

ПРАВИЛА № 11

ДОБРОВОЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ НА ВРЕМЯ ПОЕЗДКИ ЗА ГРАНИЦУ

В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на основании настоящих Правил добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу (далее – Правила) Закрытое Акционерное Страховое Общество "ГАРАНТИЯ" (в дальнейшем - Страховщик) заключает договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу (далее – договоры страхования) с лицами, указанными в пункте 1.1. настоящих Правил (далее – Страхователи).

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Страховщик и Страхователь

1.1 На условиях настоящих Правил Страховщик заключает договоры страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу со Страхователями, которыми по настоящим Правилам могут быть юридические лица независимо от организационно- правовой формы, индивидуальные предприниматели (далее – предприятия), а также дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор страхования и уплатившие (уплачивающие) по нему страховые взносы.

Страхователи – юридические лица, индивидуальные предприниматели заключают договоры страхования в пользу третьих лиц, являющихся Застрахованными лицами.

Страхователи – физические лица заключают договоры страхования в свою пользу (в этом случае они являются Застрахованными лицами) или в пользу третьих лиц.

При заключении договора страхования Застрахованное лицо дает согласие на получение Страховщиком (его представителем – зарубежным партнером Страховщика) сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица (в том числе конфиденциальных), необходимых для принятия решения о выплате страхового обеспечения при наступлении страхового случая, а также освобождает медицинские учреждения от обязательства по сохранению врачебной тайны перед Страховщиком (его представителем).

Выгодоприобретатель – лицо, которое в соответствии с условиями договора страхования произвело оплату медицинской или иной помощи, оказанной Застрахованному лицу при наступлении страхового случая или медицинское учреждение, оказавшее медицинскую помощь Застрахованному лицу.

Страхование проводится без медицинского освидетельствования Застрахованного лица.

1.2. Не заключаются договоры в отношении лиц, страдающих психическими заболеваниями (включая слабоумие), тяжелыми нервными заболеваниями, инвалидов I, II групп.

1.3. Договоры страхования заключаются на условиях настоящих Правил, принимаемых Страхователем путем присоединения к договору страхования.

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

2. Объект страхования

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

2.2. Возмещению подлежат расходы на оказание Застрахованному лицу неотложной медицинской помощи, а также юридической помощи в соответствии с условиями п.п.3.4-3.6, в период его пребывания за границей при наступлении страхового случая.

3. Страховой случай

3.1. Страховыми случаями признаются события, произошедшие во время пребывания Застрахованного лица в стране, указанной в договоре страхования, а также транзитной стране в период действия договора страхования, при наступлении которых у Страховщика возникает обязанность произвести выплату страхового обеспечения, а именно:

3.1.1 причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни;

3.1.2 причинение вреда жизни (смерть) Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни.

3.2. Несчастливым случаем признается внезапное, непредвиденное, внешнее воздействие на организм Застрахованного лица, произошедшее в период действия договора страхования, сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями здоровья.

3.3. Болезнью считается остро наступившее ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица во время его поездки за границу в период действия договора страхования, требующее оказания (по медицинским показаниям и до возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания) неотложной медицинской помощи и при котором отсутствие срочного медицинского вмешательства может привести к серьезному нарушению функций организма, в том числе стойкой дисфункции какого-либо органа или повреждению части тела, либо к угрозе жизни Застрахованного лица.

3.4. При наступлении страхового случая Страховщик оплачивает расходы по оказанию медицинской и медико-транспортной помощи:

3.4.1. Медицинские расходы

3.4.1.1. на госпитализацию, хирургическое, диагностическое, медикаментозное лечение в стационаре (в палате стандартного типа) с использованием необходимого медицинского оборудования; консультация в стационаре;

3.4.1.2. на оказание медицинской помощи, диагностическое, медикаментозное лечение в амбулаторных условиях, включая уход на дому (в гостинице), предписанные врачом; амбулаторная консультация;

3.4.1.3. на предоставление фармацевтических препаратов при чрезвычайных обстоятельствах, если по просьбе местного лечебного учреждения (лечащего врача), и в случае, когда это возможно и разрешено законом страны, где находится это учреждение, Страховщик или его представитель за границей организует обеспечение Застрахованного лица фармацевтическими препаратами, отсутствующими в месте лечения Застрахованного лица;

