

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

(с изменениями и дополнениями, утвержденными Приказом ЗСАО «Ингосстрах» 13.07.2023 № 45 (вступили в силу 20.07.2023))

I. Общие положения

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.

1.2. Субъектами договора страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу (далее – договор страхования) выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель.

1.3. Страхователями по договору страхования могут быть:

- а) юридические лица;
- б) индивидуальные предприниматели;
- в) физические лица.

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

Застрахованное лицо - физическое лицо, названное в договоре страхования, чьи имущественные интересы являются объектом страхования.

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.

Выгодоприобретателем по договору страхования является лицо, которое произвело оплату медицинской или иной помощи, предусмотренной договором страхования, оказанной Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, или медицинское учреждение, оказавшее медицинскую помощь Застрахованному лицу за границей на территории, указанной в договоре страхования.

1.5. По договору страхования 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.

1.6. Страховщиком 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 пункте 1.7 настоящих Правил.

1.7. Договоры страхования в отношении лиц, указанных в пункте 1.6 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.

1.8. Действие договора страхования, заключенного на основании настоящих Правил не распространяется на территории стран общепризнанных вооруженных конфликтов, военных действий и мероприятий, гражданской войны.

1.9. Страховщик вправе заключать договоры страхования только при наличии договора с Сервисной службой (ассистансом) - организацией, которая на основании заключенного со Страховщиком договора является его представителем за границей, выступает гарантом обеспечения оплаты расходов по оказанию медицинской и иной помощи Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, осуществляет предоставление услуг Застрахованному лицу и оплату медицинской и (или) иной помощи на территории действия договора добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу.

1.10. Для целей настоящих Правил страхования применяются следующие термины:

активный отдых - вид отдыха, при котором Застрахованное лицо занимается активной деятельностью, требующей активной физической работы организма. К активным видам отдыха относятся: катание (езда) на водных мотоциклах, водных лыжах, развлечения на воде с использованием буксируемых надувных средств, посещение аквапарков и любых видов водных аттракционов, футбол/пляжный футбол, волейбол/пляжный волейбол, катание (езда) на велосипедах, катание (езда) на санях, коньках (в том числе роликовых), тюбинге, теннис, гольф, фитнес, занятия в тренажерном зале, верховая езда;

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

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

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

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

несчастный случай - внезапное, непредвиденное событие, произошедшее с Застрахованным лицом в период действия договора добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу, сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями здоровья, повлекшими расстройство здоровья или смерть Застрахованного лица;

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

скорая и неотложная медицинская помощь - комплекс медицинских услуг, оказываемых при острых нарушениях физического здоровья застрахованного лица, угрожающих его жизни или здоровью окружающих, а также когда состояние застрахованного лица требует срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах,

отравлениях, других неотложных состояниях и острых тяжелых заболеваниях) до устранения угрозы жизни, приведения застрахованного лица в транспортабельное состояние, позволяющее, при необходимости, проведение медицинской эвакуации;

хроническое заболевание - заболевание, характеризующееся установленным клиническим диагнозом, симптомы которого проявились и (или) в связи с которым имело место обращение застрахованного лица за медицинской помощью более двух раз в течение одного года до даты заключения договора страхования в соответствии с настоящими правилами;

экстремальный отдых - вид отдыха с повышенной степенью сложности и риска, связанный с большими физическими нагрузками и травматизмом, риском для жизни и здоровья. К экстремальным видам отдыха относятся: полеты на воздушном шаре, маунтинбайкинг, альпинизм, горные лыжи, сноубординг, скалолазание, спелеотуризм, страйкбол, треккинг, тарзанка, банджи-джампинг, вейкбординг, виндсерфинг, сёрфинг, кайтсёрфинг, дайвинг, парасейлинг, роупджампинг, сноу-кайкинг, эйрбординг, хелибординг, фристайл, прыжки с трамплина, сплав на байдарках (рафтинг, каякинг), подводная охота (рыбалка).

2. Объект страхования

2.1. Объектом добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу являются не противоречащие законодательству Республики Беларусь имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда жизни или здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни в период его пребывания за границей Республики Беларусь и понесенными в этой связи расходами, предусмотренными договором страхования в соответствии с настоящими правилами страхования.

3. Страховые случаи

3.1. Страховым случаем является предусмотренное в договоре добровольного страхования событие, произошедшее в период действия договора, при наступлении которого у страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю).

