

ПРАВИЛА № 002-003 ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ НА ВРЕМЯ ПОЕЗДКИ ЗА ГРАНИЦУ

(с изменениями и дополнениями, согласованными Министерством финансов Республики Беларусь 01.10.2015 № 500 (вступили в силу 01.10.2015))

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Стороны договора страхования

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на основании настоящих Правил Закрытое страховое акционерное общество «Ингосстрах» (в дальнейшем Страховщик) заключает со Страхователями договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу.

Договор страхования заключается по Вариантам «А» (Эконом), «В» (Стандарт), «С» (Престиж), по условиям которых производится оплата расходов согласно пункту 4.1. настоящих Правил, вызванных наступлением страхового случая.

Дополнительно к Вариантам «В» (Стандарт) или «С» (Престиж) по соглашению сторон в договор страхования может включаться вариант «D» или вариант «Е», по условиям которых дополнительно производится выплата страхового обеспечения непосредственно Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) при наступлении в течение действия страхования несчастного случая, если в результате этого несчастного случая:

- Застрахованное лицо находилось на стационарном лечении и стационарное лечение Застрахованного лица началось в лечебном учреждении за границей в период действия страхования;

- причинение вреда жизни (смерть) Застрахованного лица наступило или его инвалидность установлена не позднее чем в течение 6 месяцев со дня окончания действия договора страхования.

1.2. По договору страхования Страхователями могут быть:

1.2.1. юридические лица;

1.2.2. индивидуальные предприниматели;

1.2.3. физические лица.

1.2.4. Страхователи - физические лица вправе заключать договоры страхования как в свою пользу, так и в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц).

В случае, если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица, предусмотренные настоящими Правилами.

Страхователи - юридические лица заключают договоры страхования только в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц).

Договор страхования в пользу лица, не являющегося застрахованным лицом, в том числе в пользу не являющегося застрахованным лицом Страхователя, может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованного лица. При отсутствии такого согласия договор может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае смерти Застрахованного лица - по иску его наследников.

1.3. От несчастных случаев и болезней на время поездки за границу могут быть застрахованы лица без ограничения возраста. Договор страхования заключается без медицинского освидетельствования лица, в отношении которого заключается договор страхования. Страховщик, при заключении договора страхования, вправе потребовать предоставить ему заключение о состоянии здоровья лица, в отношении которого заключается договор страхования.

1.4. Не заключаются договоры страхования в отношении лиц, имеющих инвалидность 1-II групп (без права работы), страдающих психическими заболеваниями (включая слабоумие) или тяжелыми нервными заболеваниями, за исключением случаев, указанных в п. 1.4.1. настоящих Правил.

1.4.1. Договоры страхования в отношении лиц, указанных в пункте 1.4. настоящих Правил, кроме лиц с патологией сердечно-сосудистой системы, могут быть заключены только при условии сопровождения этих лиц на время поездки за границу другими лицами, не относящимися к данной категории. При этом не признаются страховыми случаями расстройство здоровья Застрахованного лица вследствие заболеваний, повлекших наступление инвалидности, и не подлежат оплате расходы, понесенные Застрахованным лицом (третьим лицом в пользу Застрахованного лица) при расстройстве здоровья вследствие заболеваний, повлекших наступление инвалидности.

1.5. Действие договора страхования, заключенного на основании настоящих Правил не распространяется на территории стран общепризнанных вооруженных конфликтов.

1.6. Страховщик вправе заключать договоры страхования только при наличии договора с зарубежным партнером - службой международного медицинского ассистанса (в дальнейшем Сервисный центр), выступающим гарантом обеспечения оплаты расходов по оказанию медицинской и иной помощи Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

2. Объект страхования

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

3. Страховые случаи

3.1. Страховой случай - предусмотренное в договоре страхования событие, при наступлении которого у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю).

3.2. Страховыми случаями признаются следующие события, произошедшие в период действия договора страхования:

- причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни во время поездки за границу;
- причинение вреда жизни (смерть) Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни во время поездки за границу.

3.3. Несчастливым случаем признаётся внезапное, непредвиденное и непреднамеренное событие, произошедшее с Застрахованным лицом во время его поездки за границу в период действия договора страхования и сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями, повлекшими расстройство здоровья Застрахованного лица, или его смерть.

3.4. Болезнью считается остро наступившее ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица во время его поездки за границу в период действия договора страхования, при котором отсутствие срочного медицинского вмешательства может привести к серьёзному нарушению функций организма, в том числе стойкой дисфункции какого - либо органа, либо к угрозе жизни Застрахованного лица.

3.5. События, указанные в п. 3.2. настоящих Правил, не относятся к страховым случаям, если они связаны с:

- 3.5.1. самоубийством (покушением на самоубийство) Застрахованного лица, членовредительством;
- 3.5.2. стихийными бедствиями и их последствиями, эпидемиями, карантином, метеоусловиями, если на время отъезда Застрахованного лица известно об этом;
- 3.5.3. совершением Застрахованным лицом противоправного деяния, находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступлением события причинения вреда;
- 3.5.4. полетом Застрахованного лица на летательном аппарате, управлением им, полетом на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, сверхлегких летательных аппаратах, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;
- 3.5.5. народными волнениями, забастовками, восстаниями, мятежами, массовыми беспорядками, актами терроризма, диверсиями и их последствиями;

3.5.6. службой Застрахованного лица в любых вооруженных силах и формированиях или работы по найму;

3.5.7. участием Застрахованного лица в любых соревнованиях, спортивных сборах по любому виду спорта, либо в ходе занятия активными видами отдыха (плавание, посещение аквапарков и любых видов водных аттракционов, футбол/пляжный футбол, волейбол/пляжный волейбол, катание на велосипеде, «банане», занятия в тренажёрном зале) или экстремальными видами отдыха (горные лыжи, альпинизм, сноубординг, серфинг, рафтинг, дайвинг), если эти условия не были включены в договор страхования при его заключении и страховая премия уплачена без применения соответствующего повышающего коэффициента согласно Приложению № 1 к настоящим Правилам.