3.4.1.4. на предоставление услуг врача-специалиста в случае медицинской необходимости, когда лечение, оказываемое на месте, не дает результата, а больной нетранспортабелен, и Страховщик или его представитель за границей организует выезд к Застрахованному лицу врача-специалиста;

3.4.1.5. на экстренную стоматологическую помощь, связанную со снятием острой боли в размере до 200 USD, EUR либо иной валюты (в зависимости от валюты страховой суммы);

3.4.2. Расходы на медицинскую транспортировку, экстренную эвакуацию и медицинскую репатриацию

3.4.2.1. расходы по экстренной медицинской эвакуации любым транспортным средством, включая расходы на специализированный авиатранспорт и сопровождающее лицо (если такое сопровождение предписано врачом) с территории временного пребывания Застрахованного лица (в том числе из труднодоступных районов) до ближайшего медицинского учреждения или места его постоянного проживания, при условии отсутствия на территории временного пребывания Застрахованного лица возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи.

Экстренная медицинская эвакуация осуществляется исключительно в случаях, когда ее необходимость подтверждается Страховщиком или его представителем за границей, на основании документов от местного лечащего врача, и при условии отсутствия медицинских противопоказаний.

3.4.2.2. расходы по медицинской репатриации Застрахованного лица из-за границы до места жительства или до ближайшего медицинского учреждения по месту жительства в случае, когда лечение на месте экономически менее целесообразно, чем транспортировка, или же когда расходы по пребыванию в стационаре могут превысить установленный в договоре страхования лимит. Медицинская репатриация проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний и в большинстве случаев в сопровождении врача.

3.4.2.3. расходы Застрахованного лица на проезд транспортным средством экономическим классом: поездом в вагоне повышенной комфортности (исключая билеты СВ-купе повышенной комфортности), самолетом (экономическим классом регулярного рейса), другим транспортным средством в страну постоянного проживания в случае, если отъезд Застрахованного лица не состоялся вовремя, т.е. в день, указанный в проездных документах, находящихся на руках у Застрахованного лица, по причине наступления страхового случая, повлекшего необходимость пребывания Застрахованного лица на стационарном лечении. Страховщик оставляет за собой право использовать обратный билет Застрахованного лица.

3.4.2.4. расходы на проезд транспортным средством экономическим классом детей, находящихся при Застрахованном лице во время пребывания за границей, до ближайшего международного аэропорта или вокзала в стране их постоянного проживания в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным лицом страхового случая. При необходимости Страховщик организует сопровождение детей и оплачивает расходы на проезд экономическим классом одного сопровождающего лица.

3.4.2.5. расходы на проезд транспортным средством экономическим классом из страны постоянного проживания и обратно одного родственника Застрахованного лица, если срок госпитализации Застрахованного лица, путешествующего в одиночку, превысил 7 (семь) дней. При этом расходы по пребыванию родственника за границей Страховщиком не возмещаются. Однако, в случае госпитализации

несовершеннолетнего Застрахованного лица, Страховщик возмещает дополнительно расходы на проживание в стране госпитализации одного из его близких родственников, но не более, чем 10 суток.

3.4.2.6. Если размер расходов, понесенных в результате наступления страхового случая, превышает установленную договором страхования страховую сумму, то в первую очередь оплачиваются расходы, связанные с оказанием застрахованному лицу скорой и неотложной медицинской помощи, а затем расходы, связанные с оказанием застрахованному лицу медико-транспортных расходов, в пределах страховой суммы.

3.4.3. Расходы, связанные с репатриацией тела (останков) Застрахованного лица.

3.4.3.1. В случае смерти Застрахованного лица Страховщик или его представитель за границей организует в возможно скорейшие сроки репатриацию тела (останков) Застрахованного лица в соответствии с условиями международной перевозки до ближайшего международного аэропорта или вокзала в стране его постоянного проживания.

Страховщик осуществляет все необходимые меры (контакт с зарубежным консульским учреждением для подготовки соответствующих документов) и оплачивает расходы на подготовку тела, покупку необходимого для международной перевозки гроба, в случае необходимости – расходы на кремацию, транспортные расходы.

