

ПРАВИЛА № 23
"Добровольного страхования от внезапных заболеваний и несчастных случаев иностранных граждан, временно находящихся на территории Республики Беларусь"
(Согласованы Министерством финансов Республики Беларусь №251 от 25.03.2004, с учетом изменений и дополнений № 397 от 23.05.2008)



По настоящим Правилам закрытое акционерное страховое общество "Промтрансинвест" (в дальнейшем - Страховщик) заключает договоры добровольного страхования от внезапных заболеваний и несчастных случаев иностранных граждан, или лиц без гражданства, временно проживающих на территории Республики Беларусь (Застрахованных лиц), по условиям которых гарантирует оплату медицинских услуг определенного перечня, предусмотренного настоящими Правилами.

1. СТРАХОВАТЕЛИ:

- 1.1. Договоры добровольного страхования от внезапных заболеваний и несчастных случаев с иностранными гражданами, а также лицами без гражданства, временно проживающими на территории Республики Беларусь, заключаются с юридическими и физическими лицами, а также индивидуальными предпринимателями (в дальнейшем по тексту – Страхователи), которыми могут выступать:
 - 1.1.1. Дееспособные иностранные граждане, заключающие договоры страхования в свою пользу (в дальнейшем по тексту – Застрахованные лица).
 - 1.1.2. Юридические и физические лица, заключающие договоры страхования в пользу третьих лиц (в дальнейшем по тексту – Застрахованные лица).
 - 1.1.3. Иностранном гражданином считается лицо, не являющееся гражданином Республики Беларусь и имеющее доказательство своей принадлежности к гражданству другого государства.Лицом без гражданства считается лицо не являющееся гражданином Республики Беларусь и не имеющее доказательств своей принадлежности к гражданству другого государства.
- 1.2. Страхование производится без медицинского освидетельствования. Не заключаются договоры в отношении лиц, страдающих душевной болезнью включая слабоумие, тяжелыми нервными заболеваниями, слепых, глухих, парализованных.
- 1.3. Страховщик вправе заключать договоры страхования только при наличии договоров об оказании медицинских услуг с организациями здравоохранения или другими учреждениями, имеющими лицензию на организацию и проведение медицинских и сервисных (репаративных, эвакуационных) услуг Застрахованному лицу.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования является имущественный интерес Застрахованного лица, связанный с возмещением расходов на оказание ему медицинской помощи в связи с возникновением страхового случая.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 3.1. Страховым случаем является предусмотренное договором страхования событие, при наступлении которого у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату Страхователю (Застрахованному лицу). Страховыми случаями признаются события, происшедшие вследствие внезапного заболевания или несчастного случая во время пребывания Застрахованного лица на территории Республики Беларусь в период действия договора страхования. К таковым относятся:
 - 3.1.1. причинение вреда здоровью застрахованного лица;
 - 3.1.2. причинение вреда жизни (смерть) застрахованного лица.
 - 3.2. Под несчастным случаем понимается внезапное, непредвиденное внешне воздействие на организм Застрахованного лица, произошедшее в период действия договора страхования и сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями и т.д., повлекшее причинение вреда жизни, здоровью Застрахованного лица.
 - 3.3. Под внезапным заболеванием 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 и др.
 - 3.4. 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;
 - серьезному нарушению функций организма;
 - серьезной постоянной дисфункции какого-то органа или повреждению части тела.

4. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

- 4.1. Страхование от внезапных заболеваний и несчастных случаев подразумевает выплаты за предоставление услуг, когда они необходимы с точки зрения медицины, а также за оказание скорой и неотложной медицинской помощи.
- 4.2. (исключён)
- 4.3. (исключён)

4.4. Выплаты по неотложной медицинской помощи, включая сопутствующие издержки на постановку диагноза, предоставляются при внезапном и неожиданном проявлении симптомов заболевания или несчастном случае.

