

УНИТАРНОЕ СТРАХОВОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ «БЕЛВЭБ СТРАХОВАНИЕ»

ПРАВИЛА № 18

**ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ
СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ НА ВРЕМЯ ПОЕЗДКИ ЗА ГРАНИЦУ**

Вступают в силу 07.08.2020

Минск 2018

І. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Субъекты страхования и основные термины.

1.1. На условиях настоящих Правил УСП «БелВЭБ Страхование» (в дальнейшем - Страховщик) заключает договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу (далее – договоры страхования) со Страхователями.

1.2. Субъектами страхования в соответствии с Правилами являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель.

1.3. Страхователями признаются дееспособные физические лица, индивидуальные предприниматели, а также юридические лица (за исключением государственных юридических лиц, а также юридических лиц, на решения которых может влиять государство, владея контрольным пакетом акций (долей, вкладов, паев), если иное не установлено Президентом Республики Беларусь), заключившие со Страховщиком договор страхования.

1.4. Страхователи вправе заключать договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (в дальнейшем по тексту – Застрахованные лица).

1.5. Не заключаются договоры в отношении лиц, состоящих на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансере, а также инвалидов I и II групп.

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

1.7. Страховщик вправе заключать договоры страхования только при наличии договоров с сервисной компанией, выступающей гарантом обеспечения оплаты расходов по оказанию медицинской помощи Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, располагающей собственными сервисными центрами или представителями.

1.8. Страхование проводится без предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного лица.

1.9. Застрахованное лицо при заключении договора страхования освобождает врачей от обязательств сохранения врачебной тайны (конфиденциальности) перед Страховщиком (ассистансом).

1.10. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

• **несчастный случай** – внезапное, непредвиденное событие, вызванное внешним воздействием, в том числе неправомерными действиями третьих лиц, происшедшее с Застрахованным лицом в

период действия договора страхования, сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями здоровья, повлекшими расстройство здоровья или смерть Застрахованного лица;

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

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

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

- **обострение хронического заболевания** – стадия течения хронического заболевания, характеризующаяся усилением имеющихся симптомов или появлением новых 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, произвести медицинскую репатриацию (эвакуацию);

- **медицинская репатриация** – система мероприятий лечебно-эвакуационного обеспечения, целью которых является транспортировка пострадавшего Застрахованного лица для дальнейшего лечения в медицинском учреждении страны постоянного проживания, в сочетании с оказанием ему (при наличии показаний) медицинской помощи в пути следования;

- **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;

• **страна постоянного проживания** – страна, гражданином которой является Застрахованное лицо, либо на территории которой оно постоянно проживает на основании вида на жительство или иного документа, выданного компетентным органом в соответствии с законодательством данной страны;

• **юридическая помощь** – услуги, оказываемые организациями или физическими 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 жизни или здоровью в связи с несчастным случаем или болезнью;

• **медицинское учреждение** – организация или специалист (врач), имеющие специальное разрешение, полученное в соответствии с требованиями законодательства страны, где производится оказание медицинской помощи Застрахованному лицу, на оказание медицинской помощи (медицинских услуг);

• **сервисная компания (далее – ассистанс)** – организация, которая на основании заключенного со Страховщиком договора, является его представителем за рубежом, организует и оплачивает медицинскую и иную помощь на территории действия договора страхования;

• **страхование группы лиц** – заключение договора (договоров) страхования в отношении группы граждан, которые одновременно с одной целью (туризм, занятия спортом, командировка и т.п.) выезжают за пределы Республики Беларусь в иностранное государство (группу стран);

• **члены семьи** – лица, состоящие между собой в близком родстве или свойстве;

• **близкие родственники** – супруг (супруга), родители (усыновители), дети (усыновленные), родные братья и сестры, дед, бабушка и внуки;

• **эпидемия** – объявленное уполномоченным органом государства прогрессирующее во времени и пространстве распространение инфекционного заболевания среди людей, значительно превышающее обычно регистрируемый на данной территории уровень заболеваемости, и способное стать источником чрезвычайной ситуации.

2. Объект страхования.

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

2.2. Договор страхования действует на территории стран (географических зон, регионов), указанных в нем как страна пребывания, а также транзитных стран, находящихся по пути следования в страну пребывания и обратно. Страховая защита по условиям настоящих Правил не предоставляется на территории Республики Беларусь, а также на территории страны постоянного проживания Застрахованного лица. Договор страхования, заключенный в отношении иностранных граждан, не действует в стране, гражданином которой он является.

3. Страховой случай.