3.5.8. хроническими заболеваниями, независимо от того знало ли о них Застрахованное лицо и/или осуществлялось ли по ним лечение или нет (кроме обострений и осложнений хронических заболеваний, если они угрожают жизни Застрахованного лица, при страховании по Варианту «С» (Престиж));

3.5.9. злокачественными и доброкачественными новообразованиями вне зависимости от того, знало ли Застрахованное лицо о данном заболевании до поездки или нет;

3.5.10. психическими заболеваниями, судорожными состояниями, неврозами (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т.п.);

3.5.11. венерическими заболеваниями, заболеваниями, передаваемыми половым путем, наличием у Застрахованного ВИЧинфекции, СПИДа или любых форм гепатита, а также приобретенного иммунодефицита неясного генеза и их последствиями (осложнениями), а также заболеваниями, являющимися их следствием;

3.5.12. управлением транспортным средством Застрахованным лицом, не имеющим права на управление данным транспортным средством, или под воздействием алкоголя, наркотических или токсических веществ, а так же если Застрахованное лицо, заранее об этом зная, ехало в автомобиле, которым управляло лицо, не имеющее права на

управление данным транспортным средством, или находящееся под воздействием алкоголя, наркотических или токсических веществ;

3.5.13. управлением моторными транспортными средствами (за исключением автомобиля) и/или ездой на моторных транспортных средствах (за исключением автомобиля) в качестве пассажира, в том числе и водными (скутерами, мотороллерами, мопедами, яхтами и пр.);

3.5.14. заболеванием туберкулезом, саркоидозом, муковисцидозом независимо от клинической формы и стадии процесса;

3.5.15. заболеваниями крови;

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

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

3.5.18. передозировкой лекарственных средств.

3.6. События, указанные в п. 3.2. настоящих Правил, не относятся к страховым случаям, если они произошли при алкогольном, наркотическом или токсическом опьянении Застрахованного лица, либо явились следствием алкогольного, наркотического и (или) токсического опьянения, отравления, кроме случаев, когда несчастный случай с Застрахованным лицом произошел по вине третьих лиц (наличие признаков употребления Застрахованным лицом алкогольсодержащих, наркотических, токсических средств может быть отражено в медицинских заключениях/рапортах, зафиксировано в показаниях свидетелей и иных документах, относящихся к произошедшему событию).

4. Расходы, возмещаемые Страховщиком

4.1. При наступлении страхового случая Страховщик возмещает в соответствии с настоящими Правилами следующие расходы (с учетом исключений и ограничений, установленных по Вариантам «А» (Эконом), «В» (Стандарт), «С» (Престиж) согласно п. 4.4. настоящих Правил):

4.1.1. **По амбулаторному лечению:** расходы на врачебные услуги, диагностические и лабораторные исследования, назначенные врачом по

медицинским показаниям, необходимые и назначенные врачом медикаменты, перевязочные средства, средства фиксации (гипс, бандаж, шины);

4.1.2. По стационарному лечению (экстренная госпитализация):

4.1.2.1. без согласования со Страховщиком: расходы на экстренную госпитализацию, проведение неотложных диагностических и лабораторных исследований, расходы на лечебные манипуляции для купирования острого или угрожающего жизни состояния включая оплату необходимых по медицинским показаниям и назначенных врачом медикаментов, перевязочных средств и средств фиксации (гипс, бандаж шины); расходы на проведение экстренных операций необходимых для

сохранения жизни Застрахованного лица; расходы по лечению Застрахованного лица до состояния, позволяющего произвести его эвакуацию для продолжения лечения по месту постоянного проживания.

4.1.2.2. по согласованию со Страховщиком: расходы на госпитализацию до полного выздоровления Застрахованного лица;

4.1.3. Транспортные расходы: по транспортировке автомашиной «скорой помощи», проезду общественным транспортом, иным видом транспорта, позволяющим без ущерба здоровью Застрахованного лица прибыть в ближайшее медицинское учреждение (поликлиника, больница, госпиталь, частный врач) для получения необходимых по показаниям медицинских услуг, а также транспортные расходы по доставке врача к месту первичного осмотра Застрахованного лица (при необходимости – по доставке Застрахованного лица или врача обратно);

4.1.4. По медицинской репатриации: расходы, связанные с возвращением Застрахованного лица из-за границы к месту постоянного проживания с целью продолжения стационарного лечения. Страховщик оставляет за собой право принятия решения о транспортировке Застрахованного лица, проходящего стационарное лечение за границей, если по мнению лечащего врача Застрахованного лица и экспертов Страховщика Застрахованному лицу не противопоказана транспортировка в страну постоянного проживания для дальнейшего лечения. Страховщик, по согласованию с лечащим врачом, вправе принимать решение о виде транспорта для репатриации Застрахованного лица, способе сопровождения и количестве сопровождающих лиц. При отказе

Застрахованного лица от медицинской репатриации (возвращения в страну постоянного проживания для продолжения лечения) при условии письменного разрешения такой репатриации лечащим врачом, Страховщик возмещает расходы на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу, до даты отказа от медицинской репатриации. Последующие расходы за оказанную медицинскую помощь Застрахованному лицу Страховщиком не возмещаются;

4.1.5. По посмертной репатриации тела: по организации и проведению репатриации тела (останков) до места, где постоянно проживало Застрахованное лицо, включая подготовительные к транспортировке расходы, в случае необходимости – расходы на кремацию за границей и транспортные расходы (за исключением расходов на погребение);

4.1.6. Расходы Страхователя на исходящую телекоммуникационную связь: расходы на исходящую связь со Страховщиком (его представителем) в связи с имевшим место страховым случаем при предоставлении соответствующего счета с полной расшифровкой телефонов в пределах 50 долларов США и, без ограничения по сумме, расходы Страхователя на прием сообщений от Страховщика (его представителя);

4.1.7. Расходы по возвращению в страну постоянного проживания несовершеннолетних детей Застрахованного лица: расходы по проезду несовершеннолетних детей Застрахованного лица, если они в результате страхового случая, произошедшего с Застрахованным лицом, остались без попечения совершеннолетних родственников, друзей, знакомых Застрахованного лица. При этом вид транспорта определяет Страховщик. Оплачивается проезд экономическим классом несовершеннолетних детей и одного совершеннолетнего сопровождающего, в том числе и его проезд в страну пребывания детей экономическим классом тем видом транспорта, который определил Страховщик. Не относятся к категории «детей Застрахованного лица» внуки и племянники Застрахованного лица, Страховщик не возмещает расходы в связи с их возвращением.