4.5. По договору страхования оплачиваются расходы по оказанию медицинской помощи (за исключением услуг, оговоренных в пункте 4.9.) при внезапных заболеваниях различных органов и систем, а также при наступлении следующих несчастных случаев:

- садины, царапины;
 - ожоги, отморожение;
 - асфиксия пищей, напитком или посторонним предметом;
 - сотрясения, контузии, ушибы, переломы;
 - прием внутрь ядов (случайно), передозировка снотворных таблеток или иных лекарств (случайно), пищевые отравления (тяжелые);
 - вдыхание дыма, окиси углерода иливывхлопных газов (случайно);
 - укусы животных или насекомых;
 - разрыв мягких тканей, связок;
 - кровотечения из носа, вызванные травмами;
 - утопление;
 - растяжения связок, деформации суставов, вывихи;
 - изнашивание;
- 4.6. Подлежат оплате расходы, связанные с оказанием следующих услуг:
- пребывание и госпитализация в стационаре (палата, питание, уход);
 - амбулаторная госпитализация и амбулаторные услуги;
 - пребывание в отделении интенсивной терапии и интенсивной терапии для больных с острой коронарной недостаточностью;
 - операционный зал и послеоперационная палата;
 - использование специального медицинского оборудования (аппарат искусственного сердца, гемодиализ и т.д.);
 - перевязочные материалы, гипсовые повязки, стерилизационные услуги, лекарства и медицинские препараты;
 - внутривенные инъекции и вливания;
 - оперативное вмешательство, анестезиология;
 - послеоперационное лечение и консультационный осмотр;
 - лабораторные услуги и диагностические исследования (УЗИ, компьютерная томография, рентгенология и др.) по медицинским показаниям;
 - медицинская эвакуация;

Страховщик оставляет за собой право на принятие решения о транспортировке Застрахованного лица в лечебное учреждение (или доставке врача к месту нахождения Застрахованного лица), а также право на принятие решения о выборе средства транспорта, при этом Страховщиком покрываются транспортные услуги на дорогу туда и обратно.

- медицинская репатриация: Страховщик оставляет за собой право на принятие решения о репатриации, если по мнению лечащего врача Застрахованного лица и экспертов Страховщика Застрахованному лицу не противопоказана транспортировка в лечебное учреждение по выбору Страховщика для дальнейшего лечения.
- медицинские осмотры по имеющимся показаниям в целях исключения эпидемического характера;
- возвращение останков на родину;
- услуги наземной скорой помощи.
- стоматологические услуги, связанные со снятием острой боли или вызванные несчастным случаем.

4.7. В случае смерти Застрахованного лица Страховщик осуществляет все необходимые меры и оплачивает соответствующие расходы по репатриации тела, включая подготовку тела и покупку необходимого для перевозки гроба до:

- а) места захоронения в Республике Беларусь,
- б) до аэропорта отправления в место назначения при перевозке авиационным транспортом,
- в) до государственной границы Республики Беларусь, при перевозке иным видом транспорта.

4.8. Общая сумма страховых выплат не может превышать страховую сумму, установленную в договоре страхования. В случае смерти Застрахованного лица, если общая сумма по представленным счетам превышает страховую сумму, то в первую очередь оплачиваются расходы на лечение, оказанное Застрахованному лицу до наступления смерти, а затем расходы на перевозку его останков.

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

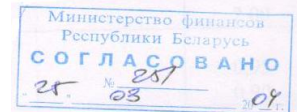
- медицинские услуги, оказанные после истечения срока действия настоящего договора;
- услуги или медицинские препараты, не являющиеся необходимыми с точки зрения медицины при установлении диагноза или лечении болезни;
- уход или лечение, не являющиеся результатом страхового случая;
- услуги, предоставленные помимо лечебного учреждения;
- услуги или лечение на курорте, в водолечебнице или санатории;
- услуги или медицинские препараты, рассматриваемые в соответствии со стандартами в качестве экспериментальных или находящихся на стадии исследования;
- уход, связанный с лечением ранее установленных заболеваний состояний. Ранее проявившееся состояние - это такое состояние, симптомы которого проявились или в связи с которыми имело место обращение за медицинской помощью на протяжении одного года до начала страхового периода;
- транспортные издержки помимо наземной скорой помощи;
- плата за дополнительные предметы удобства, как то: видеоманитон и/или телевизор, услуги парикмахера или косметолога, покупка или прокат кондиционеров, увлажнителей

воздуха, испарителей, тренажеров, спортивных снарядов или оборудования подобного рода;

