

Утверждено Генеральным директором
ОАСО «БАГАЧ» 28.01.2004г.
Согласовано Министерством финансов
Республики Беларусь №51 от 26.02.2004г.
Изменения и дополнения в Правила согласованы
Министерством финансов 21.03.2008, 12.02.2010,
14.08.2014

П Р А В И Л А № 12

страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу

(Данная редакция правил действует с 01.10.2014. Договоры страхования, заключенные до дня вступления в силу настоящих изменений и дополнений, действуют в редакции Правил от 12.02.2010)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на основании настоящих Правил Открытое акционерное страховое общество "БАГАЧ" (далее - Страховщик) заключает договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу с дееспособными физическими лицами, в том числе иностранными гражданами и лицами без гражданства, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами, за исключением Республики Беларусь и ее административно-территориальных единиц, государственных органов, государственных юридических лиц, а также юридических лиц, на решения которых может влиять государство, владея контрольным пакетом акций (долей, вкладов, паев).

Юридические и физические лица заключают договоры страхования в пользу третьих лиц, далее по тексту - Застрахованные лица.

Страхование проводится без медицинского освидетельствования.

Не заключаются договоры в отношении лиц, страдающих психическими заболеваниями (включая слабоумие), тяжелыми нервными заболеваниями, инвалидов I-ой и II-ой группы, кроме детей-инвалидов в возрасте до 18 лет.

1.2. Страховщик вправе заключать договоры страхования только при наличии договора с зарубежным партнером (службой международного медицинского ассистанса), выступающим гарантом обеспечения оплаты расходов по оказанию медицинской помощи Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

1.3. **Объектом страхования** являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с возмещением возникших в период пребывания Застрахованного лица за границей расходов на оказание ему неотложной медицинской помощи в связи с расстройством здоровья, смертью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, а также связанные с возмещением расходов по оказанию юридических услуг (в соответствии с подпунктом 2.4.3. пункта 2.4. Правил) в связи с наступлением страхового случая.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

2.1. Страховыми случаями являются:

- причинение вреда здоровью Застрахованного лица, произошедшее в период действия договора страхования в результате несчастного случая или болезни во время поездки за границу;
- причинение вреда жизни (смерть) Застрахованного лица, произошедшее в период действия договора страхования в результате несчастного случая или болезни во время поездки за границу;
- факт понесения расходов по оказанию юридических услуг в связи с причинением вреда здоровью или жизни Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни во время поездки за границу.

2.2. Под болезнью понимается остро наступившее ухудшение состояния здоровья, угрожающее жизни больного (с выраженными клиническими проявлениями), требующее оказания (по медицинским показаниям и до возвращения Застрахованного лица в страну постоянного

проживания) неотложной медицинской помощи: острые нарушения сердечно-сосудистой деятельности, центральной нервной системы, органов дыхания, брюшной полости.

Неотложная медицинская помощь определяется как неотложная медицинская услуга, оказываемая при внезапном ухудшении состояния здоровья, характеризующегося наличием достаточно серьезных острых симптомов, при которых отсутствие срочного медицинского вмешательства может привести к:

- угрозе жизни Застрахованного лица;
- серьезным нарушениям функций организма;
- серьезной постоянной дисфункции какого-либо органа или повреждению части тела.

2.3. Под несчастным случаем понимается внезапное, непредвиденное, внешнее воздействие на организм Застрахованного лица, произошедшее в период действия договора страхования, сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями здоровья.

2.4. По договору страхования оплачиваются только расходы по оказанию неотложной медицинской помощи (за исключением услуг, оговоренных в п.2.5. Правил) при болезнях (в соответствии с п.2.2. Правил), а также при наступлении следующих несчастных случаев:

- ожоги, обморожения;
- асфиксия пищей, инородным телом;
- удушье от вдыхания дыма, оксида углерода, выхлопных газов (случайно);
- сотрясения, ушибы, контузии;
- переломы, вывихи;
- пищевые отравления (тяжелые);
- укусы животных, насекомых;
- разрыв мягких тканей, связок;
- растяжения связок, деформации суставов;
- изнашивания;
- внезапные заболевания различных органов и систем;
- прием внутрь ядов (случайно), передозировка снотворных таблеток или иных средств (случайно);
- носовые кровотечения в результате полученной травмы.