Расходы на ритуальные услуги и погребение Страховщик не возмещает.

3.4.3.2. В случае смерти Застрахованного лица, если общая сумма по предоставленным счетам превышает страховую сумму, то в первую очередь оплачиваются расходы на лечение за границей, оказанное Застрахованному лицу до наступления смерти, а затем расходы на перевозку его останков на родину или расходы на захоронение в стране, где произошел страховой случай.

3.4.4. Расходы на телекоммуникационную связь со Страховщиком и /или его представителем за границей, а также оплата срочных сообщений родственникам Застрахованного лица, связанных со страховым случаем в размере не более 100 USD, EUR либо иной валюты (в зависимости от валюты страховой суммы).

При этом счета за телефонные переговоры должны содержать дату звонка, телефонный номер, продолжительность переговоров и оплаченную сумму.

3.5. В каждом конкретном случае Страховщик оставляет за собой право выбора транспортного средства, условий перевозки, опираясь при этом на медицинское предписание и учитывая размер предполагаемых расходов.

3.6. Также подлежат оплате расходы Застрахованного лица на оказание ему юридической помощи в размере не более 5% от страховой суммы.

Под юридической помощью понимаются услуги, оказываемые организациями или лицами на профессиональной основе, имеющими соответствующее разрешение на такого рода деятельность, (адвокатами) в случае предъявления Застрахованному лицу претензий в соответствии с действующим уголовным, административным или гражданским законодательством места пребывания Застрахованного лица в результате причинения вреда здоровью Застрахованного лица в связи с болезнью или несчастным случаем. При этом покрытие подлежит не гражданская ответственность Застрахованного лица, а только услуги адвоката по защите интересов Застрахованного лица в связи с предъявленными претензиями при условии, что:

- необходимость в оказании услуг адвокатом связана с обнаружившейся у Застрахованного лица болезнью или произошедшим с ним несчастным случаем;
- в результате неумышленных действий Застрахованного лица в связи с причинением вреда его здоровью в результате несчастного случая.

3.7. Все расходы, упомянутые в п.п. 3.4. – 3.6. Правил, должны быть документально подтверждены (счета-фактуры, инвойсы, медицинские отчеты или сертификаты, рецепты на лекарства и т.п.).

3.8. По договору страхования **не оплачиваются** расходы, связанные с оказанием следующих услуг:

3.8.1. медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу при его обращении после истечения срока действия договора страхования.

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

3.8.3. уход или лечение, не являющиеся результатом оказания неотложной медицинской помощи;

3.8.4. услуги, предоставленные кем-то помимо больницы, врача или медицинской сестры;

3.8.5. услуги или лечение в долгосрочном лечебном учреждении, курорте, водолечебнице или санатории;

3.8.6. услуги или медпрепараты, рассматриваемые в соответствии со стандартами в качестве экспериментальных или находящихся на стадии исследования;

3.8.7. медицинское обследование, осмотр или постановка диагноза, являющиеся частью текущего медицинского обследования или проверки состояния здоровья, включая прививки, выдачу медицинских справок и результатов обследований;

3.8.8. текущие обследования зрения и слуха, рефракции глаза, а также стоимость очков, контактных линз или слуховых аппаратов;

3.8.9. стоматологическое лечение за исключением услуг, оговоренных в п. 3.5. настоящих Правил;

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

3.8.11. лечение травмы, 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;

3.8.12. лечение травм, полученных в драках и потасовках, если Застрахованное лицо было зачинщиком;

3.8.13. удаление мозолей, бородавок, натоптышей, ортопедическое лечение плоскостопия, супинаторы, вкладыши для коррекции стопы, лечение деформированных ногтей стоп, кистей;

3.8.14. лечение, связанное с психотерапией: аутотренинг, лечение сном и т.п.;

3.8.15. лечение травм или увечий, полученных Застрахованным лицом в связи с совершением им действий, в которых установлены признаки противоправного действия;

3.8.16. лечение членов семьи Застрахованного лица;

3.8.17. лечение болезни, наступившей вследствие алкоголизма или наркомании;

3.8.18. лечение, не признанное наукой или медициной;

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

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

3.8.21. лечение психических заболеваний, консультации и психиатрические обследования;