- часть платы, превосходящая разумную или обычную сумму за конкретную услугу или препарат, взимаемая в том месте, где такая плата произведена;
- медицинское обследование, осмотр или постановка диагноза, являющиеся частью текущего медицинского обследования или проверки состояния здоровья, включая прививки, выдачу медицинских справок и результатов обследований;
- текущие обследования зрения и слуха, рефракции глаза, а также стоимость очков, контактных линз или слуховых аппаратов;
- стоматологическое лечение или услуги помимо тех, которые связаны со страховым случаем;
- лечение травмы, полученной или произошедшей при управлении Застрахованным лицом самолетом или иным летательным аппаратом либо при нахождении на его борту, если Застрахованный не был оплатившим билет пассажиром на борту зарегистрированного аппарата, совершающего регулярный рейс между аэропортами, работающими по правилам установленных авиационными властями, управляемого, имеющим соответствующую лицензию пилотом, а также принадлежащего пассажирской авиакомпании;
- травмы, полученные в драках и потасовках, если Застрахованный был зачинщиком;
- нейропрактика или ортопедия стоп по поводу мозолей, костных мозолей, плоскостопия, слабых сводов стопы, слабых стоп, а также любые вкладыши и супинаторы;
- лечение внезапных заболеваний и последствий несчастного случая, полученных в результате участия в противоправных действиях, включая последующее заключение в место лишения свободы;
- лечение членов семьи Застрахованного лица;
- болезнь вследствие алкоголизма или наркомании;
- издержки, понесенные компаньонами или членами семьи Застрахованного в период его госпитализации;
- лечение, не признанное наукой или медициной;
- стоимость лечения болезни или последствий несчастного случая, происшедших в течение действия договора страхования, но проявившихся после истечения срока действия договора страхования;
- осложнения, являющегося или могущего явиться следствием лечения или хирургического вмешательства по поводу заболевания или травмы, не вызванные страховым случаем;
- протезы, применение корректирующих устройств или медицинских аппаратов, если это не является необходимостью с медицинской точки зрения;
- лечение душевных болезней или психических расстройств, консультации и психиатрические обследования;
- выборочная или косметическая хирургия, цель которой преимущественно состоит в улучшении внешнего вида, если только необходимость в таковой не вызвана обезображивающей травмой или болезнью;
- препараты и средства контроля над рождаемостью;
- лечение болезней, передаваемых половым путем;
- синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД);
- искусственное оплодотворение или лечение бесплодия;
- стоимость проведения аборта;
- охрана материнства, кроме неожиданных осложнений лечения беременности. Тем не менее, покрытию не подлежат осложнения беременности, начавшиеся до наступления страхового периода;
- расходы, связанные с реверсированием, стерилизацией у мужчин или женщин, изменением пола или имплантацией. Лечение с целью полового перерождения, лечение половых расстройств и недостаточности;
- расходы, услуги или лечение, связанные с любыми видами 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.

5. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ И ПОРЯДОК ИХ УПЛАТЫ

- 5.1. Страховой суммой является установленная договором страхования денежная сумма, в пределах которой страховщик обязан произвести страховую выплату при наступлении страхового случая. Страховая сумма устанавливается в размере 5000 долларов США или эквивалентная ей в другой СКВ по курсу Национального Банка Республики Беларусь на день заключения договора страхования.
- 5.2. Страховым взносом является сумма денежных средств, подлежащая уплате Страхователем Страховщику за страхование. При определении размера страхового взноса применяются разработанные Страховщиком и согласованные с органом государственного надзора за страховой деятельностью страховые тарифы. (Приложение №1 настоящих Правил)
- 5.3. Страховые взносы по договору страхования вносятся Страхователем одновременно при заключении договора страхования - разовым платежом за весь срок страхования.
- 5.4. Страховые взносы могут быть уплачены Страхователем - физическим лицом наличными деньгами в кассу Страховщика или его представителем, а также перечислены на расчетный счет Страховщика. Страхователи - юридические лица уплачивают страховой взнос безналичным путем, перечисляя денежные средства на расчетный счёт Страховщика.
- 5.5. При установлении страховой суммы в иностранной валюте, страховой взнос, исчисленный в валюте страховой суммы может



быть уплачена как в иностранной валюте (если это не противоречит законодательству 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 страхового взноса.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на срок от 1 до 365 дней включительно в письменной форме путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного (если Страхователь - юридического лица или индивидуальный предприниматель) или устного (если Страхователь - физическое лицо) заявления страхового полиса, подписанного ими.

