

ПРАВИЛА № 23
ДОБРОВОЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ ОТ
ВНЕЗАПНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И
НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ
ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И
ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА,
ВРЕМЕННО ПРОЖИВАЮЩИХ
ИЛИ ВРЕМЕННО
ПРЕБЫВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

(Согласованы Министерством финансов Республики Беларусь №251
от 25.03.2004, изложены в новой редакции, утвержденной 10.04.2026,
с изменениями и дополнениями от 11.05.2026)

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ЗАСО «Промтрансинвест»
 И.А. Михалёва
«10» апреля 2026 г.

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1.В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на основании настоящих Правил № 23 добровольного страхования от внезапных заболеваний и несчастных случаев иностранных граждан и лиц без гражданства, временно проживающих или временно пребывающих на территории Республики Беларусь (далее – Правила), Закрытое акционерное страховое общество «Промтрансинвест» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного страхования от внезапных заболеваний и несчастных случаев иностранных граждан и лиц без гражданства, временно проживающих или временно пребывающих на территории Республики Беларусь (далее – договоры страхования), с лицами, указанными в пункте 1.2 Правил (далее – Страхователи).

1.2.Страхователями по Правилам являются дееспособные физические лица, индивидуальные предприниматели и юридические лица любой организационно-правовой формы.

1.3.Основные термины, используемые в Правилах.

1.3.1. Внезапное заболевание – остро наступившее ухудшение состояния здоровья, угрожающее жизни Застрахованного лица (с выраженными клиническими проявлениями), требующее оказания (по медицинским показаниям и до возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания) неотложной медицинской помощи и медицинской эвакуации.

1.3.2. Несчастный случай – травма; попадание инородных предметов (тел) в органы и (или) ткани; ожог (за исключением солнечного), отморожение (обморожение), поражение электрическим током (в том числе атмосферным электричеством); острое отравление; тепловой удар с судорожным синдромом; укусы насекомых, змей, пауков; анафилактический шок; контакт с животными и (или) укусы этих животных; асфиксия, утопление; повреждение зубов (не связанное с их заболеваниями).

Травма – повреждение тканей, органов Застрахованного лица или всего организма в целом (ушиб, растяжение, перелом, вывих, ранение, рана, частичный или полный разрыв органов, тканей, сухожилий), которое возникает при внешних механических воздействиях, в определенных условиях превышающих по своей силе прочность покровных и внутренних тканей тела. Объективными признаками травмы являются отек, кровоподтек, ссадина, кровоизлияние, гематома.

1.3.3. Иностранное гражданство – лицо, не являющееся гражданином Республики Беларусь и имеющее доказательство своей принадлежности к гражданству другого государства.

1.3.4. Лицо без гражданства – лицо, не являющееся гражданином Республики Беларусь и не имеющее доказательств своей принадлежности к гражданству другого государства.

1.3.5. Медицинские организации – организации здравоохранения Республики Беларусь; другие организации, которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность; организации, осуществляющие оказание услуг по медицинской эвакуации, медицинской репатриации или посмертной репатриации.

Медицинская эвакуация – система мероприятий лечебно-транспортного обеспечения, включающая транспортировку пострадавшего Застрахованного лица для оказания ему неотложной медицинской помощи в сочетании с оказанием ее в пути следования (при наличии показаний).

Медицинская репатриация – система мероприятий лечебно-транспортного обеспечения по возвращению Застрахованного лица в связи с внезапным заболеванием к месту его жительства для дальнейшего стационарного лечения на территории страны проживания данного лица.

Посмертная репатриация – система мероприятий, направленных на возврат тела, останков или праха Застрахованного лица.

1.3.6. Экстренная и (или) неотложная медицинская помощь (далее – неотложная медицинская помощь) – осуществляемый комплекс медицинских услуг (в том числе стоматологические услуги, связанные со снятием острой боли), оказание которых требуется при несчастном случае или внезапном возникновении у Застрахованного лица заболеваний, состояний и (или) обострении хронических заболеваний (в том числе представляющих угрозу для жизни Застрахованного лица и (или) окружающих, требующих экстренного медицинского вмешательства), а также при заболеваниях, состояниях без явных признаков угрозы для жизни Застрахованного лица, требующих неотложного медицинского вмешательства. Оказание неотложной медицинской помощи может осуществляться до приведения Застрахованного лица в транспортабельное состояние, позволяющее, при необходимости, проведение медицинской репатриации.