3.2. По договору добровольного страхования страховыми случаями признаются следующие события:

3.2.1. причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни во время поездки за границу;

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

3.3. При наступлении страхового случая возмещаются расходы Застрахованного лица (Выгодоприобретателя), связанные с:

3.3.1. оказанием Застрахованному лицу скорой и неотложной медицинской помощи (подпункт 4.1.1 пункта 4.1 настоящих Правил);

3.3.2. предоставлением Застрахованному лицу медико-транспортной помощи (подпункт 4.1.2 пункта 4.1 настоящих Правил);

3.3.3. со смертью Застрахованного лица (подпункт 4.1.3 пункта 4.1 настоящих Правил);

3.3.4. иными расходами, установленными настоящими правилами страхования (пункт 4.2 настоящих Правил).

Все расходы, подлежащие возмещению по договору страхования, должны подтверждаться документально.

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

3.4.1. самоубийством (покушением на самоубийство) Застрахованного лица, членовредительством;

3.4.2. стихийными бедствиями и их последствиями, эпидемиями, карантином, метеоусловиями, если на время отъезда Застрахованного лица известно об этом;

3.4.3. совершением Застрахованным лицом противоправного деяния, находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступлением события причинения вреда;

3.4.4. полетом Застрахованного лица на летательном аппарате, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;

3.4.5. народными волнениями, забастовками, восстаниями, мятежами, массовыми беспорядками, актами терроризма, диверсиями и их последствиями;

3.4.6. службой Застрахованного лица в любых вооруженных силах и формированиях;

3.4.7. работой Застрахованного лица по найму (трудовому договору, контракту, гражданско-правовому договору), если договором страхования

не предусмотрено иное с применением при расчете страховой премии соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика;

3.4.8. участием Застрахованного лица в любых соревнованиях, спортивных сборах по любому виду спорта, либо в ходе занятия активными видами отдыха или экстремальными видами отдыха, если договором страхования не предусмотрено иное с применением при расчете страховой премии соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика;

3.4.9. 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, а также при страховании по Варианту «Престиж»);

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

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

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

3.4.13. 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 транспортном средстве, которым управляло лицо, не имеющее права на управление данным транспортным средством, или находящееся под воздействием алкоголя, наркотических или токсических веществ;

3.4.14. управлением моторными транспортными средствами (за исключением автомобиля) и/или ездой на моторных транспортных средствах (за исключением автомобиля) в качестве пассажира;

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

3.4.16. заболеваниями крови;

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

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

3.4.19. передозировкой лекарственных средств.

3.5. События, указанные в пункте 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, синдрома зависимости от алкоголя (алкоголизм), наркотических средств и психотропных веществ, их аналогов (наркомания), токсических или других одурманивающих веществ (токсикомания), а также абстинентного синдрома (синдрома отмены алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ), кроме случаев, когда несчастный случай с Застрахованным лицом произошел по вине третьих лиц (наличие признаков употребления Застрахованным лицом алкогольсодержащих, наркотических, токсических средств, наличие синдрома зависимости от алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, их аналогов, а также абстинентного синдрома 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 следующие расходы:

4.1.1. расходы, связанные с оказанием Застрахованному лицу скорой и неотложной медицинской помощи:

4.1.1.1. 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);

4.1.1.2. по стационарному лечению (экстренная госпитализация):

а) 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;

б) по согласованию со Страховщиком:

расходы на госпитализацию до полного выздоровления Застрахованного лица;

4.1.2. расходы, связанные с предоставлением Застрахованному лицу медико-транспортной помощи:

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);

по медицинской репатриации: расходы, связанные с возвращением Застрахованного лица из-за границы к месту постоянного проживания с целью продолжения стационарного или амбулаторного 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;

4.1.3. расходы, связанные со смертью Застрахованного лица:

по посмертной репатриации тела: расходы, связанные с организацией и проведением 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).

Если размер расходов, понесенных в результате наступления страхового случая, превышает страховую сумму, установленную в отношении Застрахованного лица, то в первую очередь оплачиваются расходы, связанные с оказанием Застрахованному лицу скорой и неотложной медицинской помощи, а затем поочередно расходы, связанные с предоставлением Застрахованному лицу медико-транспортной помощи, расходы, связанные со смертью Застрахованного лица, в пределах его страховой суммы.

4.2. При наступлении страхового случая Страховщик дополнительно (с учетом условий, установленных пунктом 4.5 настоящих Правил, при заключении договора страхования по вариантам «Стандарт» или «Престиж») возмещает следующие расходы (дополнительные расходы):

4.2.1. 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;

4.2.2. 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;

4.2.3. расходы на оказание экстренной стоматологической помощи;

4.2.4. расходы, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно, в том числе расходы на предварительно согласованный со Страховщиком перевод с иностранных языков документов, связанных со страховым случаем.