6.2. Договор страхования заключается на условиях настоящих Правил, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования. Правила прилагаются к страховому полису, что удостоверяется записью в нём. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах, в том числе не включенные в текст страхового полиса, обязательны для Страховщика, Страхователя (застрахованного лица).

6.3. Для заключения договора страхования Страхователю необходимо предоставить Страховщику по его требованию следующие данные:

6.3.1. Если Страхователем выступает физическое лицо:

- фамилия, имя Страхователя;
- фамилия, имя, число, месяц, год рождения Застрахованного лица;
- домашний адрес и телефон Страхователя;
- период страхования;
- цель поездки и место проживания на территории Республики Беларусь.

6.3.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- наименование Страхователя, его местонахождение и банковские реквизиты;
- список Застрахованных лиц с указанием:
- фамилий, имен;
- места проживания и телефонов;
- числа, месяца, года рождения Застрахованных лиц;
- периода страхования на каждого Застрахованного лица.

6.4. 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, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, предусмотренные в страховом полисе на основании письменного или устного заявления Страхователя. Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, Страховщик не может в последствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в абзаце первом настоящего пункта. Страховщик в праве потребовать признания договора страхования недействительным. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

6.5. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования (пункт 6.4. Правил), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными во всяком случае признаются изменения, оговоренные в страховом полисе и в переданных Страхователю Правилах страхования.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса в соответствии с формулой:

$T_{доп} = (T_{ул} - T_{осн}) \cdot g$

T_{ул} - взнос по договору страхования с учетом увеличения страхового риска

T_{осн} - взнос по договору страхования, рассчитанный на годовой период,

T_{доп} - дополнительный страховой взнос

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

Последствия изменения страхового риска в период действия договора страхования, указанные в настоящем пункте, могут наступить только если они прямо предусмотрены в договоре.

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

Если будет установлено, что Застрахованное лицо передало другому лицу страховой полис с целью получения им медицинских услуг по договору страхования, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении такого Застрахованного лица.

6.7. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса в период действия договора страхования, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю выдается дубликат полиса.

6.8. Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в договоре страхования как дата начала действия договора страхования и заканчивается в 24 часа даты, указанной в договоре страхования как дата окончания действия договора страхования.

6.9. (исключён)

6.10. При заключении договора страхования Страхователь обязан поставить в известность Страховщика об имеющихся в отношении Застрахованного лица договорах страхования по данному виду, заключенных в других страховых организациях.

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

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Права Страхователя по договору страхования.

7.1.1. Страхователь имеет право требовать предоставления Застрахованному лицу медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования. В случае не предоставления таких медицинских услуг Страхователь должен незамедлительно поставить в известность об этом Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо.

7.2. Права Застрахованного лица по договору страхования.

7.2.1. Застрахованное лицо имеет право требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования.

7.2.2. Застрахованное лицо имеет право сообщить Страховщику о случаях непредоставления медицинских услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг.

7.3. Права Страховщика по договору страхования.

7.3.1. Страховщик имеет право проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий договора;

7.4. Обязанности Страхователя по договору страхования.

Страхователь обязан:

7.4.1. своевременно и в полном размере уплатить установленный договором страхования страховой взнос;

7.4.2. предоставить Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования;

7.4.3. обеспечить сохранность документов по договору страхования.

7.5. Обязанности Застрахованного лица по договору страхования.

Застрахованное лицо обязано:

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

7.5.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг, незамедлительно любыми возможными способами известить Страховщика о наступлении страхового случая. Письменное уведомление должно быть сделано в течение 45 календарных дней.

7.6. Обязанности Страховщика по договору страхования.

Страховщик обязан:

7.6.1. выдать Страхователю (Застрахованному лицу) Правила страхования;

7.6.2. выдать страховой полис установленной формы;

7.6.3. при наступлении страхового события произвести страховую выплату в установленном порядке;

7.6.4. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным лицом).