Стоматологические услуги, связанные со снятием острой боли, – неотложная медицинская помощь, оказываемая для снятия острой зубной боли в связи с острым воспалением зуба по поводу пульпита, периодонтита, пародонтита, кариеса и воспалением окружающих зуб тканей.

1.3.7. Выгодоприобретатель – медицинская организация, с которой Страховщик заключил договор на предоставление неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу и которая предоставила Застрахованному лицу неотложную медицинскую помощь, а также Застрахованное лицо (его законный представитель) или Страхователь (его законный представитель), оплативший оказанную Застрахованному лицу неотложную медицинскую помощь. Также Выгодоприобретателем является лицо, которое оказало или оплатило услуги по медицинской эвакуации и медицинской репатриации Застрахованного лица либо посмертной репатриации.

1.3.8. Субъекты страхования – Страховщик, Страхователь, Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо.

1.3.9. Неправомерные действия третьих лиц – умышленные и (или) неосторожные (включая противоправные) действия третьих лиц, ставшие непосредственной причиной причинения вреда жизни, здоровью Застрахованного лица, за которые предусмотрена ответственность в соответствии с законодательством, включая

причинение вреда жизни, здоровью в результате ошибки медицинского персонала (в том числе врачебной ошибки), признанной судебным решением.

Третьи лица – физические лица, индивидуальные предприниматели и юридические лица, не являющиеся субъектами страхования.

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

1.5.Действие договора страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие на территории Республики Беларусь.

Глава 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

2.1.Объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы, связанные с компенсацией расходов на оказание Застрахованному лицу неотложной медицинской помощи, и иных расходов, предусмотренных пунктом 2.6 Правил.

2.2.Застрахованными лицами по Правилам являются иностранные граждане и лица без гражданства, временно проживающие или временно пребывающие на территории Республики Беларусь, в пользу которых заключен договор страхования.

2.3.Застрахованные лица (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения, а также иные необходимые для заключения и сопровождения договора страхования сведения) указываются в договоре страхования (письменном заявлении о страховании) или прилагаемом к нему списке, который является неотъемлемой частью договора страхования.

2.4.Страховым случаем является факт понесенных Выгодоприобретателем расходов, связанных с предоставлением Застрахованному лицу неотложной медицинской помощи, и иных расходов, предусмотренных пунктом 2.6 Правил, вследствие внезапного заболевания и (или) несчастного случая.

2.5.В соответствии с договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить неотложную медицинскую помощь, оказанную Застрахованным лицам в медицинских организациях, и иные расходы, предусмотренные пунктом 2.6 Правил, в соответствии с условиями договора страхования в пределах обусловленной в нем страховой суммы.

В соответствии с договором страхования Застрахованное лицо имеет право на получение неотложной медицинской помощи в объеме, предусмотренном договором страхования, в медицинских организациях из числа заключивших со Страховщиком договоры об оказании медицинской помощи Застрахованным лицам. По предварительному согласованию со Страховщиком неотложная медицинская помощь может быть оказана в иных медицинских организациях Республики Беларусь с последующим возмещением Страховщиком понесенных расходов. В случае получения Застрахованным лицом неотложной медицинской помощи, требующей осуществления расходов в объеме, превышающем размер страховой суммы, или проведения медицинских мероприятий, не предусмотренных договором страхования, Застрахованное лицо обязано самостоятельно оплатить такие расходы.

