

**ЗАКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ  
СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ТАСК»**

**ПРАВИЛА № 8**

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

(согласованы МФ РБ за № 330 от 31.03.2004,  
в новой редакции № 726 от 24.03.2017, с изм. № 1116 от 27.03.2019,  
с изм. на осн. Приказа № 135 от 28.10.2019,  
Приказа № 89 от 14.08.2020, Приказа № 98 от 09.09.2020,  
Приказа № 76 от 13.07.2021, Приказ № 151, 152 от 14.12.2023, Приказ № 35 от  
24.05.2024 действ. с 15.06.2024)

«УТВЕРЖДАЮ»  
Генеральный директор  
ЗАСО «ТАСК»  
И.И. Волков  
«09» сентября 2020 г.

## **1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.1. На условиях настоящих Правил Закрытое Акционерное Страховое общество «ТАСК» (в дальнейшем - Страховщик) заключает договоры добровольного страхования от внезапных заболеваний и несчастных случаев на время поездки за границу (далее – договор страхования) с юридическими лицами любой организационно-правовой формы, индивидуальными предпринимателями и дееспособными физическими лицами (далее – Страхователи).

Не заключаются договоры страхования в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, заболеваниями (включая слабоумие), тяжелыми нервными заболеваниями.

1.2. Страховщик имеет право отказать в заключении договора страхования без объяснения причин (ст. 391 Гражданского кодекса Республики Беларусь).

1.3. По договору страхования Страховщик обязуется при наступлении предусмотренного договором страхования страхового случая возместить Страхователю (Застрахованному лицу) и/или Выгодоприобретателю, причиненный вследствие этого события ущерб в пределах страховой суммы, а Страхователь обязуется уплатить страховой взнос.

1.4. Страхователь – физическое лицо имеет право заключить договор страхования, как в свою пользу, так и в пользу третьих лиц (далее – Застрахованное лицо). В случае если договор страхования заключен Страхователем – физическим лицом в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица, предусмотренные настоящими Правилами. Страхователи – юридические лица и индивидуальные предприниматели заключают договоры страхования только в пользу третьих лиц.

1.5. Страховщик вправе заключать договоры страхования только при наличии договора с зарубежным партнером (ассистансом), выступающим гарантом обеспечения оплаты расходов по лечению Застрахованных лиц при наступлении страхового случая, располагающим собственными сервисными центрами или представителями.

### **1.6. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:**

**Выгодоприобретатель** – лицо, которому при наступлении страхового случая должна быть произведена страховая выплата;

**ранее имевшееся заболевание** – это заболевание, имевшееся у Застрахованного лица до поездки за границу, не зависимо от срока его диагностики в прошлом;

**хроническое заболевание** – заболевание, характеризующееся установленным клиническим диагнозом, симптомы которого проявились и (или) в связи с которым имело место обращение застрахованного лица за медицинской помощью на протяжении срока, установленного правилами добровольного страхования от внезапных заболеваний и несчастных случаев на время поездки за границу, до заключения договора страхования;

**скорая и неотложная медицинская помощь** – комплекс медицинских услуг, оказываемых при острых нарушениях физического здоровья Застрахованного лица, угрожающих его жизни или здоровью, а также когда состояние Застрахованного лица требует срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях, в том числе острых тяжелых заболеваниях) до устранения угрозы жизни, приведения Застрахованного лица в транспортабельное состояние, позволяющее по согласованию с врачом проведение медицинской эвакуации. Хронические заболевания (за исключением острых состояний) не квалифицируются как состояние организма Застрахованного лица, требующего оказания скорой неотложной помощи;

**медицинская репатриация** – медицинская транспортировка застрахованного лица в страну постоянного проживания для дальнейшего стационарного или амбулаторного лечения;

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

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

**сервисная служба (ассистанс)** – организация, которая на основании заключенного со страховщиком договора является его представителем за рубежом, осуществляет предоставление услуг застрахованному лицу и оплату медицинской и (или) иной помощи на территории действия договора страхования;

**срок действия договора страхования** – устанавливаемый при заключении договора страхования период времени, в течение которого в

рамках срока пребывания за границей действует страховая защита на территории всех стран, указанных в договоре страхования;

**срок пребывания за границей** – конкретный период времени в рамках срока действия договора страхования, в течение которого действует страховая защита, который определяется периодом нахождения (совокупной длительностью пребывания) Застрахованного лица за границей на территории всех стран, указанных в договоре страхования;

**активный отдых** – катание (езда) на водных мотоциклах, водных лыжах, развлечения на воде с использованием буксируемых надувных средств, серфинг, виндсерфинг, кайтинг, дайвинг, рафтинг, каякинг, катание/пребывание на лодке/маломерном судне, посещение бассейна, нахождение на территории аквапарка, прыжки на батуте, катание (езда) на самокатах, велосипедах, мопедах, мотоциклах, мотороллерах и квадроциклах, маунтинбайкинг, мотогонки, автогонки, передвижение с использованием средств персональной мобильности (электросамокат, гироскутер, сигвей, моноколесо и прочее), катание (езда) на горных и беговых лыжах, санях, коньках (в том числе роликовых), тюбинге, сноубординг, поездки на снегоходах, пребывание на горнолыжном курорте, парашютный спорт, спуск в пещеры, скалолазание, волейбол, футбол, теннис, гольф, паркур, военный туризм, самодетельный (спортивный) туризм, диггерство, треккинг, тарзанка, ледолазание, фитнес, занятия в тренажерном зале и тому подобное;

**экстремальный отдых (спорт)** с повышенной степенью риска – это необычный по сложности и риску спорт, который связан с большим травматизмом, в том числе при участии в соревнованиях. К экстремальному виду спорта относятся: полеты на воздушном шаре, прыжки между различными объектами, банджи-джампинг, ВМХ (экстремальный вид велоспорта), скайсерфинг, каньонинг и тому подобное;

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

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

**обострение хронического заболевания** – стадия течения хронического заболевания, характеризующаяся усилением имеющихся симптомов или появлением новых у Застрахованного лица;

**web-сайт Страховщика** – официальный сайт Страховщика, расположенный в глобальной компьютерной сети Интернет, размещенный по адресу: [www.task.by](http://www.task.by), посредством которого распространяется информация о деятельности Страховщика, о реализуемых им страховых

продуктах, и обеспечивающий обмен информацией между Страхователем и Страховщиком в электронной форме;

**личный кабинет** – закрытый раздел сайта Страховщика, предназначенный для удаленного обслуживания Страхователя посредством использования глобальной компьютерной сети Интернет, доступ к которому осуществляется Страхователем путем авторизации учетной записи;

**учетная запись** – хранимая в компьютерной системе Интернет-ресурса совокупность указанных при регистрации данных пользователя (Страхователя), необходимая для его идентификации;

**авторизация** – создание учетной записи, позволяющей определить (идентифицировать) пользователя (Страхователя), и удостоверение правомочности его обращения к Страховщику и/или входа в личный кабинет, а также совершения Страхователем операций, включая осуществление юридически значимых действий;

**карантинные мероприятия** – комплекс административных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение распространения инфекционных заболеваний и предусматривающих особый режим проживания, работы, передвижения населения, а также передвижения транспортных средств, товаров, грузов и животных;

**страна постоянного проживания** – страна, гражданином которой является Застрахованное лицо, либо на территории которой оно постоянно проживает на основании разрешения на постоянное проживание, вида на жительство или иного документа, выданного компетентным органом в соответствии с законодательством данной страны, а также страна, на территории которой Застрахованное лицо проживает более 1 (одного) года, за исключением лиц, командированных нанимателем, а также лиц, обучающихся в учреждениях образования на территории действия договора страхования;

**резиденты Республики Беларусь** – физические лица, имеющие постоянное место жительства в Республике Беларусь, в том числе временно находящиеся за пределами Республики Беларусь.

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Объектом страхования в рамках настоящих Правил являются не противоречащие законодательству Республики Беларусь имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда здоровью или жизни Застрахованного лица в результате внезапного заболевания или несчастного случая во время поездки за границу и повлекшие расходы на оказание Застрахованному лицу неотложной медицинской помощи, а также иной помощи в соответствии с условиями п. 4.1. настоящих Правил.