7.7. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, если страховой случай произошел вследствие:

7.7.1. умысла Страхователя или Застрахованного лица, за исключением случаев предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь;

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

7.8. Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения, если Страхователь (Застрахованное лицо) не исполнил возложенных на него обязанностей незамедлительно, не позднее 45 календарных дней, известить страховую организацию о наступлении страхового случая и если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое обеспечение.

8. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

8.1.1. истечения срока действия;

8.1.2. выполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

8.1.3. смерти Застрахованного лица по причинам иным, чем страховой случай;

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

8.1.5. ликвидации или реорганизации Страхователя - юридического лица за исключением случаев, когда в результате реорганизации, права и обязанности Страхователя - юридического лица по договору страхования переходят к его правопреемнику;

8.1.6. 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;

8.2. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в подпунктах 8.1.3.- 8.1.5., Страховщик имеет право на часть страхового взноса

пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Возврат части страхового взноса Страхователю производится в течение 10 рабочих дней со дня прекращения договора страхования. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования (подпункт 8.1.6.) уплаченный Страховщику страховой взнос не подлежит возврату.

8.3. За несвоевременную выплату части страхового взноса, подлежащего возврату Страхователю по вине Страховщика выплачивается пеня за каждый день просрочки, в размере 0,5% от суммы, подлежащей возврату, физическим лицам и 0,1% от суммы, подлежащей возврату юридическим лицам.

9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.

9.1. При наступлении страхового случая медицинские услуги Застрахованному лицу оказываются на основании предъявления им страхового полиса. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в организации здравоохранения или к Страховщику по контактным телефонам, указанным в страховом полисе.

9.2. Оплата Страховщиком медицинских услуг или сервисных услуг (репарация, эвакуация) организации здравоохранения или медицинскому сервисному учреждению осуществляется после предоставления ими актов выполненных работ, счета-фактуры, оформленных надлежащим образом на основании утвержденных и действующих преискурнтов.

9.3. В случае, если необходима экстренная помощь, то Застрахованное лицо может само оплатить услуги лечебного учреждения, с которым у Страховщика не заключен договор о сотрудничестве. Страховщик компенсирует расходы Застрахованного лица путем выплаты наличными деньгами в размере расходов, фактически понесенных за оказание Застрахованному лицу медицинской помощи, но не более размера страховой суммы.

Компенсация расходов за оказание медицинской помощи осуществляется в этом случае на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица).

9.4. Выплата страхового обеспечения производится в течение 5-ти рабочих дней после составления акта о страховом случае на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица) о наступлении страхового случая и следующих необходимых документов:

- страхового полиса;

- справки лечебного учреждения;

- документа, подтверждающего оплату Страхователем (Застрахованным лицом) оказанных ему услуг, либо счет на оплату услуг со штампом, печатью лечебного учреждения.

Страховщик имеет право запросить дополнительно документы, характеризующие динамику течения болезни и объем проведенных лечебно-профилактических мероприятий: эпикриз, выписка из амбулаторной карты, дневники течения болезни, описание операции и т.д.

9.5. Акт о страховом случае составляется в течение 5-ти рабочих дней после поступления от Страхователя (Застрахованного лица) заявления о выплате страхового обеспечения и документов перечисленных в пунктах 9.2. и 9.4. настоящих Правил.

Выплата страхового обеспечения производится в той валюте, в которой был уплачен страховой взнос, либо по соглашению сторон в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленного Национальным Банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы на день составления Акта о страховом случае.

9.6. За несвоевременную выплату страхового обеспечения Страхователю (Застрахованному лицу) по вине Страховщика выплачивается пеня за каждый день просрочки, в размере 0,5% от суммы, подлежащей выплате, физическим лицам и 0,1% от суммы, подлежащей выплате юридическим лицам.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры, вытекающие из отношений по страхованию от внезапных заболеваний и несчастных случаев иностранных граждан, временно находящихся на территории Республики Беларусь, разрешаются судами 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 страховой деятельности работы и услуги, как добровольное страхование от внезапных заболеваний и несчастных случаев иностранных граждан, временно находящихся на территории Республики Беларусь

Первый зам.
генерального директора



Д.В.Витченко

Настоящая редакция Правил действует с 30.05.2008

