

СОВМЕСТНОЕ БЕЛОРУССКО-АВСТРИЙСКОЕ ЗАКРЫТОЕ  
АКЦИОНЕРНОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО "КУПАЛА"

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор  
СБА ЗАСО «КУПАЛА»

\_\_\_\_\_ В.С. Новик

29 марта 2012 года

**ПРАВИЛА № 11**  
**ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ**  
**СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ НА ВРЕМЯ ПОЕЗДКИ ЗА ГРАНИЦУ.**

**Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь Совместное белорусско-австрийское закрытое акционерное страховое общество «Купала» (далее по тексту - Страховщик) заключает со Страхователями договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу на условиях настоящих Правил добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу (далее по тексту - Правила).

По договору добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу одна сторона (Страховщик) обязуется при наступлении предусмотренного договором события (страхового случая) возместить другой стороне (Страхователю) или Застрахованному лицу или Выгодоприобретателю, в пользу которого заключен договор страхования, причиненный вследствие этого события ущерб застрахованным по договору имущественным интересам (произвести страховую выплату в виде страхового обеспечения) в пределах определенной договором суммы (страховой суммы), а другая сторона (Страхователь) обязуется уплатить обусловленную договором страховую премию.

Заключение договоров страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу осуществляется на условиях настоящих Правил в соответствии с программами страхования "А" (Эконом), "В" (Стандарт), "С" (Престиж), "D" (VIP) и "Е" (Граница).

1.2. Субъектами страхования являются - Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель.

1.3. Страхователями могут быть юридические лица независимо от организационно правовой формы, индивидуальные предприниматели, а также дееспособные физические лица, в том числе иностранные граждане и лица без гражданства, заключившие со Страховщиком договор страхования и уплатившие (уплачивающие) по нему страховую премию.

1.4. Застрахованными лицами могут быть физические лица, в пользу которых заключен договор страхования, чьи имущественные интересы связаны с причинением вреда жизни и здоровью, а именно расходов на оказание скорой и неотложной медицинской помощи вследствие несчастного случая или болезни во время поездки за границу.

1.5. Выгодоприобретатель - лицо, которое в соответствии с условиями договора страхования произвело оплату медицинской или иной помощи, оказанной Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

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

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.

1.7. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

**несчастный случай** - внезапное, непредвиденное внешнее воздействие на организм Застрахованного лица, сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями, повлекшими причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, следствием которых становится временное расстройство здоровья или постоянное расстройство здоровья (инвалидность) Застрахованного лица, либо его смерть;

**болезнь** – внезапное ухудшение состояния здоровья (с выраженными клиническими проявлениями), угрожающее жизни Застрахованного лица серьезным нарушением функций организма, серьезной постоянной дисфункцией какого-либо органа, требующее оказания (по медицинским показаниям и до возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания) скорой и неотложной медицинской помощи;

**хроническое заболевание** - это заболевание, протекающее длительно с периодическими обострениями, медленно развивающееся;

иногда тяжелое острое заболевание, которое заканчивается не выздоровлением, а переходом в хроническую форму. Хроническим может быть признано заболевание независимо от того, осуществлялось лечение и/или диагностика или нет;

**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 транспортировки. При этом лечение хронических заболеваний не квалифицируется как состояние организма застрахованного лица, требующее оказания скорой неотложной медицинской помощи.

**медико-транспортная помощь** — транспортировка пациента до больницы, перевозка из одной больницы в другую, при необходимости — транспортировка Застрахованного лица до места его постоянного проживания или до ближайшего к месту проживания медицинского учреждения в сочетании с оказанием ему (при наличии показаний) медицинской помощи в пути следования;

**юридическая помощь** - услуги, оказываемые организациями или лицами (адвокатами) на профессиональной основе, имеющими соответствующее разрешение на такого рода деятельность, в случае предъявления Застрахованному лицу претензий в соответствии с действующим уголовным, административным или гражданским законодательством страны пребывания Застрахованного лица в результате причинения вреда его здоровью в связи с болезнью или несчастным случаем. При этом страхованию подлежит не гражданская ответственность Застрахованного лица, а только услуги адвоката по защите его интересов в связи с предъявленными претензиями при условии, что необходимость в оказании услуг адвоката связана с обнаружившейся у Застрахованного лица болезнью или произошедшим несчастным случаем;

**медицинское учреждение** - медицинское учреждение или врач, имеющие специальное разрешение (лицензию), полученное в соответствии с требованиями законодательства страны, где производится оказание скорой и неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу;

**ассистанс** - организация, являющаяся сервисной службой, которая на

основании заключенного со Страховщиком договора представляет его интересы за рубежом, организует и оплачивает медицинскую и иную помощь на территории действия договора страхования;

**третье лицо** - физическое или юридическое лицо, не являющееся Страховщиком, Страхователем, Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом.

**близкие родственники** - супруг (супруга), родители, дети, родные братья и сестры, дед, бабушка и внуки.

## **Глава 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.**

2.1. Объектом страхования является 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.

## **Глава 3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. РАСХОДЫ, НЕ ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ.**

3.1. Страховым случаем признается событие, произошедшее в период действия договора страхования во время пребывания Застрахованного лица за границей Республики Беларусь, повлекшее расстройство здоровья Застрахованного лица, либо его смерть в результате несчастного случая или болезни, потребовавшее оказания скорой и неотложной медицинской, медико-транспортной помощи, а также понесение расходов указанных в п.п. 3.1.1., в результате которого у Страховщика возникла обязанность выплаты страхового обеспечения.

3.1.1. Расходы, возмещаемые Страховщиком в зависимости от Программ страхования:

- на юридическую помощь;
- по переводу документов, связанных со страховым случаем;
- на исходящую телекоммуникационную связь со Страховщиком (ассистансом) в связи с имевшим место страховым случаем при предоставлении соответствующего счета с полной расшифровкой;
- по возвращению в страну постоянного проживания несовершеннолетних детей и недееспособных (ограниченно дееспособных) взрослых членов семьи Застрахованного лица (в соответствии с п.п. 4.1.4.);

- на проезд медицинского персонала, либо одного сопровождающего лица, при условии, что ни один из совершеннолетних членов семьи не сопровождал Застрахованное лицо в зарубежной поездке.

3.2. Не признается страховым случаем расстройство здоровья Застрахованного лица, либо его смерть в результате:

3.2.1. несчастного случая и (или) болезни, наступивших с лицом, находившемся в состоянии наркотического и (или) токсического опьянения, либо являющиеся следствием наркотического и (или) токсического опьянения, отравления;

3.2.2. несчастного случая и (или) болезни (состояния), являющихся осложнением и (или) обострением заболевания или травмы, имевших место до вступления договора страхования в силу.

