розыгрышах кубков и др.) любого уровня по видам спорта или занятие физической подготовкой (тренировка), если Застрахованное лицо является профессиональным спортсменом, спортивным тренером (инструктором) или его помощником. Для целей Правил не относятся к спорту интеллектуальные (логические) виды спорта и другие настольные игры (за исключением настольного тенниса).

1.4. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо.

1.5. Выгодоприобретателем по договору страхования в части страховой выплаты по варианту «А» признается лицо, которое самостоятельно понесло расходы на оплату услуг по оказанию неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу либо понесло иные расходы, предусмотренные Правилами. К Выгодоприобретателям также приравнивается лечебное учреждение, оказавшее неотложную медицинскую помощь Застрахованному лицу и имеющее право на компенсацию понесенных расходов на ее оказание.

Договор страхования по варианту «В» считается заключенным в пользу Застрахованного лица. В случае смерти Застрахованного лица по договору страхования Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

1.6. Заключение договора страхования производится без медицинского освидетельствования Застрахованного лица.

1.7. Договор страхования действует на территории государств (стран) (далее – страны), указанных в договоре страхования. Под территорией страны понимается вся территория в

пределах государственных границ данной страны (государственная территория), в том числе земли, находящиеся в пользовании иных стран, международных организаций и т.п. и имеющие правовой иммунитет от юрисдикции данной страны (территории дипломатических представительств, консульских учреждений представляемых стран и т.п.).

Территория с международным или смешанным режимом, условная территория (территория нейтральных вод, транзитных зон аэропортов, а также водное или воздушное судно вне зависимости от государственной принадлежности, которым Застрахованное лицо следует до места назначения) в договоре страхования не указываются. При этом на данных территориях, в том числе на бортах вышеуказанных судов, договор страхования действует.

1.8. Договор страхования не действует на территории:

Республики Беларусь;

страны (стран), гражданином которой (которых) является Застрахованное лицо;

страны (стран), въезд в которые осуществляется на основании единой визы, в т.ч. страны Шенгенской зоны), в которой (которых) Застрахованное лицо фактически непрерывно проживает на протяжении срока более 90 дней, за исключением дипломатических работников (членов их семей) и лиц, командированных нанимателем. При этом ответственность Страховщика (действие страхования) прекращается с 91-го дня непрерывного пребывания Застрахованного лица на территории данной страны (стран).

1.9. При заключении договора страхования по варианту «В» страхование не действует в отношении участия в спортивных соревнованиях и занятия физической подготовкой (тренировки).

1.10. В соответствии с Правилами Страховщик принимает на себя обязательство:

1.10.1. самостоятельно либо через представителя Страховщика за рубежом оплачивать указанные в пункте 2.6 Правил расходы (расходы по оказанию услуг) в соответствии с заключенными договорами страхования, возникшие в период действия этих договоров;

1.10.2. осуществлять страховую выплату при наступлении страховых случаев.

1.11. Страховщик через представителя Страховщика за рубежом в соответствии с условиями и установленным порядком оказания медицинской помощи в стране пребывания Застрахованного лица организует предоставление неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу и гарантирует лечебному учреждению ее оплату.

Глава 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы, связанные с:

расходами на оказание Застрахованному лицу неотложной медицинской помощи – при страховании по варианту «А»;

причинением вреда жизни, здоровью Застрахованного лица – при страховании по варианту «В».

2.2. Страховым случаем является:

2.2.1. при страховании по варианту «А» – факт или необходимость осуществления расходов на оказание Застрахованному лицу неотложной медицинской помощи и иных расходов, предусмотренных пунктами 2.6, 2.7 Правил, вследствие внезапного заболевания, возникшего во время пребывания Застрахованного лица за границей.

Необходимость осуществления расходов признается страховым случаем только при согласовании со Страховщиком (представителем Страховщика за рубежом) содержания и объема медицинских услуг, необходимых исходя из поступившей информации о внезапном заболевании (симптомах и признаках) Застрахованного лица, которая подтверждается медицинскими показаниями;

2.2.2. при страховании по варианту «В» – причинение вреда жизни, здоровью Застрахованного лица вследствие несчастного случая, повлекшее:

временное расстройство здоровья Застрахованного лица;

постоянное расстройство здоровья (инвалидность) Застрахованного лица;

смерть Застрахованного лица.

2.3. Застрахованными лицами по Правилам являются физические лица.

2.4. Страхование в соответствии с условиями договора распространяется на события, которые произошли в течение срока страхования во время пребывания Застрахованного лица за границей.

2.5. При страховании по варианту «А» по договору страхования возмещаются расходы на оказание неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу (за исключением расходов, указанных в пунктах 2.8 и 2.9 Правил), а также дополнительные расходы, указанные в пункте 2.7 Правил.

2.6. По договору страхования подлежат возмещению следующие расходы (расходы по оказанию следующих услуг):

2.6.1. помещение в стационар (палата, питание и консультации);

2.6.2. амбулаторные услуги и консультации, амбулаторный патронаж;

2.6.3. помещение в отделение интенсивной терапии;

2.6.4. оперативное вмешательство;

2.6.5. анестезиологическое пособие;

2.6.6. пользование медицинским оборудованием;

2.6.7. лабораторные услуги (исследования) при помощи оборудования (электроэнцефалография, ЭКГ, томография, рентгенография);

2.6.8. обеспечение лекарственными средствами (препаратами), включая растворы для внутривенных введений;

2.6.9. обеспечение перевязочными материалами, гипсовыми повязками;

2.6.10. стоматологические услуги, связанные со снятием острой боли (включая стоимость медикаментов), по каждому визиту в пределах 100 долларов США/евро (здесь и далее – в зависимости от валюты страховой суммы), но не более 300 долларов США/евро по каждому Застрахованному лицу в течение срока страхования;

2.6.11. медицинская эвакуация.

Страховщиком покрываются расходы на услуги по медицинской эвакуации Застрахованного лица от места его нахождения до места оказания неотложной медицинской помощи и обратно.

Страховщиком (представителем Страховщика за рубежом) может быть организована или согласована медицинская эвакуация при условии ее осуществления специализированным медицинским транспортом в ближайшее лечебное учреждение и только в тех случаях, когда у Застрахованного лица нет возможности самостоятельно добраться до лечебного учреждения и имеет место любое из нижеперечисленных обстоятельств:

угроза жизни Застрахованного лица вследствие неоказания неотложной медицинской помощи;

угроза обострения внезапного заболевания, высокий риск наступления инвалидности и (или) невозможности полного выздоровления вследствие неоказания неотложной медицинской помощи (в т.ч. отсутствие рентгенографии при переломах, вывихах, ушибах, наложение гипса).