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

3.8.23. использование препаратов и средств контроля над рождаемостью;

3.8.24. лечение болезней, передаваемых половым путем, и их осложнений;

3.8.25. синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД);

3.8.26. искусственное оплодотворение или лечение бесплодия;

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

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

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

3.8.30. лечение травм, полученных при управлении транспортным средством, не имея документов, подтверждающих право его управления; в состоянии наркотического или токсического опьянения, а так же лечение травм, полученных в состоянии алкогольного опьянения (содержание алкоголя в крови - не менее 0,5 промиле);

3.8.31. лечение хронических заболеваний. Хроническое заболевание - это заболевание, характеризующееся следующими критериями: установленный клинический диагноз, длительное течение (на протяжении одного года до начала срока действия договора страхования).

При обращении Застрахованного лица по поводу обострения хронического заболевания расходы по оказанию неотложной медицинской помощи покрываются только в размере, не превышающем 2% от страховой суммы.

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 (бездействие), как то: допускало нагрузки, не предпринимало попыток обращения за медицинской помощью и т.п., угрожающие состоянию здоровья Застрахованного лица и о последствиях которых оно знало или должно было знать;

3.8.32. лечение травм, отравлений, химических ожогов, полученных Застрахованным лицом в результате покушения на самоубийство;

3.8.33. лечение травм, полученных Застрахованным лицом в связи с передачей им управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.8.34. лечение состояний, вызванных токсическим, наркотическим либо алкогольным отравлением;

3.8.35. лечение онкологического заболевания, а также его осложнения, если диагноз онкологического заболевания был установлен до момента заключения договора страхования. При возникновении или

диагностировании онкологического заболевания в период действия договора страхования клиенту гарантируется только оплата неотложной медицинской помощи в виде так называемой симптоматической терапии;

3.8.36. лечение профессиональных заболеваний;

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

3.8.38. лечение заболеваний крови;

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

3.8.40. лечение приобретенного иммунодефицита неясного генеза;

3.8.41. лечение хронической почечной недостаточности;

3.8.42. лечение хронического гепатита.

3.8.43. При диагностировании заболеваний, указанных в п.п. 3.8.35.- 3.8.42. правил в период действия договора страхования Застрахованному лицу оплачивается только неотложная медицинская помощь в виде так называемой симптоматической терапии.

3.8.44. лечение ортодонтических нарушений;

3.8.45. лечение острой и хронической лучевой болезни.

3.8.46. лечение солнечных ожогов, фотодерматитов, солнечной аллергии и иных изменений кожного покрова, вызванных воздействием ультрафиолетового излучения.

3.9. Не подлежат оплате по договору страхования следующие расходы:

- расходы за дополнительные предметы удобства, как то: радиоприемник или телевизор, а также услуги парикмахера или косметолога;

- расходы, превосходящие разумную или обычную сумму за конкретную услугу или препарат, взимаемая в том месте, где таковая плата произведена;

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

- расходы, понесенные компаньонами или членами семьи Застрахованного лица в период госпитализации последнего за исключением расходов, указанных в п. 3.4. Правил.;

- расходы, связанные с нормальной или патологической беременностью, родами, за исключением случаев, когда представляется угроза жизни Застрахованному лицу;

- расходы, связанные с операциями по изменению пола, лечение половых расстройств;

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 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;

- лечение на территории страны постоянного проживания;

- расходы на медикаменты, назначенные врачом с целью продолжения лечения хронических заболеваний после оказания Застрахованному лицу неотложной помощи;

- расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного лица от доставки в другое лечебное учреждение или страну постоянного проживания;

- расходы в отношении любой эвакуации/ репатриации, не организованной или не согласованной со Страховщиком или его представителем за границей;

- понесенные расходы немедицинского характера, например, разговоры по телефону, за исключением случаев телефонной/факсимильной связи со Страховщиком или его представителем за границей, связанных с наступлением страхового случая.