### **3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

3.1. **Страховым случаем** является предусмотренное договором страхования событие, при наступлении которого у Страховщика возникает обязанность произвести выплату страхового обеспечения Страхователю, Застрахованному лицу и/или Выгодоприобретателю.

3.2. Страховыми случаями признаются следующие события, произошедшие в период действия договора страхования и повлекшие расходы на оказание Застрахованному лицу неотложной медицинской помощи, а также иной помощи в соответствии с условиями п.4.1. настоящих Правил:

-причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате внезапного заболевания или несчастного случая во время поездки за границу;

-причинение вреда жизни Застрахованного лица в результате внезапного заболевания или несчастного случая во время поездки за границу.

3.3. Несчастливым случаем признается внезапное непредвиденное событие, происшедшее с Застрахованным лицом в период действия договора страхования, сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями здоровья, повлекшими расстройство здоровья или смерть Застрахованного лица.

3.4. Внезапным заболеванием считается внезапно наступившее ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица во время его поездки за границу в период действия договора страхования, требующее оказания (по медицинским показаниям и до возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания) неотложной медицинской помощи, и при котором отсутствие срочного медицинского вмешательства может привести к серьёзному нарушению функций организма, в том числе стойкой дисфункции какого-либо органа, либо к угрозе жизни Застрахованного лица, что должно быть подтверждено документами лечебного учреждения.

3.5. События, предусмотренные п.3.2. настоящих Правил не являются страховыми случаями, если они произошли в результате:

3.5.1. заболеваний, имевших место до начала срока действия договора страхования, независимо от того, проводилось по ним лечение или нет;

3.5.2. поездки, которая была предпринята с целью получения лечения за границей;

3.5.3. поездки за границу, предпринятой вопреки рекомендациям врача, что усугубило течение имевшегося заболевания или послужило причиной его обострения;

3.5.4. солнечных ожогов и иных острых изменений кожного покрова, вызванных воздействием ультрафиолетового излучения, кроме проявления солнечной аллергии у детей до 12 лет;

3.5.5. любых инфекционных заболеваний, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией или являющиеся следствием нарушения Застрахованным лицом профилактических карантинных мероприятий, официально объявленных на территории пребывания Застрахованного лица.

#### **4. РАСХОДЫ, ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ**

4.1. По договору страхования Страховщик оплачивает следующие расходы (за исключением услуг, оговоренных в п.5.1.,5.2. настоящих Правил.):

**4.1.1. по оказанию неотложной медицинской помощи, связанные с:**

-помещением в стационар: палата и питание, медицинские процедуры, консультации, оперативное вмешательство, уход;

-предоставлением лекарственных препаратов, перевязочных материалов, гипсовых повязок;

-амбулаторным лечением: консультации и услуги;

-лабораторными услугами;

-рентгено-, радио-, изотопную и др. диагностику;

-стоматологическим лечением, связанным со снятием острой зубной боли в размере до 100 USD/EUR (в зависимости от валюты договора страхования) по одному визиту в течение срока страхования;

**4.1.2. по оплате телефонных переговоров** Застрахованного лица с представителем Страховщика за рубежом или Страховщиком;

**4.1.3. по медицинской эвакуации** специализированным медицинским транспортом в ближайшее медицинское учреждение или к находящемуся в непосредственной близости врачу. Транспортировка, в том числе и повторная, если этого требует ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица, может производиться, при согласовании с представителем Страховщика, другими неспециализированными видами транспортных средств, если это целесообразно в данном конкретном случае. Согласование с представителем Страховщика может быть сделано в течение суток после доставки Застрахованного лица неспециализированным видом транспортных средств в медицинское учреждение в случае невозможности совершения согласования заранее из-за плохого самочувствия Застрахованного лица и отсутствия сопровождающего лица;

**4.1.4. по медицинской репатриации** Застрахованного лица из-за границы до места его постоянного проживания или до ближайшего к месту

проживания медицинского учреждения, в случае, когда врач, представляющий интересы Страховщика за границей, (согласно его письменных рекомендаций) после консультации с лечащим врачом, считает, что состояние здоровья Застрахованного лица позволяет ему продолжить лечение в стране постоянного места жительства, включая расходы на сопровождающее лицо (если такое сопровождение предписано лечащим врачом). При необходимости сопровождения возмещаются расходы на дорогу одного человека (не превышающие стоимость билета в экономическом классе в обе стороны, а также на ночлег и содержание до 100 USD/EUR (в зависимости от валюты договора страхования) в сутки, не более чем на 5 суток), в пределах страховой суммы.

В случае отказа Застрахованного лица от возвращения в страну постоянного проживания в сроки и на условиях, предложенных лечащим врачом совместно со Страховщиком, все гарантийные обязательства Страховщика в отношении оплаты расходов на медицинскую репатриацию Застрахованного лица аннулируются. Также Страховщик не несёт расходы по продолжению лечения Застрахованного лица, отказавшегося от рекомендованной эвакуации;

При проведении медицинской репатриации иностранного гражданина, не имеющего вида на жительство в Республике Беларусь, Страховщиком оплачиваются расходы по репатриации до границы иностранного государства, гражданином которого является Застрахованное лицо, если иное государство не указано в договоре страхования в качестве постоянного места проживания иностранного гражданина. В последнем случае Страховщиком оплачиваются расходы по репатриации до границы государства, указанного в договоре страхования. Расходы, понесенные после медицинской репатриации Застрахованного лица, не возмещаются (не оплачиваются) Страховщиком по договору страхования;

Застрахованное лицо, а в случае, если Застрахованное лицо является несовершеннолетним, недееспособным, ограниченно дееспособным лицом либо находится в состоянии, когда не имеет возможности самостоятельно принимать решение (кома, отсутствие речи) – его законные представители, имеют право отказаться от предлагаемой медицинской репатриации. Отказ от проведения медицинской репатриации может быть направлен Страховщику письменно, электронным либо СМС сообщением, а также может быть сделан по телефону, при условии, что телефонный разговор записан и имеется возможность установить, что отказ исходит от Застрахованного лица или его законного представителя;



**4.1.5. по репатриации тела** до предполагаемого места захоронения в стране постоянного места жительства, если смерть Застрахованного лица наступила в результате несчастного случая или внезапного заболевания.

Расходы включают подготовку тела и покупку необходимого для международной перевозки гроба, оформление всех необходимых для прохождения границы документов, в случае необходимости – расходы на кремацию, транспортные расходы. Данное обязательство исключает расходы по похоронам и на погребение;

**4.1.6. расходы по оплате досрочного возвращения детей** в возрасте до 16 лет в страну постоянного проживания самолётом в экономическом классе или поездом, если в результате несчастного случая или болезни Застрахованного лица, дети, путешествующие с ним, остались без присмотра (если оплата билетов произведена Застрахованным лицом или лицом, представляющим интересы детей, возмещение расходов осуществляется Страховщиком в Республике Беларусь);

**4.1.7. расходы по оказанию юридической помощи** (не более 1% от выбранной при страховании страховой суммы на каждое Застрахованное лицо) – предоставление возможности Застрахованному лицу связаться с адвокатом или с организацией, оказывающей такого рода услуги, в случае предъявления Застрахованному лицу претензий в соответствии с действующим уголовным, административным или гражданским законодательством. Под юридической помощью понимаются услуги, оказываемые организациями или лицами на профессиональной основе, имеющими соответствующие разрешения на такого рода деятельность (адвокатами), в случае предъявления Застрахованному лицу претензий в соответствии с действующим уголовным, административным или гражданским законодательством места пребывания Застрахованного лица в результате причинения вреда здоровью Застрахованного лица в связи с болезнью или несчастным случаем. При этом возмещению подлежит не гражданская ответственность Застрахованного лица, а только услуги адвоката по защите интересов Застрахованного лица в связи с предъявленными претензиями при условии, что:

-необходимость в оказании услуг адвокатом связана с обнаружившейся у Застрахованного лица болезнью или произошедшим с ним несчастным случаем;

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

При этом возмещению подлежат только услуги адвоката по защите интересов Застрахованного лица в связи с предъявленными претензиями, исключая ущерб и нарушения, связанные с использованием, владением и хранением транспортных средств. Обращение к адвокату возможно только по согласованию со Страховщиком. В том случае, если Страховщик не

рекомендовал конкретного адвоката, Страхователь имеет право обратиться к любому адвокату, имеющему соответствующее разрешение на такого рода деятельность;