Страховщик оставляет за собой право на принятие решения о выборе средства транспорта при медицинской эвакуации Застрахованного лица в лечебное учреждение.

В случаях отсутствия специализированного медицинского транспорта Страховщиком (представителем Страховщика за рубежом) может быть согласована возможность использования для медицинской эвакуации неспециализированного медицинского транспорта. Расходы на использование такого транспорта оплачиваются при условии представления чека (счета) с указанием реквизитов перевозчика, осуществившего транспортировку, а также времени и даты перевозки;

2.6.12. медицинская репатриация.

Страховщик оставляет за собой право принятия решения о репатриации, если по заключению лечебного учреждения Застрахованному лицу не противопоказана транспортировка. При этом Страховщик также имеет право определить лечебное учреждение, в которое транспортируется Застрахованное лицо.

В случае необходимости оплачиваются расходы на проезд Застрахованного лица, медицинского персонала (либо сопровождающего лица по рекомендации лечебного учреждения), включающие в себя стоимость проезда и проживание в гостинице, связанное с ожиданием выбранного рейса.

В случае отказа Застрахованного лица от предложенной Страховщиком медицинской репатриации, которая разрешена по заключению лечебного учреждения, все последующие расходы с момента такого отказа Страховщиком не оплачиваются.

В случаях, когда Страховщиком принято решение о медицинской репатриации также оплачиваются транспортные расходы, связанные с доставкой к месту проживания несовершеннолетних родственников Застрахованного лица, совершавших совместную поездку и оставшихся без присмотра иных совершеннолетних лиц;

2.6.13. в случае смерти Застрахованного лица – расходы по возвращению тела, останков либо праха до последнего места жительства Застрахованного лица или расходы на организацию погребения, включая кремацию и захоронение (далее – погребение), в стране, где произошел страховой случай. При этом расходы на организацию погребения возмещаются по согласованию Страховщика и лица, взявшего на себя организацию погребения, либо родственника Застрахованного лица;

2.6.14. иные (не указанные в подпунктах 2.6.1-2.6.13 настоящего пункта) медицинские расходы (расходы по оказанию иных медицинских услуг), предусмотренные стандартом оказания медицинской помощи в стране пребывания Застрахованного лица, если данные расходы согласованы Страховщиком (представителем Страховщика за рубежом), за исключением расходов, указанных в пунктах 2.8 и 2.9 Правил.

2.7. При признании произошедшего события страховым случаем по договору страхования дополнительно возмещаются оплаченные расходы на телекоммуникационную связь с представителем Страховщика за рубежом, подтвержденные счетами о понесенных расходах, за исключением оплаты расходов на Интернет-трафик.

2.8. Не является страховым случаем факт или необходимость осуществления расходов, связанных с лечением следующих заболеваний:

2.8.1. психических заболеваний (включая консультации и психиатрические обследования);

2.8.2. заболеваний, передающихся половым путем;

2.8.3. гинекологических заболеваний, кроме состояний, требующих немедленного хирургического вмешательства;

2.8.4. урологических заболеваний, за исключением случаев, когда незамедлительное оказание неотложной медицинской помощи необходимо для спасения жизни Застрахованного лица;

2.8.5. хронических заболеваний (известных либо не известных Застрахованному лицу).

При обращении Застрахованного лица по поводу обострения хронического заболевания возмещаются расходы по оказанию неотложной медицинской помощи в размере, не превышающем 5% от страховой суммы, установленной по Застрахованному лицу.

Не оплачивается также лечение хронических заболеваний в стадии ремиссии и обострения хронического заболевания, если Страховщику стало известно о фактах, указывающих на то, что Застрахованное лицо предпринимало определенные действия (допускало нагрузки, своевременно не обращалось за медицинской помощью и т.п.), угрожающие его жизни либо состоянию здоровья, и о последствиях которых Застрахованное лицо знало или должно было знать, либо бездействовало в подобных обстоятельствах в ущерб своему здоровью.

Перечисленные в данном подпункте деяния признаются таковыми на основании документов лечебных учреждений;

2.8.6. заболеваний, известных на момент заключения договора страхования, возникших в последние 6 месяцев до начала срока действия договора страхования, независимо от того, осуществлялось ли по ним лечение или нет, в том числе заболеваний на этапе лечения, кроме случаев, когда неотложная медицинская помощь была необходима для спасения жизни Застрахованного лица. При этом расходы по оказанию неотложной медицинской помощи возмещаются в размере, не превышающем 5% от страховой суммы, установленной по Застрахованному лицу;

2.8.7. кожных заболеваний (в т.ч. псориаза, нейродермита, экземы, онихомикоза, микоза), кроме заболеваний аллергического генеза;

2.8.8. врожденных аномалий и пороков развития;

2.8.9. заболеваний сосудов, за исключением случаев, когда незамедлительное оказание неотложной медицинской помощи необходимо для спасения жизни Застрахованного лица;

2.8.10. системных заболеваний соединительной ткани, а также всех недифференцированных коллагенозов, ревматоидного полиартрита (средняя и тяжелая формы течения), болезни Бехтерева, подагры;

2.8.11. онкологических заболеваний (в том числе заболеваний крови опухолевой природы), а также саркоидоза, туберкулеза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса.

Начиная с момента, когда диагноз установлен, и определено, что расстройство здоровья Застрахованного лица наступило в связи с заболеваниями, указанными в части первой настоящего подпункта, последующие расходы Страховщик не оплачивает;

2.8.12. синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), а также заболеваний, являющихся его следствием;

2.8.13. гельминтоза, педикулеза, чесотки;

2.8.14. трофических язв;

2.8.15. солнечных ударов, солнечных ожогов, фотодерматоза (аллергии на солнце);

2.8.16. заболевания, в связи с которым объявлена эпидемия на территории стран пребывания, если эта эпидемия объявлена до момента въезда Застрахованного лица в соответствующую страну;

2.8.17. заболеваний, по которым до заключения договора страхования установлена группа инвалидности, либо возникших вследствие травм и увечий, полученных в силу ограниченных физических возможностей;

2.8.18. болезней, наступивших вследствие алкоголизма или наркомании;

2.8.19. внезапных заболеваний (в том числе при травмах и увечьях), наступивших при нахождении Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения либо в состоянии, вызванном употреблением наркотических средств, психотропных, токсических веществ, их аналогов или других одурманивающих веществ (за исключением медицинских препаратов и лекарственных средств, назначенных лечащим врачом), если действие или бездействие Застрахованного лица привели к причинению вреда его жизни, здоровью.