3.1. Страховым случаем является предусмотренное договором страхования событие, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика по осуществлению выплаты страхового обеспечения. Страховыми случаями в соответствии с настоящими Правилами признаются следующие события, происшедшие во время пребывания Застрахованного лица в указанной в договоре страхования стране в период его действия:

3.1.1. причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни;

3.1.2. причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая;

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

3.2. Страховой случай наступает при возникновении обязанности Застрахованного лица оплатить оказанную ему в период временного пребывания за границей медицинскую помощь и иные связанные с ней услуги, а именно:

3.2.1. лечение, вызванное острым заболеванием (в том числе обострением хронического заболевания) или несчастным случаем:

- амбулаторное и стационарное лечение;

- использованные медикаменты, средства медицинского назначения (перевязочный материал и т.п.);

- визит врача к Застрахованному лицу по медицинским показаниям;

- экстренная стоматологическая помощь (снятие острой боли), если расходы на этот вид не превышают 250 долларов США/ евро в зависимости от валюты страховой суммы;

- наблюдение за состоянием Застрахованного лица, и динамикой лечения (по медицинским показаниям).

3.2.2. транспортные услуги, возникшие вследствие несчастного случая, заболевания или смерти Застрахованного лица, включая:

- медицинскую эвакуацию (в том числе экстренную);
- медицинскую репатриацию (в том числе экстренную).
- посмертную репатриацию тела Застрахованного лица, если смерть наступила в результате страхового случая.

В случае смерти Застрахованного лица Страховщик осуществляет все необходимые меры (контакт с зарубежным консульским учреждением для подготовки соответствующих документов) и оплачивает соответствующие услуги по репатриации тела до места захоронения. В случае, когда место захоронения не является территорией Республики Беларусь, транспортные услуги по доставке останков Застрахованного лица оплачиваются только до аэропорта (вокзала) страны захоронения, откуда тело будет репатрировано к месту захоронения. В аналогичном порядке оплачиваются услуги по возвращению урны с прахом на родину для захоронения;

- проезд Застрахованного лица в страну постоянного проживания, если отъезд не состоялся вовремя по причине наступления страхового случая.

Также Страховщиком оплачивается передача срочных сообщений семье пострадавшего Застрахованного лица в связи с медицинской эвакуацией, медицинской или посмертной репатриацией.

Медицинская эвакуация и репатриация организуются только при наличии заключения врача, назначенного Страховщиком или ассистансом.

3.2.3. Юридическая помощь, необходимость которой вызвана событиями, перечисленными в п.п. 3.2.1., 3.2.2. настоящих Правил.

При этом страховому покрытию подлежит не гражданская ответственность Застрахованного лица, а только стоимость услуг адвоката по защите интересов Застрахованного лица в связи с предъявленными претензиями при условии, что:

- необходимость в оказании услуг адвокатом связана с обнаружившимся у Застрахованного лица внезапным заболеванием или произошедшим с ним несчастным случаем;

- в результате неумышленных действий Застрахованного лица в связи с причинением вреда его здоровью в результате несчастного случая.

3.3. Лечение хронических состояний, симптомы которых проявились и (или) в связи с которыми имело место обращение за медицинской помощью на протяжении одного года до заключения

договора страхования, не квалифицируется как требующие неотложной медицинской помощи.

3.4. Факт предварения диагноза словами «острый», «внезапный» или «тяжелый» не является основанием к осуществлению выплат.

3.5. Все услуги, указанные в п. 3.2. настоящих Правил, должны быть документально подтверждены (счета-фактуры, инвойсы, медицинские отчеты или сертификаты, рецепты на лекарства и т.п.). Расходы на телекоммуникационную связь со Страховщиком и/или представителем Страховщика за рубежом возмещаются при предоставлении соответствующего счета с полной расшифровкой телефонов и стоимостью разговоров.

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

3.6.1. медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу при его обращении после истечения срока пребывания за рубежом (продолжительности поездки), предусмотренного договором страхования, за исключением, когда страховой случай наступил в течение срока продолжительности поездки, и по предписанию (заключению) лечащего врача лечение Застрахованного лица невозможно прекратить до окончания этого срока, либо транспортировать Застрахованное лицо в страну постоянного места жительства в связи с угрозой его жизни либо серьезному нарушению функций организма, в том числе стойкой дисфункции какого-либо органа или поврежденной части тела. В этом случае обязательства Страховщика по оплате расходов на оказание неотложной медицинской помощи и транспортировку продолжаются до тех пор, пока не появится возможность транспортировать Застрахованное лицо в страну постоянного места жительства, но не более 15 календарных дней со дня истечения срока продолжительности поездки;