**4.1.8. расходы по обмену проездного документа** на другую дату в экономическом классе транспортного средства и проживание в гостинице до 3-х (трех) суток из расчета не более 100 USD/EUR (в зависимости от валюты договора страхования) в сутки, если такая задержка в стране пребывания обусловлена состоянием здоровья Застрахованного лица после госпитализации или проведенного лечения и письменно рекомендована лечащим врачом, при условии наличия ответственности Страховщика (не более 10 суток со дня окончания срока пребывания);

**4.1.9. транспортные расходы** в пределах страховой суммы по перевозке Застрахованного лица к месту постоянного проживания неспециализированным транспортом, в том числе транспортом работодателя Застрахованного лица, если это целесообразно в данном конкретном случае и не противоречит рекомендациям лечащего врача. При этом предполагаемые транспортные расходы должны соответствовать тарифам и расценкам, представленным представителем Страховщика, по данной местности, где такая перевозка осуществляется. Транспортные расходы предварительно согласовываются со Страховщиком;

**4.1.10. расходы на захоронение** в стране, где произошел страховой случай. Расходы включают оформление всех необходимых в стране захоронения документов для осуществления погребения, подготовку тела, стоимость одежды и гроба, транспортировку тела до места захоронения, при необходимости - расходы на кремацию. При этом расходы возмещаются по средним региональным ценам и не должны превышать муниципальные. Под средними региональными ценами понимаются цены на ритуальные услуги, принятые в государственных и/или муниципальных похоронных агентствах района, штата, провинции или иной административно-территориальной единицы, где произошел страховой случай;

**4.1.11. расходы на проведение спасательных и поисковых работ** в пределах 10% от страховой суммы, но не более 5000 USD/EUR в зависимости от валюты страховой суммы:

работы на водных акваториях, включая морской поиск;

авиапоиск;

эвакуацию в случае отсутствия возможности самостоятельно выбраться с местонахождения Застрахованного лица без причинения вреда жизни и здоровью (например, с борта судна, водной поверхности, горных склонов, пустыни, джунглей и прочие);

снаряжение поисковых групп;

иные мероприятия и действия, проводимые с целью обнаружения Застрахованного лица.

Расходы, указанные в части первой настоящего подпункта, покрываются при соблюдении следующих условий:

совершение Застрахованным лицом действий, сопряженных с необходимостью проведения поисково-спасательных работ (совершение восхождения, спуск под воду и прочие);

мероприятия, совершаемые Застрахованным лицом, были надлежащим образом задекларированы в стране пребывания, выполнялись в соответствии с утвержденным маршрутом и при необходимости в сопровождении инструктора;

Застрахованным лицом были выполнены все требования безопасности в части оборудования и снаряжения.

4.2. Все расходы, указанные в п.п. 4.1.1.– 4.1.11. п. 4.1. настоящих Правил должны быть документально подтверждены оригиналами документов, подтверждающих произведенные расходы (счета-фактуры, инвойсы, медицинские отчеты или сертификаты, рецепты на лекарства и др.), кроме случаев, предусмотренных частью третьей п. 17.5.

## **5. РАСХОДЫ, НЕ ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ**

5.1. По договору страхования не оплачиваются расходы:

5.1.1. на оказание Застрахованному лицу неотложной медицинской помощи при его обращении после истечения срока пребывания за границей, включая обращения по поводу последствий страхового случая.

Если расстройство здоровья возникло в течение срока пребывания Застрахованного лица за границей, а лечение, по мнению лечащего врача, невозможно прекратить до окончания срока пребывания либо транспортировать Застрахованное лицо в страну постоянного места жительства, то обязательства по оплате расходов на медицинскую помощь и транспортировку продолжают до тех пор, пока появится возможность транспортировать Застрахованное лицо в страну постоянного места жительства, но не более 10 суток со дня окончания срока пребывания;

5.1.2. на контрольные, повторные обращения или обследования по уже случившимся травмам или заболеваниям, за исключением случаев, согласованных со Страховщиком или его представителем, при ухудшении состояния здоровья; на профилактические прививки, за исключением случаев прививки для экстренной профилактики заболеваний, связанных с травмой (столбняк, бешенство и др.); на акупунктуру и физиотерапию, включая процедуры и медикаменты, направленные на восстановление здоровья;

5.1.3. на лечение Застрахованного лица на территории постоянного места жительства;

5.1.4. на лечение любых осложнений, полученных в результате медицинского или хирургического лечения внезапных заболеваний, травм в результате несчастных случаев после возвращения Застрахованного лица на территорию постоянного проживания либо на территорию государства, гражданином которого он является;

5.1.5. связанные с травмами или увечьями, полученными Застрахованным лицом в связи с совершением им действий, в которых органами дознания, следствия, судом в соответствии с законодательством страны пребывания установлены признаки противоправных действий, за исключением случаев необходимой обороны, дорожно-транспортных происшествий (кроме случаев, предусмотренных подпунктом 5.1.25 Правил) при отсутствии умысла Застрахованного лица в действиях, приведших к страховому случаю;

5.1.6. при наступлении страхового случая, произошедшего по причине психического или душевного заболевания Застрахованного лица, а также обусловленного апоплексией, эпилептическими или другими спазматическими припадками;

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

5.1.8. на оказание услуг, предоставленных медицинским учреждением, не имеющим соответствующей лицензии, либо лицом, не имеющим права на осуществление медицинской деятельности;

5.1.9. на услуги или лечение в водолечебнице, санатории, на курорте;

5.1.10. на услуги или медицинские препараты, рассматриваемые в соответствии со стандартами в качестве экспериментальных или находящихся на стадии исследования, а также на лечение нетрадиционными способами;

5.1.11. на услуги или медицинские препараты, не являющиеся необходимыми с точки зрения медицины при постановке диагноза или лечении болезни;

5.1.12. на лечение, а также на пребывание и питание в медицинском учреждении близкого родственника Застрахованного лица, кроме случаев, когда Застрахованное лицо – ребенок до 3 лет и нахождение близкого родственника в медицинском учреждении обусловлено состоянием здоровья Застрахованного лица и рекомендовано лечащим врачом. Расходы на пребывание и питание близкого родственника в медицинском учреждении должны быть предварительно согласованы со Страховщиком;

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

5.1.14. на все виды пластической хирургии, цель которой состоит в устранении косметических дефектов, улучшении внешнего вида; на косметические процедуры (окрашивания волос/бровей, перманентный макияж, нанесение/удаление татуировок, пирсинг, бодимодификация (шрамирование, тоннели, пирсинг, микродермалы и т.п.)), а также на лечение побочных явлений, ставших следствием указанных процедур;

5.1.15. на использование препаратов и средств контроля над рождаемостью;

5.1.16. на дополнительные предметы удобства, как то: телевизор, телефон, кондиционер, увлажнитель воздуха, тренажеры, спортивные снаряды и иные бытовые приборы и оборудование, отдельную палату, за услуги парикмахера, массажиста, косметолога, а также расходы на приобретение или ремонт изделий медицинского назначения (очков), товаров медицинской техники (таких как тонометры, небулайзеры/ингаляторы, глюкометры, аппараты магнитотерапии, термометры, нейромышечные стимуляторы и прочие) и технических средств социальной реабилитации (слуховых аппаратов, костылей, тростей и протезов) за исключением оплаты костылей и тростей (не прогулочных), предписанных врачом при травмах, стоимость которых не превышает эквивалент 70 USD/EUR (в зависимости от валюты договора страхования), синтетических полимерных повязок, ортезов, туроров, бандажей и т.п., стоимость которых не превышает эквивалент 30 USD/EUR (в зависимости от валюты договора страхования);

5.1.17. на услуги или лечение, связанные с любыми видами пищевых добавок, минерально-витаминных комплексов или медикаментозного питания (если только это не вызвано необходимостью поддержания жизни у критического больного), а также связанные с курсами упражнений для контроля за весом ввиду ожирения или по поводу какого-то иного диагноза, будь то диета, инъекция жидкостей, использование медикаментов или же хирургическое вмешательство;

5.1.18. превосходящие разумную или обычную сумму за конкретную услугу или препарат, взимаемую в том месте, где такая плата произведена. Под расходами, обычными в данной местности, понимаются расходы на оказанную аналогичную помощь (услугу) в государственных (муниципальных) лечебных (ритуальных) учреждениях согласно действующим тарифам и расценкам, предоставленным представителем Страховщика за рубежом;

5.1.19. на обследование органов зрения и органов слуха (в т.ч. удаление серных пробок), лечение травм/заболеваний полученных при гигиеническом уходе и чистке наружного уха, слухового прохода, рефракции глаза, коррекцию органов зрения, стоимость очков, контактных линз или слуховых аппаратов.