2.9. Не являются основанием для признания страхового случая и не подлежат оплате по договору страхования следующие расходы (расходы на оказание следующих услуг):

2.9.1. медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу при его обращении в лечебное учреждение, если заболевание возникло до начала или после истечения срока страхования;

2.9.2. медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу после истечения срока страхования, если заболевание возникло в период его действия, а Застрахованное лицо обратилось в лечебное учреждение после истечения срока страхования.

Если заболевание возникло в течение срока страхования и по заключению врача состояние здоровья Застрахованного лица не позволяет осуществить его медицинскую репатриацию в страну проживания, Страховщик оплачивает расходы по оказанию неотложной медицинской помощи, возникшие до момента появления возможности репатриации

Застрахованного лица, но не более 15 суток после окончания срока страхования;

2.9.3. уход или лечение, предоставленные не в рамках неотложной медицинской помощи;

2.9.4. медицинские услуги, предоставленные кем-либо, помимо лечебного учреждения;

2.9.5. услуги или медпрепараты, не являющиеся необходимыми с точки зрения медицины при постановке диагноза или лечении заболевания;

2.9.6. лечение, не признанное официальной наукой;

2.9.7. лечение осложнений, которые являются или могут являться следствием лечения или хирургического вмешательства по поводу заболевания или травмы, имевших место до начала срока страхования;

2.9.8. расходы, связанные с любыми видами пищевых добавок или медикаментозного питания (если только это не вызвано необходимостью для поддержания жизни Застрахованного лица), а также связанные с проведением медицинских мероприятий по контролю за весом (в т.ч. диета, инъекция жидкостей, использование медикаментов, хирургическое вмешательство);

2.9.9. расходы на оказание неотложной медицинской помощи, если Застрахованное лицо своим действием и (или) бездействием лишает Страховщика предусмотренного законодательством права на обратное требование к виновнику любых неправомерных действий третьих лиц в отношении Застрахованного лица, а также дорожно-транспортного происшествия, в котором Застрахованное лицо является потерпевшим, если страховой случай произошел по этим причинам;

2.9.10. расходы на оказание неотложной медицинской помощи (в том числе при хронических заболеваниях), если установлено, что Застрахованное лицо отказалось от назначенных лечебным учреждением рекомендаций (назначенного лечения, режима и т.п.);

2.9.11. расходы на оказание неотложной медицинской помощи в странах, при поездках в которые Министерство здравоохранения Республики Беларусь и (или) иные компетентные государственные органы и службы рекомендуют проводить прививки от одного или нескольких заболеваний, если установлено, что Застрахованное лицо такую прививку не провело, а диагноз соответствует таким заболеваниям;

2.9.12. проведение плановых профилактических прививок, за исключением прививок от столбняка и бешенства;

2.9.13. стоматологическое лечение за исключением услуг, оговоренных в подпункте 2.6.10 пункта 2.6 Правил;

2.9.14. лечение, связанное с психотерапией: аутотренинг, лечение сном и т.д.;

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

2.9.16. расходы, связанные с челюстно-лицевой хирургией и ортопедией зубов, исключая неотложную медицинскую помощь при несчастном случае;

2.9.17. связанные с нормальной или патологической беременностью, родами, за исключением случаев, когда представляется угроза жизни Застрахованного лица, а также случаев спасения плода;

2.9.18. проведение осмотров Застрахованного лица (в т.ч. профилактических, плановых), если они не являлись контрольными (не назначались лечащим врачом) либо не были вызваны резким ухудшением состояния здоровья;

2.9.19. искусственное оплодотворение или лечение бесплодия;

2.9.20. удаление мозолей, бородавок, натоптышей, лечение деформированных ногтей стоп, кистей, ортопедическое лечение плоскостопия, включая приобретение супинаторов, вкладышей для коррекции стопы;

2.9.21. удаление серных пробок;

2.9.22. использование препаратов и средств контроля над рождаемостью;

2.9.23. аборт и миниаборт, исключая случаи медицинского вмешательства в связи с несчастным случаем;

2.9.24. покупка или прокат кондиционеров, увлажнителей воздуха, испарителей, тренажеров, спортивных снарядов или оборудования подобного рода;

2.9.25. приобретение костылей, тростей и инвалидных колясок, протезов, ортезов, очков, контактных линз или слуховых аппаратов, применение фиксирующих, корректирующих устройств, измерительных приборов или иных медицинских аппаратов (бандаж, корсет, термометры, тонометры и др.);

2.9.26. за дополнительные предметы удобства (в т.ч. телевизор, холодильник), а также услуги парикмахера или косметолога;

2.9.27. расходы в отношении любой медицинской эвакуации, (медицинской репатриации), не организованной или не согласованной со Страховщиком или представителем Страховщика за рубежом;

расходы по медицинской эвакуации (медицинской репатриации) при внезапных заболеваниях или наличии обстоятельств, в связи с которыми страховая выплата в соответствии с Правилами не предусмотрена. В случае смерти Застрахованного лица расходы на медицинскую репатриацию могут быть оплачены (их оплата гарантирована) Страховщиком при наличии гарантии иного лица, если необходимость принятия решения об оплате таких расходов возникла до выяснения всех обстоятельств наступления заявленного события (до получения результатов вскрытия, результатов медицинских анализов и т.п.);

2.9.28. все (в совокупности) расходы в части, превышающей 500 долларов США/евро по каждому страховому случаю, если Застрахованное лицо самостоятельно обратилось в лечебное учреждение и данные расходы не были предварительно согласованы со Страховщиком (представителем Страховщика за рубежом), за исключением случаев, указанных в части второй пункта 6.2 Правил;

2.9.29. в случае смерти Застрахованного лица – расходы на погребение в любой из стран, в том числе в стране проживания Застрахованного лица, исключая страну, где произошел страховой случай;

2.9.30. расходы, не связанные с оказанием Застрахованному лицу неотложной медицинской помощи, в том числе: транспортные расходы; телекоммуникационные расходы (за исключением расходов на телекоммуникационную связь с представителем Страховщика за рубежом); расходы на проживание родителей на время лечения их ребенка (детей); расходы на оказание медицинских услуг не застрахованным членам семьи Застрахованного лица (в т.ч. новорожденным детям); расходы на оказание юридических услуг; расходы по возмещению морального вреда и упущенной выгоды (в т.ч. расходы на оплату туристических услуг, санаторно-курортного лечения);