4.3. Все расходы, указанные в пунктах 4.1 и 4.2, должны быть подтверждены соответствующими документами (пункт 12.4 настоящих Правил).

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

4.5. По соглашению сторон договор страхования может быть заключен по указанным в этом договоре вариантам «Стандарт» или «Престиж», согласно которым производится оплата указанных в пунктах 4.1 и 4.2 настоящих Правил расходов, вызванных наступлением страхового случая:

4.5.1. по Варианту «Стандарт» покрываются расходы, указанные в пунктах 4.1 и 4.2 настоящих Правил:

расходы, связанные с оказанием Застрахованному лицу скорой и неотложной медицинской помощи (подпункт 4.1.1 пункта 4.1 настоящих Правил) - в пределах страховой суммы, установленной в договоре страхования на Застрахованное лицо;

расходы, связанные с предоставлением Застрахованному лицу медико-транспортной помощи, а также расходы, связанные со смертью Застрахованного лица (подпункты 4.1.2 и 4.1.3 пункта 4.1 настоящих Правил) – в пределах страховой суммы, установленной в договоре страхования на Застрахованное лицо;

дополнительные расходы (пункт 4.2 настоящих Правил):

расходы Страхователя на исходящую телекоммуникационную связь (подпункт 4.2.1 пункта 4.2 настоящих Правил) - в размере не

превышающем 20 денежных единиц иностранной валюты в зависимости от валюты страховой суммы;

расходы по возвращению в страну постоянного проживания несовершеннолетних детей Застрахованного лица (подпункт 4.2.2 пункта 4.2 настоящих Правил) - в размере, не превышающем 5% от страховой суммы, установленной в договоре страхования на Застрахованное лицо;

расходы на оказание экстренной стоматологической помощи (подпункт 4.2.3 пункта 4.2 настоящих Правил) за весь период действия договора страхования - в размере не превышающем 100 денежных единиц иностранной валюты в зависимости от валюты страховой суммы;

расходы, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно (подпункт 4.2.4 пункта 4.2 настоящих Правил), в том числе расходы на предварительно согласованный со Страховщиком перевод документов, связанных со страховым случаем, с немецкого, английского, французского, итальянского, испанского языков - в размере не превышающем 500 денежных единиц иностранной валюты в зависимости от валюты страховой суммы;

4.5.2. по Варианту «Престиж» покрываются расходы, указанные в пунктах 4.1 и 4.2 настоящих Правил:

расходы, связанные с оказанием Застрахованному лицу скорой и неотложной медицинской помощи (подпункт 4.1.1 пункта 4.1 настоящих Правил) - в пределах страховой суммы, установленной в договоре страхования на Застрахованное лицо;

расходы, связанные с предоставлением Застрахованному лицу медико-транспортной помощи, а также расходы, связанные со смертью Застрахованного лица (подпункты 4.1.2 и 4.1.3 пункта 4.1 настоящих Правил) – в пределах страховой суммы, установленной в договоре страхования на Застрахованное лицо;

дополнительные расходы (пункт 4.2 настоящих Правил):

расходы Страхователя на исходящую телекоммуникационную связь (подпункт 4.2.1 пункта 4.2 настоящих Правил) - в размере не превышающем 50 денежных единиц иностранной валюты в зависимости от валюты страховой суммы;

расходы по возвращению в страну постоянного проживания несовершеннолетних детей Застрахованного лица (подпункт 4.2.2 пункта 4.2 настоящих Правил) - в размере, не превышающем 10% от страховой суммы, установленной в договоре страхования на Застрахованное лицо;

расходы на оказание экстренной стоматологической помощи

(подпункт 4.2.3 пункта 4.2 настоящих Правил) за весь период действия договора страхования - в размере не превышающем 150 денежных единиц иностранной валюты в зависимости от валюты страховой суммы;

расходы, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно (подпункт 4.2.4 пункта 4.2 настоящих Правил), в том числе расходы на предварительно согласованный со Страховщиком перевод документов, связанных со страховым случаем, с любых языков - в размере не превышающем 1000 денежных единиц иностранной валюты в зависимости от валюты страховой суммы.

4.6. Дополнительно к вариантам «Стандарт» или «Престиж» по соглашению сторон в договор страхования может включаться вариант «D» или вариант «E», 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.