2.4.1. При необходимом, с медицинской точки зрения, амбулаторном и стационарном лечении за границей возмещаются указанные в счете расходы за лечение и следующие виды медицинских, транспортных, телекоммуникационных и иных услуг, предоставление которых связано с наступлением страхового случая:

- лечение в отделении интенсивной терапии;
- использование медицинского оборудования, как-то: аппарат искусственного сердца, гемодиализ и т.д.
- оперативное вмешательство;
- анестезиологическое пособие;
- консультация в стационаре;
- амбулаторные услуги;
- амбулаторные консультации;
- лекарственные препараты, перевязочный материал, гипсовые повязки;
- амбулаторный патронаж: лабораторные услуги/исследования при помощи оборудования (электроэнцефалография, ЭКГ, томография и другие диагностические процедуры);
- рентгено-, радио-, изотопная и пр. диагностика;
- пребывание в стационаре (палата, питание, уход);
- эвакуация (репатриация) (но не более 20 (двадцати) % от страховой суммы);
- медицинская эвакуация;
- транспортировка специализированным медицинским транспортом Застрахованного лица в ближайшее медицинское учреждение или к находящемуся в непосредственной близости врачу или доставке врача к месту нахождения Застрахованного лица в случаях, когда есть непосредственная угроза жизни и здоровью Застрахованного лица. Транспортировка, в том числе и повторная, если ее необходимость вызвана ухудшением состояния здоровья Застрахованного лица, может производиться и другими неспециализированными

транспортными средствами при согласовании с представителем Страховщика, если это целесообразно в конкретном случае;

- услуги скорой помощи;
- стоматологические услуги, связанные со снятием острой зубной боли, если расходы на этот вид не превышают 100 EURO/ USD (в зависимости от валюты страховой суммы);
- на телекоммуникационную связь с представителем Страховщика за границей в связи со страховым случаем;
- на проведение поисково-спасательных работ по поиску Застрахованного лица при условии проведения таких работ специальными ведомствами, имеющими необходимые разрешения (лицензию) и т.д. (но не более 10 (десяти) % от страховой суммы).

Страховщик сохраняет за собой право на принятие решения об эвакуации (репатриации) Застрахованного лица из-за границы до места его постоянного проживания или до ближайшего к месту проживания лечебного учреждения в случае, когда по заключению врача (согласно его письменных рекомендаций, полученных после консультаций с лечащим врачом), представляющего интересы Страховщика за границей, является возможным продолжить лечение Застрахованного лица в стране постоянного места жительства.

При этом если у Застрахованного лица имелись на руках проездные билеты, он (сопровождающее лицо) обязан уведомить Страховщика (его представителя) об их наличии и сделать все от него зависящее, чтобы вернуть (сдать) неиспользованные проездные документы либо при возможности переоформить их на другую дату выезда, при этом Страховщик возмещает расходы по обмену проездного документа на другую дату в экономическом классе транспортного средства и проживание в гостинице до 5-ти (пяти) суток, из расчета не более 100 долларов США в сутки, если такая задержка в стране пребывания вызвана состоянием здоровья Застрахованного лица после госпитализации или проведенного лечения и письменно рекомендована лечащим врачом, но не более 15 календарных дней со дня, следующего после дня окончания срока пребывания.

При возмещении денежных средств Застрахованному лицу за приобретенные самостоятельно в целях медицинской эвакуации проездные документы, Страховщик вычитает стоимость неиспользованных проездных документов из суммы возмещения расходов, подлежащих выплате Застрахованному лицу. В случае отказа Застрахованного лица (его представителя) от предложенной Страховщиком эвакуации, которая разрешена по заключению лечащего врача, все последующие расходы с момента отказа оплачиваются Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем, Страхователем) самостоятельно. Также Страховщик не несет расходы по продолжению лечения Застрахованного лица, отказавшегося от рекомендованной эвакуации.

При необходимости сопровождения (если такое сопровождение является необходимым и предписано лечащим врачом) возмещаются расходы на одного человека (не превышающем стоимость билета в обе стороны экономическим классом при авиаперевозке или купе при железнодорожной перевозке, а также на ночлег и содержание до 100 долларов США в сутки, но не более 5 суток) в пределах страховой суммы.