Несчастного случая и (или) болезни (состояния), являющихся осложнением либо следствием: лечения, хирургического вмешательства по поводу заболевания или травмы, имевших место до вступления договора страхования в силу;

3.2.3. самоубийства (покушения на самоубийство), членовредительства;

3.2.4. психического заболевания и (или) его осложнения, а также различных травм и соматических заболеваний, возникших в результате либо в связи с заболеваниями психической природы, в том числе в результате эпилептических припадков;

3.2.5. ВИЧ-Инфекции и (или) СПИДа, любых заболеваний, вызванных их осложнениями, а также приобретенного иммунодефицита неясного генеза;

3.2.6. заболевания и (или) инфекции, передающихся половым путем, их осложнений и диагностики, а так же заболеваний, являющихся их следствием;

3.2.7. онкологических заболеваний, а также их осложнений;

3.2.8. болезни и несчастных случаев, произошедших при выполнении работ, являющихся основной целью заграничной поездки Застрахованного лица по найму у заграничного работодателя, на которого в соответствии с условиями найма возложена обязанность оплаты медицинских расходов на оказание медицинской помощи Застрахованному лицу;

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

3.2.10. заболеваний крови;

3.2.11. системных заболеваний соединительной ткани, а также всех недифференцированных коллагенозов, ревматоидного полиартрита

(средняя и тяжелая формы течения), болезни Бехтерева;

**Примечание:** Если заболевания, указанные в пунктах 3.2.7. - 3.2.11. настоящих Правил диагностированы в период действия договора страхования, Застрахованному лицу гарантируется оплата квалифицированной медицинской помощи только в объеме неотложной помощи в виде так называемой симптоматической терапии.

3.2.12. ортодонтических нарушений;

3.2.13. острой и хронической лучевой болезни;

3.2.14. заболеваний, лечение которых было начато до вступления договора страхования в силу и не окончено до выезда Застрахованного лица за границу Республики Беларусь (в том числе сахарный диабет);

3.2.15. временного расстройства психики (депрессия, гнетущее состояние, эйфория);

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

3.2.17. несчастного случая и (или) болезни при занятиях Застрахованного лица любыми видами спорта, включая активный отдых и продолжительные физические нагрузки, а также выполнение работ по контракту или трудовому договору без гарантий со стороны работодателя оплаты расходов на оказание медицинской помощи, если при заключении и в течение действия договора страхования эти обстоятельства не были сообщены Страховщику и не была уплачена (доплачена) Страховщику соответствующая часть страхового взноса;

3.2.18. несчастного случая и (или) болезни произошедших при управлении Застрахованным лицом самолетом или иным летательным аппаратом, либо при нахождении Застрахованного лица, не являющегося пассажиром на борту летательного аппарата, зарегистрированного в установленном порядке, совершающего регулярные рейсы между аэропортами, а также принадлежащего пассажирской авиакомпании;

3.2.19. несчастного случая и (или) болезни, наступивших с Застрахованным лицом, находившемся в состоянии алкогольного опьянения (обнаружение алкоголя в моче, концентрация алкоголя в крови (слюне) 0,3 промилле и более, либо положительные пробы на алкоголь в выдыхаемом воздухе), либо являющиеся следствием алкогольного опьянения, отравления (кроме Программы «D»);

3.2.20. несчастного случая и (или) болезни, произошедших при управлении транспортным средством Застрахованным лицом, не имеющим права управления этим средством и (или) находящимся в

состоянии алкогольного опьянения или в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ.

3.3. Не подлежат возмещению Страховщиком:

3.3.1. расходы на лечение, проведенное без согласия Страховщика либо ассистанса;

3.3.2. расходы на лечение последствий несчастных случаев, произошедших с Застрахованным лицом в связи с совершением им действий, которые признаны противоправными;

3.3.3. расходы на лечение последствий несчастных случаев, произошедших с Застрахованным лицом в связи с передачей им управления транспортным средством лицу, не имеющему права на управление транспортным средством данной категории, либо находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.3.4. расходы, связанные с проведением аборт и миниаборт, исключая случаи скорой и неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу в результате самопроизвольного аборта или несчастного случая;

3.3.5. расходы на услуги, связанные с нормально или патологически протекающей беременностью, родами, за исключением случаев, угрожающих жизни Застрахованного лица;

3.3.6. расходы на лечение хронических заболеваний, лечение, обследование и приобретение медикаментозных средств для лечения хронических заболеваний, в том числе заболеваний существовавших на момент заключения договора страхования и требовавших лечения до начала периода страхования (включая последствия несчастных случаев, произошедших до выезда застрахованного за границу), даже если Застрахованный ранее не подвергался лечению и не знал о наличии указанных заболеваний, а также при заболеваниях и их осложнениях, лечение по которым проводилось в течение года до заключения договора страхования.

Лечение хронических заболеваний не квалифицируется как состояние организма Застрахованного лица, требующее оказания неотложной медицинской помощи. При определении неотложности предоставленной медицинской помощи во внимание также принимаются обстоятельства, при которых оказывалась медицинская помощь (пациент доставлен в медицинское учреждение машиной скорой помощи, по пути в медицинское учреждение давался кислород и т.д.).

Факт указания в диагнозе слов «острый», «внезапный» или «тяжелый» не является основанием к признанию медицинской помощи скорой и неотложной;

3.3.7. расходы на лечение обострений и осложнений хронического заболевания, если Страховщику стало известно о фактах, указывающих на то, что Застрахованное лицо предпринимало определенные действия (бездействие), как то: допускало нагрузки, не предпринимало попыток обращения за медицинской помощью и т.п., угрожающих состоянию здоровья Застрахованного лица и о последствиях которых он знал или должен был знать.

3.3.8. расходы на услуги или приобретение медицинских препаратов, не являющихся показанными с медицинской точки зрения при постановке диагноза или лечении заболевания;

3.3.9. расходы на услуги и лечение в водолечебнице, санатории, профилактории;

3.3.10. расходы на реабилитационно-восстановительное лечение;

3.3.11. расходы на услуги, оказанные Застрахованному лицу медицинскими учреждениями или врачами, не имеющими соответствующей лицензии или лицом, состоящим в родственных отношениях с Застрахованным лицом (за исключением случаев, когда неоказание скорой и неотложной медицинской помощи таким лицом угрожало жизни Застрахованного лица);

3.3.12. расходы на услуги, являющиеся частью текущего обследования или проверки состояния здоровья, включая выдачу медицинских справок и результатов обследований;

3.3.13. расходы на профилактические мероприятия, в том числе прививки;

3.3.14. расходы на обследование зрения и слуха, рефракции глаза, а также стоимость очков, контактных линз или слуховых аппаратов;

3.3.15. расходы на стоматологическое лечение, за исключением услуг, оговоренных в пункте 4.1.1. настоящих Правил;

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

3.3.17. расходы на лечение, связанное с психотерапией: аутотренинг, лечение сном и т.д.;

3.3.18. расходы на проведение челюстно-лицевой хирургии, все виды пластической хирургии, исключая скорую и неотложную медицинскую



помощь при несчастном случае;

3.3.19. расходы по использованию препаратов и средств контроля над рождаемостью;

3.3.20. расходы на искусственное оплодотворение или лечение бесплодия;

3.3.21. расходы на операции по изменению пола;

3.3.22. расходы на лечение половых расстройств;

3.3.23. расходы на лечение членов семьи Застрахованного лица;

3.3.24. расходы на приобретение и ремонт изделий медицинского назначения, вспомогательных средств, медицинского оборудования, протезов, протезирование, в том числе зубов, применение корректирующих устройств или медицинских аппаратов;

3.3.25. расходы на проведение сеансов литотрипсии, операций эндопротезирования, аорто-коронарного шунтирования, стентирования сосудов, установки кава-фильтров и других операций на сосудах и сердце; расходы на ангиографию.