3.9.1. В случае смерти Застрахованного лица Страховщиком не оплачиваются следующие расходы:

- расходы за вызов родственниками специалистов - врачей;

- расходы на погребение в любой из стран, в том числе в стране постоянного места жительства Застрахованного лица, исключая страну, где произошел страховой случай;

- расходы в связи со смертью Застрахованного лица, в случае если в момент наступления смерти последний находился в состоянии наркотического, токсического либо алкогольного опьянения (в последнем случае содержание алкоголя в крови - не менее 0,5 промилле), либо смерть явилась следствием наркотического, токсического либо алкогольного отравления;

- другие расходы, произведенные без согласия Страховщика либо его представителя за границей.

3.10. Страховщик также не несет ответственность за какие-либо последствия и расходы, возникшие в связи с:

3.10.1. профессиональными или любительскими занятиями любыми видами спорта если договор страхования не предусматривает иное;

3.10.2. эпидемиями;

3.10.3. любыми инфекционными заболеваниями, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией.

4. Страховой тариф и страховой взнос

4.1. Страховой тариф – ставка страхового взноса с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

4.2. При определении размера страхового взноса, подлежащего уплате, применяются страховые тарифы, определяющие страховой взнос в зависимости от страховой суммы по договору страхования и срока действия договора страхования, с применением корректировочных коэффициентов (Приложение №1).

4.3. Страховой взнос, рассчитанный в валюте страховой суммы, может быть оплачен как в иностранной валюте (в предусмотренных законодательством случаях), так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы на день оплаты страхового взноса.

5. Страховая сумма

5.1. Страховая сумма — это установленная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязан произвести выплату страхового обеспечения при наступлении страхового случая. Страховая сумма определяется соглашением Страхователя со Страховщиком в соответствии с Приложением №1 и указывается в договоре страхования. Размер страховой суммы устанавливается в иностранной валюте (USD, EUR либо иной валюте по соглашению сторон).

5.2. При страховании группы лиц страховая сумма устанавливается на каждое Застрахованное лицо. Общая сумма всех выплат страхового обеспечения на каждое Застрахованное лицо по всем страховым случаям, наступившим в течение срока действия договора страхования, не может превышать установленную в договоре страхования страховую сумму на это Застрахованное лицо.

II. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРОВ СТРАХОВАНИЯ

6. Основание для заключения договора страхования

6.1. Договор страхования заключается в письменной форме.

Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, а также путем обмена документами посредством почтовой, телеграфной, телетайпной, электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от стороны по договору, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного (с юридическим лицом, Приложение №2) или устного (с физическим лицом) заявления страхового полиса, подписанного ими.

К договору страхования прилагаются Правила страхования, что удостоверяется записью в страховом полисе или договоре страхования.

При заключении договора страхования группы лиц, выезжающей за границу, либо при страховании членов одной семьи договор страхования может быть выдан как на каждого члена группы (семьи), так и на всю группу (семью) путем оформления одного договора страхования (страхового полиса), но не более чем на четверых Застрахованных лиц, либо с приложением к договору страхования списка Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени Застрахованного лица, года его рождения, номера паспорта.

6.2. 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 или страховом полисе на основании письменного или устного заявления Страхователя.

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

Если после заключения договора будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в абзаце первом настоящего пункта, Страховщик в праве потребовать признания договора страхования недействительным.

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

6.3. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных

Страховщику при заключении договора страхования (п. 6.2. Правил), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в договоре страхования или 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. Сумма дополнительного страхового взноса определяется по следующей формуле:

$DВ = СС * (Т2 - Т1) / 100 * n / t$, где

ДВ – дополнительный страховой взнос;

СС – страховая сумма;

Т1 – тариф на момент заключения договора страхования с учетом корректировочных коэффициентов;

Т2 – тариф на момент увеличения степени риска с учетом корректировочных коэффициентов;

n – срок действия договора страхования в днях, оставшихся до окончания договора страхования с момента увеличения степени риска;

t – срок действия договора страхования (в днях).

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

6.4. При неисполнении страхователем обязанности, предусмотренной п. 6.3. Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора, в соответствии с Гражданским кодексом Республики Беларусь.

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

6.6. Последствия изменения страхового риска в период действия договора страхования, указанные в п.п. 6.3.-6.4. Правил могут наступить только если они прямо предусмотрены в договоре.

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) на период поездки Застрахованного лица за границу (при страховании на одну поездку) либо на определенный договором календарный период (при многократных поездках за границу) и действует в пределах стран, указанных в договоре страхования (страховом полисе), а также на территории транзитных стран.