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

3.6.3. уход или лечение, а также контрольные осмотры, визиты и обследования, не являющиеся результатом неотложной медицинской помощи;

3.6.4. услуги, предоставленные кем-то помимо больницы, врача или медицинской сестры, а также медицинские услуги, оказанные медицинскими учреждениями, не имеющими соответствующей лицензии, или лицом, являющимся членом семьи или близким родственником Застрахованного лица;

3.6.5. услуги или лечение в водолечебнице или санатории, а также услуги за реабилитационно-восстановительное лечение, в том числе лечение методами мануальной терапии, рефлексотерапии

(акупунктуры), хиропрактики, массажа, фито- и натуротерапии, электропроцедуры, грязевые и двигательные ванны;

3.6.6. услуга или медпрепарат, несертифицированные в стране нахождения Застрахованного лица, являющиеся экспериментальными или находящимися на стадии исследования, лечение нетрадиционными методами (в т.ч. методами народной медицины), а также лечение осложнений и последствий, вызванных лечением такими методами;

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

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

3.6.9. стоматологическое лечение за исключением услуг, оговоренных в п.п. 3.2.1. настоящих Правил;

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

3.6.11. лечение травмы, полученной или произошедшей при управлении Застрахованным лицом самолетом или иным летательным аппаратом либо при нахождении на его борту, если Застрахованное лицо не было оплатившим билет пассажиром, на борту зарегистрированного аппарата, совершающего регулярный рейс между аэропортами, работающими по правилам, установленным авиационными властями, управляемого имеющим соответствующую лицензию пилотом, а также принадлежащего пассажирской авиакомпания;

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

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

3.6.14. лечение, связанное с психотерапией (в том числе, аутотренинг, лечение сном);

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

3.6.16. лечение членов семьи Застрахованного лица;

3.6.17. лечение болезни, наступившей вследствие алкоголизма или наркомании;

3.6.18. лечение, не признанное наукой или медициной;

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

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

3.6.21. лечение психических заболеваний и их осложнений, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психической природы, в т.ч. в результате эпилептических и других спазматических припадков, консультации и психиатрические обследования;

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

3.6.23. использование препаратов и средств контроля над рождаемостью;

3.6.24. лечение болезней, передаваемых половым путем;

3.6.25. синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД);

3.6.26. искусственное оплодотворение или лечение бесплодия;

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

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

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

3.6.30. лечение травм, полученных в состоянии наркотического или токсического опьянения, а также лечение травм, полученных в состоянии алкогольного опьянения (содержание алкоголя в крови - не менее 0,5 промилле), кроме случаев, когда несчастный случай с Застрахованным лицом произошел по вине третьих лиц;

3.6.31. лечение хронических заболеваний.

В случае наличия угрозы жизни Застрахованного лица при обострении или осложнении хронического заболевания расходы по оказанию неотложной медицинской и иной помощи покрываются в размере не более 1000 долларов США/ евро в зависимости от валюты страховой суммы в целом по всем обращениям Застрахованного лица.

Не оплачивается лечение обострения хронического заболевания, если такое обострение было вызвано нарушением режима, рекомендованного лечащим врачом Застрахованного лица либо врачом лечебного учреждения, в котором Застрахованное лицо находилось на лечении до наступления страхового случая.

Не оплачивается также лечение обострения хронического заболевания, если Страховщику стало известно о фактах, указывающих на то, что Застрахованное лицо предпринимало определенные действия (бездействие), как то: допускало нагрузки, не предпринимало попыток обращения за медицинской помощью и т.п., угрожающие состоянию здоровья Застрахованного лица и о последствиях которых оно знало или должно было знать;

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

3.6.33. лечение солнечных ожогов, фотодерматитов, солнечной аллергии и иных изменений кожи, вызванных ультрафиолетовым излучением, за исключением детей до 16 лет;

3.6.34. лечение травм, отравлений, химических ожогов и болезней, полученных Застрахованным лицом в результате покушения на самоубийство, если только Застрахованное лицо не было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.6.35. лечение последствий несчастных случаев и болезней, полученных Застрахованным лицом в связи с передачей им управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или не имеющему права на управление транспортным средством данной категории, а также если Застрахованное лицо управляло средством транспорта, не имея водительского удостоверения;

3.6.36. лечение онкологических заболеваний, а также их осложнений;

3.6.37. лечение туберкулеза, саркоидоза, муковисцедоза независимо от клинической формы и стадии процесса;

3.6.38. лечение эндокринных заболеваний (в том числе сахарного диабета);

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

3.6.40. лечение острой и хронической лучевой болезни;