При заключении договора страхования по варианту «D» или варианту «E», кроме возмещения расходов, предусмотренных пунктами 4.1 и 4.2 настоящих Правил, Страховщиком дополнительно производится выплата страхового обеспечения, на условиях, предусмотренных пунктом 12.8 настоящих Правил.

4.7. Страховщиком в соответствии с условиями настоящих Правил на основании вариантов «Стандарт» либо «Престиж» могут быть разработаны определенные программы страхования, в которых Страховщиком могут быть определены размер страховой суммы, размер страхового тарифа и иные условия договора страхования, которые утверждаются локальным правовым актом Страховщика.

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 аборт и миниаборт, 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;

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, пользованием

интернет-услугами, предоставлением услуг парикмахера, массажиста, косметолога и т.п.;

5.1.14. на лечение травм и болезней, возникших после окончания срока действия договора страхования (срока пребывания за границей);

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 «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 Сервисной службы (ассистанса) (за исключением случаев, указанных в абзаце «а») подпункта 4.1.1.2 пункта 4.1.1 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 пункте 5.1 настоящих Правил, по Варианту «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, кишечнополостных, кроме расходов по оказанию скорой и неотложной медицинской 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 по вариантам «Стандарт» или «Престиж» страхования страховая сумма устанавливается по соглашению сторон в иностранной валюте в соответствии с Приложением к настоящим Правилам.

По Варианту «D» страховая сумма устанавливается в размере 3000 денежных единиц, определяемой в валюте страховой суммы, установленной по вариантам «Стандарт» или «Престиж».

По Варианту «Е» страховая сумма устанавливается в размере 5000 денежных единиц, определяемой в валюте страховой суммы, установленной по вариантам «Стандарт» или «Престиж».

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

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

6.4. При страховании группы лиц устанавливаются страховая сумма на каждое Застрахованное лицо и общая страховая сумма по договору.

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.

7. Страховая премия и порядок ее уплаты

7.1. 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 утвержденных локальным правовым актом Страховщика базового страхового тарифа (Приложение к настоящим Правилам) и применяемых к нему корректировочных коэффициентов. 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.

8. Основание для заключения Договора страхования

8.1. Договор страхования заключается в письменной форме на основании устного или письменного заявления Страхователя на условиях Правил страхования, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования.

Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

Основанием для заключения договора страхования со Страхователем - физическим лицом является устное заявление.

Договор страхования со Страхователем - юридическим лицом заключается на основании письменного заявления Страхователя, составленного по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика (далее – заявление о страховании).

Страхователь - юридическое лицо обязан по требованию Страховщика к заявлению о страховании приложить документы (их копии), необходимые для заключения договора страхования и определения страхового риска.

Письменное заявление о страховании со всеми прилагаемыми к нему документами является неотъемлемой частью договора страхования.

Ответственность за достоверность предоставленной информации, содержащейся в заявлении о страховании, несет Страхователь.

8.2. В заявлении о страховании 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. группа стран (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, номер 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 (страховом полисе) на основании письменного заявления Страхователя - юридического лица и устного заявления Страхователя – физического лица.

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

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в части первой настоящего пункта, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 180 Гражданского кодекса Республики Беларусь. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

8.5. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно, но не позднее 3 рабочих дней, со дня, когда ему стало известно, сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

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

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

Дополнительная страховая премия рассчитывается по следующей формуле:

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

ДП – дополнительная страховая премия;

Z1 – страховая премия на момент заключения договора страхования;

Z2 – страховая премия на момент увеличения страхового риска;

n – количество дней, оставшихся до окончания срока действия договора страхования (срока пребывания – пункт 9.3 настоящих Правил) с момента увеличения страхового риска;

t – срок действия договора страхования в днях (срок пребывания – пункт 9.3 настоящих Правил);

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

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

8.6. При неисполнении Страхователем обязанности, предусмотренной частью первой пункта 8.5 настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора. В этом случае договор страхования расторгается с момента увеличения страхового риска.

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

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

8.9. Договор страхования может быть заключен путем составления одного текстового документа (включая документ в электронном виде (в том числе электронный документ) или путем обмена текстовыми документами, которые подписаны сторонами собственноручно либо с использованием средств связи и иных технических средств, компьютерных программ, информационных систем или информационных сетей, если такой способ подписания позволяет достоверно установить, что соответствующий текстовый документ подписан сторонами по договору (факсимильное воспроизведение собственноручной подписи с помощью средств механического или другого копирования, электронная цифровая подпись или другой аналог собственноручной подписи, обеспечивающий идентификацию стороны по договору) и не противоречит законодательству и соглашению сторон.

Договор страхования может быть заключен путем вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного ими.