2.6.По договору страхования подлежат возмещению следующие расходы (расходы по оказанию следующих услуг):



- 2.6.1. пребывание в стационаре (палата, питание и консультации);
- 2.6.2. амбулаторные услуги и консультации, амбулаторный патронаж;
- 2.6.3. пребывание в отделении интенсивной терапии;
- 2.6.4. оперативное вмешательство;
- 2.6.5. анестезиологическое пособие;
- 2.6.6. пользование медицинским оборудованием;
- 2.6.7. лабораторные услуги (исследования) при помощи оборудования (в том числе электроэнцефалография, ЭКГ, томография, рентгенография);
- 2.6.8. обеспечение лекарственными средствами (препаратами) в период пребывания в стационаре, включая растворы для внутривенных введений;
- 2.6.9. обеспечение по месту оказания неотложной медицинской помощи перевязочными материалами и (или) гипсовыми повязками;
- 2.6.10. стоматологические услуги, связанные со снятием острой боли (включая стоимость медикаментов), но не более суммы, эквивалентной 300 долларов США (здесь и далее – на дату события, которое может быть признано страховым случаем), по каждому Застрахованному лицу в течение срока действия договора страхования;
- 2.6.11. медицинская эвакуация.

Страховщиком покрываются расходы на услуги по медицинской эвакуации Застрахованного лица (в том числе услуги наземной скорой помощи) от места его нахождения до места оказания неотложной медицинской помощи и обратно.

Страховщиком может быть организована или согласована медицинская эвакуация при условии ее осуществления специализированным медицинским транспортом в ближайшее лечебное учреждение и только в тех случаях, когда у Застрахованного лица нет возможности самостоятельно добраться до медицинской организации и имеет место любое из нижеперечисленных обстоятельств:

угроза жизни Застрахованного лица вследствие неоказания неотложной медицинской помощи;

угроза обострения внезапного заболевания, высокий риск наступления инвалидности и (или) невозможности полного выздоровления вследствие неоказания неотложной медицинской помощи (в т.ч. отсутствие рентгенографии при переломах, вывихах, ушибах, наложение гипса).

Страховщик оставляет за собой право на принятие решения о выборе средства транспорта при медицинской эвакуации Застрахованного лица в медицинскую организацию.

В случаях отсутствия специализированного медицинского транспорта Страховщиком может быть согласована возможность использования для медицинской эвакуации неспециализированного транспорта. Расходы на использование такого транспорта оплачиваются при условии представления чека (счета) с указанием реквизитов перевозчика, осуществившего транспортировку, а также времени и даты перевозки. При этом расходы на аренду транспорта (в том числе каршеринг) не возмещаются;

2.6.12. медицинская репатриация.

В случаях, когда Застрахованному лицу не противопоказана медицинская транспортировка, при наличии предварительного согласования со Страховщиком возмещаются расходы по ее осуществлению. Показания к транспортировке должны быть подтверждены медицинским документом, оформленным надлежащим образом. Страховщик не выбирает способ транспортировки и не определяет организацию здравоохранения, куда транспортируется Застрахованное лицо.

В случае необходимости оплачиваются расходы на проезд Застрахованного лица, медицинского персонала (либо сопровождающего лица по рекомендации медицинской организации), включающие в себя стоимость проезда и проживание в гостинице, связанное с вынужденным ожиданием выбранного рейса;

2.6.13. в случае смерти Застрахованного лица – расходы на посмертную репатриацию, включая подготовку тела, кремацию и покупку необходимого для перевозки гроба или урны от места смерти до:

2.6.13.1. места захоронения в Республике Беларусь;

2.6.13.2. аэропорта отправления в место назначения при перевозке авиационным транспортом;

2.6.13.3. государственной или административной границы Республики Беларусь, при перевозке иным видом транспорта.

Страховщик оплачивает расходы за посмертную репатриацию независимо от причин, приведших к смерти Застрахованного лица, в том числе перечисленных в пункте 2.7 Правил и (или) возникших при обстоятельствах, перечисленных в пункте 2.8 Правил;

2.6.14. иные (не указанные в подпунктах 2.6.1-2.6.12 настоящего пункта) медицинские расходы (расходы по оказанию иных медицинских услуг), предусмотренные стандартом оказания медицинской помощи в Республике Беларусь, если данные расходы согласованы Страховщиком, за исключением расходов, указанных в пунктах 2.7 и 2.8 Правил.