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

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

5.1.22. на лечение болезней, передаваемых половым путем, СПИДа или любого подобного синдрома, а также заболеваний, являющихся их следствием;

5.1.23. на искусственное оплодотворение или лечение бесплодия, на лечение гинекологических и урологических заболеваний, кроме состояний, требующих немедленного хирургического вмешательства и острых, угрожающих жизни и здоровью Застрахованного лица заболеваний;

5.1.24. связанные с беременностью с момента установления и ее осложнениями, родовспоможением и иными процедурами, за исключением тех случаев, когда преждевременные роды или прерывание беременности явились следствием несчастного случая и в случаях, когда представляется угроза жизни Застрахованного лица, что подтверждается лечебным учреждением. В этом случае Страховщик оплачивает расходы по оказанию неотложной медицинской помощи в пределах страховой суммы лечебному учреждению и/или лицу, понесшему расходы по оказанию неотложной медицинской помощи, но не возмещает расходы, возникшие в связи с наблюдением, лечением, медицинской эвакуацией, медицинской репатриацией, репатриацией и захоронением новорожденного ребенка Застрахованного лица;

5.1.25. связанные с болезнью или несчастным случаем, если Застрахованное лицо находилось в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, что должно быть отражено в медицинских документах (обнаружение алкоголя в моче, концентрация алкоголя в крови (слюне) 0,3 промилле и более, положительные пробы на алкоголь в выдыхаемом воздухе, положительные анализы на присутствие наркотических и токсических веществ), а также с лечением алкогольной, наркотической, токсикологической зависимости Застрахованного лица, кроме случаев, когда несчастный случай (заболевание) наступил в результате противоправных умышленных действий третьих лиц, что должно быть подтверждено протоколами или соответствующими документами из компетентных органов страны пребывания;

Не оплачиваются расходы, связанные с болезнью или несчастным случаем, где по медицинским документам и/или по заявлению самого Застрахованного лица имеется причинно-следственная связь их возникновения с употреблением алкоголя, принятием наркотических и токсикологических препаратов;

5.1.26. связанные с лечением зубов, за исключением услуг, указанных в п.п.4.1.1. п.4.1. настоящих Правил, удалением зубных камней, на зубное протезирование и установку зубных коронок, на лечение и пломбирование зубов, поврежденных Застрахованным лицом при принятии пищи, гигиене полости рта, а также на повторное обращение по имевшемуся ранее заболеванию, признанному страховым случаем, в период действия страхового полиса;

5.1.27. связанные с хирургическим вмешательством, лечением или обследованием, которые могут быть отложены до возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания, а также, если такие расходы не были согласованы с представителем Страховщика;

5.1.28. в отношении любой эвакуации (репатриации), не согласованной со Страховщиком или его представителем за рубежом, за исключением экстренных случаев доставки неспециализированным транспортом Застрахованного лица в медицинское учреждение в случае невозможности совершения согласования заранее из-за плохого самочувствия Застрахованного лица и отсутствия сопровождающего лица. В этом случае согласование должно быть сделано не позднее одних суток после доставки Застрахованного лица в медицинское учреждение, в исключительных случаях, когда Застрахованное лицо продолжало находиться в критическом состоянии (реанимация, кома) согласование может быть сделано позднее, после того, когда Застрахованное лицо сможет по состоянию здоровья это сделать;

5.1.29. по эвакуации в случае незначительных болезней или травм, которые, по мнению врача-эксперта Страховщика либо его представителя или лечащего врача на территории страны пребывания, поддаются местному лечению и не препятствуют продолжению путешествия Застрахованного лица;

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

5.1.31. понесенные компаньонами (людьми, совершавшими поездку совместно с Застрахованным лицом) или членами семьи Застрахованного лица в период госпитализации последнего, если такие расходы не относятся к приобретению выписанных лечащим врачом медицинских препаратов, перевязочных материалов или иных средств, необходимых для оказания медицинской помощи;

5.1.32. связанные с лечением Застрахованного лица и/или уходом за ним, которые осуществляются его родственниками, независимо от того, являются ли они дипломированными медицинскими работниками;

5.1.33. связанные с заболеванием или последствиями (осложнениями) заболевания вирусными гепатитами, исключая гепатиты «А» и «Е»;

5.1.34. связанные с операциями по изменению пола, лечение половых расстройств;

5.1.35. связанные с причинением вреда здоровью (ухудшением состояния здоровья) или со смертью Застрахованного лица в результате выполнения любых форм обслуживания, работ, услуг при несоблюдении или нарушении мер безопасности;

5.1.36. связанные с лечением:

5.1.36.1. ранее имевшихся заболеваний, не повлекших угрозу для жизни Застрахованного лица;

5.1.36.2. хронических заболеваний и их обострений, не повлекших угрозу для жизни Застрахованного лица.

Не оплачивается лечение ранее имевшихся, хронических заболеваний и их обострений, если такие обострения были вызваны нарушением режима, письменно 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, о которых оно знало или должно было знать.

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 превышающем 5% от страховой суммы, но не более 2 000 долларов USD/EUR в зависимости от валюты страховой суммы в целом по всем обращениям Застрахованного лица в период действия договора страхования;

5.1.37. связанных с операциями на сердце и сосудах, кроме расходов по оказанию помощи, необходимой для спасения жизни Застрахованного лица в результате несчастного случая или заболевания;

5.1.38. на лечение онкологического заболевания, а также его осложнения, если диагноз онкологического заболевания был установлен до момента заключения договора страхования. При возникновении или диагностировании онкологического заболевания в период действия договора страхования, гарантируется оплата только неотложной медицинской помощи в виде медикаментозной симптоматической терапии (только обезболивающие);

5.1.39. на лечение осложнений, являющихся или могущих явиться следствием лечения или хирургического вмешательства по поводу



заболевания или травмы, имевших место до вступления договора страхования в силу;

5.1.40. на лечение травм, отравлений, химических ожогов, полученных Застрахованным лицом в результате покушения на самоубийство, а также расходы на захоронение и репатриацию в результате самоубийства Застрахованного лица;

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

5.1.42. на лечение заболеваний крови;

5.1.43. на лечение системных заболеваний соединительной ткани, воспалительных заболеваний кишечника (язвенный колит, болезнь Крона), а также всех недифференцированных коллагенозов, ревматоидного полиартрита (средняя и тяжелая формы течения), болезнь Бехтерева;

5.1.44. на лечение приобретенного иммунодефицита неясного генеза;

5.1.45. лечение хронической почечной недостаточности;

5.1.46. на лечение ортодонтических нарушений;

5.1.47. на лечение острой и хронической лучевой болезни;

5.1.48. на лечение заболеваний, по которым установлена группа инвалидности, в том числе у детей, имеющих статус «инвалид с детства» или ребенок-инвалид;

5.1.49. на повторное контрольное обследование и лечение, осуществление перевязок, снятие швов, гипса, проведенное без согласования со Страховщиком, за исключением случаев перевязок после получения амбулаторного хирургического лечения по травме, назначенных лечащим врачом в количестве не более двух. Приемы врача (в том числе повторные) не организуются, не согласовываются и не оплачиваются Страховщиком в случаях, когда прием не состоялся в связи с тем, что Застрахованное лицо не явилось на визит/отказалось от визита к врачу в согласованную дату и время, либо отсутствовало по адресу, указанному при сообщении о страховом случае, на момент визита врача;

5.1.50. на нахождение в лечебном учреждении сопровождающего лица во время лечения Застрахованного лица;

5.1.51. на самостоятельный перевод с иностранного языка (на иностранный язык) представленных Страхователем (Застрахованным лицом или лицом, производившим расходы) счетов и иных документов по страховому случаю;

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

5.1.53. связанные с травмами или болезнями, полученными Застрахованным лицом при занятии активным (в т.ч. экстремальным)