4.2. Все расходы, указанные в п. 4.1., должны быть подтверждены соответствующими документами (п. 12.5.- 12.7. настоящих Правил).

4.3. Страховщик не несет ответственность за качество услуг, оказанных третьими лицами (медицинскими учреждениями, транспортными компаниями и пр.).

4.4. По соглашению сторон договор страхования может быть заключен по Вариантам «А» (Эконом), «В» (Стандарт), «С» (Престиж).

4.4.1. По Варианту «А» (Эконом) покрываются расходы, указанные в п. 4.1. настоящих Правил, в пределах страховой суммы, установленной в договоре страхования по данному Варианту:

- транспортные расходы, расходы по медицинской репатриации, расходы по посмертной репатриации тела (останков) - в размере, не превышающем 30 % от страховой суммы, установленной в договоре страхования по данному Варианту;

- расходы по амбулаторному и стационарному лечению (экстренная госпитализация) - в размере, не превышающем 20 % от страховой суммы, установленной в договоре страхования по данному Варианту;

- расходы по возвращению в страну постоянного проживания несовершеннолетних детей Застрахованного лица - в размере, не превышающем 5% от страховой суммы, установленной в договоре страхования по данному Варианту;

- расходы Застрахованного лица на исходящую телекоммуникационную связь со Страховщиком (Сервисным центром) в связи с имевшим место страховым случаем - в размере, не превышающем 20 долларов США;

- расходы, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно - в размере не более 50 денежных единиц иностранной валюты в зависимости от валюты страховой суммы.

- 4.4.2. По Варианту «В» (Стандарт) покрываются расходы, указанные в п. 4.1. настоящих Правил, в пределах страховой суммы, установленной в договоре страхования по данному Варианту:

- транспортные расходы, расходы по медицинской репатриации, расходы по посмертной репатриации тела (останков) - в размере, не превышающем 50% от страховой суммы, установленной в договоре страхования по данному Варианту;
- расходы по амбулаторному и стационарному лечению (экстренная госпитализация) - в размере, не превышающем 35 % от страховой суммы, установленной в договоре страхования по данному Варианту;
- расходы по возвращению в страну постоянного проживания несовершеннолетних детей Застрахованного лица - в размере, не превышающем 10% от страховой суммы, установленной в договоре страхования по данному Варианту;
- расходы Застрахованного лица на исходящую телекоммуникационную связь со Страховщиком (Сервисным центром) в связи с имевшим место страховым случаем - в размере, не превышающем 50 долларов США;
- расходы на оказание экстренной стоматологической помощи - в размере, не превышающем 120 евро за весь период действия договора страхования;
- расходы, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно - в размере не более 500 денежных единиц иностранной валюты в зависимости от валюты страховой суммы, в т.ч. расходы на предварительно согласованный со Страховщиком перевод документов, связанных со страховым случаем, с немецкого, английского, французского, итальянского, испанского языков.

4.4.3. По Варианту «С» (Престиж) покрываются расходы, указанные в п. 4.1. настоящих Правил, в пределах страховой суммы, установленной в договоре страхования по данному Варианту:

- транспортные расходы, расходы по медицинской репатриации - в пределах страховой суммы, установленной в договоре страхования по данному Варианту;
- расходы по посмертной репатриации тела (останков) - в пределах страховой суммы, установленной в договоре страхования по данному Варианту;

- расходы по амбулаторному и стационарному лечению (экстренная госпитализация) - в пределах страховой суммы, установленной в договоре страхования по данному Варианту;
- расходы по возвращению в страну постоянного проживания несовершеннолетних детей Застрахованного лица - в размере, не превышающем 10% от страховой суммы, установленной в договоре страхования по данному Варианту;
- расходы Застрахованного лица на исходящую телекоммуникационную связь со Страховщиком (Сервисным центром) в связи с имевшим место страховым случаем - в размере, не превышающем 50 долларов США;
- расходы на оказание экстренной стоматологической помощи - в размере, не превышающем 150 евро за весь период действия договора страхования; расходы, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно - в размере не более 1000 денежных единиц иностранной валюты в зависимости от валюты страховой суммы в т.ч. расходы на предварительно согласованный со Страховщиком перевод документов, связанных со страховым случаем.

5. Расходы, не возмещаемые Страховщиком

5.1. Страховщик не возмещает следующие расходы:

5.1.1. связанные с лечением заболеваний, известных на момент заключения договора страхования, (в том числе связанные с образованием конкрементов, язв и пр.), независимо от того, осуществлялось ли по ним лечение или нет, в том числе заболеваний на этапе лечения;

5.1.2. связанные с нормально или патологически протекающей беременностью, родами, кроме случаев, явившихся следствием несчастного случая;

5.1.3. на проведение абортов и миниабортов, за исключением вынужденного прерывания беременности, явившегося следствием несчастного случая;

5.1.4. связанные с челюстно-лицевой хирургией, пластической и восстановительной хирургией и всякого рода протезированием, включая зубное и глазное, а также операциями по изменению пола или имплантацией;

5.1.5. на стоматологическую помощь, кроме случаев, когда медицинская помощь необходима для снятия острой зубной боли в пределах суммы на оказание экстренной стоматологической помощи, предусмотренной в указанном в договоре варианте страхования по всем страховым случаям, наступившим в период действия договора страхования и при условии, что расходы на оказание экстренной стоматологической помощи покрываются по указанному в договоре варианту страхования;