3.6.41. лечение хронической почечной и печеночной недостаточности, цирроза печени;

3.6.42. лечение демиелинизирующих заболеваний нервной системы, нарушений речи;

3.6.43. расходы, связанные с операциями на сердце и сосудах, заболеваниями нервной системы, опорно-двигательного аппарата,

органов зрения и чувств, требующих сложного и /или реконструктивного оперативного лечения, кроме расходов по оказанию помощи, необходимой для спасения жизни Застрахованного лица в результате несчастного случая. В любом случае не оплачиваются расходы на ангиографию, ангиопластику, аорто-коронарное шунтирование, проведение сеансов литотрипсии, операций эндопротезирования, имплантации кава-фильтров, стентирования сосудов;

3.6.44. медицинские услуги, связанные с удалением серных пробок из слухового прохода;

3.6.45. лечение особо опасных и тропических инфекционных болезней (чума, холера, оспа, желтая лихорадка, вирусные геморрагические лихорадки);

3.6.46. лечение кожных заболеваний, в т.ч. трофических язв, кожных проявлений, связанных с пищевой аллергией, за исключением случаев, угрожающих жизни;

3.6.47. лечение наследственных и врожденных заболеваний, аномалий и пороков развития органов и их осложнений;

3.6.48. лечение травм и увечий, полученных Застрахованными лицами в результате занятий активными видами спорта, связанными с продолжительными физическими нагрузками (в т.ч. экстремальным спортом, участия в соревнованиях), в случаях, когда Страхователь при заключении договора страхования не поставил об этом в известность Страховщика и при расчете страхового тарифа не был применен соответствующий корректировочный коэффициент, утвержденный локальным правовым актом Страховщика;

3.6.49. заболевания, травмы, лечение которых явилось целью поездки Застрахованного лица за границу, а также заболевания, лечение которых было начато до вступления договора страхования в силу и не закончено до выезда за границу;

3.6.50. расходы, связанные с лечением инфекционных заболеваний, вызвавших эпидемию (за исключением случаев, произошедших во время служебной командировки, подтвержденной документально);

3.6.51. лечение почечно-каменной и желчно-каменной болезни при установленном диагнозе, кроме расходов на оказание неотложной медицинской помощи;

3.6.52. расходы, связанные с тестовым либо скрининговым обследованием при отсутствии симптоматики заболевания и медицинских показаний для его проведения.

3.7. Не подлежат оплате по договору страхования следующие расходы:

3.7.1. произведенные без согласия Страховщика либо его представителя за рубежом;

3.7.2. связанные с обращением в медицинское учреждение с умыслом болезни (симуляцией симптомов);

3.7.3. консультации, обследования по беременности, лечение осложнений независимо от срока, а также дородового наблюдения, родов (в том числе преждевременных) и послеродового ухода за ребенком, за исключением случаев, когда представляется угроза жизни Застрахованного лица;

3.7.4. не предписанные врачом, проводимые по желанию Застрахованного лица, без медицинских показаний и связанные с предоставлением услуг, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения;

3.7.5. на лечение от алкоголизма, наркомании и токсикомании;

3.7.6. расходы и услуги, оказанные Застрахованному лицу в случаях, когда согласно рекомендациям лечащего врача он имел медицинские противопоказания для осуществления поездки за границу;

3.7.7. имевшие место после возвращения в страну постоянного проживания;

3.7.8. расходы на услуги, связанные с предоставлением дополнительного комфорта, в том числе одноместных палат и палат типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста, косметолога;

3.7.9. на приобретение препаратов, которые не причисляются к лекарственным препаратам, если таковые предписываются: несертифицированные лекарства, лекарства, состав которых скрывается составителем, а также пищевые продукты, биодобавки, укрепляющие средства, средства для похудения и слабительные, выдаваемые по рецепту, косметические средства, минеральная вода и добавки к воде ванны;

3.7.10. связанные с лечением заболеваний, имевшихся у Застрахованного лица в момент заключения Договора страхования, независимо от того, осуществлялось ли по ним лечение или нет, кроме случаев, когда медицинская помощь была связана с острой болью или спасением жизни Застрахованного лица;

3.7.11. расходы, превосходящие разумную или обычную сумму за конкретную услугу или препарат, взимаемую в том месте, где таковая плата произведена;

3.7.12. на компьютерную томографию, ядерно-магнитно-резонансную томографию, не согласованные со Страховщиком (ассистансом);

3.7.13. на иммунокоррекцию, расширенное иммунологическое исследование;

3.7.14. на экстракорпоральные методы лечения (в том числе гемодиализ, плазмофорез);

3.7.15. на трансплантацию органов и тканей, имплантацию и протезирование всех видов;

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

3.7.17. расходы, понесенные третьими лицами (в частности, нанимателем) или членами семьи Застрахованного лица в период госпитализации последнего;

3.7.18. по лечению Застрахованного лица и уходу за ним, осуществляемым его родственниками, независимо от того, являются ли они профессиональными медицинскими работниками или нет;

3.7.19. расходы, услуги или лечение, связанные с любыми видами пищевых добавок или медикаментозного питания (если только это не вызвано необходимостью поддержания жизни у критического больного);

3.7.20. расходы, связанные с пребыванием в карантине либо обсервации в связи с эпидемией.