2.4.2. Кроме указанных в п.2.4.-2.4.1. расходов также возмещаются:

- в случае смерти Застрахованного лица расходы по репатриации тела до места захоронения, включая подготовку тела и покупку необходимого для международной перевозки гроба;
- фактические расходы по захоронению в той стране, где наступил страховой случай. В случае, когда место захоронения не является территорией Республики Беларусь, то транспортные расходы по доставке останков Застрахованного лица оплачиваются только до аэропорта (вокзала), откуда тело будет репатрировано к месту захоронения;
- в случае смерти Застрахованного лица, если общая сумма по предоставленным счетам превышает страховую сумму, то в первую очередь оплачиваются расходы на лечение за рубежом, оказанное Застрахованному лицу до наступления смерти, а затем расходы на перевозку его останков или расходы на захоронение за границей;
- расходы по проезду (возвращению) в страну постоянного проживания (в один конец) самолетом в экономическом классе или поездом для детей в возрасте до 16 лет, находящихся при Застрахованном лице во время пребывания за границей, в случае, если дети остались без

присмотра в результате произошедшего с Застрахованным лицом страхового случая. При необходимости Страховщик организует и оплачивает сопровождение детей.

2.4.3. Подлежат также оплате по настоящим Правилам расходы Застрахованного лица за оказание ему юридических услуг в пределах суммы установленной договором страхования по данному риску (не более 1,0 (одного)% от страховой суммы).

Под юридическими услугами понимаются услуги, оказываемые организациями или лицами на профессиональной основе, имеющими соответствующее разрешение на такого рода деятельность (адвокатами), в случае предъявления Застрахованному лицу претензий в соответствии с действующим законодательством страны пребывания Застрахованного лица в результате причинения вреда здоровью Застрахованного лица в связи с внезапным заболеванием 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 обнаружившимся у Застрахованного лица внезапным заболеванием или произошедшим с ним несчастным случаем;
- с неумышленными действиями 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 требования, связанные с использованием, владением и хранением транспортных средств. Обращение к адвокату возможно только по согласованию со Страховщиком. В случае если Страховщик не предоставил конкретного адвоката, Застрахованное лицо имеет право обратиться к любому адвокату, имеющему соответствующее разрешение (лицензию) на такой вид деятельности.

2.5. По договору страхования Страховщиком не оплачиваются:

2.5.1. расходы по лечению:

- заболевания, известного на момент заключения договора страхования, возникшего в последние 6 месяцев до начала срока действия договора страхования, независимо от того, осуществлялось ли по нему лечение или нет, в том числе заболевания на этапе лечения, кроме случаев, когда медицинская помощь была необходима для спасения жизни Застрахованного лица;
- алкоголизма (наркомании, токсикомании) и каких бы то ни было их последствий;
- хронических заболеваний, их обострения и осложнения, если они не угрожают жизни Застрахованного лица. Хроническое заболевание – это заболевание, характеризующееся следующими критериями: установленный клинический диагноз, длительное течение (на протяжении одного года до начала срока действия договора страхования). В случае наличия угрозы жизни Застрахованного лица при обострении или осложнении хронического заболевания, расходы по оказанию неотложной медицинской помощи покрываются только в размере, не превышающем 10,0 (десяти)% от страховой суммы. 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;
- связанному с врожденными дефектами и болезнями;
- онкологических заболеваний;
- осложнений, являющихся или могущих явиться следствием лечения или хирургического вмешательства по поводу заболевания или травмы, имеющих место до вступления договора страхования в силу;
- душевных болезней или психических расстройств, консультации и психиатрические обследования;
- венерических заболеваний, СПИДа или любого подобного синдрома, а также их последствий;
- гинекологических заболеваний, кроме состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства;
- урологических заболеваний, кроме расходов на оказание неотложной медицинской помощи;
- болезней, передаваемых половым путем;