2.9.31. расходы, не подтвержденные документально (счетом-фактурой, инвойсом, медицинским отчетом или сертификатом, рецептом на лекарства, чеком или копией чека и т.п.);

2.9.32. расходы в связи с травмами или увечьями, полученными при управлении Застрахованным лицом самолетом или иным летательным аппаратом либо при нахождении на его борту или во время полета на нем, если Застрахованное лицо не было оплатившим билет пассажиром на борту зарегистрированного летательного аппарата, совершающего регулярный рейс между аэропортами, работающими по правилам, установленным авиационными властями, управляемого имеющим соответствующую лицензию пилотом, а также принадлежащего пассажирской авиакомпании;

2.9.33. расходы в связи с травмами или увечьями, полученными Застрахованным лицом при совершении им действий, в которых установлены признаки противоправного действия, в т.ч. в драках и потасовках;

2.9.34. расходы в связи с травмами или увечьями, полученными в результате участия в спортивных соревнованиях и занятия физической подготовкой (тренировки), за исключением случаев, если данное условие предусмотрено договором страхования.

2.10. При страховании по варианту «В» не признаются страховыми случаями временное расстройство здоровья, постоянное расстройство здоровья (инвалидность) или смерть Застрахованного лица, происшедшие при следующих обстоятельствах или вследствие:

2.10.1. болезни, в том числе обострения хронических заболеваний. Исключения, предусмотренные настоящим подпунктом, не распространяются на болезни, ставшие прямым следствием несчастных случаев и прямо предусмотренные Приложением 4 к Правилам;

2.10.2. нахождении Застрахованного лица в момент несчастного случая в состоянии алкогольного опьянения либо в состоянии, вызванном употреблением наркотических средств, психотропных, токсических веществ, их аналогов или других одурманивающих веществ (за исключением медицинских препаратов и лекарственных средств, назначенных лечащим врачом), если действие или бездействие Застрахованного лица привели к причинению вреда его жизни, здоровью;

2.10.3. неправомерных действий третьих лиц, если компетентными органами установлено, что Застрахованное лицо своим поведением спровоцировало данных лиц на неправомерные действия;

2.10.4. совершении Застрахованным лицом противоправных действий, признанных таковыми органами дознания, следствия, судом;

2.10.5. несоблюдения Застрахованным лицом предписанного врачом режима лечения; осложнений в состоянии физического здоровья, вызванных вторичными факторами воздействия на организм Застрахованного лица (не являющихся прямым последствием несчастного случая).

Глава 3. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

3.1. Страховая сумма устанавливается при заключении договора по каждому варианту страхования по каждому Застрахованному лицу отдельно. Совокупный размер страховых сумм, установленных по вариантам страхования для Застрахованного лица отдельно, составляет страховую сумму по Застрахованному лицу в целом.

Совокупный размер страховых сумм, установленных по каждому Застрахованному лицу отдельно, составляет страховую сумму по договору страхования в целом.

3.2. Страховая сумма устанавливается в размере, определенном сторонами договора страхования, в долларах США или евро (валюта страховой суммы).

3.3. Если по договору страхования производилась страховая выплата, то договор продолжает действовать в размере разницы между страховой суммой, установленной по договору страхования, и произведенной страховой выплатой (с учетом страховых сумм, установленных договором по вариантам страхования для соответствующего Застрахованного лица).

3.4. Страховая премия рассчитывается в валюте страховой суммы исходя из предусмотренных Приложением 1 к Правилам базовых страховых тарифов и утвержденных Страховщиком корректировочных коэффициентов в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

3.5. Страховая премия уплачивается в валюте страховой суммы, если договором страхования не предусмотрено иное, а в случаях, если уплата страховой премии в иностранной валюте в соответствии с законодательством Республики Беларусь не допускается, – в белорусских рублях.

Если страховая премия уплачивается в валюте, отличной от валюты страховой суммы, подлежащая уплате сумма страховой премии определяется по официальному курсу соответствующей валюты, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день уплаты (исходя из кросс-курсов, рассчитанных на основании официальных курсов), если иной курс или иная дата его определения не установлены законодательством или соглашением сторон.

3.6. Страховая премия по договору страхования уплачивается Страхователем путем безналичного перечисления или наличными деньгами в установленном законодательством порядке:

при заключении договора страхования одновременно за весь срок действия договора страхования – в случаях, не указанных в абзаце третьем настоящего пункта;

при заключении договора страхования одновременно за весь срок действия договора страхования либо по соглашению сторон в рассрочку в порядке, предусмотренном пунктом 3.7 Правил, – в случае заключения договора страхования со Страхователем – юридическим лицом, осуществляющим туристическую деятельность, в отношении Застрахованных лиц, являющихся туристами или экскурсантами.

3.7. При уплате страховой премии в рассрочку первая ее часть в размере не менее 1/к страховой премии уплачивается при заключении договора страхования, а остальные части – через равные промежутки времени в течение срока действия договора страхования не позднее последнего дня оплаченного периода таким образом, чтобы оплата по договору с начала срока его действия составляла не менее 2/к, 3/к и т.д. до уплаты страховой премии в полном объеме, где к – количество этапов оплаты (не более двенадцати в течение 1 года). Договором страхования может быть определен иной порядок рассрочки, обеспечивающий предварительную уплату части страховой премии не позднее последнего дня оплаченного периода.

Глава 4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

4.1. Договор страхования заключается на условиях Правил, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования, по соглашению сторон на основании:

письменного заявления Страхователя (Приложение 2 к Правилам) – при заключении договора страхования со Страхователем – юридическим лицом;

устного заявления Страхователя или предложения Страховщика, в том числе размещенного на сайте Страховщика, принятого Страхователем способом, указанным в таком предложении, – при заключении договора страхования со Страхователем – физическим лицом.

Договор страхования заключается по варианту «А» или по соглашению сторон по варианту «А» и по варианту «В».

4.2. Договор страхования заключается путем составления одного документа, а также путем обмена документами посредством почтовой, электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от стороны по договору, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного ими.

Договор страхования также может быть заключен в форме электронного документа в порядке и на условиях, установленных Министерством финансов Республики Беларусь.

Приложение к договору страхования Правил должно удостоверяться записью в этом договоре.

4.3. После заключения договора страхования заявление, оформленное в письменном виде, становится его неотъемлемой частью.