7.1.1. В случае, если срок действия договора страхования больше, чем продолжительность поездки, то при многократных выездах за границу в период действия договора страхования ответственность Страховщика прекращается по истечении лимита, установленного в графе "продолжительность поездки".

7.1.2. Исключаются из территории действия договора страхования:

- государства, на территории которых ведутся военные действия;
- государства, в отношении которых применены экономические и/или военные санкции ООН;
- территории, в пределах которых обнаружены и признаны очаги эпидемий.

7.1.3. Страховая защита не предоставляется на территории Республики Беларусь, а также на территории страны постоянного проживания Застрахованного лица.

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

8. Сроки и порядок уплаты страховых взносов

8.1. Страховым взносом является сумма денежных средств, подлежащая уплате Страхователем Страховщику за страхование в порядке, установленном договором страхования.

8.2. Страховой взнос по договору страхования, заключенному со Страхователем физическим лицом, оплачивается одновременно при заключении договора страхования за весь срок его действия наличными деньгами или путем безналичных расчетов.

8.3. Страховой взнос по договорам страхования, заключенным с юридическим лицом, оплачивается одновременно при заключении договора страхования за весь срок его действия путем безналичных расчетов.

8.4. При страховании группы лиц страховой взнос определяется в отношении каждого Застрахованного лица. Общий страховой взнос по договору страхования определяется путем суммирования страховых взносов, рассчитанных в отношении каждого Застрахованного лица.

9. Момент вступления договора в силу

9.1. Договор страхования вступает в силу:

При наличной оплате страхового взноса Страховщику или его представителю (агенту) - со дня и времени уплаты страхового взноса, если иное не указано в договоре страхования.

При безналичной оплате страхового взноса – со дня поступления страхового взноса на расчетный счет Страховщика, если иное не указано в договоре страхования.

Ответственность Страховщика по вступившему в силу договору страхования наступает с момента пересечения границы Республики Беларусь или страны постоянного проживания (отметка пограничных служб) и прекращается при возвращении из поездки с момента пересечения границы в обратном направлении.

9.2. При заключении договора страхования на новый срок до истечения действия предыдущего договора, дата вступления его в силу указывается со дня, следующего за тем, в котором истекает срок действующего договора (при условии оплаты страхового взноса до этого срока).

10. Порядок оформления копии договора страхования (дубликата страхового полиса)

10.1. В случае утраты договора страхования (страхового полиса) в период действия договора страхования Страховщик на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица) выдает копию договора страхования (дубликат страхового полиса). Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сделать заявление в течение 24 часов (не считая праздничных и выходных дней в стране постоянного проживания) с момента обнаружения его утраты. Заявление может быть передано посредством телеграфа, телетайпа, факсимильной, электронной или иной связи.

10.2. Утраченный страховой полис считается недействительным с момента получения Страховщиком заявления об его утрате и оплата медицинских расходов и иных услуг по нему не производится.

10.3. Если Страхователь (Застрахованное лицо) не сообщил или несвоевременно сообщил об утрате договора страхования (страхового полиса), а Страховщик вынужден был произвести оплату оказанных по нему медицинских услуг, Страховщик вправе начать судебные процедуры по взысканию со Страхователя или Застрахованного лица убытков в размере произведенной выплаты.

11. Переход прав и обязанностей по договору

11.1. В случае реорганизации в период действия договора Страхователя – юридического лица права и обязанности по договору страхования переходят к его правопреемнику.

11.2. В случае смерти Страхователя - физического лица, заключившего договор страхования в пользу третьих лиц, его права и обязанности переходят к этим лицам. Если третьи лица являются недееспособными, то выполнение действий по такому договору страхования возлагается на опекуна или попечителя.

Если в период действия договора страхования Страхователь признан судом недееспособным или ограниченным в дееспособности, права и обязанности такого Страхователя переходят к его опекуну или попечителю.

11.3. 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.