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

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

3.8.2. расходы в связи со смертью Застрахованного лица, в случае если в момент наступления смерти последний находился в состоянии наркотического, токсического либо алкогольного опьянения (в последнем случае содержание алкоголя в крови - не менее 0,5 промилле), кроме случаев, когда несчастный случай с Застрахованным лицом произошел по вине третьих лиц.

3.9. Не признаются страховыми случаями по договору страхования причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, наступившее в результате:

3.9.1. выполнения работ, связанных с повышенным риском, являющихся основной целью заграничной поездки Застрахованного лица, в том числе по найму, рабочему контракту или трудовому соглашению с заграничным работодателем, если при заключении договора страхования об этом не было известно Страховщику и не указано в договоре страхования;

3.9.2. профессиональных заболеваний, кроме случаев, когда существовала угроза жизни Застрахованного лица.

3.10. Страховщик не возмещает моральный вред.

4. Страховой тариф и страховой взнос.

4.1. Страховым взносом является сумма денежных средств, подлежащая уплате Страхователем Страховщику за страхование.

4.1.1. При определении размера страхового взноса, подлежащего уплате, применяются базовые годовые страховые тарифы (Приложение № 1 к настоящим Правилам) с учетом корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика.

4.2. Страховой взнос может быть уплачен Страхователем безналичным путем, в том числе с использованием банковской платежной карточки, через автоматизированные платежные системы (в т.ч. через систему ЕРИП (АИС «Расчет»)) или наличными денежными средствами в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

4.3. Страховой взнос по договору страхования уплачивается при заключении договора страхования единовременно за весь срок действия договора страхования.

4.4. Уплата страхового взноса 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 страхового взноса.

4.5. Днем уплаты считается:

4.5.1. день уплаты страхового взноса в кассу Страховщика (его представителю) – при уплате наличными денежными средствами;

4.5.2. день поступления страхового взноса на расчетный счет Страховщика (его представителя) – при безналичной форме расчетов;

4.5.3. день совершения операции по перечислению страхового взноса, подтверждением чего служит карт-чек и (или) иной документ, подтверждающий совершение соответствующей операции – при уплате страхового взноса с использованием банковских платежных карточек, через автоматизированные платежные системы (в т.ч. через систему ЕРИП (АИС «Расчет»)), а также при внесении денежных средств непосредственно в кассы банков с последующим их зачислением на счет Страховщика или его уполномоченного представителя.

5. Страховая сумма.

5.1. Страховая сумма — это сумма денежных средств, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить страховое обеспечение при наступлении страхового случая. Страховая сумма определяется соглашением Страхователя со Страховщиком в евро или долларах США в соответствии с Приложением № 1 и указывается в договоре страхования.

II. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРОВ СТРАХОВАНИЯ

6. Основание для заключения договора страхования.

6.1. 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 Страхователю на основании его устного заявления страхового полиса, подписанного ими. Договор страхования может быть заключен в форме электронного документа на основании устного заявления Страхователя или предложения Страховщика, принятого Страхователем способом, указанным в таком предложении, в порядке и на условиях, установленных законодательством Республики Беларусь.

В случае заключения договора страхования в форме электронного документа либо путем обмена документами согласно части первой настоящего пункта Страховщик направляет Страхователю посредством электронной связи уведомление о заключении договора страхования с приложением настоящих Правил в течение 5 рабочих дней со дня документального подтверждения Страхователем уплаты страхового взноса либо поступления его на счет Страховщика.

Договор страхования заключается на условиях настоящих Правил страхования, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования. Правила страхования вручаются Страхователю при заключении договора страхования, о чем в нем делается соответствующая запись.

В случае заключения договора страхования группы лиц, выезжающих за границу, со Страхователем-юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем страховой полис может быть выдан как на каждого члена группы, так и на всю группу с приложением списка Застрахованных лиц по форме, определенной Страховщиком. Список Застрахованных лиц является неотъемлемой частью договора страхования.