3.3.26. расходы на лечение заболеваний и травм, которые диагностированы (произошли) до поездки Застрахованного лица за границу;

3.3.27. расходы на лечение простудных заболеваний легкого течения, не сопровождающиеся повышением температуры;

3.3.28. если Страхователь (Застрахованное лицо) создал препятствия Страховщику в определении обстоятельств, характера и размера ущерба;

3.3.29. расходы на лечение инфекционных заболеваний (гепатиты: А, В, С);

3.3.30. расходы по уходу или на лечение, а также контрольные осмотры, визиты и обследования, не требующиеся при оказании неотложной медицинской помощи;

3.3.31. расходы на медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу, имеющему по рекомендации врача медицинские противопоказания для осуществления поездки за границу;

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

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

3.3.34. расходы, связанные с лечением травм и заболеваний, возникших в результате эпидемий, носящих массовый характер;

3.3.35. расходы, понесенные компаньонами или членами семьи Застрахованного лица в период госпитализации последнего, за исключением расходов предусмотренных в отношении данных лиц пунктом 4.1. и пунктом 4.2. Главы 4;

3.3.36. расходы на лечение, при условии, когда поездка за рубеж была предпринята Страхователем, Застрахованным лицом с намерением получить лечение;

3.3.37. расходы на диагностическое обследование Застрахованного лица, в результате которого не был установлен клинический диагноз заболеваний и не возникла необходимость в оказании Застрахованному лицу неотложной медицинской помощи;

3.3.38. расходы на обследование и лечение методами нетрадиционной медицины;

3.3.39. расходы на предоставление средств и услуг дополнительного комфорта, а именно палаты типа «люкс», радиоприемника, кондиционера, увлажнителя воздуха, телевизора, телефона, интернета, а также услуг парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика и т.п.;

3.3.40. расходы на лечение всех видов хронических заболеваний, требующие проведения гемодиализа или других экстракорпоральных методов лечения;

3.3.41. расходы на стационарное лечение (на которое не было получено согласие Страховщика, кроме предоставления медицинской помощи, направленной на спасение жизни Застрахованного), а также на хирургическое вмешательство или лечение, которое может быть отложено до возвращения Застрахованного лица к месту постоянного проживания;

3.3.42. расходы на лечение травм и заболеваний, а также их осложнений, полученных, если Застрахованное лицо не выполнило/нарушило предписания врача или не предприняло разумных и доступных ему мер для уменьшения последствий страхового случая и благоприятного выздоровления;

3.3.43. расходы на лечение заболеваний, по которым установлена группа инвалидности, а также на лечение травм и увечий, полученных Застрахованным лицом в силу ограниченных физических возможностей.

3.3.44. расходы на лечение алкогольной, наркотической и токсической зависимости;

3.3.45. расходы на лечение расстройства слуха и слухового аппарата, осложнения вследствие попадания воды, перепадов давления, а также удаление серных пробок;

3.3.46. расходы на лечение кожных заболеваний и кожных проявлений

всех видов аллергических реакций, за исключением случаев, когда речь идет об оказании врачебной помощи по спасению жизни (кроме Программы «D»);

3.3.47. расходы на лечение и диагностику солнечных ожогов, фотодерматитов, солнечной аллергии и иных изменений кожи, вызванных ультрафиолетовым излучением (кроме Программ «С» и «D»);

3.3.48. расходы, превосходящие среднерегionalную стоимость конкретной услуги или медицинского препарата, взимаемые в том месте, где такие услуги были оказаны (кроме Программ «С» и «D»);

3.3.49 расходы на лечение травм, полученных при посещении и использовании всех видов воздушных, наземных и водных аттракционов (каякинг, парасейпинг, вейксерфинг, вейкбординг, гидрофойл, банджиджампинг, бейсджампинг, “бананы”, “ватрушки” и т.п.), если иное не предусмотрено договором страхования (кроме Программ «С» и «D»);

3.3.50. расходы, связанные с лечением и травмами, возникшими в связи с грубыми нарушениями общепринятых правил поведения в зонах отдыха, которые рекомендованы представителями Страховщика, Туроператора и инструкторами баз размещения, отелей и др. (кроме Программ «B», «С» и «D»);

3.3.51. расходы, связанные с лечением укусов насекомых, пресмыкающихся, рыб, кишечнополостных кроме расходов по оказанию скорой и неотложной медицинской помощи (кроме Программ «С» и «D»).

3.4. При обращении Застрахованного лица по поводу обострения хронического заболевания Страховщик возмещает расходы по оказанию скорой и неотложной медицинской помощи в размере определенном п. 4.2. Правил.

В случае смерти Застрахованного лица в результате обострения хронического заболевания - расходы на репатриацию тела в размере определенном п. 4.2. Правил и до пункта определенного п.п. 4.1.3. Правил.

3.5. В случае смерти Застрахованного лица Страховщиком не оплачиваются:

3.5.1. расходы на погребение в любой из стран, в том числе в стране постоянного места жительства Застрахованного лица;

3.5.2. расходы в связи со смертью Застрахованного лица в случае, если в момент наступления смерти последний находился в состоянии наркотического, токсического либо алкогольного опьянения (обнаружение алкоголя в моче, концентрация алкоголя в крови (слюне) 0,3 промилле и более, либо положительные пробы на алкоголь в выдыхаемом воздухе);

3.5.3. расходы по захоронению и погребению, если в стране, где

произошел страховой случай, проживают близкие родственники Застрахованного лица;

3.5.4. другие расходы, произведенные без согласия Страховщика либо ассистанса.

3.6. Страховщиком не возмещается моральный вред, а так же различного рода косвенные убытки и упущенная выгода.

#### **Глава 4. РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ.**

4.1. По договору страхования при наступлении страхового случая Страховщик возмещает следующие расходы по оказанию скорой и неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу:

4.1.1. расходы по оказанию медицинской помощи в размере определенном п. 4.2. Правил:

- на оказание скорой и неотложной медицинской помощи, как в амбулаторном порядке, так и в условиях стационара, с проведением при необходимости всего комплекса лабораторных и инструментальных диагностических исследований, реанимационных и оперативных вмешательств в зависимости от характера и тяжести конкретного случая;

- на предоставление необходимых в каждом случае лекарственных средств, перевязочных и иммобилизационных материалов, стандартных вспомогательных, индивидуальных средств для оказания Застрахованному лицу скорой и неотложной медицинской помощи и медико-транспортной помощи;

- на экстренную стоматологическую помощь при возникновении острой зубной боли или травмы, полученной в результате несчастного случая, связанные с ее устранением (стоматологический осмотр, рентгеновское исследование, удаление или пломбирование зубов) в соответствии с п.п. 4.2.2., 4.2.3. 4.2.4 Правил;

- расходы на предоставление услуг врача-специалиста в случае медицинской необходимости, когда лечение, оказываемое на месте, не дает результата, а больной нетранспортабелен, и Страховщик или ассистанс организует выезд к Застрахованному лицу врача-специалиста;

4.1.2. расходы по оказанию медико-транспортной помощи (в т.ч. медицинская транспортировка в размере определенном п. 4.2. Правил:

- транспортировка в больницу Застрахованного лица специальным транспортом для госпитализации и (или) оказания скорой и неотложной помощи.