- травм и увечий, не являющихся результатом несчастного случая, наступившего в период действия договора страхования;
- травм, полученных в состоянии наркотического или токсического опьянения, а также травм, полученных в состоянии алкогольного опьянения (содержание алкоголя в крови не менее 0,5 промилей), если получение этой травмы (травм) находится в прямой причинно-следственной связи с нахождением Застрахованного лица в состоянии наркотического, токсического или алкогольного опьянения;
- травм полученных Застрахованным лицом в связи с совершением им действий, в которых установлены признаки противоправного действия;
- травм, полученных в драках и потасовках, если Застрахованное лицо было зачинщиком;
- травм, полученных или произошедших при управлении Застрахованным лицом самолета, или иного летательного аппарата, либо при нахождении на его борту, если Застрахованный не был оплатившим билет пассажиром на борту зарегистрированного летательного аппарата, совершающего регулярный рейс между аэропортами, работающими по правилам, установленным авиационными властями, управляемого имеющим соответствующую лицензию пилотом, а также принадлежащего пассажирской авиакомпании;
- болезней или травм, умышленно причиненных самому себе (в том числе при самоубийстве или попытке совершения самоубийства) вне зависимости от того, было ли Застрахованное лицо вменяемо или же невменяемо;
- осложнений или побочных эффектов от принятия препаратов от нервных или психических расстройств;
- солнечного удара, солнечного ожога, фотодерматита, солнечной аллергии и иных изменений кожи, вызванных ультрафиолетовым излучением;
- кожных заболеваний, в том числе трофических язв, кожных проявлений, связанных с пищевой аллергией, за исключением случаев, угрожающих жизни;
- гельминтоза, педикулеза, чесотки;
- профессиональных заболеваний;
- курортному и санаторному;
- заболевания сосудов различной этиологии;
- системного заболевания соединительной ткани, а также всех недифференцированных коллагенозов, ревматоидного полиартрита (средняя и тяжелая формы течения), болезнь Бехтерева, подагра;
- псориаза, нейродермита, экземы, онихомикоза, микоза;
- психотерапией: аутотренингом, лечению сном и т.д.;
- психоаналитическому и психотерапевтическому;
- не застрахованных членов семьи Застрахованного лица;
- не признанному наукой или медициной;
- которое не может рассматриваться как оказание неотложной медицинской помощи;
- лиц, пребывающих в США, Канаде, Японии, Австралии, Израиле, когда Страхователь не поставил при заключении договора страхования в известность об этом Страховщика и эти условия не были занесены в договор страхования при его заключении и при расчете страхового тарифа не был применен корректировочный коэффициент, согласно пункту 4 Приложения 2 к Правилам;
- травм и увечий, полученных в результате занятий на отдыхе активными видами спорта, связанных с верховой ездой, охотой, нырянием с кислородным аппаратом, водно-моторными, воздушными видами спорта, альпинизмом и др., если это не было специально оговорено при заключении договора страхования, и, соответственно, при расчете размера страхового взноса не был применен корректировочный коэффициент, согласно пункту 9 Приложения 2 к Правилам;
- болезней и травм, причиной которых послужило участие Застрахованного лица в соревнованиях, гонках, выступлениях и спортивных тренировках, соревнованиях, участия в чемпионатах Европы (ЧЕ), чемпионатах мира (ЧМ), Олимпийских играх (ОИ), спортивных коммерческих турнирах и иных спортивных соревнованиях, если это не было специально оговорено при заключении договора страхования, и, соответственно, при расчете размера

страхового взноса не был применен корректировочный коэффициент, согласно пункту 6 Приложения 2 к Правилам;

2.5.2. расходы по оказанию услуг:

- предоставленных кем-то помимо лечащего врача и/или медицинского учреждения;
- рассматриваемых в соответствии со стандартами, установленными Всемирной организацией здравоохранения в качестве экспериментальных или находящихся на стадии исследования;
- не являющихся необходимыми при постановке диагноза или лечении Застрахованного лица;
- медицинское обследование, не имеющее отношение к произошедшему несчастному случаю либо внезапному заболеванию;
- удаление серных пробок;
- оказанных Застрахованному лицу при его обращении до вступления в силу или после истечения срока действия договора страхования. В случае если заболевание (несчастный случай) возникло в конце действия договора страхования и по заключению врача состояние Застрахованного лица не позволяет осуществить его эвакуацию в сроки, оставшиеся до истечения срока пребывания, в страну постоянного проживания, то обязательства по оплате расходов за медицинскую помощь продлеваются до тех пор, пока не появится возможность эвакуировать Застрахованное лицо, но не более, чем на 15 суток после окончания срока пребывания за границей, указанного в договоре страхования;
- предоставление протезов, применение корректирующих устройств или медицинских аппаратов, если это не является необходимостью с медицинской точки зрения;
- в случаях, когда путешествие было предпринято с целью получить лечение;

2.5.3. расходы, связанные с:

- челюстно-лицевой хирургией и ортопедией зубов, исключая неотложную медицинскую помощь при несчастном случае;
- терапией для сбрасывания лишнего веса;
- нейропрактикой или ортопедией стоп по поводу мозолей, костных мозолей, плоскостопия, слабых сводов стопы, слабых ступеней или систематических жалоб на ступни, а также приобретением любых вкладышей и супинаторов;
- искусственным оплодотворением или лечением бесплодия;
- использованием препаратов и средств контроля над рождаемостью;
- обследованием и лечением болезней, связанных с беременностью, прерыванием беременности, принятием преждевременных родов и за родоразрешение, за исключением случаев, когда представляется угроза жизни Застрахованному лицу;
- использованием пищевых добавок 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;
- медицинским обследованием, не связанным непосредственно с оказанием неотложной медицинской помощи (косметическая и пластическая хирургия, расходы на обслуживающий персонал, за врачебные свидетельства и экспертные заключения, дезинфекцию, профилактические прививки, продукты питания и укрепление организма, расходы на проезд до места амбулаторного лечения);
- содержанием и лечением членов семьи Застрахованного лица;
- стерилизацией у мужчин или женщин, изменением пола или имплантацией, лечением половых расстройств;
- протезированием зубов и стоматологической помощью, превышающей необходимую помощь для снятия острой боли, удалением налета с зубов;
- покупкой и ремонтом вспомогательных средств (очки, слуховые аппараты, протезы и др.);
- предоставлением дополнительного комфорта: телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста, косметолога и т.д.;
- любой эвакуацией (репатриацией), не организованной и/или не согласованной Страховщиком (представителем Страховщика за рубежом);

- с уходом за Застрахованным лицом или неотложным медицинским вмешательством, не связанным с наступлением страхового случая;
- материальной компенсацией морального вреда;
- компаньонами или членами семьи Застрахованного лица в период госпитализации последнего.

2.6. В случае смерти Застрахованного лица Страховщиком не оплачиваются расходы:

- на погребение в любой из стран, в том числе в стране постоянного места жительства Застрахованного лица, исключая страну, где произошел страховой случай;
- 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), не связанному с оказанием Застрахованному лицу медицинской помощи;
- другие расходы, произведенные без согласия Страховщика либо его представителя за границей.

3. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ВЗНОС.

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

Страховая сумма определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению в соответствии с Приложением 1 и указывается в договоре страхования. Страховая сумма устанавливается в долларах США или евро.

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

3.3. При определении размера страхового взноса, подлежащего уплате, применяются страховые тарифы, определяющие страховой взнос в зависимости от размера страховой суммы по договору страхования и срока страхования, с применением корректировочных коэффициентов (Приложение 2 Правил).

3.4. При установлении страховой суммы в иностранной валюте, страховой взнос, исчисленный в валюте страховой суммы, может быть уплачен в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте, в которой рассчитан страховой взнос, установленному Национальным Банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса.

3.5. Страховой взнос уплачивается единовременно за весь срок страхования наличными деньгами в кассу Страховщика либо путем перечисления денег на его расчетный счет в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

4. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

4.1. Добровольное страхование осуществляется путем заключения договора между Страхователем и Страховщиком в соответствии с законодательством на условиях настоящих Правил, принятых Страхователем путём присоединения к договору страхования.

Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, а также 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 письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного ими.

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

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

К договору страхования (страховому полису) прилагаются настоящие Правила, утвержденные Страховщиком и согласованные с органом, осуществляющим государственный

надзор за страховой деятельностью, что удостоверяется записью в договоре страхования (страховом полисе).

4.2. Договор страхования заключается на основании письменного (с юридическими лицами - Приложения №3) или устного (с физическими лицами) заявления Страхователя.

При страховании группы лиц, одновременно выезжающих за границу, может быть заключен один договор страхования (страховой полис) на группу. В этом случае в договоре страхования (страховом полисе) указываются фамилия, имя, год рождения, серия и номер паспорта каждого члена группы, в пользу которого заключается договор страхования.

В случае заключения договора страхования в связи с поездкой за границу группы лиц, договор страхования (страховой полис) может быть выдан как каждому члену группы, так и один на всю группу. Если выдается один договор страхования (страховой полис) на группу лиц, то к нему прилагается список Застрахованных лиц, один экземпляр которого вместе с договором страхования (копией страхового полиса) остается у Страховщика и является неотъемлемой частью договора страхования.».

4.3. В случае утери договора страхования (страхового полиса) Страхователю, по его письменному заявлению, выдается копия (дубликат страхового полиса), после чего утраченный договор страхования (страховой полис) считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

4.4. Договор страхования заключается на срок от 1-го дня до 2-х лет (включительно) с указанием в нем срока пребывания за границей (продолжительность поездки).

Договор страхования действует в пределах стран, указанных в страховом полисе. Страховая защита по условиям настоящих Правил не предоставляется на территории Республики Беларусь, а также на территории страны постоянного проживания Застрахованного лица.