6.2. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности

наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования (страховом полисе) на основании устного заявления Страхователя.

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

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

6.3. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно, не позднее 3 рабочих дней, сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования (п. 6.2. настоящих Правил), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования и доплаты страхового взноса соразмерно увеличению риска в соответствии с формулой:

$V_{\text{доп.}} = V_{\text{ост. нов.}} - V_{\text{ост. перв.}}$, где

$V_{\text{доп.}}$ - дополнительный страховой взнос,

$V_{\text{ост. перв.}}$ - страховой взнос, приходящийся на незаконченный срок действия договора страхования, без учета изменений в степени риска,

$V_{\text{ост. нов.}}$ - страховой взнос, приходящийся на незаконченный срок действия договора страхования, с учетом изменений в степени риска.

Внесение изменений и (или) дополнений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, осуществляется в письменном виде в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Доплата страхового взноса производится одновременно при внесении соответствующих изменений и (или) дополнений в договор

страхования, если иное не предусмотрено условиями договора страхования (договора о внесении изменений в условия страхования).

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования и доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, установленными законодательством Республики Беларусь.

6.4. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик может в течение всего срока действия договора страхования осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц (Застрахованных лиц). Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц (Застрахованных лиц) на обработку их персональных данных.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях, в целях проведения анализа страховых рисков, выполнения обязательств по договору страхования.

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает свое согласие на информирование себя и Застрахованных лиц о других страховых продуктах и услугах, на получение рассылок, направленных на повышение уровня клиентоориентированности и лояльности, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает предоставление Страховщику права передавать персональные данные и данные о наличии других договоров страхования, необходимые для расчета суммы страхового взноса, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, включая третьих лиц, проводящих работу по передаче информации в информационную систему Страховщика.

Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели предусмотренных настоящим пунктом Правил.

Договором страхования могут быть определены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Республики Беларусь.

7. Срок действия договора страхования.

7.1. Договор страхования заключается на срок от 1-го дня до 5 лет включительно.

7.2. Период, в течение которого Страховщик несет ответственность по договору страхования ограничивается количеством дней пребывания Застрахованного лица за границей (продолжительностью поездки) в течение срока действия договора страхования. Количество дней пребывания Застрахованного лица за границей указывается в договоре страхования (страховом полисе) в графе «Срок пребывания за рубежом». При каждом выезде на территорию действия договора страхования общий срок пребывания автоматически уменьшается на количество дней, проведенных на указанной территории. Ответственность Страховщика прекращается по истечении общего срока пребывания.

8. Вступление договора страхования в силу.

8.1. Договор страхования вступает в силу со времени и даты, указанных в договоре страхования как начало срока действия договора, но не ранее времени уплаты страхового взноса Страховщику (его уполномоченному представителю).

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

Договор страхования заканчивается в 24 часа даты, указанной в договоре страхования (страховом полисе) как дата окончания срока действия договора.

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

Срок фактического пребывания Застрахованного лица за границей при многократных выездах определяется по отметкам (штампам) пограничных служб в паспорте Застрахованного лица либо на основании иных документов, подтверждающих пересечение Застрахованным лицом границы Республики Беларусь (проездные билеты, путевые листы, таможенные декларации, командировочные удостоверения и т.п.).

8.3. Договор страхования, заключенный в отношении водителей, экспедиторов, осуществляющих международные перевозки, действует только во время их нахождения за границей для исполнения своих

трудовых (профессиональных) обязанностей (нахождение в служебных командировках, рейсе и т.п.).

8.4. При заключении договора страхования на новый срок дата вступления его в силу указывается со дня, следующего за тем, в котором истекает срок действующего договора.

9. Порядок оформления дубликата страхового полиса в случае утери в период его действия.

9.1. В случае утери страхового полиса в период его действия по письменному заявлению Страхователя ему выдается дубликат страхового полиса. После выдачи дубликата утерянный страховой полис считается недействительным и никаких выплат по нему не производится.

10. Переход прав и обязанностей по договору.

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

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

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

10.3. Страховщик вправе требовать от Застрахованного лица выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным лицом требования о выплате страхового обеспечения. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованное лицо.

11. Прекращение договора страхования.