Страховщик оставляет за собой право принятия решения о транспортировке Застрахованного лица в медицинское учреждение, а

также право на принятие решения о выборе вида транспорта.

Страховщик оставляет за собой право принятия решения о транспортировке, если, по мнению лечащего врача Застрахованного лица и экспертов Страховщика, Застрахованному лицу не противопоказана транспортировка в страну постоянного проживания для дальнейшего лечения. При проведении медицинской транспортировки Страховщиком оплачиваются медицинские, медико-транспортные расходы за пределами Республики Беларусь до момента доставки Застрахованного лица в ближайшее к месту жительства медицинское учреждение страны постоянного проживания.

В случае необходимости (по согласованию со Страховщиком) оплачиваются расходы на проезд медицинского персонала, либо одного сопровождающего лица, при условии, что ни один из совершеннолетних членов семьи не сопровождал Застрахованное лицо в зарубежной поездке. Страховщиком покрываются расходы, включающие стоимость проезда (экономическим классом) и проживание в гостинице, связанное с ожиданием выбранного рейса. При этом если Застрахованное лицо имеет проездные билеты (оплаченные, заказанные, забронированные), оно, либо сопровождающее его лицо, обязано уведомить Страховщика (ассистанс) об их наличии и вернуть (сдать) неиспользованные проездные документы транспортной компании, либо, при возможности, переоформить их на другую дату выезда. При возврате Застрахованному лицу (сопровождающему его лицу, Страхователю) стоимости неиспользованных проездных документов, Страховщик вычитает их стоимость из суммы подлежащего выплате страхового обеспечения.

В случае отказа Застрахованного лица (его представителя) от предложенной Страховщиком медицинской транспортировки все последующие медицинские, медико-транспортные расходы с момента отказа оплачиваются Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) самостоятельно и возмещению Страховщиком не подлежат.

#### 4.1.3. репатриация тела (останков):

- в случае смерти Застрахованного лица Страховщик с согласия родственников оплачивает расходы по возвращению останков Застрахованного лица в Республику Беларусь. Расходы включают в себя подготовку тела (проведение секции), приобретение гроба для международной перевозки. Страховщик осуществляет взаимодействие с соответствующими учреждениями Министерства иностранных дел Республики Беларусь за границей для подготовки документов, касающихся репатриации тела Застрахованного лица.

В случае, когда место захоронения не является территорией Республики Беларусь, обеспечивается доставка останков Застрахованного лица до аэропорта (вокзала) страны захоронения.

По соглашению сторон Страховщик оплачивает расходы на кремацию в стране, где произошел страховой случай;

4.1.4. транспортные расходы по возвращению в страну постоянного проживания несовершеннолетних детей и недееспособных (ограниченно дееспособных) взрослых членов семьи Застрахованного лица, которые вследствие наступления страхового случая остались без присмотра и не имеют возможности самостоятельно находиться в стране, где произошел страховой случай на проезд экономическим классом.

Возвращение указанных лиц в Республику Беларусь осуществляется только при согласии Застрахованного лица либо законных представителей указанного лица. При необходимости оплачиваются транспортные расходы сопровождающего лица на проезд экономическим классом.

4.2. Страховщик возмещает следующие расходы, связанные со страховым случаем, в соответствии с программами страхования:

4.2.1. по Программам “А” (Эконом) и “Е” (Граница) покрываются расходы, в пределах страховой суммы:

- на медико-транспортную помощь – в размере, не превышающем 35% от страховой суммы, установленной в договоре страхования;

- на репатриацию тела (останков) в соответствии с п.п. 4.1.3. - в размере, не превышающем 30% от страховой суммы, установленной в договоре страхования;

- на оказание медицинской помощи - в размере, не превышающем 20 % от страховой суммы, установленной в договоре страхования;

- на проезд третьего лица, в связи с госпитализацией Застрахованного лица - в размере, не превышающем 15 % от страховой суммы, установленной в договоре страхования;

- понесенные Застрахованным лицом самостоятельно в сумме не более 50 USD/EUR в зависимости от валюты страховой суммы;

- при обострении хронических заболеваний на сумму не более 2% от страховой суммы.

- на исходящую телекоммуникационную связь со Страховщиком (ассистансом) в связи с имевшим место страховым случаем при предоставлении соответствующего счета с полной расшифровкой телефонов в пределах 20 долларов США и без ограничения по сумме расходы Страхователя на прием сообщений от Страховщика (его представителя).

4.2.2. по Программе “В” (Стандарт) покрываются расходы, в пределах страховой суммы:

- на медико-транспортную помощь, на репатриацию тела (останков) в соответствии с п.п. 4.1.3.– в размере, не превышающем 50% от страховой суммы, установленной в договоре страхования;

- на оказание медицинской помощи - в размере, не превышающем 35 % от страховой суммы, установленной в договоре страхования;

- на проезд третьего лица в связи с госпитализацией Застрахованного лица - в размере, не превышающем 10% от страховой суммы, установленной в договоре страхования.

- на оказание Застрахованному лицу юридической помощи - в размере не более 5 % от установленной в договоре страховой суммы;

- понесенные Застрахованным лицом самостоятельно:

- в Египте, Греции, Турции, Испании, Италии, Болгарии, Румынии, Черногории, Хорватии, Украине, Таиланде, ОАЭ, не более 70 USD/EUR в зависимости от валюты страховой суммы,

- в других странах не более 500 USD/EUR в зависимости от валюты страховой суммы;

- при обострении хронических заболеваний на сумму не более 5% от страховой суммы;

- на экстренную стоматологическую помощь в сумме не более 120 USD/EUR в зависимости от валюты страховой суммы;

- на перевод документов, связанных со страховым случаем на европейские языки/с европейских языков (англ., немец., франц., итальянский, испанский);

- на исходящую телекоммуникационную связь со Страховщиком (ассистансом) 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).

Заключение договоров страхования с держателями банковских платежных карточек Visa Gold, Visa Platinum, Visa Classic, а также банковских платежных карточек иного типа (Раздел 2 Приложения № 1 к настоящим Правилам) производится по условиям программы “В” (Стандарт), если договором страхования не предусмотрено иное.

4.2.3. по Программе “С” (Престиж) покрываются расходы, в пределах страховой суммы:

- на медико-транспортную помощь и репатриацию тела (останков) в соответствии с п.п. 4.1.3.– в пределах страховой суммы установленной в договоре страхования;
- на оказание медицинской помощи – в пределах страховой суммы, установленной в договоре страхования;
- на проезд третьего лица в связи с госпитализацией Застрахованного лица - в размере, не превышающем 10% от страховой суммы, установленной в договоре страхования.
- на оказание Застрахованному лицу юридической помощи - в размере не более 10 % от установленной в договоре страховой суммы;
- расходы, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно на сумму не более 1000 USD/EUR в зависимости от валюты страховой суммы;
- при обострении хронических заболеваний покрытие медицинских расходов на сумму не более 10% от страховой суммы;
- на экстренную стоматологическую помощь в сумме не более 200 USD/EUR в зависимости от валюты страховой суммы;
- на перевод документов, связанных со страховым случаем на все языки/со всех языков;
- на исходящую телекоммуникационную связь со Страховщиком (его представителем) в связи с имевшим место страховым случаем при предоставлении соответствующего счета с полной расшифровкой телефонов в пределах 100 долларов США и без ограничения по сумме расходы Страхователя на прием сообщений от Страховщика (ассистанса);