отдыхом, экстремальными видами спорта с повышенной степенью риска, при выполнении работ с повышенной физической нагрузкой (работа с механизмами, инструментом и приспособлениями, подъем и перемещение тяжестей вручную, погрузка и разгрузка грузов и т.д.), за исключением случаев, когда при заключении договора страхования был применен соответствующий корректировочный коэффициент, утвержденный локальным правовым актом Страховщика;

5.1.54. на лечение травмы или болезни, полученных Застрахованным лицом, находящимся в момент заключения договора за пределами Республики Беларусь, за исключением случаев, когда при заключении договора страхования был применен соответствующий корректировочный коэффициент, утвержденный локальным правовым актом Страховщика;

5.1.55. на лечение особо опасных и тропических инфекций (таких как, натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф, геморрагические лихорадки, включая лихорадку Денге и геморрагическую лихорадку с почечным синдромом (ГЛПС)) и заболеваний, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией и/или являющихся следствием нарушения Застрахованным лицом профилактических (карантинных) мероприятий, обязательных/рекомендованных к проведению до запланированной поездки на территорию страхования;

5.1.56. по размещению в карантине в связи с любыми заболеваниями, в т.ч. инфекционными вирусными заболеваниями, в стране пребывания на весь срок карантина;

5.1.57. по переоформлению первоначального билета в связи с пребыванием в карантине и невозможностью отъезда в день, указанный в проездных документах, или расходы на приобретение нового билета;

5.1.58. связанные с причинением вреда здоровью или жизни Застрахованного лица, если при заключении договора страхования применены тарифы Таблицы 3 Приложения №1 к Правилам, а у Застрахованного лица на момент наступления страхового события отсутствует действующая виза типа D.

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

-расходы за вызов родственниками специалистов - врачей;

-расходы на захоронение в любой из стран, в том числе в стране постоянного места жительства Застрахованного лица, исключая расходы по п.п.4.1.10. п.4.1. настоящих Правил на захоронение в стране, где произошел страховой случай;

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

5.3. Страховщик не возмещает моральный вред.

## 6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ И СТРАХОВОЙ ВЗНОС

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

6.2. Размер страхового взноса, подлежащего уплате, определяется согласно базовым страховым тарифам в зависимости от срока пребывания Застрахованного лица за границей и страховой суммы (Приложение №1 настоящих Правил) с применением корректировочных коэффициентов, утвержденных локальными правовыми актами Страховщика.

6.3. Страховой взнос рассчитывается и округляется по правилам математического округления на каждое Застрахованное лицо отдельно, независимо от количества страхуемых лиц.

## 7. СТРАХОВАЯ СУММА

7.1. Страховая сумма – установленная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется произвести страховую выплату по договору страхования при наступлении страхового случая. Размер страховой суммы по договору страхования определяется Страхователем с учетом требований страны пребывания в одной из двух валют (USD, EUR) согласно страховым суммам по группам стран, изложенным в Приложении № 1 настоящих Правил.

## 8. ВАРИАНТЫ СТРАХОВАНИЯ

8.1. Настоящими Правилами предусматривается 2 варианта страхования:

8.1.1. **вариант "А"** - включает в себя возмещение расходов по оказанию неотложной медицинской помощи, оплате телефонных переговоров, медицинской эвакуации, медицинской репатриации, репатриации в случае смерти, обмену проездного документа и проживанию в гостинице, транспортировке неспециализированным транспортом, захоронению в стране, где произошел страховой случай, в соответствии с п.п.4.1.1 - 4.1.5.; 4.1.8.- 4.1.10. п.4.1. настоящих Правил;

8.1.2. **вариант "В"** – включает в себя возмещение расходов по оказанию неотложной медицинской помощи, оплате телефонных переговоров, медицинской эвакуации, медицинской репатриации, репатриации в случае смерти, досрочному возвращению детей, путешествующих с Застрахованным лицом в чрезвычайной ситуации, юридической помощи, обмену проездного документа и проживанию в гостинице, транспортировке неспециализированным транспортом, захоронению в стране, где произошел страховой случай, расходов на проведение спасательных и поисковых работ в соответствии с п.п.4.1.1 – 4.1.11. п.4.1. настоящих Правил.

## **9. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

9.1. 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 страхового полиса, подписанного ими. Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя либо путем принятия оферты Страховщика, размещенной на официальном web-сайте Страховщика (web-сайте страхового агента-юридического лица, с которым у Страховщика заключен гражданско-правовой договор), являющейся публичным предложением Страховщика заключить договор страхования на указанных условиях со Страхователем – физическим лицом. Заявление юридического лица, индивидуального предпринимателя, физического лица при страховании группы лиц (по форме, утвержденной Страховщиком) принимается в том числе с использованием современных средств коммуникации (интернет-технологий).

Договор страхования заключается на условиях настоящих Правил, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования. При заключении договора Страхователю выдаются настоящие Правила, что удостоверяется его подписью в договоре страхования или страховом полисе. Ссылки на Правила страхования, размещенные на сайте Страховщика, или направление Правил страхования по указанному Страхователем адресу электронной почты или в личный кабинет, посредством мобильного приложения (мессенджера), аккаунта в социальной сети, является надлежащим вручением Правил страхования.

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

В случае заключения договора страхования в отношении лица, находящегося за пределами Республики Беларусь, договор страхования вступает в силу не ранее, чем с 00 часов 00 минут по Минскому времени седьмого календарного дня после даты его заключения.

Страхователю (Застрахованному лицу) запрещается передавать страховой полис (договор страхования) третьим лицам для получения последними медицинских услуг по договору страхования.

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

9.2. При страховании группы лиц договор страхования (страховой полис) выдается Страхователю один на всю группу либо по соглашению

сторон каждому Застрахованному лицу. При выдаче одного договора страхования (страхового полиса) на группу Застрахованные лица могут быть указаны в списке (по форме, утвержденной Страховщиком), который после заключения договора страхования прилагается к договору страхования (страховому полису) и становится его неотъемлемой частью.

Список составляется в двух экземплярах, один из которых остается у Страховщика, а второй вместе с договором страхования (страховым полисом) вручается Страхователю.

9.3. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

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

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

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения о существенных обстоятельствах, 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.

В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно, но не позднее 3-х календарных дней сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

При неисполнении Страхователем данной обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения ему убытков, причиненных расторжением договора.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска вправе потребовать изменения условий

договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска. Дополнительный страховой взнос рассчитывается согласно формуле:

$$ДВ=(В2-В1)хп/t, \text{ где}$$

ДВ – дополнительный страховой взнос;

В1 – уплаченный страховой взнос;

В2 – страховой взнос, рассчитанный на дату заявления об увеличении степени риска;

п – количество дней, оставшихся до окончания срока пребывания Застрахованного лица за границей с момента подачи заявления об увеличении степени риска;

t – срок пребывания Застрахованного лица за границей, установленный договором страхования.

К договору страхования прилагается договор о внесении изменений в условия страхования, изложенные в договоре добровольного страхования от внезапных заболеваний и несчастных случаев на время поездки за границу, который является неотъемлемой частью страхового полиса (договора страхования).

Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

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

9.4. Страховщик, уведомленный об уменьшении степени страхового риска в случае открытия визы с меньшим количеством дней пребывания на основании письменного заявления Страхователя и предоставленной копии страницы паспорта с визой, вправе внести изменения в договор страхования путем заключения и приложения договора о внесении изменений к договору добровольного страхования от внезапных заболеваний и несчастных случаев на время поездки за границу, который является неотъемлемой частью страхового полиса, и произвести перерасчет взноса в сторону уменьшения.

Сумма возврата при оформлении договора о внесении изменений к договору страхования рассчитывается согласно формуле:

$$СВ=В1-В2, \text{ где}$$

СВ - сумма возврата страхового взноса при уменьшении риска;

В1 - страховой взнос на дату заключения договора страхования;

В2 - страховой взнос на дату оформления договора о внесении изменений к договору страхования с учетом уменьшения риска (уменьшение количества дней пребывания за границей).

Оформление договора о внесении изменений к договору добровольного страхования от внезапных заболеваний и несчастных случаев на время поездки за границу может осуществляться не позднее пяти календарных дней с даты начала срока действия страхования, при условии, что договор страхования был заключен с количеством дней пребывания за границей не менее 30.

9.5. Страхователь может обратиться к Страховщику с заявлением об изменении сроков страхования только до вступления договора страхования в силу.