11.1. Договор страхования прекращается в случаях:

11.1.1. истечения срока действия;

11.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме;

11.1.3. смерти Застрахованного лица по причинам иным, чем страховой случай – п. 3.1.3. Правил страхования;

11.1.4. ликвидации, реорганизации Страхователя-юридического лица, прекращении деятельности Страхователя-индивидуального предпринимателя, за исключением, когда в результате реорганизации права и обязанности Страхователя-юридического лица по договору страхования переходят к его правопреемнику;

11.1.5. по соглашению Страхователя и Страховщика, оформленному в письменном виде;

11.1.6. по инициативе Страхователя в любое время действия договора, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по причинам иным, чем наступление страхового случая;

11.1.7. по инициативе Страховщика, если Страхователем не выполняются условия страхования, указанные в п. 6.3. настоящих Правил.

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

11.2. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п.п. 11.1.3.-11.1.5. настоящих Правил Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Время, в течение которого действовало страхование (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 временем, в течение которого действовало страхование, и документально подтвержденным сроком нахождения Застрахованного лица вне территории действия договора страхования. Подлежащая возврату часть страхового взноса рассчитывается и выплачивается в валюте уплаты страхового взноса (если законодательством Республики Беларусь и соглашением сторон не предусмотрено иное).

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования (п.п. 11.1.6. настоящих Правил) уплаченный Страховщику страховой взнос возврату не подлежит, за исключением случаев, предусмотренных частью третьей настоящего пункта Правил. Страховой взнос (или его часть) возвращается Страхователю в течение 5 рабочих дней со дня прекращения договора страхования.

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

11.3. За каждый день просрочки возврата страхового взноса или его части по вине Страховщика Страхователю выплачивается пеня в размере 0,1% юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю и 0,5% физическому лицу от суммы, подлежащей возврату.

12. Условия заключения договора страхования одного и того же объекта.

12.1. Страхователь имеет право заключить договор страхования в отношении одного и того же Застрахованного лица с новыми Страховщиками при условии их уведомления о том, что данное лицо уже застраховано.

13. Права и обязанности Страховщика и Страхователя.

13.1. Страхователь имеет право:

13.1.1. отказаться от договора страхования в соответствии с условиями п.п. 11.1.6. настоящих Правил;

13.1.2. в случае утери страхового полиса получить дубликат страхового полиса.

13.2. Страхователь обязан:

13.2.1. при заключении договора страхования сообщить Страховщику о всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая;

13.2.2. в период действия договора незамедлительно, не позднее 3 рабочих дней, сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

13.2.3. уплачивать страховые взносы в соответствии с п.п. 4.1.1. настоящих Правил;

13.2.4. при наступлении страхового случая при первой возможности известить Страховщика любым доступным ему способом,

позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения, и предоставить ему все необходимые документы для установления факта, причины страхового случая и определения размера страхового обеспечения.

13.3. Застрахованное лицо имеет право требовать оплаты медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования.

13.4. Застрахованное лицо обязано:

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

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

13.4.3. выполнять распоряжения адвоката при предоставлении юридических услуг;

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

13.4.5. при наступлении страхового случая немедленно, до обращения к врачу/в лечебное учреждение, обратиться к ближайшему представителю Страховщика за рубежом по телефонам, указанным в договоре страхования (страховом полисе). Подтвержденные телефонные разговоры оплачиваются.

13.5. Страховщик имеет право:

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

13.5.2. получать информацию у компетентных органов, медицинских работников, медицинских учреждений. Они освобождаются от обязанности хранить медицинскую тайну и вправе давать Страховщику требуемую информацию;

13.5.3. потребовать признания договора страхования недействительным, если при его заключении Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая.

13.6. Страховщик обязан:

13.6.1. вручить Страхователю договор страхования (страховой полис) и Правила страхования;

13.6.2. при наступлении страхового случая после получения всех необходимых документов составить акт о страховом случае (по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика), в

установленные сроки произвести выплату страхового обеспечения (или отказать в выплате). В случае отказа в выплате страхового обеспечения в течение 5 рабочих дней с момента получения необходимых документов письменно сообщить Страхователю (Застрахованному лицу);

13.6.3. обеспечить конфиденциальность сведений, сообщенных Страхователем;

13.6.4. в течение 5 рабочих дней со дня документального подтверждения Страхователем уплаты страхового взноса либо поступления его на счет Страховщика направить посредством электронной связи Страхователю уведомление о заключении договора страхования с приложением настоящих Правил в случае заключения договора страхования в форме электронного документа, либо путем обмена документами посредством почтовой, электронной или иной связи.

13.7. Неисполнение Страхователем (Застрахованным лицом) возложенных на него обязанностей в связи с тем, что после наступления страхового случая он находится в бессознательном состоянии, не является нарушением условий договора страхования.

III. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

14. Порядок и условия выплаты страхового обеспечения.