Договор страхования может заключаться в письменной форме способами, предусмотренными действующим законодательством Республики Беларусь, в электронном виде через официальный сайт в сети Интернет: Страховщика или организации, заключающей договор страхования от имени Страховщика и имеющей право в соответствии с законодательством проводить идентификацию обратившихся к ней Страхователей (Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей), их представителей без личного присутствия указанных лиц.

Страховой полис подписывается Страховщиком и Страхователем при заключении договора страхования на основании устного заявления Страхователя. При заключении договора страхования на основании письменного заявления Страхователя страховой полис может быть подписан только Страховщиком.

К договору страхования должны прилагаться Правила страхования, что удостоверяется записью в этом договоре страхования (страховом полисе).

Условия, содержащиеся в Правилах страхования, в том числе не включенные в текст договора страхования (страхового полиса),

обязательны для Страховщика и Страхователя, Застрахованного лица или Выгодоприобретателя.

Изменения и (или) дополнения в договор страхования оформляются путем заключения договора о внесении изменения и (или) дополнения в договор страхования. Договор о внесении изменения и (или) дополнения в договор страхования подписывается Страховщиком и Страхователем и после подписания является неотъемлемой частью договора страхования. Подписывая договор страхования, Страхователь соглашается и подтверждает, что: согласие Страхователя и Застрахованных лиц на поиск, получение, передачу, сбор, обработку, накопление, хранение, распространение и (или) предоставление, а также использование персональных данных в целях исполнения договора страхования и действующего законодательства (в том числе законодательства о предотвращении легализации доходов, полученных преступным путем, финансирования террористической деятельности и финансирования распространения оружия массового поражения (ПОД/ФТ)) предоставлено Страховщику; если Страхователь или Застрахованные лица согласно действующему законодательству являются (окажутся в будущем) публичными должностными лицами, они обязуются незамедлительно письменно сообщить об этом Страховщику.

Официальный сайт Страховщика www.ingos.by может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, в том числе для направления информации, связанной с сопровождением действующего договора страхования, в том числе для направления сообщения о страховом случае, информирования о стадии и результатах рассмотрения заявления о страховой выплате, включая сведения об осуществлении страховой выплаты.

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

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

8.12. 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 Республики Беларусь, но не ранее начала срока действия договора страхования и прекращается при возвращении из поездки в момент въезда Застрахованного лица на территорию Республики Беларусь, но не позднее 24.00. часов дня окончания действия договора страхования, указанного в договоре страхования (страховом полисе).

9.2. Договор страхования заключается на срок от одного дня до трех лет включительно.

9.3. Договор страхования может быть заключен с условием ограничения общего количества дней пребывания Застрахованного лица за границей Республики Беларусь 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 к настоящим Правилам. За события причинения вреда, произошедшие в период, превышающий указанное количество дней пребывания Застрахованного лица за границей Республики Беларусь Страховщик ответственности не несет.

9.4. Договор страхования (страховой полис) вручается Страхователю не позднее 5 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.

При утрате договора страхования в период его действия Страхователю на основании письменного заявления выдается копия договора страхования. После выдачи копии договора страхования утраченный экземпляр договора страхования считается недействительным и никаких выплат по нему не производится.

9.5. Договор страхования не действует на территории:

Республики Беларусь;

страны, гражданином которой является либо в которой имеет вид на жительство Застрахованное лицо;

страны постоянного проживания Застрахованного лица, если договором страхования не предусмотрено иное с применением соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом Страховщика.

Страна постоянного проживания – страна (страны, въезд в которые осуществляется на основании единой визы, в том числе страны Шенгенской зоны), в которой (которых) Застрахованное лицо фактически непрерывно проживает на протяжении срока 90 дней и более.

Территория действия договора страхования указывается в договоре страхования (страховом полисе).

9.6. Договор страхования действует за пределами Республики Беларусь только на территории страны или стран (групп стран), указанных в договоре страхования (страховом полисе) как страна (страны) пребывания, а также транзитных стран, находящихся на пути следования в страну (группы стран) пребывания и обратно, за исключением стран на территории которых, согласно пункту 1.8 настоящих Правил, действие договора страхования не распространяется.