## **10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ**

10.1. Договор страхования заключается на срок от 1 дня до 1 года включительно без ограничения дней пребывания за границей и от 1 года до 2 лет включительно с ограничением общего срока пребывания за границей Застрахованного лица не менее 90 дней пребывания и не более 1 года пребывания. Договор страхования действует только на территории групп стран, указанных в договоре страхования (страховом полисе).

В соответствии с настоящими Правилами все страны подразделяются на 3 группы:

Группа 1 - Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Киргизия, Молдова, Россия, Таджикистан, Туркмения, Узбекистан, Украина.

Группа 2 - все страны мира за исключением Турции, Израиля, ОАЭ, Туниса, Египта, Марокко, США, Канады, Индонезии, стран Карибского бассейна, Вьетнама, Индии, Камбоджи, Таиланда, Шри-Ланки.

Группа 3 - все страны мира без исключения.

10.2. Договор страхования не действует на территории Республики Беларусь, на территории страны, гражданином которой Застрахованное лицо является, а также на территории страны постоянного проживания Застрахованного лица. В случае получения гражданства или вида на жительство в стране, входящей в территорию страхования - действие договора страхования прекращается на территории указанной страны с момента получения гражданства (вида на жительство). Оставшаяся часть страхового взноса подлежит возврату в соответствии с п.16.2. настоящих Правил.

10.3. Договор страхования может быть заключён с условием ограничения общего количества дней пребывания Застрахованного лица за границей, в пределах срока действия договора страхования, о чём делается отметка в страховом полисе. Страховой взнос при этом определяется согласно Приложению №1 настоящих Правил и соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика.

За страховые случаи, произошедшие в период, превышающий указанное количество дней пребывания Застрахованного лица за границей, Страховщик ответственности не несёт.

10.4. Для стран группы 1 (Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Киргизия, Молдова, Россия, Таджикистан, Туркмения, Узбекистан, Украина) общее количество дней пребывания Застрахованного лица за границей должно быть равно сроку действия договора страхования.

## **11. СРОКИ И ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВЗНОСА**

11.1. Страховой взнос уплачивается единовременно при заключении договора страхования.

11.2. При установлении страховой суммы в иностранной валюте страховой взнос, исчисленный в валюте страховой суммы, может быть уплачен 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 или на дату заключения договора страхования.

11.3. Страховой взнос может быть уплачен наличными денежными средствами или путем безналичных расчетов в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

11.4. При заключении договора страхования с юридическим лицом, уплачивающим страховой взнос за счет бюджетных средств, Страховщик вправе предоставить Страхователю отсрочку по уплате страхового взноса на 30 календарных дней со дня выдачи страхового полиса. В этом случае Страхователь при заключении договора страхования заполняет заявление на страхование с указанием данного условия и представляет документы, подтверждающие бюджетное финансирование (платежное поручение с отметкой Управления государственного казначейства Министерства финансов Республики Беларусь). Условие об отсрочке уплаты страхового взноса и срок уплаты страхового взноса указывается в страховом полисе.

По страховым случаям, наступившим в течение вышеуказанного 30-ти дневного срока рассрочки, Страховщик производит выплату страхового обеспечения, при этом, при определении размера подлежащего выплате страхового обеспечения, Страховщик вправе удержать сумму подлежащего уплате страхового взноса по договору страхования. О применении данного условия делается отметка в страховом полисе (договоре страхования) при заключении договора страхования.

## **12. МОМЕНТ ВСТУПЛЕНИЯ ДОГОВОРА В СИЛУ**

12.1. Договор страхования вступает в силу:



-при уплате страхового взноса наличными денежными средствами со дня его уплаты в кассу Страховщика или его представителя либо с 00 часов 00 минут любого дня, указанного в страховом полисе, как дата начала срока действия договора, но не ранее дня уплаты страхового взноса;

-при уплате страхового взноса путем безналичного расчета с 00 часов 00 минут дня следующего за днем списания суммы страхового взноса с расчетного счета Страхователя, либо с 00 часов 00 минут любого дня, указанного в страховом полисе, как дата начала срока действия договора, но не ранее дня уплаты страхового взноса.

Ответственность Страховщика по вступившему в силу договору страхования наступает с момента пересечения Застрахованным лицом границы Республики Беларусь или страны его постоянного проживания и прекращается при возвращении из поездки с момента пересечения границы в обратном направлении, за исключением случая, указанного в части четвертой пункта 9.1. настоящих Правил.

Страхование, обусловленное договором, распространяется на страховые случаи, произошедшие в период действия срока страхования.

12.2. При заключении договора страхования на условиях, указанных в п. 11.4. настоящих Правил, договор страхования вступает в силу с даты указанной в страховом полисе, как дата начала срока действия договора страхования.

### **13. СРОК ВРУЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ (СТРАХОВОГО ПОЛИСА) И ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ КОПИИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ (ДУБЛИКАТА СТРАХОВОГО ПОЛИСА)**

13.1. Договор страхования (страховой полис) с приложением Правил страхования (что удостоверяется записью в договоре страхования (страховом полисе)), на условиях которых заключен договор страхования, вручается Страхователю в день заключения договора страхования.

Если договор страхования заключен в электронной форме, Страховщик на основании письменного или устного заявления Страхователя выдает копию договора страхования на бумажном носителе или документ, подтверждающий его заключение.

13.2. В случае утери договора страхования (страхового полиса) в период действия договора страхования Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает копию договора страхования (дубликат страхового полиса). Утраченный страховой полис считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

13.3. При уплате страхового взноса в соответствии с п.11.4. настоящих Правил договор страхования (страховой полис) выдается Страхователю в течение 3-х дней со дня получения Страховщиком письменного заявления о страховании.

## **14. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **14.1. Страхователь (Застрахованное лицо) вправе:**

14.1.1. отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

14.1.2. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты;

14.1.3. получить разъяснения об условиях страхования и порядке выплаты страхового обеспечения;

14.1.4. обращаться к Страховщику лично или через представителя (наличие правильно оформленной и заверенной доверенности или иного правоустанавливающего документа обязательно) для получения страхового обеспечения.

### **14.2. Страховщик вправе:**

14.2.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, имеющую отношение к заключению, расторжению договора и страховому случаю;

14.2.2. проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий договора страхования;

14.2.3. получить:

14.2.3.1. от Застрахованного лица (медицинского учреждения, врача) все необходимые документы и доказательства неотложности оказания помощи, прежде чем принять решение о выплате страхового обеспечения Застрахованному лицу (его законному представителю);

14.2.3.2. от Застрахованного лица (его представителя) все необходимые документы для подтверждения валидности договора страхования (копии страниц документа, удостоверяющего личность, с его номером и визой/визами, отметками службы пограничного контроля о пересечении границы, разрешения на пребывание, авиабилеты и т.п.);

14.2.4. отказать в выплате страхового обеспечения, если Страхователь (Застрахованное лицо) либо член его семьи, группы или сотрудник медицинского учреждения не уведомил Страховщика о наступлении страхового случая в течение 35 календарных дней с даты наступления страхового случая, а расходы Застрахованным лицом были оплачены самостоятельно, 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;

14.2.5. отсрочить оформление акта о страховом случае, если ему не предоставлены все необходимые документы – до их предоставления, а так же если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающий страховой случай и достоверности

обстоятельств наступления страхового случая, – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов лицом, предоставившим такой документ либо самим Страховщиком на основании его запроса в орган, выдавший документ в течение 5 рабочих дней со дня получения документа, а также в случае возбуждения уголовного дела в связи с обстоятельствами страхового случая в отношении Страхователя, Застрахованного лица – до вынесения приговора судом, приостановления или прекращения производства по делу;

14.2.6. получать информацию у медицинских работников Республики Беларусь и медицинских учреждений стран пребывания, которых Застрахованное лицо освобождает от обязанности хранить медицинскую тайну относительно состояния своего здоровья;

14.2.7. отказать в выплате страхового обеспечения, если Застрахованное лицо обратилось за оказанием медицинской помощи по истечении 3-х дней с момента получения травмы или начала заболевания, за исключением случаев, когда обращение связано с ухудшением состояния здоровья из-за полученной травмы или заболевания. Факт обращения за медицинской помощью по истечении 3-х дней с момента получения травмы или начала заболевания должен быть письменно подтвержден врачом;

14.2.8. отказать в оплате медицинских счетов и других документов, поступивших Страховщику, за оказание медицинской помощи по страховому случаю, если о его наступлении Застрахованное лицо, либо член его семьи, группы или сотрудник медицинского учреждения письменно в течение 35 дней с момента наступления страхового случая не уведомил Страховщика или его представителя о наступлении страхового случая и оказанной медицинской помощи, 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;

14.2.9. отказать в выплате страхового обеспечения, если Застрахованное лицо при наступлении страхового случая не выполнило письменных рекомендаций и указаний Страховщика или его представителя или отказалось от услуг Страховщика или его представителя.