Страхователь несет ответственность за достоверность сведений, представленных при заключении договора страхования.

4.4. Застрахованные лица (фамилия, имя, отчество, дата рождения, а также иные необходимые для заключения договора страхования сведения) указываются в договоре страхования (письменном заявлении о страховании) или прилагаемом к нему списке, который является неотъемлемой частью договора страхования.

4.5. Договор страхования заключается: на срок от 1 дня до 2 лет включительно, если более длительный срок действия договоров страхования не предусмотрен законодательством страны (стран) пребывания – в случаях,

не указанных в абзаце третьем настоящей части;
на срок, установленный по соглашению сторон, – в случае заключения договора страхования со Страхователем – юридическим лицом, осуществляющим туристическую деятельность, в отношении Застрахованных лиц, являющихся туристами или экскурсантами.

Срок страхования (продолжительность поездки) устанавливается в пределах срока действия договора страхования.

При решении вопроса о страховой выплате событие может быть признано страховым случаем, только если оно произошло в течение срока действия договора страхования и до истечения указанного в договоре срока страхования. При этом истекший срок страхования исчисляется по фактической продолжительности нахождения за границей с первого дня пребывания Застрахованного лица в любой стране, на территории которой действует договор страхования, но не ранее начала срока действия договора страхования, и до выезда с территории этих стран.

4.6. Договор страхования вступает в силу с момента (времени и даты), указанного в договоре страхования как начало срока действия договора страхования.

Начало срока действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон с любого момента (времени и даты, указанных в договоре страхования), но не ранее заключения договора страхования.

Если конкретное время начала срока действия договора страхования не указано, таким временем считается 00 часов 00 минут первого дня срока действия договора страхования.

Ответственность Страховщика в отношении Застрахованного лица наступает (страхование начинается действовать) в сроки (дата и время), указанные в договоре страхования, и только после пересечения границы Республики Беларусь или страны постоянного проживания (в т.ч., исходя из отметок пограничных служб в паспорте либо ином документе на право пересечения границы) и прекращается с момента пересечения границы Застрахованным лицом в обратном направлении.

4.7. По соглашению сторон в договор страхования могут быть внесены изменения, не противоречащие законодательству.

Изменения в договор страхования вносятся в письменной форме.

4.8. Договор страхования прекращается в случаях:

4.8.1. окончания срока действия договора страхования;

4.8.2. выполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

4.8.3. смерти Страхователя - физического лица, в пользу которого заключен договор страхования, по причинам, не связанным со страховым случаем;
прекращения деятельности Страхователя - индивидуального предпринимателя;
ликвидации Страхователя - юридического лица;

4.8.4. по соглашению сторон, оформленному в письменном виде;

4.8.5. отказа Страхователя от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. Договор страхования расторгается с момента получения Страховщиком отказа Страхователя от договора, если заявлением Страхователя или соглашением сторон не предусмотрен более поздний срок.

4.9. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в подпунктах 4.8.3-4.8.4 пункта 4.8 Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и возвращает Страхователю (его наследникам в случаях, указанных в абзаце первом подпункта 4.8.3 пункта 4.8 Правил) часть уплаченной страховой премии, рассчитанную по следующей формуле:

$$P_{\text{возвр}} = P_{\text{упл}} * (1 - (M / N)), \text{ где}$$

$P_{\text{возвр}}$ – часть страховой премии, подлежащая возврату;

$P_{\text{упл}}$ – страховая премия, фактически уплаченная Страхователем;

N – продолжительность поездки, указанная в договоре страхования, в календарных днях;

M – количество календарных дней с начала срока действия страхования до его прекращения.

Если в результате расчета по вышеуказанной формуле часть страховой премии, не подлежащая возврату Страхователю (разность показателей $P_{\text{упл}}$ и $P_{\text{возвр}}$), составляет менее 1 доллара США/евро, а также в случае прекращения договора страхования до начала действия страхования, за исключением случая отказа от договора в соответствии с подпунктом 4.8.5 пункта 4.8 Правил, Страхователю возвращается уплаченная страховая премия за вычетом 1 доллара США/евро.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в подпункте 4.8.5 пункта 4.8 Правил, уплаченная страховая премия возврату не подлежит, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящего пункта.»;

При отказе Страхователя от договора страхования, заключенного в форме электронного документа, полученном Страховщиком до вступления договора в силу, страховая премия подлежит возврату в полном объеме.

4.10. Возврат части страховой премии производится в течение 5 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления об обстоятельствах, влекущих прекращение договора страхования, или со дня заключения сторонами соглашения, указанного в подпункте 4.8.4 пункта 4.8 Правил:

в иностранной валюте уплаты страховой премии либо по соглашению сторон в иной валюте (в том числе, в белорусских рублях), если страховая премия уплачена в одной или разных иностранных валютах, а в случаях, если возврат в иностранной валюте в соответствии с законодательством Республики Беларусь не допускается – в белорусских рублях. При этом пересчет части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю в иностранной валюте, осуществляется исходя из кросс-курса, рассчитанного на основании официальных курсов белорусского рубля, установленных Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте возврата части страховой премии и валюте страховой суммы;

в белорусских рублях, если страховая премия уплачена в белорусских рублях. Пересчет части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю, осуществляется исходя из официального курса белорусского рубля, установленного Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы, или, если это предусмотрено соглашением сторон, по курсам коммерческих банков, биржевым курсам.

Все курсы валют, указанные в настоящем пункте, применяются на дату документального оформления прекращения договора страхования.

4.11. Обязательства Страховщика по страховой выплате, возникшие до прекращения договора страхования, продолжают действовать до их исполнения в предусмотренном Правилами порядке.

4.12. За несвоевременный возврат страховой премии или ее части по договору страхования Страховщик уплачивает пеню за каждый день просрочки в размере 0,1% от суммы, подлежащей возврату.

Глава 5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Страховщик имеет право:

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

5.1.2. направлять запросы в правоохранительные, судебные органы, пограничные службы,

лечебные учреждения и другие компетентные органы и организации для получения документов, необходимых для решения вопросов о страховой выплате (за исключением информации, не подлежащей разглашению этими лицами в соответствии с законодательством);

5.1.3. отсрочить составление акта о страховом случае или принятие решения о непризнании заявленного события страховым случаем, если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, относящихся к заявленному событию, – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов на основании запроса Страховщика в орган (организацию), его выдавший, а также в случае возбуждения уголовного дела по факту произошедшего события – до получения документов о результатах расследования;

5.1.4. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных пунктом 6.16 Правил;

5.1.5. потребовать возмещения Страхователем (Застрахованным лицом) оплаченных Страховщиком расходов в случаях, указанных в пункте 5.6 Правил;

5.1.6. требования в соответствии с законодательством к виновнику любых неправомерных действий третьих лиц в отношении Застрахованного лица, если страховой случай явился следствием таких действий и Застрахованное лицо является потерпевшим.