4.2.4. по Программе “D” (VIP) покрываются расходы, в пределах страховой суммы:

- на медико-транспортную помощь, на репатриацию тела (останков) в соответствии с п.п. 4.1.3. в размере не более 96 % от страховой суммы установленной в договоре страхования;
- на оказание медицинской помощи в размере не более 96 % от страховой суммы, установленной в договоре страхования;
- на проезд третьего лица в связи с госпитализацией Застрахованного лица - в размере, не превышающем 10% от страховой суммы, установленной в договоре страхования.
- на оказание Застрахованному лицу юридической помощи - в размере не более 10 % от установленной в договоре страховой суммы;
- расходы, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно на сумму не более 1000 USD/EUR в зависимости от валюты страховой



суммы;

- при обострении хронических заболеваний покрытие медицинских расходов на сумму не более 10% от страховой суммы;
- на экстренную стоматологическую помощь в сумме не более 200 USD/EUR в зависимости от валюты страховой суммы ;
- на перевод документов, связанных со страховым случаем на все языки/со всех языков;
- на исходящую телекоммуникационную связь со Страховщиком (его представителем) в связи с имевшим место страховым случаем при предоставлении соответствующего счета с полной расшифровкой телефонов в пределах 100 долларов США и без ограничения по сумме расходы Страхователя на прием сообщений от Страховщика (ассистанса);

4.3. По Программам страхования “С” и “D” подлежат возмещению Страховщиком расходы, связанные с первой консультацией Застрахованного лица в медицинском учреждении по поводу болезни.

## **Глава 5. СТРАХОВАЯ СУММА.**

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

5.2. Если Страхователь заключает договор страхования в отношении нескольких лиц, страховые суммы по каждому Застрахованному лицу приводятся отдельно в списке Застрахованных лиц, который прилагается к договору страхования.

5.3. Страховая сумма определяется соглашением Страхователя со Страховщиком.

5.3.1. При страховании по Программам “А” (Эконом), “В” (Стандарт), “С” (Престиж) и “Е” (Граница) определяется в соответствии с Приложением № 1 или № 3.

5.3.2. При страховании по Программе “D” (VIP) страховая сумма определяется в соответствии с Приложением № 1 или № 3. При этом страховая сумма складывается из:

1) суммы по оплате расходов, перечисленных в п.п. 4.2.4 и 4.3., вызванных наступлением страхового случая, которая составляет не более 96 % от страховой суммы указанной в договоре страхования;

2) суммы, выплаты страхового обеспечения Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) при наступлении инвалидности или смерти в результате несчастного случая, которая составляет не более 4% от

страховой суммы, указанной в договоре страхования.

К несчастным случаям, для целей подпункта 2) п.п. 5.3.2. относятся повлекшие смерть или инвалидность Застрахованного лица:

ушибы, переломы и вывихи костей, зубов, ранения, разрывы органов (частичные и полные), попадание инородных тел в органы и ткани, ожоги и отморожения, поражение электрическим током (в том числе молнией), асфиксия (удушение), случайное острое отравление химическими веществами и их составами, лекарствами, ядовитыми растениями, ядами насекомых и змей вследствие их укусов, заболевание клещевым энцефалитом (энцефаломиелитом), полиомиелитом, ботулизмом, анафилактический шок, утопление, переохлаждение организма.

Страховая сумма при страховании по Программе “D” не может быть менее 50 000 долларов США (Евро).

5.4. Страховая сумма устанавливается в иностранной валюте.

5.5. Если Застрахованному лицу произведены страховые выплаты, то последующая страховая выплата производится в пределах разницы между страховой суммой, установленной при заключении договора страхования, и произведенной страховой выплатой.

## **Глава 6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.**

6.1. Страховая премия – сумма денежных средств, подлежащая уплате Страхователем Страховщику за страхование.

Страховая премия определяется исходя из размера страховой суммы и страхового тарифа. При этом Страховщик применяет корректировочные коэффициенты к базовому страховому тарифу.

Страховая премия исчисляется в иностранной валюте и может быть уплачена как в иностранной валюте (в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь), так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы на день уплаты (перечисления) страховой премии.

6.2. При оплате страховой премии наличными денежными средствами, страховая премия, подлежащая уплате, округляется по математическим правилам с точностью:

- в белорусских рублях согласно законодательству;
- в российских рублях до десятков;
- в долларах США и Евро по правилам математики до ближайшего целого значения.

При оплате страховой премии путем безналичного расчета российские рубли округляются до ближайшего целого значения по математическим правилам округления, доллары США и Евро округляются до центов, белорусские рубли до целого значения наименьшей денежной единицы.

6.3. Страховая премия по договору уплачивается Страхователем единовременно при заключении договора страхования.

При страховании на срок более 1 года рассчитанная страховая премия умножается на количество полных лет страхования.

При заключении договора страхования в соответствии с программой страхования держателей банковских платежных карточек Visa Gold, Visa Platinum, Visa Classic, а также банковских платежных карточек иного типа может предусматриваться уплата страховой премии в рассрочку – ежегодно. При этом страховая премия, подлежащая уплате за первый год действия договора, уплачивается при заключении договора страхования. Оставшаяся часть страховой премии уплачивается ежегодно в размере годовой страховой премии, не позднее последнего дня оплаченного периода.

6.4. При заключении договора страхования в отношении группы лиц, страховая премия определяется в отношении каждого Застрахованного лица. Общая страховая премия, подлежащая уплате, определяется путем суммирования страховых премий, рассчитанных в отношении каждого Застрахованного лица с применением корректировочных коэффициентов, указанных в Приложении № 1 к настоящим Правилам страхования.

6.5. Страховая премия Страхователем уплачивается путем безналичного перечисления на счет Страховщика либо наличными денежными средствами в кассу Страховщика (его представителю).

6.6. Днем уплаты страховой премии по договору считается:

6.6.1. при безналичных расчетах (в том числе при перечислении наличных денежных средств через банк или иное учреждение, осуществляющее перевод денежных средств) - день поступления денежных средств на счет Страховщика (его представителя), если соглашением сторон не предусмотрено иное;

6.6.2. при наличных расчетах - день уплаты денежных средств в кассу Страховщика (его представителю);

6.7. При заключении договора страхования, когда срок пребывания за границей меньше срока действия договора страхования, для расчета суммы страховой премии используется страховой тариф в зависимости от срока пребывания за границей.

При страховании лиц, выезжающих в страну безвизового режима, договор страхования заключается на срок, равный сроку пребывания за границей.

## **Глава 7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.**

7.1. Договор страхования заключается на условиях Правил, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, а также путем обмена документами посредством почтовой, телеграфной, телетайпной, электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от стороны по договору, либо вручения Страховщиком на основании устного заявления Страхователю страхового полиса, подписанного ими. К договору прилагаются настоящие Правила, что удостоверяется записью в этом договоре.

В случае заключения договора страхования в связи с поездкой за границу группы лиц, Страхователем может быть как каждый член группы в отдельности, так и руководитель (старший) группы, назначенный членами группы. При заключении такого договора составляется список Застрахованных лиц. Договор страхования выдается либо каждому Застрахованному лицу, либо один - руководителю группы с приложением списка Застрахованных лиц.