Договор страхования может быть заключен с условием ограничения общего количества дней пребывания (срока пребывания) Застрахованного лица за границей в пределах срока действия договора страхования, о чем делается отметка в страховом полисе. За страховые случаи, произошедшие в период, превышающий указанное количество дней пребывания (срок пребывания) Застрахованного лица за границей Страховщик ответственности не несет.

В случае, если Страхователь до начала поездки за границу изменяет сроки действия договора страхования (без изменения срока пребывания), то Страховщик вправе переоформить договор страхования с указанием других сроков действия договора.

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

4.6. Ответственность Страховщика по вступившему в силу договору страхования наступает в сроки (дата и время), указанные в договоре страхования, и только после пересечения границы страны постоянного проживания (отметка пограничных служб в паспорте, за исключением случаев, когда такие отметки не ставятся) и прекращается с момента пересечения границы в обратном направлении, но не позднее 24:00 часов дня окончания действия договора страхования.

4.7. При заключении договора страхования на новый срок до истечения действия предыдущего договора, дата вступления его в силу указывается со дня, следующего за тем, в котором истекает срок действующего договора (при условии оплаты страхового взноса до этого срока).

4.8. 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 были известны и не были сообщены 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.

4.9. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно (но не позднее 3-х календарных дней) сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования (п.4.8. 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 или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска в соответствии со следующей формулой:

(Кпов.* Св – Св) * Д1 / Д2, где:

Кпов. – соответствующий повышающий коэффициент согласно таблице (Приложение 2 Правил);

Св - сумма уплаченного страхового взноса;

Д1- количество прошедших дней с даты начала действия договора страхования;

Д2- срок действия договора страхования в днях.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать прекращения договора страхования.

4.10. Застрахованному лицу запрещается передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования.

4.11. В случае утраты в период действия договора Страхователем – юридическим лицом прав юридического лица вследствие реорганизации, права и обязанности по договору страхования переходят к его правопреемнику.

О принятом решении о предстоящей ликвидации или реорганизации страхователь обязан письменно (не позднее 7-ми календарных дней после принятия решения об этом) уведомить Страховщика.

4.12. 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 Застрахованное лицо признано судом недееспособным или ограниченным в дееспособности, права и обязанности такого Застрахованного лица переходят к его опекуну или попечителю.

4.13. Страховщик вправе требовать от Застрахованного лица выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но невыполненные 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.

5. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования прекращается в случаях:

5.1.1. истечения срока действия договора;

5.1.2. выполнения Страховщиком обязательств в полном объеме;

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

5.1.4. ликвидации Страхователя - юридического лица, смерти Страхователя- физического лица;

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

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

5.1.7. принятия судом решения о признании договора недействительным.

5.2. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с подпунктами 5.1.3.-5.1.5. настоящих Правил Страховщик имеет право на часть страховых взносов пропорционально фактическому времени продолжительности поездки к продолжительности поездки, указанной в договоре страхования и рассчитывается по формуле:

$СВ = СД * (1 - n/N)$, где:

СВ – часть страхового взноса, подлежащего возврату,

СД – страховой взнос по договору страхования,

n - фактическое время продолжительности поездки в календарных днях,

N - продолжительность поездки, указанная в договоре страхования, в календарных днях.

Возврат части страхового взноса Страхователю производится в течение 15 рабочих дней со дня прекращения договора страхования. За несвоевременный возврат части страхового взноса Страховщик уплачивает пеню в размере 0,5 % за каждый день просрочки от суммы, подлежащей выплате.

При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с подпунктами 5.1.3.-5.1.5. возврат неиспользованной части страхового взноса в случае обращения Застрахованного лица (его представителя/ сопровождающего) за оказанием ему медицинской помощи и/или юридических услуг в период действия договора страхования не производится до выяснения обстоятельств страхового события. При признании данного случая страховым неиспользованная часть страхового взноса возврату не подлежит.

5.3. В случае невыезда Страхователя в указанные в договоре страхования страны, Страхователь в период действия договора страхования, а также не позднее 15 календарных дней после окончания срока действия договора страхования вправе обратиться к Страховщику с письменным заявлением о прекращении договора страхования и возврате уплаченного страхового взноса с приложением договора страхования (страхового полиса). В этом случае Страховщик обязан вернуть Страхователю уплаченный страховой взнос в полном объеме. Однако если при расторжении договора страхования не представляется возможным определить фактическое время пребывания Застрахованного лица за пределами Республики Беларусь (страны постоянного проживания), вследствие отсутствия отметок пограничных служб в паспорте, возврат уплаченного страхового взноса не производится.