2.7. Не является страховым случаем факт или необходимость осуществления расходов, связанных с оказанием неотложной медицинской помощи и лечением следующих заболеваний:

2.7.1. психических расстройств и расстройств поведения и их осложнений (в том числе эпилепсии), включая консультации и психиатрические обследования;

2.7.2. заболеваний, передающихся половым путем;

2.7.3. гинекологических заболеваний, кроме состояний, требующих немедленного хирургического вмешательства;

2.7.4. урологических заболеваний, за исключением случаев, когда незамедлительное оказание неотложной медицинской помощи необходимо для спасения жизни Застрахованного лица;

2.7.5. хронических заболеваний (известных либо не известных Застрахованному лицу).

Исключения, предусмотренные настоящим подпунктом, распространяются на расходы по лечению хронических заболеваний в стадии ремиссии и обострения хронического заболевания, если Страховщику стало известно о фактах, указывающих на то, что Застрахованное лицо совершало действия, угрожающие его жизни либо состоянию здоровья, и о последствиях которых Застрахованное лицо знало или должно было знать (превышало допустимые нагрузки, своевременно не обращалось за медицинской помощью, нарушало предписанный режим и т.п.), либо бездействовало в обстоятельствах, требующих принятия соответствующих мер, в ущерб своему здоровью. Перечисленные в данном подпункте действия признаются таковыми на основании документов медицинских организаций;

2.7.6. заболеваний, известных на момент заключения договора страхования, возникших в последние 6 месяцев до начала срока действия договора страхования, независимо от того, осуществлялось ли по ним лечение или нет, в том числе заболеваний на этапе лечения, кроме случаев, когда неотложная медицинская помощь была необходима для спасения жизни Застрахованного лица. При этом расходы по оказанию неотложной медицинской помощи возмещаются в размере, не превышающем 5% от страховой суммы, установленной по

Застрахованному лицу;

2.7.7. заболеваний кожи и ее придатков, в том числе псориаза, нейродермита, истинной экземы, угревой болезни, акне, розацеа, дерматита (за исключением аллергических проявлений), себорей, микозов, иных заболеваний и поражений кожи, ногтей пластинок (в том числе лечением деформированный ногтей стоп, кистей) и волосного покрова;

2.7.8. врожденных аномалий и пороков развития;

2.7.9. сердечно-сосудистые заболевания (поражения сосудов сердца (ишемическая болезнь сердца, инфаркт), мозга (инсульт), периферические болезни (варикоз, тромбоз), за исключением случаев, когда незамедлительное оказание неотложной медицинской помощи необходимо для спасения жизни Застрахованного лица;

2.7.10. аутоиммунных системных заболеваний, в том числе ревматоидного артрита, болезни Бехтерева, коллагенозов, подагры, включая диагностические исследования на их выявление;

2.7.11. онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения), их осложнений и последствий, а также саркоидоза, туберкулеза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса.

Начиная с момента, когда диагноз установлен, и определено, что расстройством здоровья Застрахованного лица наступило в связи с заболеваниями, указанными в части первой настоящего подпункта, последующие расходы Страховщик не оплачивает;

2.7.12. синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), а также заболеваний, являющихся его следствием;

2.7.13. демиелинизирующих заболеваний нервной системы (рассеянного склероза, синингомиелии и др.);

2.7.14. паразитарных заболеваний, в том числе чесотки, педикулеза, гельминтоза, демодекоза, включая диагностические исследования на их выявление;

2.7.15. трофических язв;

2.7.16. солнечных ударов, солнечных ожогов, фотодерматоза (аллергии на солнце);

2.7.17. алопеции, гипертрихоза, гирсутизма;

2.7.18. заболеваний, по которым до заключения договора страхования установлена группа инвалидности, либо возникших вследствие травм и увечий, полученных в силу ограниченных физических возможностей;

2.7.19. неспецифического язвенного колита, болезни Крона;

2.7.20. болезней, наступивших вследствие алкоголизма или наркомании;