5.2. Страховщик обязан:

5.2.1. при заключении договора страхования:

приложить к договору настоящие Правила, если договор заключается путем вручения страхового полиса или составления одного документа, подписанного сторонами;

направить страхователю уведомление о заключении договора страхования с приложением настоящих Правил – в случае заключения договора страхования путем обмена документами посредством почтовой, электронной или иной связи;

сообщить актуальные (на весь срок действия договора страхования) номера телефонов представителя Страховщика за рубежом (и иные контактные сведения при наличии таковых);

установить на официальном сайте Страховщика в глобальной компьютерной сети Интернет (в мобильном приложении или ином программном средстве, используемом Страховщиком для заключения договора страхования) порядок действий Страхователя, следование которому указывало бы на полное и безоговорочное согласие Страхователя с заключением договора страхования на условиях, отраженных в электронном документе, и обеспечить безусловное соблюдение этого порядка, если договор страхования заключается в форме электронного документа;

5.2.2. обеспечить необходимый обмен информацией между Страховщиком и представителем Страховщика за рубежом, в т.ч. документооборот, и денежные расчеты за оказание услуг Застрахованному лицу;

5.2.3. по случаям, признанным Страховщиком страховыми:

а) составить в установленном Правилами срок Акт о страховом случае (пункт 6.6 Правил);

б) произвести в срок, предусмотренный Правилами, страховую выплату (пункт 6.13 Правил);

5.2.4. не разглашать тайну сведений о страховании, а также иных сведений, полученных от Страхователя (Застрахованного лица), лечебного учреждения, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

5.2.5. если договор заключен в форме электронного документа, выдать Страхователю (по его запросу) копию (дубликат) договора страхования на бумажном носителе.

5.3. Страхователь имеет право:

5.3.1. получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством;

5.3.2. отказаться от договора страхования в соответствии с условиями подпункта 4.8.5 пункта 4.8 Правил;

5.3.3. требовать выполнения Страховщиком иных условий договора страхования в соответствии с Правилами.

5.4. Страхователь обязан:

5.4.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;

5.4.2. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованное лицо с его правами и обязанностями по договору и предоставлять Застрахованному лицу информацию об изменении условий договора страхования;

5.4.3. выполнить обязанности, указанные в подпунктах 5.5.1-5.5.2 пункта 5.5 Правил, при их невыполнении Застрахованным лицом или обеспечить их выполнение иным лицом, представляющим интересы Застрахованного лица.

5.5. Застрахованное лицо обязано (при намерении воспользоваться правом на страховую выплату) при наступлении события, которое может быть признано страховым случаем:

5.5.1. незамедлительно (до обращения Застрахованного лица в лечебное учреждение) обратиться к представителю Страховщика за рубежом по контактным телефонам или адресам (в соответствии с учетными записями), указанным в договоре страхования либо сообщенным Страхователю при заключении договора. Если незамедлительное обращение к представителю Страховщика за рубежом не представляется возможным по причине бессознательного состояния Застрахованного лица, оно обязано связаться с представителем Страховщика за рубежом при первой возможности. Требования настоящего абзаца применяются только в части страхования по варианту «А»; не позднее 35 календарных дней уведомить Страховщика о наступлении данного события (при страховании по варианту «В»);

5.5.2. выполнять указания (инструкции, распоряжения) Страховщика (представителя Страховщика за рубежом) по вопросам организации предоставления неотложной медицинской помощи;

5.5.3. соблюдать предписания и рекомендации лечебного учреждения, полученные в ходе предоставления неотложной медицинской помощи; соблюдать распорядок, установленный лечебным учреждением;

5.5.4. по требованию Страховщика (представителя Страховщика за рубежом):

предоставить копии всех страниц паспорта (либо иного документа на право пересечения границы), подтверждающего его нахождение в стране, в которой произошло событие, заявленное как страховой случай; предоставить копию договора страхования (страхового полиса);

дать письменное согласие на предоставление Страховщику (представителю Страховщика за рубежом) лечебным учреждением (в Республике Беларусь и (или) за ее пределами) сведений о диагнозе, ходе и методиках проведенного лечения, а также другой информации, позволяющей определить ранее установленные Застрахованному лицу диагнозы, сделанные Застрахованному лицу прививки, а также подтвердить, что проведенное лечение является (не является) плановым, а заболевание – хроническим;

5.5.5. при оплате медицинских услуг (понесении расходов) самостоятельно Застрахованным лицом или иными лицами, за исключением лечебного учреждения, а также при заключении договора страхования по варианту «В» представить Страховщику для решения вопроса о страховой выплате все необходимые документы, указанные в пунктах 6.4 и 6.5 Правил.

5.6. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан по требованию Страховщика возместить оплаченные Страховщиком расходы в случаях, если:

Застрахованное лицо не ответило на требование Страховщика о письменном подтверждении согласия на предоставление лечебным учреждением сведений, предусмотренных подпунктом 5.5.4 пункта 5.5 Правил, либо ответило отказом на такое требование;

по запросу Страховщика ему не предоставлены все предусмотренные подпунктом 5.5.4 пункта 5.5 Правил документальные сведения;

по результатам изучения документов, поступивших Страховщику, и выяснении обстоятельств произошедшего события установлено, что Страховщик в соответствии с

Правилами и (или) условиями договора страхования не должен был осуществлять оплату расходов.

5.7. Застрахованное лицо имеет право самостоятельно обратиться в лечебное учреждение без предварительного согласования соответствующих расходов со Страховщиком (представителем Страховщика за рубежом). При этом предельный размер страховой выплаты, за исключением случаев, указанных в части второй пункта 6.2 Правил, составляет 500 долларов США/евро.

5.8. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения Страхователем или Застрахованным лицом обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованное лицо.