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, прекращения 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, в частности, смерти Застрахованного лица по причинам иным, чем страховой случай – подпункт 3.2.2 пункта 3.2 настоящих Правил; отказа в выдаче визы; аннулирования визы; невозможности выезда за границу в сроки, указанные в договоре страхования по уважительным причинам (болезнь Застрахованного лица или близкого родственника, призыв на срочную военную службу, срочная командировка, результат противоправных действий третьих лиц по отношению к здоровью, имуществу Застрахованного лица, которое требует его нахождения на территории Республики Беларусь), подтвержденным документально; окончания срока действия визы при отсутствии в паспорте отметки о выезде за границу;

10.1.5. по соглашению Страхователя и Страховщика, оформленному в письменном виде. Стороны договора страхования 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 подпункте 10.1.4 пункта 10.1 настоящих Правил;

10.1.7. отказа Страхователя в любое время от договора страхования до вступления его в силу. При этом уплаченная страховая премия подлежит возврату только в случае представления Страхователем оригинала паспорта, договора страхования (страхового полиса) и заявления;

10.1.8. по инициативе Страховщика (в случаях, предусмотренных пунктами 8.5 и 8.6 настоящих Правил).

10.2. В случаях, предусмотренных подпунктами 10.1.3, 10.1.4 и 10.1.5 пункта 10.1 настоящих Правил, Страховщик возвращает Страхователю (наследникам в случае прекращения договора в связи со смертью Страхователя-физического лица – подпункт 10.1.3 пункта 10.1 настоящих Правил) часть страховой премии за неоконченный срок действия страхования.

При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с подпунктами 10.1.3, 10.1.4 и 10.1.5 пункта 10.1 настоящих Правил Страхователь (Застрахованное лицо) обязан представить Страховщику

заявление с указанием причины прекращения договора страхования, копии страниц паспорта, экземпляр договора страхования. Возврат части страховой премии производится в течение 5 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, а при прекращении договора страхования в случае смерти Страхователя - физического лица - со дня получения Страховщиком заявления законного наследника Страхователя и документов, подтверждающих право наследования.

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

Страховщик не рассматривает заявления Страхователя о возврате части страховой премии, поданные после окончания срока действия договора страхования, страховая премия в этом случае возврату не подлежит.

При отказе Страхователя от договора страхования (подпункт 10.1.6 пункта 10.1 настоящих Правил), уплаченная страховая премия возврату Страхователю не подлежит.

При отказе Страхователя от договора страхования (подпункт 10.1.7 пункта 10.1 настоящих Правил), уплаченная им при заключении договора страхования страховая премия подлежит возврату в полном размере только в случае представления Страхователем оригинала паспорта, договора страхования (страхового полиса) и заявления.

При досрочном прекращении договора страхования согласно подпункту 10.1.8 пункта 10.1 настоящих Правил страховая премия (ее часть) возврату 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. Если Застрахованным лицом является несовершеннолетний, права и обязанности Страхователя (в случае его смерти) переходят к законному представителю Застрахованного лица.

10.5. В случае прекращения договора страхования по основанию, предусмотренному подпунктом 10.1.2 пункта 10.1 настоящих Правил, договор считается прекращенным с даты осуществления страховой выплаты.

10.6. В случае прекращения договора страхования по основаниям, предусмотренным подпунктом 10.1.3 пункта 10.1 настоящих Правил, договор считается прекращенным с даты ликвидации Страхователя – юридического лица, прекращения деятельности Страхователя – индивидуального предпринимателя, смерти Страхователя - физического лица.

10.7. В случае прекращения договора страхования по основанию, предусмотренному подпунктом 10.1.4 пункта 10.1 настоящих Правил, договор считается прекращенным с даты, когда Страховщик был уведомлен об обстоятельствах невозможности наступления страхового случая.

10.8. В случае прекращения договора страхования по основанию, предусмотренному подпунктом 10.1.5 пункта 10.1 настоящих Правил, договор считается прекращенным с даты, установленной соглашением сторон, с оформлением письменного соглашения в течение 3 рабочих дней, следующих за днем получения письменного уведомления Страхователя.

10.9. В случае прекращения договора страхования по основаниям, предусмотренным подпунктами 10.1.6 и 10.1.7 пункта 10.1 настоящих Правил, договор считается прекращенным с даты, получения письменного уведомления Страхователя.

10.10. В случае прекращения договора страхования по основаниям, предусмотренным подпунктом 10.1.8 пункта 10.1 настоящих Правил, договор прекращается в сроки, предусмотренные пунктами 8.5 и 8.6 настоящих Правил.

10.11. Расчет части страховой премии, подлежащей возврату при досрочном прекращении договора страхования, производится в валюте страховой суммы по договору страхования, если иное не предусмотрено

соглашением между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем) и не противоречит законодательству.

Возврат части страховой премии производится в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день прекращения договора страхования, если иное не предусмотрено соглашением между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем) и не противоречит законодательству.