2.7.21. внезапных заболеваний (в том числе травм и увечий), наступивших при нахождении Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения либо в состоянии, вызванном употреблением наркотических средств, психотропных, токсических веществ, их аналогов или других одурманивающих веществ (за исключением медицинских препаратов и лекарственных средств, назначенных лечащим врачом), если имеется причинно-следственная связь наступления внезапного заболевания (в том числе травмы и увечья) с нахождением Застрахованного лица в указанном состоянии (кроме случаев, когда такое состояние наступило помимо воли Застрахованного лица (при проведении медицинских манипуляций либо когда несчастный случай (заболевание) наступил в результате противоправных действий



третьих лиц);

2.7.22. травм и увечий в случае отказа Застрахованного лица от прохождения проверки (освидетельствования) на предмет определения состояния алкогольного опьянения либо состояния, вызванного употреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ, если действующим законодательством такая проверка обязательна и может послужить подтверждением причинно-следственной связи между наступлением страхового случая и употреблением алкоголя, наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ.

2.8. Не являются основанием для признания страхового случая и не подлежат оплате по договору страхования следующие расходы (расходы на оказание следующих услуг):

2.8.1. медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу при его обращении в медицинскую организацию, если внезапное заболевание возникло до начала или после истечения срока действия договора страхования;

2.8.2. медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу после истечения срока действия договора страхования. Если заболевание возникло в течение срока действия договора страхования и Застрахованное лицо в течение срока страхования обратилось за оказанием неотложной медицинской помощи и по заключению врача состояние Застрахованного лица не позволяет осуществить его медицинскую репатриацию в страну проживания, Страховщик оплачивает расходы по оказанию неотложной медицинской помощи, возникшие до медицинской репатриации Застрахованного лица, но не более 15 суток после окончания срока действия договора страхования;

2.8.3. уход или лечение, предоставленные не в рамках неотложной медицинской помощи;

2.8.4. медицинские услуги, предоставленные кем-либо, помимо медицинской организации;

2.8.5. услуги или медикаменты, не являющиеся необходимыми с точки зрения медицины при постановке диагноза или лечении заболевания;

2.8.6. лечение, не признанное официальной наукой;

2.8.7. лечение осложнений, которые являются следствием лечения или хирургического вмешательства по поводу заболевания или травмы, имевших место до начала срока действия договора страхования;

2.8.8. расходы, связанные с любыми видами пищевых добавок или медикаментозного питания (если только это не вызвано необходимостью для поддержания жизни Застрахованного лица), а также связанные с проведением медицинских мероприятий по контролю за весом (в т.ч. диета, инъекция жидкостей, использование медикаментов, хирургическое вмешательство);

2.8.9. расходы на оказание неотложной медицинской помощи (в том числе при хронических заболеваниях), если установлено, что Застрахованное лицо отказалось от назначенных медицинской организацией рекомендаций (назначенного лечения, режима и т.п.);

2.8.10. консультации и услуги врачей следующих специальностей: андролог, гомеопат, фитотерапевт, психолог, логопед, сомнолог, психотерапевт, диетолог, гнатолог, сурдолог, фониатр, гепатолог, трихолог;

2.8.11. проведение плановых профилактических прививок, за исключением прививок от столбняка и бешенства;

2.8.12. следующие стоматологические услуги: восстановление (реставрация) зуба с косметической целью, замена пломб с косметической или профилактической целью, депофорез, методы, применяемые с косметической целью: снятие пигментного зубного

налета, отбеливание зубов, и т.п.; хирургическое и аппаратное лечение пародонтита, терапевтическое лечение пародонтита (свыше 5 (пяти) процедур при локальных (очаговых) формах); ортодонтические и ортопедические нарушения;

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

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

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

2.8.16. связанные с нормальной или патологической беременностью, родовспоможением и иными аналогичными мероприятиями.

В случае прерывания беременности или преждевременных родов, вызванных несчастным случаем или неправомерными действиями третьих лиц, оплачиваются расходы, направленные на предотвращение угрозы жизни Застрахованного лица: медицинская эвакуация, пребывание в приемном покое и палате интенсивной терапии, роды, хирургическое вмешательство.