7.2. Договор страхования заключается по соглашению сторон на срок от 1 дня. При страховании на срок более 1 года срок действия договора определяется в годах.

В случае, если Страхователь до начала срока действия договора страхования изменяет сроки поездки (без изменения количества дней страхования), то Страховщик вправе изменить договор страхования с указанием других сроков поездки, при этом к письменному заявлению об изменении договора страхования прилагается предыдущий договор страхования.

7.3. Договор страхования вступает в силу с указанной в нем даты, но не ранее:

7.3.1. дня поступления страховой премии на счет Страховщика – при безналичной уплате страховой премии, если соглашением сторон не предусмотрено иное;

7.3.2. дня уплаты страховой премии в кассу Страховщика, либо его

представителю – при уплате страховой премии наличными денежными средствами;

7.3.3. 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания срока действия предыдущего договора страхования – при заключении договора страхования на новый срок до истечения действия предыдущего договора.

7.4. В случае утраты договора страхования Страхователем в период его действия Страхователю на основании его письменного заявления выдается дубликат, после чего первоначальный договор страхования считается недействительным и страховые выплаты по нему не производятся.

В случае, когда факт заключения договора страхования удостоверяется выдаваемым Страхователю страховым полисом при утрате дубликата в период действия договора страхования для получения второго и последующих дубликатов Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости бланка страхового полиса.

7.5. Ответственность Страховщика действует в период нахождения Застрахованного лица за пределами Республики Беларусь на территории страны, указанной в страховом полисе как страна пребывания и/или территории транзитных стран пути следования. Страхование начинает действовать с даты пересечения границы при выезде Застрахованного лица за пределы Республики Беларусь, но не ранее начала срока действия, указанного в договоре страхования. Действие договора страхования заканчивается при пересечении границы Республики Беларусь в обратном направлении, но не позднее срока окончания действия договора страхования. При многократных выездах Застрахованного лица за границу в период действия договора страхования, период ответственности Страховщика не может превышать общий срок пребывания за границей, указанный в договоре страхования.

За случаи, произошедшие в период действия договора страхования, превышающий общий срок пребывания Застрахованного лица за границей, указанный в договоре страхования, Страховщик ответственности не несет. Общий срок фактического пребывания Застрахованного лица за границей при многократных выездах определяется по отметкам (штампам) пограничных служб в паспорте Застрахованного лица.

Договор страхования, заключенный в пользу иностранных граждан и лиц без гражданства, не действует в стране постоянного проживания Застрахованного лица и (или) в стране, гражданином которой он является.

7.6. Договор страхования прекращается в случаях:

7.6.1. истечения срока действия договора страхования;

7.6.2. выполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

7.6.3. ликвидации Страхователя - юридического лица, прекращения деятельности Страхователя - индивидуального предпринимателя;

7.6.4. смерти Застрахованного лица по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

7.6.5. если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и страхование прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай. К таким обстоятельствам, в частности, относятся; а) смерть Застрахованного лица; б) отказ в выдаче визы Застрахованному лицу, в) аннулирование визы Застрахованного лица.

7.6.6. неуплаты страховой премии в установленные договором сроки и размере;

7.6.7. по соглашению между Страхователем и Страховщиком, оформленному в письменном виде;

7.6.8. при отказе Страхователя от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, договор страхования прекращается с момента получения Страховщиком отказа Страхователя от договора.

7.7. В случаях прекращения договора страхования по обстоятельствам, указанным в пунктах 7.6.3; 7.6.4., 7.6.5. Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии по договору страхования пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня прекращения договора. Договор страхования прекращается со дня получения Страховщиком заявления о прекращении договора.

7.8. В случае прекращения договора страхования по обстоятельству, указанному в пункте 7.6.7. Правил, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за неоконченный срок действия договора страхования в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня прекращения договора. Договор страхования прекращается со дня получения Страховщиком заявления о прекращении договора.

7.9. Если по договору страхования осуществлялась страховая выплата, либо Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) подано заявление о наступлении страхового случая, страховая премия возврату не подлежит.

7.10. При досрочном отказе Страхователя (в любое время действия договора п. 7.6.8.) от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия, возврату не подлежит.

В случае отказа Страхователя от договора страхования до начала вступления договора в силу (даты, указанной в страховом полисе как дата начала действия договора) Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию полностью, за исключением случая, когда у Застрахованного лица есть действующая виза, дающая право совершать поездку в страну (страны) указанные в договоре страхования (страховом полисе).

При открытии визы на срок меньше, чем срок пребывания за рубежом, указанный в договоре страхования, Страховщик возвращает часть страховой премии пропорционально сроку, на который была открыта виза.

При досрочном отказе Страхователя в любое время действия договора при наличии у Застрахованного лица действующей визы, дающей право совершить поездку в страну (страны), указанные в договоре страхования (страховом полисе), уплаченная страховая премия возврату Страхователю не подлежит.

7.11. За несвоевременный возврат Страховщиком части страховой премии в установленный срок, Страховщик уплачивает Страхователю пеню в размере 0,05%, от суммы, подлежащей возврату за каждый день просрочки.

7.12. Соответствующая часть страховой премии возвращается в той валюте, в которой она была уплачена. По соглашению сторон страховая премия (ее часть) может быть возвращена в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля установленному к валюте страховой премии Национальным банком Республики Беларусь на день заключения договора страхования.

7.13. Обязательства Страховщика по страховой выплате, возникшие до прекращения договора страхования в результате наступления страхового случая, но не исполненные к моменту прекращения договора, продолжают действовать до их исполнения.

## **Глава 8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

8.1. Страховщик имеет право:

8.1.1. запрашивать медицинские документы и иные сведения о Застрахованном лице и состоянии его здоровья у организаций

здравоохранения Республики Беларусь и медицинских учреждений страны пребывания;

8.1.2. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, направлять запросы в компетентные органы по вопросам, связанным с установлением причин и обстоятельств наступления страхового случая и определения размера убытков;

8.1.3. требовать от Выгодоприобретателя при поступлении от него заявления на выплату страхового обеспечения выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им;

8.1.4. принимать необходимые меры для сокращения размеров выплат;

8.1.5. отсрочить принятие решения о признании случая страховым, в случаях, когда ему не представлены все необходимые документы - до их представления, а также при наличии мотивированных сомнений в подлинности представленных документов – до подтверждения подлинности этих документов представившим их лицом (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения такого документа) либо самим Страховщиком на основании направленного в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения такого документа запроса в орган, его выдавший, а также в случае возбуждения уголовного дела по факту наступления страхового случая в отношении Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) - до вынесения приговора судом, приостановления или прекращения производства по делу;

8.1.6. требовать перевода на русский язык документов, связанных со страховым случаем (справок, медицинского заключения, счетов, рецептов и т.п.) за счет Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), если иное не предусмотрено договором страхования;

8.1.7. оспорить размер требований Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) в установленном законодательством порядке.