14.1. При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обязано немедленно (до обращения к врачу) обратиться к Страховщику (его представителю за рубежом) по контактными телефонам, указанным в договоре страхования (страховом полисе) и сообщить:

- номер договора страхования (страхового полиса);
- фамилию, имя;
- срок действия договора страхования;
- номер телефона и адрес, по которым можно связаться с Застрахованным лицом;
- причину обращения и какого рода помощь необходима Застрахованному лицу.

В случае, если немедленное обращение к ближайшему представителю Страховщика за рубежом не представляется возможным, Застрахованное лицо обязано связаться с ним (представителем) при первой возможности.

14.2. Представителем Страховщика за рубежом является ассистанс, осуществляющий организацию и оплату медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу за рубежом.

14.3. Выплата страхового обеспечения по договору страхования осуществляется Страховщиком путем перечисления денежной суммы представителю Страховщика за рубежом по предъявлении счетов за оказанные Застрахованному лицу в стране его временного пребывания медицинские и юридические услуги в соответствии с законодательством Республики Беларусь и договором о сотрудничестве.

14.4. Страховщик компенсирует расходы Страхователя (Застрахованного лица) путем выплаты наличными денежными средствами в размере фактически понесенных расходов за оказанную медицинскую помощь при наличии соответствующих документов (п. 14.5. настоящих Правил), подтверждающих факт и размер вреда, причиненного здоровью или жизни Застрахованного лица в результате страхового случая. При этом подлежащая выплате сумма округляется до минимального номинала банкноты валюты, в которой производится выплата, согласно арифметическим правилам.

14.5. Страхователю (Застрахованному лицу) необходимо в срок, не позднее тридцати календарных дней со дня наступления страхового случая, письменно сообщить Страховщику путем подачи заявления о выплате страхового обеспечения по форме, определенной Страховщиком, и приложить следующие документы:

- оригинал договора страхования (страхового полиса). При невозможности предоставления оригинала необходимо предоставить объяснительное заявление о причине его отсутствия;
- оригинал документа, подтверждающего факт обращения и содержащий дату обращения за медицинской помощью, диагноз заболевания, итоговую сумму к оплате;
- оригинал документа, подтверждающий оплату медицинской помощи;
- оригиналы (копии) рецептов на приобретение медикаментов со штампом аптеки и указанием стоимости каждого препарата, выписанные лечащим врачом в связи с данным заболеванием.

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

14.6. Страховщик составляет Акт о страховом случае (по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика) и выплачивает страховое обеспечение Страхователю (Застрахованному лицу) в течение 10 рабочих дней со дня, следующего за днем получения всех необходимых документов, перечисленных в п. 14.3. и п. 14.5. настоящих Правил.

14.7. Страховое обеспечение выплачивается Страхователю (Застрахованному лицу) в валюте уплаты страхового взноса в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь. Если страховой взнос был оплачен в белорусских рублях, страховое обеспечение выплачивается в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным Банком Республики Беларусь, по отношению к валюте, в которой были понесены расходы, на день понесения расходов.

За несвоевременную выплату страхового обеспечения Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) по вине Страховщика выплачивается пеня за каждый день просрочки от суммы, подлежащей выплате, в размере: 0,5% - физическому лицу и 0,1% - юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю.

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

Если размер расходов, понесенных в результате наступления страхового случая, превышает установленную договором страхования страховую сумму, то в первую очередь оплачиваются расходы, связанные с оказанием Застрахованному лицу скорой и неотложной медицинской помощи, а затем расходы, связанные с оказанием Застрахованному лицу медико-транспортных расходов (либо связанные со смертью Застрахованного лица), в пределах страховой суммы.

15. Отказ в выплате страхового обеспечения.

15.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, если:

15.1.1. Страхователь или Застрахованное лицо совершили умышленные действия, повлекшие наступление страхового случая, за исключением случаев, предусмотренных Гражданским кодексом Республики Беларусь;

15.1.2. Страховой случай наступил вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации и радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны, если международными договорами Республики Беларусь и актами законодательства не предусмотрено иное.

15.2. Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения, если Страхователь или Застрахованное лицо не исполнили возложенные на них обязанности в установленные сроки в соответствии с п. 14.1. настоящих Правил 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 не позднее пяти рабочих дней со дня получения всех необходимых документов и сообщается Страхователю (Застрахованному лицу) в письменной форме с мотивацией причины отказа.

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

16. Порядок рассмотрения споров.

16.1. Споры, вытекающие из отношений по добровольному страхованию от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу, разрешаются путем переговоров. При недостижении соглашения сторон споры разрешаются судами в соответствии с их компетенцией, установленной законодательством Республики Беларусь.