5.1.6. связанные с приобретением лекарственных препаратов, в т.ч. биологически активных добавок, гомеопатических препаратов, биопрепаратов, витаминов и витаминсодержащих препаратов, не предназначенных для лечения заболевания в соответствии с установленным диагнозом, а также для профилактического лечения;

5.1.7. на лечение нетрадиционными методами;

5.1.8. связанные с оказанием услуг медицинским учреждением, не имеющим соответствующей лицензии, либо лицом, не имеющим право на осуществление медицинской деятельности;

5.1.9. на реабилитацию, восстановительное лечение, физиотерапию, психотерапию (аутотренинг, лечение сном и т.д.);

5.1.10. на проведение санаторно-курортного лечения, а равно профилактического медицинского обследования;

5.1.11. в случаях, когда путешествие было предпринято с целью получить лечение;

5.1.12. на проведение дезинфекции, профилактических вакцинаций, инъекций, прививок, врачебных экспертиз и лабораторных исследований, не связанных с несчастным случаем или внезапным заболеванием;

5.1.13. связанные с предоставлением дополнительного комфорта: телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, использованием интернет-услугами, предоставлением услуг парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика и т.п.;

5.1.14. на лечение травм и болезней, возникших после окончания договора страхования;

5.1.15. возникшие при заболевании лиц, которые отправились путешествовать вопреки зафиксированным документально по месту жительства рекомендациям лечащего врача;

5.1.16. в связи с диагностическими манипуляциями (в том числе консультациями и лабораторными исследованиями), если по их результатам не назначено лечение;

5.1.17. на ангиографию, а также расходы, связанные с операциями на сердце и сосудах, в том числе ангиопластику и шунтирование даже при наличии медицинских показаний к их проведению;

5.1.18. на лечение солнечных ожогов, фотодерматитов, солнечной аллергии и иных острых изменений кожного покрова, вызванных воздействием ультрафиолетового излучения, лечение кожных заболеваний и кожных проявлений всех видов аллергических реакций (кроме Варианта «С» (Престиж);

5.1.19. возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного лица от выполнения предписаний врача при обращении по поводу страхового случая;

5.1.20. связанные с лечением алкогольной, наркотической или токсической зависимости;

5.1.21. на лечение любых осложнений, полученных в результате медицинского или хирургического лечения заболеваний, травм, которые не являются страховым случаем;

5.1.22. связанные с событием, явившимся следствием употребления любого вида пищевых добавок, а также добавок для контроля за весом;

5.1.23. связанные с инфекционными заболеваниями, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией;

5.1.24. по профилактике тромбозов при травмах и оперативных вмешательствах;

5.1.25. по удалению мозолей, бородавок, натоптышей, ортопедическое лечение плоскостопия, супинаторы, вкладыши для коррекции стопы, лечение деформированных ногтей стоп и кистей;

5.1.26. на лечение профессиональных заболеваний Застрахованного лица;

5.1.27. в связи с обращением Застрахованного лица за получением медицинских услуг, соответствующих медицинским показаниям, не в ближайшее к месту нахождения Застрахованного лица в момент необходимости получения таких услуг медицинское учреждение, имеющее возможность предоставить необходимое лечение, а в иное медицинское учреждение, (например, которое, по мнению Застрахованного лица, лучше оснащено, имеет лучшую репутацию и т.п.).

5.1.28. расходы на лечение, проведенное без согласия Страховщика или Сервисного центра (за исключением случаев указанных в пп. 4.1.2.1 пп. 4.1.2. настоящих Правил), а также на хирургическое вмешательство или лечение, которое может быть отложено до возвращения Застрахованного лица к месту постоянного проживания;

5.1.29. расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного лица от доставки в другое медицинское учреждение, имеющее возможность предоставить необходимое лечение, или в страну постоянного проживания;

5.1.30. расходы в отношении любой эвакуации/репатриации, не организованной или не согласованной со Страховщиком или Сервисным центром, расходы по возвращению в страну постоянного проживания несовершеннолетних детей Застрахованного лица, не согласованные со Страховщиком;

5.1.31. расходы на приобретение, прокат, ремонт изделий медицинского назначения, вспомогательных средств (очков, контактных линз, слуховых аппаратов, костылей, протезов и др.), медицинского оборудования, применение корректирующих устройств или медицинских аппаратов;

5.1.32. расходы на лечение простудных заболеваний легкой степени тяжести течения, не сопровождающиеся повышением температуры;

5.1.33. любые расходы на обследования, не требующиеся при оказании неотложной медицинской помощи и не носящие характер неотложной медицинской помощи;

5.1.34. расходы по диагностике и (или) лечению гинекологических заболеваний, кроме состояний, требующих немедленного хирургического вмешательства;

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

5.1.36. расходы на обследование органов зрения и органов слуха, рефракции глаза, коррекцию органов зрения, лечение расстройств слуха при осложнениях вследствие попадания воды или перепадов давления (аэроотит), наружного отита, а также удаление серных пробок;

5.1.37. расходы на лечение заболеваний и их обострений, по которым Застрахованному лицу установлена группа инвалидности, а также на лечение травм и увечий, полученных Застрахованным лицом в силу ограниченных физических возможностей;

5.1.38. расходы, если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) создал препятствия Страховщику в определении обстоятельств, характера и размера вреда.

5.2. В дополнение к расходам, указанным в п. 5.1. настоящих Правил, по Вариантам «А» (Эконом), «В» (Стандарт) также не возмещаются:

5.2.1. расходы, превосходящие среднерегиональную стоимость конкретной услуги или медицинского препарата, взимаемые в том месте, где такие услуги были оказаны;

5.2.2. расходы, связанные с лечением и травмами, возникшими в связи с грубыми нарушениями общепринятых правил поведения в зонах отдыха, отелях, которые рекомендованы представителями Страховщика, туроператора и (или) инструкторами баз размещения, отелей и др.;

5.2.3. расходы, связанные с лечением укусов насекомых, пресмыкающихся, рыб, кишечнорастных, кроме расходов по оказанию скорой и неотложной медицинской помощи.

5.3. В дополнение к расходам, указанным в п. 5.1., 5.2. настоящих Правил, по Варианту «А» (Эконом) не покрываются расходы на перевод документов, оказание стоматологической помощи.