10.12. По соглашению сторон договора страхования, на основании письменного заявления Страхователя, подлежащая возврату часть страховой премии при расторжении договора страхования может быть направлена в течение 5 календарных дней на оплату вновь заключаемого со Страховщиком договора страхования или в счет уплаты очередной части страховой премии по действующему договору по иному виду страхования.

10.13. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с подпунктами 10.1.3, 10.1.4 и 10.1.5 пункта 10.1 настоящих Правил Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

Расчет суммы возврата части страховой премии производится по формуле:

$R_{\text{возв}} = R_{\text{упл}} \times (1 - M/N)$, где

$R_{\text{возв}}$ – часть страховой премии, подлежащая возврату, выраженная в валюте страховой суммы;

$R_{\text{упл}}$ – страховая премия, уплаченная Страхователем, выраженная в валюте страховой суммы;

N – срок действия договора страхования (срок пребывания за границей), указанный в договоре страхования, в календарных днях;

M – срок пребывания Застрахованного лица на территории действия договора страхования, в календарных днях.

Срок пребывания Застрахованного лица на территории действия договора страхования определяется следующим образом:

если в территорию действия договора страхования входят только страны, при въезде в которые и выезде из которых делаются отметки в паспорте или ином документе Застрахованного лица, дающем право на пересечение границы, – по отметкам (штампам) пограничных служб;

если в территорию действия договора страхования входят страны, при пересечении границ которых в паспорте или ином документе

Застрахованного лица, дающем право на пересечение границы, не делаются отметки о ее пересечении:

как разница между датой начала действия договора страхования и датой подачи заявления о расторжении договора страхования – в случае отсутствия документов, подтверждающих нахождение Застрахованного лица вне территории действия договора страхования в период действия договора страхования;

как разница между сроком страхования и документально подтвержденным сроком нахождения Застрахованного лица вне территории действия договора страхования. Документами, подтверждающими нахождение Застрахованного лица вне территории действия договора страхования, могут служить проездные документы, листы временной нетрудоспособности, путевые листы, командировочные удостоверения и т.п.

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 подпунктами 10.1.6, 10.1.7 пункта 10.1 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 путем обмена документами посредством почтовой,

электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от стороны по договору);

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 составление Акта о страховом случае по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика (далее – Акт о страховом случае), и соответственно 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 возратить 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.

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 - Сервисной службе (ассистансу) 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 35 (тридцати пяти) 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. Возмещение расходов, указанных в пункте 4.1 настоящих Правил, при признании случая страховым, осуществляется Страховщиком путем перечисления денежных сумм зарубежному партнеру, оказывающему услуги медицинского ассистанса и иные услуги 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.).

12.3. Страховщик возмещает понесенные при наступлении страхового случая Застрахованным лицом (его Представителем, Доверенным лицом) расходы, указанные в пункте 4.2 настоящих Правил, на основании документов, указанных в пункте 12.4 настоящих Правил, в

пределах сумм, оговоренных в указанном в договоре страхования варианте страхования «Стандарт» или «Престиж» (пункт 4.5 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.

12.4. 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 представлением для обозрения документов удостоверяющих (подтверждающих) личность и приложением следующих документов:

12.4.1. 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;

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

12.4.3. 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;

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

12.5. По заявлению Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) о выплате страхового обеспечения составляется Акт о страховом случае в течение 5 (пяти) рабочих дней после поступления Страховщику от Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) надлежаще оформленных документов, перечисленных в пунктах 12.4 и 12.9 настоящих Правил.

12.6. Выплата страхового обеспечения Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) производится в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня составления Акта о страховом случае.

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.

12.7. 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.

12.8. В случае, если в договор страхования включен Вариант «D» или «E», кроме возмещения расходов, предусмотренных пунктами 4.1 и 4.2 настоящих Правил, при наступлении в течение действия страхования несчастного случая, дополнительно производится выплата непосредственно Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю):

12.8.1. 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, и не может превышать соответственно по Варианту «D» - 1 500 денежных единиц иностранной валюты, по Варианту «E» - 2 500 денежных единиц иностранной валюты;

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

при установлении Застрахованному лицу инвалидности I группы: по Варианту «D» - 3000 денежных единиц иностранной валюты, по Варианту «E» - 5000 денежных единиц иностранной валюты;

при установлении Застрахованному лицу инвалидности II группы: по Варианту «D» - 2 250 денежных единиц иностранной валюты, по Варианту «E» - 3 750 денежных единиц иностранной валюты;

при установлении Застрахованному лицу инвалидности III группы: по Варианту «D» - 1 500 денежных единиц иностранной валюты, по Варианту «E» - 2 500 денежных единиц иностранной валюты.