8.2. Страховщик обязан:

8.2.1. при оформлении страхового полиса выдать его Страхователю, а также приложить к договору страхования (страховому полису) Правила страхования;

8.2.2. по случаям, признанным Страховщиком страховыми, произвести страховую выплату в срок, предусмотренный настоящими Правилами;



8.2.3. не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице и Выгодоприобретателе, состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь;

8.2.4. совершать другие действия, предусмотренные законодательством, настоящими Правилами и договором страхования.

8.3. Страхователь имеет право:

8.3.1. ознакомиться с настоящими Правилами;

8.3.2. заменить Застрахованное лицо с согласия этого лица и Страховщика, кроме случаев, когда по договору были произведены страховые выплаты;

8.3.3. получить дубликат договора страхования в случае его утраты;

8.3.4. получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством.

8.4. Страхователь обязан:

8.4.1. уплатить страховую премию в размере и порядке, предусмотренным договором страхования;

8.4.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования на основании устного заявления Страхователя;

Если после заключения договора будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в части первой настоящего пункта Правил, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 180 Гражданского кодекса Республики Беларусь.

Требование Страховщика о признании договора страхования недействительным не подлежит удовлетворению, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

8.4.3. в период действия договора страхования незамедлительно (не позднее 1 суток) 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 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 в этом случаях рассчитывается согласно формуле:

$$ДП = С * (Т2 - Т1) * n / t, \text{ где}$$

ДП – дополнительная страховая премия;

СС – страховая сумма;

Т1 – страховой тариф на момент заключения договора страхования;

Т2 – страховой тариф на момент увеличения степени риска;

n – количество дней, оставшихся до окончания срока действия договора страхования с момента увеличения степени риска;

t – срок действия договора страхования в днях.

Если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора с момента фактического изменения обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского кодекса Республики Беларусь.

При неисполнении Страхователем либо Выгодоприобретателем обязанности, предусмотренной в части 1 настоящего пункта Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

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

8.4.4. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованное лицо с условиями страхования, его правами и обязанностями по договору, а после заключения договора страхования предоставить Страховщику сведения, подтверждающие факт ознакомления Застрахованных лиц с условиями страхования, их правами и обязанностями. А также информировать Застрахованное лицо об изменении условий договора страхования;

8.4.5. совершать иные действия, предусмотренные законодательством, договором страхования и приложенными к нему Правилами страхования;

8.4.6. сообщить Страховщику о других аналогичных договорах

страхования, действующих в отношении Застрахованного лица.

8.4.7. возместить Страховщику в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения письменного требования понесенные им затраты включая выплаченное страховое обеспечение (его часть), а также другие затраты, если выявится обстоятельство, которое полностью или частично лишает Застрахованное лицо права на выплату страхового обеспечения;

8.5. Застрахованное лицо имеет право:

8.5.1. запрашивать у Страхователя информацию об изменении условий договора страхования и приложенных к нему Правил страхования;

8.5.2. при наступлении события, которое по условиям договора страхования может быть признано страховым случаем, сообщить по контактными телефонам, указанным в договоре страхования (страховом полисе) и (или) информационном листке о характере события и необходимой помощи;

8.5.3. передавать сообщения, предусмотренные договором страхования и приложенными к нему Правилами, в письменной форме путем почтовой связи, вручения под роспись либо способами связи, обеспечивающими фиксирование текста и даты сообщений (по телексу, телеграфу или телефаксу);

8.5.4. при наступлении страхового случая требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по договору страхования, заключенному в его пользу.

8.6. Застрахованное лицо обязано:

8.6.1. при наступлении события, которое по условиям договора страхования может быть признано страховым случаем, незамедлительно сообщить по контактными телефонам, указанным в договоре страхования (страховом полисе) и (или) информационном листке о характере события и необходимой помощи;

Требования, изложенные в первом абзаце настоящего пункта, не распространяются на случаи, когда Застрахованное лицо находилось в бессознательном состоянии и в случае смерти Застрахованного лица за границей;

8.6.2. принимать все возможные меры по предотвращению и уменьшению размера убытков, причиненных вследствие наступления страхового случая, в том числе неукоснительно выполнять рекомендации врачей;

8.6.3. проходить лечение по назначению врача, выполнять все предписания медицинского персонала, соблюдать распорядок

медицинского учреждения, в котором Застрахованному лицу предоставляется медпомощь;

8.6.4. передать Страховщику (ассистансу) неиспользованные авиа или железнодорожные билеты в период их действия, а в случае невозможности это сделать по состоянию здоровья – при первой возможности;

8.6.5. сообщать Страховщику полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, а также давать право Страховщику получать такую информацию в организациях здравоохранения и иных медицинских учреждениях;

8.6.6. возместить Страховщику в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения письменного требования понесенные им затраты включая выплаченное страховое обеспечение (его часть), а также другие затраты, если выявится обстоятельство, которое полностью или частично лишает Застрахованное лицо права на выплату страхового обеспечения.

## **Глава 9. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.**

9.1. При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обязано немедленно, при первой возможности обратиться к Страховщику (ассистансу) по контактными телефонам, указанным в договоре страхования (страховом полисе) и (или) информационном листке и сообщить: номер договора страхования (страхового полиса); фамилию, имя; номер телефона и адрес, по которым можно связаться с Застрахованным лицом; причину обращения и помощь какого рода необходима Застрахованному лицу.

При отсутствии у Застрахованного лица возможности сообщить Страховщику о страховом случае, его родственники, либо лица, находящиеся с Застрахованным в поездке, обязаны связаться с ассистансом либо Страховщиком при первой возможности, но не позднее 30 (тридцати) суток со дня наступления страхового случая.

Предоставление Застрахованному лицу инструкций со стороны Страховщика или ассистанса в связи с наступлением события, которое впоследствии может быть признано страховым случаем, а также принятие Страховщиком или ассистансом мер по предотвращению и уменьшению размера убытка не является основанием для признания этого события страховым случаем.

9.2. Выплата страхового обеспечения осуществляется:

9.2.1. В случае если оказание медицинской и иной помощи было организовано ассистансом, то ассистанс занимается урегулированием убытков и производит выплату страхового обеспечения. Страховщик возмещает ассистансу понесенные им расходы по урегулированию убытка и страховой выплате.

Страховщик имеет право оплатить услуги медицинского учреждения, оказанные Застрахованному лицу, на основании счета медицинского учреждения, выставленного непосредственно Страховщику, в валюте выставленного счета.

9.2.2. Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю), который самостоятельно оплатил расходы, связанные с наступлением страхового случая.

Страховщик возмещает понесенные Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) расходы в пределах суммы, определенной п.п. 4.2.1., 4.2.2., 4.2.3 и 4.2.4., а в случае когда такие расходы были предварительно согласованы со Страховщиком (ассистансом), то в пределах согласованной суммы. Предварительным согласованием расходов со Страховщиком (ассистансом) является только такое согласование, которое было произведено до обращения в медицинское учреждение или к врачу.

Выплата страхового обеспечения Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) при самостоятельной оплате расходов, осуществляется после возвращения его в Республику Беларусь по предъявлению документов, указанных в пункте 9.3. настоящих Правил.

После получения последнего необходимого документа, подтверждающего факт, причины, обстоятельства наступления страхового случая, а также документов, необходимых для определения размера причиненного вреда и выплаты страхового обеспечения, Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней принимает решение о признании или непризнании заявленного случая страховым. Решение о признании заявленного случая страховым оформляется путем составления акта о страховом случае.