6. Страховая сумма

6.1. Страховой суммой является установленная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязан произвести страховую выплату при наступлении страхового случая.

6.2. При заключении договора страхования страховая сумма устанавливается по соглашению сторон в иностранной валюте.

При страховании по вариантам «А» (Эконом), «В» (Стандарт), «С» (Престиж) страховая сумма устанавливается в соответствии с Приложением № 1 к Правилам.

По Варианту «D» страховая сумма устанавливается в размере 3000 денежных единиц валюты страховой суммы, установленной по вариантам «В» (Стандарт) или «С» (Престиж).

По Варианту «Е» страховая сумма устанавливается в размере 5000 денежных единиц валюты страховой суммы, установленной по вариантам «В» (Стандарт) или «С» (Престиж).

Если в договор страхования включен Вариант «D» или «Е», то страховая сумма по договору страхования определяется путем суммирования страховых сумм, установленных по Варианту «В» (Стандарт) или «С» (Престиж) и соответствующим вариантам, дополнительно включённым в договор страхования.

6.3. 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 действия договора страхования, не может превышать установленную в договоре страховую сумму на это Застрахованное лицо.

Общая сумма всех выплат страхового обеспечения по оплате расходов согласно п.4.1. настоящих Правил не может превышать установленную договором страховую сумму по соответствующему Варианту «А» (Эконом), «В» (Стандарт) или «С» (Престиж).

Общая сумма всех дополнительных выплат Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) при наступлении несчастного случая с Застрахованным лицом, не может превышать соответственно по Варианту «D» - 3000 денежных единиц иностранной валюты, Варианту «Е» - 5000 денежных единиц иностранной валюты.

7. Страховая премия и порядок ее уплаты

7.1. Страховым взносом (страховой премией) является сумма денежных средств, подлежащая уплате Страхователем Страховщику за страхование.

Страхователь обязан уплатить Страховщику всю сумму страховой премии единовременно за весь период действия договора страхования при его заключении.

7.2. Размер страховой премии определяется Страховщиком исходя из страховой суммы и страхового тарифа (базового тарифа, согласованного с органом, осуществляющим государственный надзор за страховой деятельностью, и применяемых к нему корректировочных коэффициентов, утвержденных в соответствии с законодательством). Страховая премия в обязательном порядке указывается в договоре страхования.

7.3. Уплата страховой премии производится по безналичному расчету или наличными, если это предусмотрено действующим законодательством - юридическим лицом; по безналичному расчету или наличными деньгами в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь в кассу Страховщика или его представителю - физическим лицом.

Уплата страховой премии может быть произведена в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь как в иностранной валюте, так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы на день уплаты страховой премии.

II. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8. Основание для заключения Договора страхования

8.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления (Приложение № 2) Страхователя на условиях

Правил страхования, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования.

8.2. В заявлении на страхование должны быть указаны:

8.2.1. наименование, местонахождение, телефон, банковские реквизиты Страхователя;

8.2.2. количество Застрахованных лиц;

8.2.3. срок действия договора страхования;

8.2.4. страна пребывания;

8.2.5. страховая сумма на одно Застрахованное лицо;

8.2.6. Вариант страхования.

8.3. В случае страхования группы лиц, выезжающих за границу, договор страхования может быть заключен как в отношении каждого члена группы, так и на всю группу (в этом случае к договору страхования прилагается подписанный Страхователем список Застрахованных лиц с указанием следующих сведений: фамилия, имя Застрахованного лица, год рождения, № паспорта).

8.4. При заключении договора страхования Страхователь должен сообщить Страховщику все известные обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования или страховом полисе на основании письменного или устного заявления страхователя.

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

8.5. Договор страхования заключается в письменной форме 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 страхового полиса, подписанного ими. К договору прилагаются настоящие Правила страхования, что удостоверяется записью в этом договоре.

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

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

8.6. Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

8.7. Страхователь (Застрахованное лицо) при заключении договора страхования освобождает врачей от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком (его представителем) относительно Застрахованного лица.

8.8. При заключении договора страхования по соглашению сторон может быть установлена условная или безусловная франшиза (сумма ущерба, не подлежащая возмещению страховщиком).

Примечание: При назначении в договоре страхования условной франшизы Страховщик не производит выплату страхового обеспечения, если его размер не превышает размер франшизы, и страховое обеспечение подлежит возмещению полностью, если его размер превышает размер франшизы.

При назначении в договоре страхования безусловной франшизы при наступлении страхового случая из страхового обеспечения вычитается сумма безусловной франшизы.

9. Срок действия договора страхования

9.1. Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в договоре страхования (страховом полисе).

Ответственность Страховщика (действие страхования) начинается только после пересечения Застрахованным лицом границы страны постоянного проживания и прекращается при возвращении из поездки с момента пересечения границы в обратном направлении, но не позднее

24.00. часов дня окончания действия договора страхования, указанного в договоре страхования (страховом полисе).

9.1.1. Договор страхования может быть заключен с условием ограничения общего количества дней пребывания Застрахованного лица за рубежом в пределах срока действия договора страхования, о чем делается отметка в договоре страхования (страховом полисе) в графе «Продолжительность поездки». Страховая премия при этом определяется согласно Приложению № 1. За события причинения вреда, произошедшие в период, превышающий указанное количество дней пребывания Застрахованного лица за рубежом Страховщик ответственности не несет.

9.2. Договор страхования (страховой полис) вручается Страхователю не позднее 10 рабочих дней с момента поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика или его уполномоченного представителя при безналичной оплате и одновременно с получением страховой премии Страховщиком или его уполномоченным представителем при наличной оплате.

В случае утери страхового полиса в период действия договора страхования Страхователю по его заявлению выдается дубликат. Ранее выписанный полис считается недействительным, и никакие выплаты по нему не производятся. За дубликат страхового полиса со Страхователя взимается плата в размере стоимости бланка полиса.