12. Прекращение договора страхования

12.1. Договор страхования прекращается в случаях:

12.1.1. истечения срока действия;

12.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме;

12.1.3. до окончания срока, на который он был заключен, если после вступления его в силу возможность наступления страхового случая отпала и страхование прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. Например, смерть Застрахованного лица по причинам иным, чем страховой случай – п.3.1.2 Правил;

12.1.4. ликвидации, реорганизации Страхователя - юридического лица за исключением случая, оговоренного в п. 11.1 Правил;

12.1.5. по соглашению Страхователя и Страховщика, оформленному в письменном виде, с обязательным уведомлением Застрахованного лица в случае, когда Страхователь и Застрахованное лицо не совпадают в одном лице;

12.1.6. отказа Страхователя в любое время действия договора, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем наступление страхового случая.

Решение о досрочном прекращении договора страхования сообщается Страхователю в письменной форме в течение 3-х рабочих дней со дня его принятия.

12.2. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п.12.1.3., 12.1.5. Правил Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, при этом возврат страхового взноса (его части) Страхователю производится в течение 10-ти рабочих дней со дня прекращения договора страхования. Возврат страхового взноса не производится, если по договору страхования производились (подлежит) выплаты страхового обеспечения.

При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п.12.1.4., 12.1.6. Правил уплаченный Страховщику страховой взнос возврату не подлежит.

13. Условия заключения договора страхования одного и того же объекта

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

14. Права и обязанности Страховщика и Страхователя (Застрахованного лица)

14.1. *Страхователь имеет право:*

14.1.1. отказаться от договора страхования в соответствии с условиями п. 12.1.6. Правил;

14.1.2. получить копию договора страхования либо дубликат страхового полиса в случае его утраты на основании письменного заявления.

14.2. *Страхователь обязан:*

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

14.2.2. в период 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;

14.2.3. оплачивать страховые взносы в соответствии с Приложением 1;

14.2.4. при наступлении страхового случая при первой возможности известить Страховщика и /или его представителя любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения и предоставить ему все необходимые документы для установления факта, причины страхового случая и определения размера страхового обеспечения.

14.3. *Застрахованное лицо имеет право:*

14.3.1. требовать предоставления медицинских услуг и юридической помощи (согл. п. 3.6.) в соответствии с условиями договора страхования;

14.4. *Застрахованное лицо обязано:*

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

14.4.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

14.4.3. выполнять распоряжения адвоката при предоставлении юридических услуг;

14.4.4. выполнять инструкции и распоряжения Страховщика, а также распоряжения представителей Страховщика, прибывших для оказания помощи;

14.4.5. при наступлении страхового случая немедленно, до обращения к врачу в лечебное учреждение, обратиться к ближайшему представителю Страховщика за рубежом по телефонам, указанным в полисе. Подтвержденные телефонные разговоры оплачиваются.

14.5. *Страховщик имеет право:*

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

14.5.2. получать информацию у компетентных органов, третьих лиц. Под третьими лицами подразумеваются медицинские работники, органы здравоохранения, они освобождаются от обязанности хранить медицинскую тайну и вправе давать Страховщику требуемую информацию.

14.5.3. потребовать признания договора страхования недействительным, если при его заключении Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, а также не выполнил условий п. 13.1. Правил.

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

14.5.5. отсрочить составление акта о страховом случае, если ему не представлены все необходимые документы – до их представления, а также, если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности

документов, подтверждающих страховой случай – 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), а также в случае возбуждения уголовного дела по факту наступления страхового случая в отношении Страхователя (Выгодоприобретателя) или его работников – до вынесения приговора судом, приостановления или прекращения производства по делу.

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

14.5.7. оспорить размер требований Страхователя (Застрахованного лица) в установленном законодательством порядке.

14.6. *Страховщик обязан:*

14.6.1. выдать Страхователю договор страхования (страховой полис) и настоящие Правила страхования.

14.6.2. при наступлении страхового случая после получения всех необходимых документов составить Акт о страховом случае (Приложение №4), в установленные сроки произвести выплату страхового обеспечения (или отказать в выплате). В случае отказа в выплате страхового обеспечения в течение 5 рабочих дней с момента получения необходимых документов письменно сообщить Страхователю (Застрахованному лицу) о таком отказе с мотивацией причин.

14.6.3. обеспечить конфиденциальность сведений, сообщенных Страхователем.

III. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

15. Порядок и условия выплаты страхового обеспечения

15.1. При наступлении страхового случая Застрахованное лицо должно немедленно (до обращения к врачу) обратиться к представителю Страховщика за рубежом (или Страховщику) по контактному телефону, указанным в страховом полисе и сообщить:

- номер 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 немедленное обращение к ближайшему представителю Страховщика за рубежом не представляется возможным, Застрахованное лицо может самостоятельно оплатить медицинские услуги и обязано уведомить Страховщика о наступлении страхового случая не позднее 30 календарных дней с момента его наступления. Возмещение расходов в этом случае производится в соответствии с п.15.4. Правил.

15.2. Представителем Страховщика за рубежом является сервисная служба (ассистанс), осуществляющая организацию и оплату медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу за границей.

Медицинские услуги за границей могут оказывать медицинские учреждения или лица на профессиональной основе, имеющие соответствующее разрешение (лицензию) на оказание медицинской помощи.

15.3. Выплата страхового обеспечения по договору страхования осуществляется Страховщиком путем перечисления денежной суммы представителю Страховщика за границей по предъявлении счетов за оказанные Застрахованному лицу в стране его временного пребывания медицинские и юридические услуги и на основании Акта о страховом случае (Приложение №4).

15.4. Возмещение Застрахованному лицу расходов, оплаченных им самостоятельно, осуществляется после возвращения его в страну постоянного проживания по предъявлении указанных в п.15.5 Правил документов. Возмещение расходов в этом случае производится на сумму, не превышающую 500 USD, EUR либо иной валюты (в зависимости от валюты страховой суммы).

15.5. Для решения вопроса о выплате страхового обеспечения по расходам, оплаченным Застрахованным лицом самостоятельно, Застрахованное лицо должно предъявить следующие документы:

- заявление о страховом случае (Приложение №3);
- оригинал полиса; при невозможности предоставления оригинала необходимо предоставить объяснительное заявление о причине его отсутствия;
- оригинал документа, подтверждающего факт обращения и содержащего дату обращения за медицинской помощью, диагноз заболевания, итоговую сумму к оплате;
- оригинал документа, подтверждающего оплату медицинской помощи;

- оригиналы рецептов на приобретение медикаментов со штампом аптеки и указанием стоимости каждого препарата, выписанных лечащим врачом в связи с данным заболеванием;

Страховщик вправе потребовать от заявителя заверенный перевод вышеуказанных документов на русский язык.

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

15.6. Расчет страхового обеспечения осуществляется Страховщиком по курсам валют, устанавливаемым Национальным банком Республики Беларусь на день составления Акта о страховом случае. Выплата страхового обеспечения производится на основании Акта о страховом случае (Приложение №4), который составляется в течение 5 рабочих дней с момента подачи заявления и получения всех необходимых документов.

15.7. Страховое обеспечение выплачивается Застрахованному лицу 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.

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

16. Ответственность страховой организации за неисполнение обязательств

16.1. В случае возникшей по вине Страховщика необоснованной задержки выплаты страхового обеспечения Страховщик выплачивает Застрахованному лицу пеню за каждый день просрочки в размере 0,5% от суммы, подлежащей выплате.

16.2. В случае возникшей по вине Страховщика необоснованной задержки возврата страхового взноса (его части) при досрочном прекращении договора страхования (п.12.2. Правил) Страховщик выплачивает Страхователю пеню за каждый день просрочки в размере 0,5% (для физических лиц) или 0,1% (для юридических лиц) от суммы, подлежащей возврату.

17. Отказ в выплате страхового обеспечения

17.1. Если международными договорами Республики Беларусь, актами законодательства не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, когда страховой случай наступил вследствие:

17.1.1. воздействия ядерного взрыва, радиации и радиоактивного загрязнения;

17.1.2. военных действий;

17.1.3. гражданской войны.

Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя, Застрахованного лица.

17.2. Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения, если Страхователь или Застрахованное лицо не исполнило возложенной на него обязанности в установленные п. 15.1. Правил сроки уведомить Страховщика или его представителя о наступлении страхового случая, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое обеспечение.

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

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

18. Порядок рассмотрения споров, вытекающих из отношений по страхованию

18.1. Споры, вытекающие из отношений по страхованию, разрешаются судами в соответствии с их компетенцией, установленной законодательством Республики Беларусь.