9.3. Для решения вопроса о выплате страхового обеспечения по расходам, оплаченным Застрахованным лицом самостоятельно, Застрахованное лицо (Страхователь, Выгодоприобретатель) должно предъявить следующие документы:

9.3.1. заявление о страховом случае;

9.3.2. оригинал договора страхования (при невозможности представления оригинала - заявление с объяснением причины его

отсутствия);

9.3.3. оригинал документа, подтверждающего факт обращения, дату обращения за медицинской помощью, диагноз заболевания, итоговую сумму к оплате;

9.3.4. оригинал документа, подтверждающего оплату медицинской помощи;

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

9.3.6. паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;

9.3.7. по требованию Страховщика Застрахованное лицо обязано предоставить дополнительную, необходимую информацию о состоянии своего здоровья (в том числе и информацию о состоянии здоровья до совершения поездки);

9.3.8. оригиналы счетов за лабораторные исследования с постатейной разбивкой стоимости оказанных услуг;

9.3.9. официальное свидетельство о смерти (надлежаще заверенную копию).

Выплата страхового обеспечения сопровождающему Застрахованного, производится на основании заявления такого лица с приложением всех необходимых документов согласно данному пункту Правил.

9.4. Непредставление требуемых Страховщиком документов без объективных причин дает Страховщику основания не учитывать неподтвержденные документально расходы при определении размера страхового обеспечения, в части убытка неподтвержденного такими документами.

9.5. При наступлении страхового случая, предусмотренного Программой “D” (подпункт 2) п. 5.3. Правил страхования, размер выплаты страхового обеспечения определяется в следующих процентах от страховой суммы, установленной договором страхования:

- в случае смерти Застрахованного лица - 4 %;
- при установлении Застрахованному лицу инвалидности I группы – 3 %;
- при установлении Застрахованному лицу инвалидности II группы – 2 %;
- при установлении Застрахованному лицу инвалидности III группы – 1 % .

В любом случае страховые выплаты по всем страховым случаям, происшедшим в период действия договора страхования должны составить не более 4 % от страховой суммы.

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

9.6. Для получения страхового обеспечения при страховании по программе “D” (подпункт 2) п. 5.3. Правил страхования) Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) должно представить Страховщику в срок не позднее 190 (ста девяноста) дней после возвращения из-за границы заявление, оригинал договора страхования или его ксерокопии с приложением к нему следующих документов:

9.6.1. при наступлении инвалидности - заключение соответствующего органа, определенного действующим законодательством Республики Беларусь, об установлении группы инвалидности, документ, удостоверяющий личность, выписку из истории болезни или амбулаторной карты с обстоятельствами наступления несчастного случая и подробным диагнозом;

9.6.2. при наступлении смерти - копии документа подтверждающего факт смерти Застрахованного лица, документов о причинах и обстоятельствах наступления смерти, документов, удостоверяющих вступление в права наследования (в случае, если в договоре страхования не указан Выгодоприобретатель), документа, удостоверяющего личность заявителя;

9.6.3. при наступлении инвалидности или смерти в результате транспортного происшествия – справки компетентных органов об обстоятельствах происшествия;

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

9.8. В случае возникновения споров об обстоятельствах, характере и размере выплаты страхового обеспечения, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) имеет право потребовать проведения экспертизы. Экспертиза проводится за счет ее инициатора (инициаторов).

Кроме того, Страховщик с целью принятия решения о признании либо об отказе в признании заявленного случая страховым вправе

направлять запросы в органы здравоохранения Республики Беларусь и другие официальные органы с целью получения компетентных заключений о целесообразности и адекватности получения медицинских услуг Застрахованным лицом, а также определения характера и уточнения диагноза и клинической картины заболевания, травм и т.д.;

9.9. Выплата страхового обеспечения осуществляется в иностранной валюте либо в белорусских рублях в зависимости от валюты платежа при уплате страховой премии, если иное не предусмотрено законодательством или соглашением сторон.

Если страховая сумма установлена в иностранной валюте, а страховая премия уплачена в белорусских рублях, выплата страхового обеспечения осуществляется в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы на день наступления страхового случая.

Если страховая премия уплачена в иностранной валюте и страховая сумма установлена в иностранной валюте, в соответствии с законодательством Республики Беларусь выплата страхового обеспечения физическому лицу осуществляется в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте документа, подтверждающего оплату медицинской помощи и/или медикаментов на дату наступления страхового случая.

9.10. Страховая выплата производится в течение 10 (десяти) рабочих дней после составления и утверждения Страховщиком акта о страховом случае.

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

9.12. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, когда страховой случай наступил вследствие:

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

9.12.2. умысла Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица);

9.12.3. если Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное



лицо) отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки или осуществление этого права стало невозможным по вине Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица);

9.12.4. Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки;

9.13. Страховщик вправе отказать Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) в выплате страхового обеспечения, если Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо), которому известно о заключении договора страхования в его пользу после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, не уведомил о его наступлении Страховщика или его представителя в срок, указанный в пунктах 9.1. и 9.6. настоящих Правил, предусмотренным в договоре способом, 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.

9.14. Решение о непризнании заявленного случая страховым или об отказе в выплате страхового обеспечения сообщается Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 5 (пяти) рабочих дней после его принятия.

9.15. Решение Страховщика о непризнании заявленного случая страховым или об отказе в выплате страхового обеспечения может быть обжаловано Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) в судебном порядке.

9.16. Страховщик несет ответственность, предусмотренную законодательством, за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств.

За просрочку в осуществлении выплаты страхового обеспечения Страховщик уплачивает Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю – физическому лицу) пеню за каждый день просрочки в размере 0,5 % от несвоевременно выплаченной суммы, Выгодоприобретателю – юридическому лицу – пеню в размере 0,1% за каждый день просрочки от несвоевременно выплаченной суммы.

## **Глава 10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.**

10.1. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия - в судебном порядке.

Приложение №1  
к Правилам добровольного  
страхования от несчастных случаев  
и болезней на время поездки за границу  
СБА ЗАСО «КУПАЛА»

**РАЗДЕЛ 1.**

**БАЗОВЫЙ ГОДОВОЙ СТРАХОВОЙ ТАРИФ – 0,23%** от страховой суммы, применяется при заключении договоров страхования с физическими и юридическими лицами, за исключением организаций, к которым применяются базовые страховые тарифы в день.

**Базовый страховой тариф в день** – для организаций, заключающих договоры страхования в отношении более 10 000 Застрахованных лиц в течение года, составляет 0,3 USD (EUR) в день, при страховой сумме, не превышающей 50 000 USD (EUR)

**Базовый страховой тариф в день** – для организаций, заключающих договоры страхования в отношении от 5 001 до 10 000 (включительно) Застрахованных лиц в течение года, составляет 0,4 USD (EUR) в день, при страховой сумме не менее 30 000 USD (EUR).

**Базовый страховой тариф в день** – для организаций, заключающих договоры страхования в отношении от 3 000 до 5 000 (включительно) Застрахованных лиц в течение года, составляет 0,5 USD (EUR) в день, при страховой сумме не менее 30 000 USD (EUR).

**Примечание:** Страховой тариф округляется до двух знаков после запятой по арифметическим правилам.