### **14.3. Страхователь обязан:**

14.3.1. уплатить страховой взнос в порядке, предусмотренном настоящими Правилами;

14.3.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая;

14.3.3. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованное лицо с его правами, обязанностями и Правилами страхования;

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

14.3.5. в течение 15 рабочих дней с момента получения письменного требования Страховщика возместить оплаченные Страховщиком расходы в случаях, если по результатам изучения документов, поступивших Страховщику, и выяснении обстоятельств произошедшего события установлено, что Страховщик в соответствии с Правилами и/или условиями договора страхования не должен был осуществлять оплату расходов.

#### **14.4. Страховщик обязан:**

14.4.1. ознакомить Страхователя с условиями страхования;

14.4.2 в сроки, установленные п.13.1. настоящих Правил выдать страховой полис с приложением Правил, на условиях которых заключен договор;

14.4.3 при наступлении страхового случая произвести выплату страхового обеспечения в течение 5-ти рабочих дней после составления акта о страховом случае;

14.4.4. разместить в личном кабинете Страхователя на web-сайте Страховщика (направить на указанный при регистрации e-mail, посредством мобильного приложения (мессенджера), аккаунта в социальной сети) уведомление о заключении договора страхования при заключении договора в электронной форме.

### **15. ПЕРЕХОД ПРАВ И ОБЯЗАННОСТЕЙ ПО ДОГОВОРУ**

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

15.2. 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.

15.3. 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.

## **16. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

16.1. Договор страхования прекращается в случаях:

16.1.1. истечения срока действия договора страхования;

16.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

16.1.3. если после вступления договора Страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и страхование прекратилось по причинам иным, чем наступление страхового случая, в частности смерти Застрахованного лица по причинам иным, чем страховой случай, отказа в выдаче визы, аннулирование визы, невозможности выезда за границу в сроки, указанные в договоре страхования по уважительным причинам (болезнь Застрахованного лица или близкого родственника, призыв на срочную военную службу, срочная командировка, результат противоправных действий третьих лиц по отношению к здоровью, имуществу Застрахованного лица, которое требует его нахождения на территории Республики Беларусь), подтвержденным документально, окончания срока действия визы при отсутствии в паспорте отметки о выезде за границу. При этом Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовало страхование;

16.1.4. прекращения деятельности Страхователя - индивидуального предпринимателя, ликвидации, реорганизации Страхователя — юридического лица, кроме случаев, предусмотренных в п. 15.1. настоящих Правил;

16.1.5. по соглашению сторон, оформленному в письменном виде;

16.1.6. 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;

16.2. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п.п.16.1.3 - п.п.16.1.5. п.16.1. настоящих Правил Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени с начала срока действия договора страхования, в течение которого действовало страхование (период пребывания за границей), в течение которого Застрахованное лицо находилось либо могло находиться в стране, где действовал страховой полис в независимости от наличия отметок о пересечении границы в паспорте до даты поступления письменного

заявления от Страхователя о прекращении действия договора страхования, включая день подачи заявления.

Расчет суммы возврата производится по формуле:

**$CBV = V - (V/Nxt)$** , где

CBV – сумма взноса, которая должна быть возвращена;

V – уплаченный страховой взнос по договору страхования;

N – количество дней пребывания за границей, установленных по договору страхования;

t – количество дней, прошедших с начала срока действия договора страхования до поступления заявления от Страхователя о его прекращении, включая день подачи заявления.

В случае если Страхователь обратился с заявлением о прекращении договора страхования после начала срока действия договора страхования, из уплаченного страхового взноса удерживается согласно формуле сумма взноса с учетом дней пребывания за границей, в течение которых страховой полис действовал или мог действовать.

В случае обращения Страхователя с заявлением о прекращении договора страхования после того, как количество дней пребывания за границей, указанных в договоре страхования, истекло при его подсчете с начала срока действия договора, страховой взнос возврату не подлежит.

При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п.п.16.1.3., 16.1.5. п.16.1. настоящих Правил Страхователь (Застрахованное лицо) обязан представить Страховщику заявление с указанием причины прекращения договора страхования, копии страниц паспорта, экземпляр страхового полиса.

16.3. В случае если Страхователем является юридическое лицо, а Застрахованное лицо находилось за границей менее срока пребывания, указанного в полисе, оставшаяся часть страхового взноса подлежит возврату. Возврат части страхового взноса рассчитывается согласно формуле п.16.2. настоящих Правил. Если Страхователем представляются документы (копии приказов, справки либо иные документы), подтверждающие фактическое количество дней нахождения Застрахованного лица за границей, расчет возврата страхового взноса производится по формуле:

**$CBV = V - (V/Nxt_{\text{факт}})$** , где

CBV – сумма взноса, которая должна быть возвращена;

V – страховой взнос по договору страхования;

N – количество дней пребывания за границей, установленных по договору страхования;

$t_{\text{факт}}$  – фактическое количество дней нахождения (пребывания) Застрахованного лица за границей, подтвержденное документально до даты

поступления заявления от Страхователя о прекращении договора страхования, включая день подачи заявления.

16.4. При досрочном отказе Страхователя физического лица от договора страхования до начала его срока действия при условии, что в паспорте открыта виза в страну (группу стран) на срок, на который заключался договор страхования, Страховщик возвращает уплаченный страховой взнос только при предоставлении Страхователем письменного заявления, предъявлении оригинала документа, удостоверяющего личность, предоставлении копий страниц документа, удостоверяющего личность, с его номером и визой/визами и полного комплекта страхового полиса (договора страхования), выданного Застрахованному лицу (Страхователю) при заключении договора страхования в количестве двух экземпляров.

При досрочном отказе Страхователя физического лица от договора страхования, заключенного в электронной форме, до начала срока его действия, страховой взнос подлежит возврату в полном объеме.

16.5. При досрочном отказе Страхователя - физического лица от договора страхования согласно п.п.16.1.3, 16.1.5. п.16.1. настоящих Правил после начала его действия, когда срок действия договора равен сроку пребывания за границей расчет суммы возврата производится пропорционально за оставшиеся дни пребывания, начиная со дня, следующего за датой заявления о прекращении договора страхования.

При досрочном отказе Страхователя - физического лица от договора страхования согласно п.п.16.1.3;16.1.5.п.16.1.настоящих Правил, заключенного на основании Таблицы 3 Приложения №1 настоящих Правил, после вступления договора в силу страховой взнос возврату не подлежит.

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования в соответствии с п.п.16.1.6. п.16.1. настоящих Правил уплаченный Страховщику страховой взнос возврату не подлежит.

Подлежащий возврату Страхователю страховой взнос (его часть) выплачивается в течение 5 банковских дней после подачи письменного заявления о прекращении договора страхования.

При несвоевременном возврате страхового вноса (его части) по вине Страховщика Страхователю выплачивается пеня за каждый день просрочки в размере 0,1 % от суммы, подлежащей возврату.

Не подлежит возврату страховой взнос, если по договору страхования производились выплаты страхового обеспечения или на момент расторжения договора страхования заявлен убыток.

## **17. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

17.1. При наступлении страхового случая Застрахованное лицо (Страхователь) обязано незамедлительно (до обращения к врачу) обратиться к представителю Страховщика любым доступным ему способом, из указанных в договоре страхования, и сообщить:

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

17.1.2. При отсутствии у Застрахованного лица возможности сообщить о страховом случае до обращения к врачу или в больницу (если Застрахованный находится в критическом состоянии и по состоянию здоровья не может исполнить возложенные на него обязанности), сообщить о происшедшем любым доступным способом может член семьи, группы, или сотрудник медицинского учреждения, либо само Застрахованное лицо при первой появившейся возможности, но не позднее 35 дней с момента наступления страхового случая.