9.3. Договор страхования не действует в той стране, где Застрахованное лицо имеет постоянное место жительства. Территория действия договора страхования указывается в договоре страхования (страховом полисе).

9.4. Договор страхования заключается на срок от одного дня до одного года включительно или иной срок, пребывания Застрахованного лица за границей. **10. Прекращение договора страхования.**

10.1. Договор страхования прекращается в случаях:

10.1.1. Истечения срока действия договора страхования.

10.1.2. Выполнения Страховщиком своих обязательств по договору в полном объеме.

10.1.3. ликвидации Страхователя – юридического лица, прекращение деятельности Страхователя – индивидуального предпринимателя, смерти Страхователя - физического лица.

10.1.4. Если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и страхование прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

10.1.5. По соглашению Страхователя и Страховщика, оформленному в письменном виде. Стороны обязаны письменно уведомить друг друга не позднее чем за 3 рабочих дня до даты предполагаемого расторжения договора;

10.1.6. Отказа Страхователя от договора страхования, в том числе при наличии у него действующей визы на поездку, в любое время действия договора страхования, если к моменту отказа от договора страхования возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 10.1.4. настоящих Правил.

10.1.7. В других случаях, предусмотренных действующим законодательством.

10.2. В случаях, предусмотренных п.п. 10.1.3., 10.1.4. 10.1.5., 10.1.7 настоящих Правил, Страховщик возвращает Страхователю (наследникам в случае прекращения договора в связи со смертью Страхователя физического лица – п.10.1.3. настоящих Правил) часть страховой премии за неоконченный срок действия страхования. Возврат части страховой премии производится в течение 3-х рабочих дней со дня прекращения действия договора страхования, а в случае прекращения договора страхования в случае смерти Страхователя - физического лица - со дня получения Страховщиком заявления законного наследника Страхователя.

За несвоевременное исполнение этой обязанности Страховщик уплачивает Страхователю пеню в размере 0,1% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей возврату.

При расторжении договора страхования по соглашению сторон до даты вступления его в силу, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную им при заключении договора страхования страховую премию за вычетом понесенных расходов.

При отказе Страхователя от договора страхования (п. 10.1.6. настоящих Правил), уплаченная страховая премия возврату Страхователю не подлежит.

Не подлежит возврату часть страховой премии при досрочном прекращении договора страхования, если по нему производилась выплата страхового обеспечения или заявлено о событиях, которые могут быть признаны страховым случаем.

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

О предстоящей ликвидации или реорганизации Страхователь обязан письменно, не позднее 30 календарных дней после принятия решения об этом, уведомить Страховщика.

10.4. В случае смерти Страхователя, заключившего договор личного 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.

11. Права и обязанности Страховщика и Страхователя

11.1. Страхователь имеет право:

11.1.1. Ознакомиться с Правилами страхования.

11.1.2. Получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

11.1.3. Отказаться от договора страхования в соответствии с пунктом 10.1.6. настоящих Правил, подав письменное заявление Страховщику об отказе от договора страхования.

11.1.4. Получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

11.1.5. Требовать выполнения Страховщиком условий договора страхования в соответствии с настоящими Правилами.

11.2. Страхователь обязан:

11.2.1. При заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска (пункт 8.4. настоящих Правил), а также обо всех заключенных или заключаемых договорах страхования в отношении данного Застрахованного лица.

11.2.2. Передавать сообщения, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования в письменной форме либо способами связи, обеспечивающими фиксирование текста и даты сообщений (по возможности по телексу, телеграфу или телефаксу).

11.2.3. Предоставить Страховщику всю доступную ему информацию и документы, подтверждающие факт наступления страхового случая и размер убытков.

11.2.4. Совершать другие действия, предусмотренные законодательством, настоящими Правилами и договором страхования.

11.3. Страховщик имеет право:

11.3.1. Проверить правильность сведений о страховом риске, предоставляемых Страхователем.

11.3.2. Потребовать признания договора недействительным в случаях, предусмотренных действующим законодательством.

11.3.3. Направлять запросы в компетентные органы по вопросам, связанным с установлением факта наступления страхового случая, его причин и обстоятельств.

11.3.4. Отсрочить страховую выплату в случаях, если у него имеются сомнения в подлинности документов (в частности, в порядке оформления и регистрации документа, в подлинности печати, подписи на документе, наличие незаверенных исправлений), подтверждающих обстоятельства страхового случая и размер убытков – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов лицом, представившим такой документ (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения такого документа) либо самим Страховщиком (на основании запроса Страховщика в орган, его выдавший, направленный в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения такого документа).

11.3.5. Совершать другие действия, предусмотренные законодательством, настоящими Правилами и договором страхования.

11.4. Страховщик обязан:

11.4.1. Выдать Страхователю договор страхования (страховой полис) с приложением настоящих Правил в установленный срок.

11.4.2. Не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, а также о его имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

11.4.3. При досрочном прекращении договора страхования возвратить Страхователю часть страховой премии на условиях и в сроки, установленные настоящими Правилами.

11.4.4. При признании заявленного случая страховым в установленный настоящими Правилами срок составить акт о страховом случае и выплатить страховое обеспечение.

11.4.5. Совершать другие действия, предусмотренные законодательством, настоящими Правилами и договором страхования.

III. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

12. Порядок и условия выплаты страхового обеспечения.

12.1. При наступлении страхового случая Страхователь (Застрахованное лицо, его представитель) обязан немедленно при первой возможности обратиться к Страховщику/его представителю (Сервисный центр) по телефонам, выданным Страховщиком Страхователю при заключении договора страхования, и сообщить: фамилию и имя Застрахованного лица, номер и срок действия договора страхования, причину обращения; не позднее 30 (тридцати) календарных дней со дня наступления страхового случая направить письменное уведомление Страховщику.

При обращении в медицинское учреждение или к врачу Застрахованное лицо должно предъявить договор страхования (страховой полис).

12.2. исключен.