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;

12.8.3. в случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая - в размере страховой суммы, установленной по вариантам «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.

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

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

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

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

12.9.4. при наступлении страхового случая в результате транспортного происшествия – справки компетентных органов об обстоятельствах происшествия.

12.10. 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.

12.11. Страховое обеспечение не подлежит выплате в случаях, если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) создал препятствия Страховщику в определении обстоятельств, характера и размера вреда, в том числе не предъявив соответствующие документы по запросу Страховщика, или предъявив документы с заведомо ложной информацией, не предоставил документы в соответствии с пунктами 12.4 и 12.9 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), за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

13.2. Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения по договору страхования, если Страхователь (Застрахованное лицо) не исполнил возложенной на него обязанности, определенной в пункте 12.1 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.».

II. Настоящие Изменения и дополнения в Правила вступают в силу с 20 июля 2023 г.

Договоры страхования, заключенные до вступления в силу настоящих Изменений и дополнений, продолжают действовать до конца срока их действия на тех условиях, на которых они были заключены, если сторонами не будет достигнуто соглашение о внесении соответствующих изменений в договор страхования.

Приложение
к Правилам № 002 добровольного
страхования от несчастных случаев
и болезней на время поездки за
границу

БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ НА ВРЕМЯ ПОЕЗДКИ ЗА ГРАНИЦУ (денежных единиц иностранной валюты)

Период*	Страховая сумма (денежных единиц иностранной валюты)								
	20000**	30000	40000	50000	60000	70000	80000	90000	100000
1-3 дня	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4-6 дней	3	3	3	3	3	3	3	3	3
7-9 дней	4	4	5	5	5	5	5	5	5
10-12 дней	6	6	6	6	7	7	7	7	7

13-15 дней	7	8	8	8	8	8	9	9	9
16-18 дней	9	9	9	10	10	10	11	11	11
19-21 день	10	11	11	11	12	12	12	13	13
22-24 дня	12	12	13	13	13	14	14	14	15
25-27 дней	13	14	14	14	15	15	16	16	17
28-30 дней	14	15	16	16	16	17	17	18	18
31-33 дня	16	17	17	17	18	18	19	20	20
34-36 дней	17	18	18	19	19	20	21	21	22
37-39 дней	18	19	20	20	21	21	22	23	23
40-42 дня	20	21	21	22	22	23	24	25	25
43-45 дней	21	22	23	23	24	24	25	26	27
46-48 дней	22	23	24	25	25	26	27	28	28
49-51 день	23	25	25	26	27	27	28	29	30
52-54 дня	25	26	27	27	28	29	30	31	31
55-57 дней	26	27	28	29	30	30	31	32	33
58-60 дней	27	28	29	30	31	32	33	34	35
61-63 дня	28	30	31	31	32	33	34	35	36
64-66 дней	29	31	32	33	33	34	35	36	37
67-69 дней	30	32	33	34	35	36	37	38	39
70-72 дня	31	33	34	35	36	37	38	39	40
73-75 дней	32	34	35	36	37	38	39	41	42
76-78 дней	34	35	36	37	38	39	41	42	43
79-81 день	35	36	38	39	40	41	42	43	44
82-84 дня	36	38	39	40	41	42	43	45	46
85-87 дней	37	39	40	41	42	43	45	46	47
88-90 дней	38	40	41	42	43	44	46	47	48
91-93 дня	39	41	42	43	44	45	47	48	49
94-96 дней	40	42	43	44	45	46	48	49	51
97-99 дней	40	43	44	45	46	47	49	51	52
100 дней	41	43	45	46	47	48	50	51	53
4 месяца/ 120 дней	47	49	51	52	54	55	57	59	60
5 месяцев/ 150 дней	55	58	59	61	63	64	66	68	70
6 месяцев/ 180 дней	61	64	66	68	70	72	74	76	78
7 месяцев/ 210 дней	67	70	72	74	76	78	81	83	85
8 месяцев/ 240 дней	71	75	77	80	82	84	87	89	91

9 месяцев/ 270 дней	75	79	82	84	86	88	91	94	96
10 месяцев/ 300 дней	79	83	85	88	90	92	96	98	101
11 месяцев/ 330 дней	81	86	89	91	93	95	99	102	104
1 год/ 365 дней	84	89	92	94	97	99	102	105	108

* Период – продолжительность пребывания Застрахованного лица за границей

** Для договоров страхования с территорией действия Российская Федерация