В случае, указанном в п. 5.1.6. Правил, уплаченный страховой взнос возврату не подлежит.

6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

6.1. Страховщик имеет право:

6.1.1. проверять предоставленную Страхователем информацию, ее достоверность;

6.1.2. выяснять причины и обстоятельства страхового случая;

6.1.3. получать информацию у третьих лиц об имевшихся ранее и возникших в период действия договора страхования заболеваниях Застрахованного лица. Под третьими лицами подразумеваются врачи, медицинские учреждения, другие Страховщики, органы здравоохранения и медицинского обеспечения, другие компетентные органы.

6.1.4. направлять запросы в соответствующие компетентные органы о предоставлении документов, подтверждающих факт и причину страхового случая;

6.1.5. потребовать досрочного прекращения договора страхования при невыполнении Страхователем условий договора страхования (п.4.9 настоящих Правил). В данном случае страховщик письменно уведомляет Страхователя о причинах расторжения договора. При этом договор страхования считается прекращенным с 00:00 часов дня, следующего за днем получения Страхователем письменного уведомления страховщика о досрочном прекращении договора страхования. В этом случае Страховщик возвращает Страхователю страховые взносы за неоконченный срок действия договора страхования за вычетом понесенных расходов;

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

6.1.7. отсрочить страховую выплату в случаях, когда ему не представлены все необходимые документы – до их представления, а также если у него имеются сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай и размер ущерба (в частности, в порядке оформления и регистрации документов, в подлинности печати, подписи на документе, наличие незаверенных исправлений) – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов лицом, представившим такой документ (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа) либо самим Страховщиком (на основании запроса Страховщика в орган, его выдавший, направленный в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа);

6.1.8. при наступлении страхового случая давать указания Страхователю, направленные на уменьшение убытков от его наступления.

6.2. Страховщик обязан:

6.2.1. вручить Страхователю страховой полис с приложением Правил страхования после уплаты страхового взноса;

6.2.2. не разглашать сведения о Страхователе, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Республики Беларусь;

6.2.3. при наступлении страхового случая составить акт о страховом случае, произвести выплату или отказать в выплате страхового обеспечения в порядке, установленном в договоре страхования.

6.3. Страхователь имеет право:

6.3.1. получить дубликат в случае утери полиса;

6.3.2. потребовать досрочного прекращения договора страхования, в соответствии с условиями п. 5.3. настоящих Правил, обратившись с письменным заявлением к Страховщику;

6.3.3. на получение страхового обеспечения при наступлении страхового случая.

6.4. Страхователь обязан:

6.4.1. оплатить страховые взносы в размере, определенном договором;

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

6.4.3. соблюдать условия Правил страхования и договора. Незамедлительно (но не позднее 3-х календарных 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;

6.4.4. информировать Страховщика о договорах страхования, заключенных с другими страховыми организациями в отношении объекта, предлагаемого на страхование.

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

6.4.6. обеспечить сохранность страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

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

7. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

7.1. При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обязано:

- немедленно (но не позднее 3-х календарных дней) обратиться в ближайший сервисный центр международной сети медицинского ассистанса- зарубежного партнера Страховщика (адреса и телефоны указаны в полисе) или информировать об этом Страховщика (адреса и телефоны указаны в полисе) и сообщить по телефону (факсу) о наступлении страхового случая с указанием данных в договоре страхования (страховом полисе);

- в случае невозможности произвести срочный звонок перед консультацией с врачом или отправкой в клинику Застрахованное лицо должно при первой же возможности позвонить представителю Страховщика за границей (за исключением случаев, когда Застрахованное лицо находится в бессознательном состоянии и в случае смерти Застрахованного лица за границей);
- при попадании в клинику или к врачу Застрахованное лицо должно предъявить договор страхования (страховой полис).

7.2. Представителем Страховщика за границей является специализированная служба (ассистанс), осуществляющая организацию и оплату медицинской помощи и юридических услуг, оказанных Застрахованному лицу за границей.

7.3. Оплата медицинской помощи и юридических услуг, оказанных Застрахованному лицу за границей, в соответствии с настоящими Правилами при признании случая страховым, осуществляется Страховщиком путем перечисления денежной суммы представителю Страховщика за границей по предъявлении счетов за оказание медицинской помощи и юридических услуг Застрахованному лицу в стране его временного пребывания.