12.3. Оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу за границей, в соответствии с настоящими Правилами при признании случая страховым, осуществляется Страховщиком путем перечисления денежных сумм зарубежному партнеру, оказывающему услуги медицинского ассистанса в соответствии с договором о сотрудничестве, по предъявлению счета с приложенными к нему документами (данные представленного Застрахованным лицом договора страхования (страхового полиса), выписки из амбулаторной карты или из истории болезни с перечнем оказанных медицинских услуг и их стоимости, счет-фактуры и т.д.).

12.4. Страховщик возмещает самостоятельно понесенные при наступлении страхового случая Застрахованным лицом (его Представителем, Доверенным лицом) расходы на основании документов, указанных в п.12.5. настоящих Правил, в пределах сумм, оговоренных в указанном в договоре варианте страхования с учетом условий, изложенных в п.п. 5.1.28. и 5.1.30., разделе 5 (Расходы, не возмещаемые Страховщиком) настоящих Правил.

Страховщик имеет право проверять полученные от Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) документы посредством письменных запросов в соответствующие инстанции (лечебные, транспортные учреждения, компетентные органы и др.), направляемых в течение 3-х рабочих дней с момента получения документов.

12.5. Для получения страхового обеспечения Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) должно представить Страховщику в срок не позднее 30 (тридцати) дней после возвращения из-за границы письменное заявление, с приложением к нему следующих документов:

12.5.1. Оригинал документа, подтверждающий факт обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, содержащий дату обращения, описание состояния здоровья Застрахованного лица при обращении за помощью, диагноз (если острое расстройство здоровья

произошло в результате несчастного случая – обстоятельства его наступления), перечень оказанных услуг, итоговую сумму к оплате, оформленных надлежащим образом;

12.5.2. Оригиналы именных рецептов на приобретение медикаментов, перевязочных средств, средств фиксации, выписанные лечащим врачом в связи с расстройством здоровья Застрахованного лица, оформленных надлежащим образом;

12.5.3. Оригиналы документов (чеки, квитанции об уплате и т.п.), подтверждающих оплату медицинской помощи, приобретение медикаментов, перевязочных средств, средств фиксации, назначенных лечащим врачом, с указанием стоимости каждого назначения, оформленных надлежащим образом;

12.5.4. Оригиналы документов (чеки, квитанции об уплате и т.п.), подтверждающих пользование транспортом в связи с расстройством здоровья Застрахованного лица, оформленных надлежащим образом.

12.6. исключен.

12.7. исключен.

12.8. исключен.

12.9. Акт о страховом случае (Приложение № 3) по заявлению Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) о выплате страхового обеспечения составляется в течение 5 (пяти) рабочих дней после поступления Страховщику от Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) надлежаще оформленных документов, перечисленных в п.п. 12.5., 12.13. настоящих Правил.

12.10. Выплата страхового обеспечения Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) производится в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня составления Акта о страховом случае (Приложение № 3).

В случае, когда страховая премия уплачивалась в белорусских рублях, то страховое обеспечение Застрахованному лицу выплачивается в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день составления акта о страховом случае или по соглашению сторон в иностранной валюте, если это не противоречит действующему законодательству.

12.11. За несвоевременную выплату страхового обеспечения по вине Страховщика он уплачивает пеню Страхователю (Выгодоприобретателю) за каждый день просрочки в размере: юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю – 0,1 процента и физическому лицу – 0,5 процента от суммы, подлежащей выплате.

12.12. В случае, если в договор страхования включен Вариант «D» или «E», кроме возмещения расходов, предусмотренных п.4.1. настоящих Правил, при наступлении в течение действия страхования несчастного случая, производится выплата непосредственно Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю):

12.12.1. При стационарном лечении Застрахованного лица в лечебном учреждении вследствие несчастного случая в размере 0,2 % от страховой суммы, установленной по варианту «D» или «E» за каждый день нахождения на лечении в стационаре, но не более 50 % соответствующей страховой суммы.

12.12.2. В случае установления Застрахованному лицу инвалидности вследствие несчастного случая в размере:

при установлении Застрахованному лицу инвалидности I группы – 100 % от страховой суммы, установленной по варианту «D» или «E»; при установлении Застрахованному лицу инвалидности II группы – 75% от страховой суммы, установленной по варианту «D» или «E»; при установлении Застрахованному лицу инвалидности III группы – 50 % от страховой суммы, установленной по варианту «D» или «E».

Размер выплаты, производимой Застрахованному лицу, получившему инвалидность, определяется с учетом сумм, предусмотренных настоящим пунктом, в связи со стационарным лечением Застрахованного лица и при расчетах уменьшается на эти суммы. Если сумма выплаты в связи со стационарным лечением Застрахованного лица равна или превышает сумму выплаты по инвалидности, то выплата по инвалидности не производится.

12.12.3. В случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая - в размере страховой суммы, установленной по варианту «D» или «E», за вычетом ранее произведенных выплат (в связи

со стационарным лечением Застрахованного лица в лечебном учреждении и по инвалидности, предусмотренных настоящим пунктом).

Предусмотренные договором страхования выплаты производятся Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю). В случае смерти лица, застрахованного по договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

12.13. Для получения выплаты по вариантам «D» или «E» Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) должно представить Страховщику заявление с описанием обстоятельств наступления несчастного случая, с приложением следующих надлежаще оформленных документов:

12.13.1. При получении Застрахованным лицом травмы или иного повреждения - справки медицинских учреждений (оригинал с указанием продолжительности стационарного лечения).

12.13.2. При наступлении инвалидности - заключения соответствующего органа, определенного действующим законодательством Республики Беларусь, об установлении группы инвалидности, выписки из истории болезни (медицинской карты) с подробным диагнозом.

12.13.3. При наступлении смерти – документов, удостоверяющих вступление в права наследования (в случае, если в договоре страхования не указан Выгодоприобретатель).

12.13.4. При наступлении страхового случая в результате транспортного происшествия – справки компетентных органов об обстоятельствах происшествия.

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

12.15. Страхование обеспечение не подлежит выплате в случаях, если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) создал препятствия Страховщику в определении обстоятельств, характера и размера вреда, в т.ч. не предъявив соответствующие документы по запросу

Страховщика, или предъявив документы с заведомо ложной информацией, не предоставил документы в соответствии с пунктом 12.5., 12.13. настоящих Правил.