17.1.3. Застрахованное лицо обязано выполнять все рекомендации и указания представителя Страховщика, предоставлять по требованию Страховщика всю необходимую информацию.

17.1.4. Застрахованное лицо обязано соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе представления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением.

17.1.5. Если договор страхования заключен с условием ограничения количества дней пребывания Застрахованного лица за границей, то Застрахованное лицо обязано документально подтвердить Страховщику, что срок пребывания, указанный в полисе, на момент обращения за медицинской помощью не истек (путем предъявления оригинала документа, удостоверяющего личность, и предоставления копий страниц документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица, с его номером и соответствующими отметками службы пограничного контроля о пересечении Государственной границы Республики Беларусь (страны постоянного проживания либо страны, гражданином которой Застрахованное лицо является) или иных официальных документов, выданных уполномоченными органами (организациями)).

17.2. Представителем Страховщика за границей является сервисная служба (ассистанс), осуществляющая организацию и оплату медицинских и иных услуг в рамках настоящих Правил, оказанных Застрахованному лицу за границей.

17.3. В случае если оказание медицинской и иной помощи Застрахованному лицу за границей было осуществлено представителем



Страховщика, ассистансом, оплата расходов производится на основании договора о сотрудничестве при предъявлении счетов за оказанные Застрахованному лицу медицинские и другие услуги в соответствии с п.п. 4.1.1.- 4.1.11. п. 4.1. настоящих Правил.

17.4. В исключительных случаях Застрахованное лицо (лицо, которое планирует производить расходы по страховому случаю) может обратиться к Страховщику за согласованием оплаты расходов, связанных со страховым случаем, которые он намерен понести самостоятельно. В случае письменного согласования со Страховщиком таких расходов Страховщик производит выплату страхового обеспечения непосредственно самому Застрахованному лицу (лицу, производившему расходы) в размере суммы согласованных расходов, но не более суммы уплаченных расходов Застрахованным лицом (лицом, производившим расходы).

При отсутствии вышеуказанного письменного согласования Страховщика, выплата страхового обеспечения осуществляется в размере суммы расходов, оплаченных самостоятельно Застрахованным лицом (лицом, производившим расходы), а также неоплаченных счетов за оказанные медицинские услуги, но не более суммы эквивалентной 500 USD/EUR (в зависимости от валюты договора страхования) после возвращения его в страну постоянного проживания по предъявлении документов, указанных в п. 17.5. настоящих Правил.

В случае, когда регламент работы медицинского учреждения предусматривает оплату за медицинские услуги наличными денежными средствами и медицинское учреждение (врач) отказывается принимать гарантию оплаты от ассистанса, после организации через ассистанс медицинской помощи, Страховщик возмещает Застрахованному лицу (лицу, производившему расходы) уплаченную сумму, согласованную со Страховщиком, в полном объеме.

17.5. Для решения вопроса о выплате страхового обеспечения по расходам, оплаченным Застрахованным лицом (лицом, производившим расходы) самостоятельно, Застрахованное лицо (лицо, производившее расходы) должно представить следующие документы:

- заявление о страховом случае (по форме, утвержденной Страховщиком);

- оригинал или копию страхового полиса;

- предъявить оригинал документа, удостоверяющего личность, и предоставить копии страниц документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица, с его номером, отметками служб пограничного контроля о пересечении границы, визой/визами;

- оригинал документа, подтверждающего факт обращения и содержащего дату обращения за медицинской помощью, диагноз заболевания, итоговую сумму к оплате. В случае отказа медицинского

учреждения/врача предоставить указанный документ или невозможностью получения Страховщиком/Застрахованным лицом документов по причинам, признанным Страховщиком объективными (отсутствие в медицинском учреждении/у врача технических средств передачи текстовой или цифровой информации, содержащей персональные данные Застрахованного лица, географическое расположение медицинского учреждения/врача (малонаселенные и труднодоступные местности), экономическая нецелесообразность – стоимость услуги за предоставление медицинского рапорта сопоставима или превышает стоимость оказанной медицинской помощи), решение о выплате страхового обеспечения по расходам, оплаченным Застрахованным лицом (лицом, производившим расходы) самостоятельно, принимается Страховщиком на основании заключения врача ассиструющей компании при условии соответствия среднерегionalной цены в данном регионе, заявленного диагноза протоколу оказания медицинской помощи, необходимости/обоснованности применения медицинских препаратов/их аналогов;

-оригинал документа в форме, принятой в стране пребывания Застрахованного лица, подтверждающего оплату медицинской помощи;

-оригиналы рецептов на приобретение медикаментов, выписанных лечащим врачом в связи с данным заболеванием, оригиналы кассовых чеков, квитанций и иных документов об оплате на приобретение медикаментов с указанием наименования медпрепарата и стоимости каждого препарата;

-оригиналы документов, об оплате телефонных переговоров со Страховщиком или его представителем с детализированным счетом. Детализация счета может быть предоставлена из личного кабинета абонента мобильного оператора с содержанием сведений о ФИО владельца, дате, времени, номере вызываемого абонента, продолжительности и стоимости звонка. Страховщик оставляет за собой право потребовать сведения о расходах и/или официальный отчет оператора по балансу на бумажном носителе, заверенные в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Если оплата расходов произведена иным физическим лицом, то возмещение расходов этого лица производится на основании его заявления с приложением всех необходимых документов (оригиналы медицинских документов, счетов), подтверждающих стоимость лечения, транспортировки тела в страну проживания или стоимость захоронения за границей в случае смерти Застрахованного лица, свидетельство о смерти Застрахованного лица (заверенную копию). При несогласии Страховщика с размером страхового возмещения претензии со стороны Застрахованного лица (лица, производившего расходы, в т.ч. родственников или супругов) рассматриваются только при наличии медицинского заключения.

Страховщик вправе принять решение о выплате страхового обеспечения на основании документов в форме сканированных копий или фотографий, которые были направлены Страховщику/Ассистансу. По результатам рассмотрения копий документов, направленных в электронном виде, Страховщик вправе потребовать у Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) оригиналы или копии документов, заверенные в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Страховщик за свой счет осуществляет перевод представленных Страхователем (Застрахованным лицом, лицом, производившим расходы) счетов и документов по страховому случаю. При этом данный вид расходов в состав страхового обеспечения не включается.

17.6. Выплата страхового обеспечения Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю, лицу, понесшему расходы, осуществляется Страховщиком без открытия счета в банке Республики Беларусь или на счет, открытый в банке Республики Беларусь, на основании акта о страховом случае (по форме, утвержденной Страховщиком), который составляется в течение 5-ти рабочих дней с момента подачи заявления и получения всех необходимых документов, указанных в п.17.5. настоящих Правил.

17.7. Страховое обеспечение выплачивается Страховщиком в течение 5-ти рабочих дней после составления акта о страховом случае.

Выплата страхового обеспечения осуществляется в валюте, в которой уплачен страховой взнос, если иное не предусмотрено соглашением между Страховщиком и Страхователем. Пересчет одной валюты в другую осуществляется по официальному курсу, установленному Национальным банком Республики Беларусь на дату страхового случая.

В случае получения дополнительных документов, которые предусматривают доплату страхового обеспечения, пересчет одной валюты в другую осуществляется по официальному курсу, установленному Национальным банком Республики Беларусь на дату страхового случая.

Датой страхового случая признается дата первого обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, т.е. посещение врача в медицинском учреждении или оказание медицинской помощи вызванным в место проживания Застрахованного лица врачом.

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

## **18. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТРАХОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗА НЕСВОЕВРЕМЕННУЮ ВЫПЛАТУ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

18.1. За несвоевременную выплату страхового обеспечения по вине Страховщика Страхователю (Застрахованному лицу) выплачивается пеня в размере 0,5% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей выплате.

## **19. ОТКАЗ В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

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

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

19.2. Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения, если Застрахованное лицо (Страхователь):

- не исполнило возложенной на него обязанности в установленные сроки (п.п. 14.2.4., 14.2.8. п.14.2. настоящих Правил) уведомить Страховщика 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;

- не выполнило письменных рекомендаций и указаний или отказалось от услуг Страховщика или его представителя (п.п.14.2.9. п.14.2. настоящих Правил).

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

## **20. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ, ВЫТЕКАЮЩИХ ИЗ ОТНОШЕНИЙ ПО СТРАХОВАНИЮ**

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