Глава 6. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

6.1. При наступлении события, которое может быть признано страховым случаем в соответствии с вариантом «А» Застрахованное лицо во исполнение обязанности, предусмотренной подпунктом 5.5.1 пункта 5.5 Правил, обязано обратиться к представителю Страховщика за рубежом по контактными телефонам или адресам (в соответствии с учетными записями), указанным в договоре страхования или сообщенным Страхователю при заключении договора, и сообщить:

номер договора страхования (страхового полиса);
фамилию, имя, свое местонахождение и номер телефона (иные контактные сведения), по которому можно связаться с Застрахованным лицом;
причину обращения и предполагаемое содержание медицинской помощи, необходимой Застрахованному лицу;

иную информацию, запрашиваемую представителем Страховщика за рубежом.

Сведения, указанные в настоящем пункте, могут предоставляться иным лицом в целях организации оказания медицинской помощи Застрахованному лицу. Надлежащее (ненадлежащее) предоставление таких сведений иным лицом рассматривается как соответственно надлежащее (ненадлежащее) исполнение такой обязанности Застрахованным лицом.

6.2. По результатам обработки информации, сообщенной представителю Страховщика за рубежом в соответствии с пунктом 6.1 Правил, Застрахованному лицу в соответствии с условиями и установленным порядком оказания медицинской помощи в стране пребывания Застрахованного лица организуется предоставление неотложной медицинской помощи и могут быть даны соответствующие указания (инструкции, распоряжения) по вопросам организации оказания такой помощи.

По согласованию с представителем Страховщика за рубежом Застрахованное лицо может самостоятельно обратиться в лечебное учреждение страны пребывания с последующим предъявлением Страховщику требования о страховой выплате в порядке, предусмотренном пунктами 6.4-6.5 Правил. Застрахованное лицо также вправе самостоятельно обратиться в лечебное учреждение в случае, если ожидание ответа представителя Страховщика за рубежом или ожидание организации медицинской помощи явно угрожает жизни Застрахованного лица, без применения последствий, указанных в подпункте 2.9.28 пункта 2.9 Правил.

Основанием для непризнания заявленного случая страховым в соответствии с подпунктом 2.9.28 пункта 2.9 Правил является также факт несообщения представителю Страховщика за рубежом сведений, указанных в пункте 6.1 Правил, а равно, если Застрахованное лицо сообщило заведомо ложные сведения.

6.3. В случае организации Страховщиком (представителем Страховщика за рубежом) оказания медицинской помощи в стране пребывания Застрахованного лица при соответствии заявленного события страховому случаю (отсутствии в заявленных сведениях обстоятельств, исключающих возможность страховой выплаты) Страховщик (представитель Страховщика за рубежом) гарантирует лечебному учреждению оплату

медицинской помощи (иных расходов), т.е. признает необходимость осуществления таких расходов.

Если оказание медицинской помощи было организовано Страховщиком (представителем Страховщика за рубежом), страховая выплата осуществляется Страховщиком лечебному учреждению путем перечисления денежной суммы по предъявлению документов, указанных в части третьей настоящего пункта, за оказанные Застрахованному лицу в стране его временного пребывания медицинские услуги (документов, подтверждающих понесенные расходы) на основании акта о страховом случае. Страховая выплата осуществляется в любой иностранной валюте, в которой Страховщик имеет возможность производить перечисление денежных средств, в пределах страховой суммы с учетом требований подпункта 2.6.10 пункта 2.6 и подпункта 2.8.5 пункта 2.8 Правил.

Лечебное учреждение, оказавшее медицинскую помощь Застрахованному лицу, представляет Страховщику медицинский рапорт (отчет или иной документ, выдаваемый для предоставления по месту требования согласно порядку оформления медицинских документов в стране пребывания Застрахованного лица), а также акт выполненных работ (счет либо иной документ), в котором указываются сведения, позволяющие идентифицировать Застрахованное лицо (к таковым сведениям во всяком случае относятся фамилия, имя, данные паспорта или иного документа, удостоверяющего личность), которому была оказана медицинская помощь, а также сведения об оказанных Застрахованному лицу медицинских услугах, включая обеспечение лекарственными средствами (препаратами), подлежащих оплате в соответствии с пунктом 2.6 Правил, с указанием их стоимости.

При условии, что счет выставлен в валюте, отличной от валюты банковских счетов Страховщика (или по соглашению сторон), сумма выплаты пересчитывается исходя из кросс-курса, рассчитанного на основании официальных курсов белорусского рубля, установленных Национальным банком Республики Беларусь по отношению к соответствующим иностранным валютам, установленным на день составления акта о страховом случае, если соглашением сторон не установлен иной порядок его определения (сторонами, указанными в настоящем пункте, являются Страховщик и представитель Страховщика за рубежом, лечебное учреждение, другие организации, оказавшие услуги либо понесшие расходы, предусмотренные пунктами 2.6 и 2.7 Правил).

6.4. При осуществлении Застрахованным лицом расходов самостоятельно либо в случаях, когда счет на оплату медицинской помощи предъявлен (выставлен) Застрахованному лицу (при страховании по варианту «А»), а также во всех случаях при страховании по варианту «В» решение вопроса о признании заявленного случая страховым и осуществлении страховой выплаты Страховщик принимает на основании имеющегося договора страхования и представленных:

заявления о страховой выплате;
документов, подтверждающих факт, причины, обстоятельства наступления заявленного случая, указанных в пункте 6.5 Правил.

6.5. Вместе с заявлением лицо, обратившееся к Страховщику за страховой выплатой в соответствии с пунктом 6.4 Правил, обязано предоставить следующие документы:

6.5.1. документ, удостоверяющий личность заявителя (паспорт, вид на жительство, удостоверение беженца) и (или) полномочия данного лица;

6.5.2. оформленные надлежащим образом медицинский рапорт (отчет, справку) либо выписку из амбулаторной карты (истории болезни) больного с указанием даты документа, анамнеза, диагноза, периода лечения, выданные лечебным учреждением, подтверждающие факт наступления заявленного события;

6.5.3. при наступлении события, которое может быть признано страховым случаем в соответствии с вариантом «А»:

документ, содержащий перечень услуг, оказанных Застрахованному лицу, с указанием их стоимости;

рецепты на приобретение медикаментов, выписанные лечебным учреждением в связи с

заболеванием, по факту которого имело место обращение (их копии); документ, подтверждающий оплату неотложной медицинской помощи и осуществление иных расходов, оплата которых предусмотрена пунктами 2.6 и 2.7 Правил, с приложением чека (копии чека) с указанием стоимости каждого препарата;

6.5.4. при наступлении события, которое может быть признано страховым случаем в соответствии с вариантом «В»:

справка МРЭК (медико-реабилитационной экспертной комиссии) – в случае установления Застрахованному лицу инвалидности;

справка из компетентных (следственных) органов о факте происшествия – при наступлении несчастного случая в результате неправомерных действий третьих лиц;

свидетельство о смерти Застрахованного лица, или свидетельство о праве на наследство – в случае смерти Застрахованного лица;

решение суда об объявлении Застрахованного лица умершим при обстоятельствах, дающих основание предполагать его гибель от несчастного случая, – в случаях, когда Застрахованное лицо объявлено судом умершим;

6.5.5. иные документы по требованию Страховщика.