7.4. Расходы Застрахованного лица (лица, фактически оплатившего расходы), понесенные им самостоятельно, оплачиваются Страховщиком после возвращения Застрахованного лица (лица, фактически оплатившего расходы) из-за границы, если данные расходы явились следствием страхового случая и подтверждены документально и на сумму, не превышающую 1000 евро при отсутствии возможности обращения в медицинский ассистанс - зарубежный партнер Страховщика.

Если расходы Застрахованного лица (лица, фактически оплатившего расходы) произведены в валюте отличной от валюты страхового взноса, то размер страхового обеспечения рассчитывается в валюте оплаты страхового взноса по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным Банком Республики Беларусь по отношению к валюте фактически понесенных расходов, на день составления акта о страховом случае.

7.5. Для возмещения понесенных расходов Застрахованное лицо (лицо, фактически оплатившее расходы) должно письменно сообщить в ОАСО "БАГАЧ" о случившемся и представить следующие документы:

- заявление о страховом случае (Приложение 4 Правил);
- оригинал страхового полиса;
- оригинал справки - счета из медицинского учреждения (на фирменном бланке) с соответствующим штампом и указанием фамилии пациента, диагноза заболевания, даты обращения за медицинской помощью, продолжительности лечения, перечнем оказанных услуг с разбивкой их по датам и стоимости, итоговой суммой к оплате;
- оригинал направления от лечащего врача, в связи с данным заболеванием, на прохождение лабораторных исследований с разбивкой по датам, наименованию и стоимости оказанных услуг;
- оригиналы рецептов на приобретение медикаментов со штампом аптеки и указанием стоимости каждого препарата, выписанных лечащим врачом в связи с данным заболеванием;
- оригиналы документов, подтверждающих факт оплаты за лечение, медикаменты и прочие услуги (штамп об оплате, расписка о получении денег, банковская квитанция с указанием суммы на перевод);
- паспорт;
- оригиналы документов, подтверждающих факт оказания, перечень и оплату юридических услуг.

Не подлежат возмещению расходы, которые не подтверждены документально.

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

7.6. Заявление о страховом случае и документы на возмещение расходов, связанных со страховым случаем, должны быть представлены в ОАСО "БАГАЧ" в течение 35-ти календарных дней с момента возвращения Застрахованного лица (лица, фактически понесшего расходы) из-за границы.

Выплата страхового обеспечения Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком на основании акта о страховом случае (Приложение 5 Правил), который составляется в течение 5-ти рабочих дней с момента получения всех необходимых документов (п. 7.5. настоящих Правил).

7.7. Выплата страхового обеспечения осуществляется путем перечисления денег на лицевой счет Застрахованного лица (лица, фактически понесшего расходы) в банке или наличными деньгами. При

этом расходы по перечислению средств на территории Республики Беларусь несет ОАСО «БАГАЧ», за пределами Республики Беларусь банковские расходы несет лицо, получающее страховое обеспечение.

7.8. Страховое обеспечение выплачивается Застрахованному лицу (лицу, фактически понесшему расходы) в валюте оплаты страхового взноса в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь или в белорусских рублях по соглашению сторон по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страхового взноса, на день составления акта о страховом случае в течение 5 рабочих дней с момента составления акта о страховом случае.

За несвоевременную выплату страхового обеспечения по вине Страховщика, он уплачивает пеню за каждый день просрочки в размере 0,5 % от суммы, подлежащей выплате.

Если оплата страхового взноса произведена в белорусских рублях, то выплата страхового обеспечения производится в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы, на день составления акта о страховом случае.

Страховщик оставляет за собой право проверки всех предоставленных документов.

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

8. ОТКАЗ В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

8.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, если:

8.1.1. Застрахованное лицо совершило умышленные действия, повлекшие наступление страхового случая;

8.1.2. страховой случай наступил вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны, если международными договорами Республики Беларусь, актами законодательства или договором страхования не предусмотрено иное.

8.2. Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения, если Страхователь или Застрахованное лицо не исполнило возложенной на него обязанности уведомить Страховщика или его представителя о наступлении страхового случая в указанные сроки, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у него сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое обеспечение (за исключением случаев, когда Застрахованное лицо находится в бессознательном состоянии и в случае причинения вреда жизни Застрахованного лица за границей).

8.3. Решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной форме с мотивацией причины отказа в течение 5-ти рабочих дней после его принятия.

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

9. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

9.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, разрешаются судами Республики Беларусь в соответствии с их компетенцией, установленной законодательством Республики Беларусь.

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

Начальник управления по страхованию



Шанина Е. М.