13. Случаи отказа в выплате страхового обеспечения

13.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения по договору страхования в случаях:

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

13.1.2. если Страхователь (Застрахованное лицо) не принял разумных и доступных мер, чтобы уменьшить возможные убытки;

13.1.3. если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя (Застрахованного лица).

13.2. Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения по договору страхования, если Страхователь (Застрахованное лицо) не исполнил возложенной на него обязанности, определенной в п.п. 12.1., 12.2. настоящих Правил незамедлительно 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 и сообщается Застрахованному лицу в течение 5 (пяти) рабочих дней после получения всех документов в письменной форме с мотивацией причины отказа.

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

14. Порядок рассмотрения споров

14.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, разрешаются путем переговоров. При не достижении соглашения споры разрешаются судом или хозяйственным судом в соответствии с их компетенций, установленной законодательством Республики Беларусь.

Настоящие Правила вступают в силу с даты, указанной в лицензии на осуществление страховой деятельности для такой составляющей страховую деятельность работы и услуги как добровольное страхование от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу.

Приложение №1

СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ НА ВРЕМЯ ПОЕЗДКИ ЗА ГРАНИЦУ

Размер страховой премии определяется Страховщиком исходя из страховой суммы и страхового тарифа (базового тарифа, согласованного с органом, осуществляющим государственный надзор за страховой деятельностью, и применяемых к нему корректировочных коэффициентов, утвержденных Страховщиком).

**Базовые страховые тарифы по добровольному страхованию от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу
(денежных единиц иностранной валюты)**

Таблица №1

Период*	Страховая сумма (денежных единиц иностранной валюты)										
	1000	2000	3000	5000	10000	15000	20000	30000	50000	70000	90000
1-4 дня	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5-6 дней	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
7-8 дней	2	2	2	2	3	3	3	3	3	4	4
9 дней	3	3	3	3	4	4	4	4	4	5	5
10-11 дней	3	4	4	4	4	5	5	5	5	6	6
12 дней	3	4	4	4	4	5	5	5	6	6	7
13 дней	3	4	4	4	4	5	5	5	6	6	8

14-15 дней	4	4	5	5	5	6	6	6	7	7	9
16 дней	4	5	5	6	6	7	7	7	8	8	10
17 дней	4	5	5	6	6	7	7	7	8	8	11
18 дней	5	6	6	7	7	8	8	8	9	9	11
19-20 дней	5	6	6	7	7	8	8	9	9	10	12
21-22 день	6	6	7	7	8	8	9	10	10	11	13
23 дня	6	7	8	8	9	9	10	11	11	12	14
24-25 дня	7	8	8	9	10	10	11	12	12	13	15
26 дней	7	8	9	10	11	11	12	13	13	14	16
27-28 дней	8	9	9	11	11	12	13	14	14	15	17
29-30 дней	8	9	10	11	11	12	13	14	15	15	18
31 день	8	9	10	11	11	12	13	14	15	16	19
32 дня	9	10	11	11	12	13	14	15	16	17	20
33 дня	9	10	11	11	12	13	14	15	16	17	20
34 дня	9	10	11	12	12	13	14	15	16	17	21
35-36 дней	10	11	11	12	13	14	15	16	17	18	22
37-38 дней	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	23
39-40 дней	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	24
41-42 день	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	25
43-44 дня	12	13	14	15	16	17	18	19	20	22	26
45-46 дней	12	13	14	16	17	18	19	20	21	23	27
47 дней	13	14	15	16	18	19	20	21	22	24	28
48-49 дней	13	15	16	17	18	20	21	22	23	25	28
50-51 дней	14	15	17	18	19	21	22	23	24	26	29
52-54 дня	15	16	17	19	20	22	23	24	25	27	30
55-56 дней	15	17	18	20	21	23	24	25	26	28	32
57-59 дней	16	18	19	21	22	24	25	26	27	29	33
60-61 дней	17	18	20	21	23	24	26	27	28	30	34
62-63 дня	17	19	21	22	24	25	27	28	29	31	35
64-65 дня	18	20	21	23	25	26	28	29	30	32	36
66 дней	18	20	21	23	25	26	28	30	31	33	37
67-68 дней	19	20	22	24	26	27	29	31	32	34	38
69-70 дней	19	21	23	25	26	28	30	32	33	35	38
71-73 день	20	22	24	25	27	29	31	33	34	36	39
74-75 дня	20	22	24	26	28	30	32	34	35	37	40
76-77 дней	21	23	25	27	29	31	33	35	36	38	41
78-80 дней	21	23	25	27	29	31	33	35	37	39	42

81-82 день	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	43
83-84 дня	22	25	27	29	31	33	35	37	39	41	44
85-88 дней	23	25	27	30	32	34	36	38	40	42	45
89-91 дней	24	26	28	30	33	35	37	39	41	43	47
92-94 дня	24	27	29	31	33	36	38	40	43	45	48
95-97 дней	25	27	30	32	34	37	39	41	44	46	49
98-99 дней	26	28	30	33	35	38	40	42	45	47	50
100 дней	26	29	31	34	36	39	41	43	46	48	51
4 месяца/ 120 дней	29	32	35	38	40	43	46	49	52	53	55
5 месяцев/ 150 дней	35	39	42	45	48	52	55	58	62	65	68
6 месяцев/ 180 дней	39	43	46	50	54	57	61	65	68	72	74
7 месяцев/ 210 дней	42	46	50	54	58	62	66	70	74	78	80
8 месяцев/ 240 дней	45	50	54	58	62	67	71	75	80	84	86
9 месяцев/ 270 дней	48	53	57	62	66	71	75	80	84	89	90
10 месяцев/ 300 дней	49	54	59	63	68	72	77	82	86	91	95
11 месяцев/ 330 дней	51	56	61	66	70	75	80	85	90	94	99
1 год/ 365 дней	54	59	64	69	74	79	84	89	94	99	105

* - Период – продолжительность пребывания Застрахованного лица за границей