6.6. В течение 5 рабочих дней после получения всех необходимых документов (сведений) Страховщик при признании заявленного события страховым случаем оформляет акт о страховом случае (Приложение 3 к Правилам).

Решение Страховщика о непризнании заявленного случая страховым или отказе в страховой выплате принимается в течение 5 рабочих дней после получения всех необходимых документов и направляется заявителю в письменном виде с обоснованием причин в течение 5 рабочих дней после принятия такого решения.

6.7. При признании заявленного случая страховым Страховщик производит расчет суммы ущерба и страховой выплаты.

6.8. Размер ущерба при страховании по варианту «А» определяется в размере фактически понесенных расходов на основании документов, указанных в пункте 6.5 Правил, с учетом требований подпункта 2.6.10 пункта 2.6 и подпункта 2.8.5 пункта 2.8 Правил.

6.9. При наступлении временного расстройства здоровья размер страховой выплаты по варианту «В» определяется в соответствии с Приложением 4 к Правилам на основании документов, указанных в подпункте 6.5.2 пункта 6.5 Правил, с учетом представления заявления о страховой выплате и документа, указанного в подпункте 6.5.1 пункта 6.5 Правил.

6.10. При наступлении постоянного расстройства здоровья (установлении инвалидности), размер страховой выплаты определяется Страховщиком в зависимости от установленной группы инвалидности (категории «ребенок-инвалид» соответствующей степени утраты здоровья):

а) 1-я группа инвалидности, категория «ребенок-инвалид» четвертой степени утраты здоровья – 100 % от страховой суммы по варианту «В» на каждое Застрахованное лицо;

б) 2-я нерабочая группа инвалидности, категория «ребенок-инвалид» третьей степени утраты здоровья – 70 % от страховой суммы по варианту «В» на каждое Застрахованное лицо;

в) 2-я рабочая группа инвалидности – 50 % от страховой суммы по варианту «В» на каждое Застрахованное лицо;

г) 3-я группа инвалидности, категория «ребенок-инвалид» второй степени утраты здоровья – 30 % от страховой суммы по варианту «В» на каждое Застрахованное лицо;

д) категория «ребенок-инвалид» первой степени утраты здоровья – 15 % от страховой суммы по варианту «В» на каждое Застрахованное лицо.

При осуществлении страховой выплаты по инвалидности учитываются ранее произведенные Страховщиком страховые выплаты Застрахованному лицу по соответствующему страховому случаю.

6.11. При наступлении страхового случая, которым является смерть Застрахованного лица, размер страховой выплаты определяется в размере страховой суммы по варианту «В» на каждое Застрахованное лицо за вычетом ранее произведенных страховых выплат по данному Застрахованному лицу по данному договору страхования по варианту «В».

6.12. Страховая выплата производится в соответствии с условиями договора страхования в размере, не превышающем страховой суммы, установленной договором страхования в отношении Застрахованного лица по соответствующему варианту страхования.

6.13. Страховая выплата производится в течение 5 рабочих дней со дня составления Страховщиком акта о страховом случае путем перечисления в банк (почтовым переводом), в том числе без открытия счета на имя лица, имеющего право на получение страховой выплаты, или наличными деньгами из кассы Страховщика согласно законодательству Республики Беларусь.

6.14. Если соглашением сторон не предусмотрено иное, страховая выплата производится: в белорусских рублях при условии, что страховая премия по договору страхования уплачена в белорусских рублях;

в иностранной валюте при условии, что страховая премия по договору страхования уплачена в иностранной валюте;

в белорусских рублях в случаях, когда выплата в иностранной валюте в соответствии с законодательством Республики Беларусь не допускается.

Если валюта страховой выплаты по варианту «А» отлична от валюты, в которой понесены расходы (валюта страховой выплаты по варианту «В» отлична от валюты страховой суммы), то страховая выплата пересчитывается, исходя из кросс-курса, рассчитанного на основании официальных курсов белорусского рубля, установленных Национальным банком Республики Беларусь по отношению к соответствующим валютам на день составления Акта о страховом случае, или, если это предусмотрено письменным соглашением сторон, исходя из иных кросс-курсов или иных дат его определения.

6.15. Если иное не предусмотрено международными договорами Республики Беларусь, актами законодательства Республики Беларусь, Страховщик освобождается от страховой выплаты:

6.15.1. если страховой случай наступил вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения;

6.15.2. если страховой случай наступил вследствие военных действий, гражданской войны;

6.15.3. если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица);

6.15.4. в части убытков, возникших вследствие того, что Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки.

6.16. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случаях:

6.16.1. непредставления Застрахованным лицом одного или нескольких документов, указанных в пункте 6.5 Правил;

6.16.2. неполучения от лечебных учреждений по требованию Страховщика информации, позволяющей четко определить ранее установленные Застрахованному лицу диагнозы (в т.ч. хронические заболевания) и назначенное лечение (в т.ч. плановое);

6.16.3. если Застрахованное лицо (Страхователь) не исполнило возложенной на него обязанности уведомить в соответствии с пунктом 6.1 Правил представителя Страховщика за рубежом о наступлении события, которое может быть признано страховым случаем, если не будет доказано, что представитель Страховщика за рубежом своевременно узнал о наступлении такого события либо, что отсутствие у представителя Страховщика за рубежом сведений об этом не могло сказаться на обязанности Страховщика осуществить страховую выплату.

6.17. Страховщик несет ответственность, предусмотренную законодательством, за

неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств.

За просрочку в осуществлении страховой выплаты Страховщик уплачивает Страхователю (лицу, претендующему на получение страховой выплаты) пеню за каждый день просрочки в размере 0,5 процента от несвоевременно выплаченной суммы физическому лицу и 0,1 процента – юридическому лицу.

Глава 7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом), не разрешенные путем переговоров, разрешаются в судебном порядке.

Заместитель генерального директора

В.А.Ефременко