В случае прерывания беременности или преждевременных родов, вызванных несчастным случаем или неправомерными действиями третьих лиц, не оплачиваются расходы, связанные с: наблюдением и лечением Застрахованного лица после предотвращения угрозы жизни, что должно быть подтверждено медицинской организацией документально; наблюдением, лечением, медицинской эвакуацией, медицинской репатриацией, посмертной репатриацией и захоронением новорожденного ребенка Застрахованного лица;

2.8.17. проведение осмотров Застрахованного лица (в т.ч. профилактических, плановых), если они не являлись контрольными (не назначались лечащим врачом) либо не были вызваны резким ухудшением состояния здоровья;

2.8.18. применение альтернативных методов диагностики и (или) лечения (сверх предусмотренных клиническими протоколами диагностики и лечения заболеваний, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь);

2.8.19. искусственное оплодотворение или лечение бесплодия;

2.8.20. удаление мозолей, бородавок, натоптышей, лечение деформированных ногтей стоп, кистей, ортопедическое лечение плоскостопия, включая приобретение супинаторов, вкладышей для коррекции стопы;

2.8.21. удаление серных пробок;

2.8.22. проведение капсульной эндоскопии;

2.8.23. исследования с целью выявления врожденных или генетических, наследственных заболеваний;

2.8.24. использование препаратов и средств контроля над рождаемостью;

2.8.25. аборт и миниаборт, исключая случаи медицинского вмешательства в связи с несчастным случаем;

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

2.8.27. приобретение костылей, тростей и инвалидных колясок, протезов, ортезов, очков, контактных линз или слуховых аппаратов, применение фиксирующих, корректирующих устройств, измерительных приборов или иных медицинских аппаратов (бандаж, корсет, термометры, тонометры и др.);

2.8.28. медикаментозное обеспечение (приобретение в аптеке медикаментов (лекарственных средств), расходных материалов, изделий медицинского назначения и т.п.);

2.8.29. за дополнительные предметы удобства (в т.ч. телевизор, холодильник), а также услуги парикмахера или косметолога;

расходы в отношении любой медицинской эвакуации, (медицинской репатриации), не организованной или не согласованной со Страховщиком;

2.8.30. расходы по медицинской эвакуации (медицинской репатриации) при внезапных заболеваниях или наличии обстоятельств, в связи с которыми страховая выплата в соответствии с Правилами не предусмотрена;

2.8.31. все (в совокупности) расходы в части, превышающей сумму, эквивалентную 500 долларам США по каждому страховому случаю, если Застрахованное лицо самостоятельно обратилось в медицинскую организацию и данные расходы не были предварительно согласованы со Страховщиком, за исключением случаев, указанных в части второй пункта 7.1 Правил;

2.8.32. в случае смерти Застрахованного лица – расходы на погребение в любой из стран, в том числе в стране проживания Застрахованного лица, исключая Республику Беларусь;

2.8.33. расходы, не связанные с оказанием Застрахованному лицу неотложной медицинской помощи, в том числе: транспортные расходы (не связанные с медицинской эвакуацией, медицинской репатриацией или посмертной репатриацией); телекоммуникационные расходы; расходы на проживание родителей на время лечения их ребенка (детей); расходы на оказание медицинских услуг не застрахованным членам семьи Застрахованного лица (в т.ч. новорожденным детям); расходы на оказание юридических услуг; расходы по возмещению морального вреда и упущенной выгоды (в т.ч. расходы на оплату туристических услуг, санаторно-курортного лечения);

2.8.34. расходы, необходимость и объем которых не подтверждены оформленными надлежащим образом медицинским рапортом (отчетом, справкой) либо выпиской из амбулаторной карты (истории болезни) больного, а также расходы, не подтвержденные оригиналами платежных документов;

2.8.35. расходы в связи с травмами или увечьями, полученными Застрахованным лицом при совершении им действий, в которых установлены признаки противоправных действий, в т.ч. участие в драках и потасовках, управление транспортным средством при отсутствии права управления транспортным средством соответствующей категории, установленной требованиями законодательства Республики Беларусь;

2.8.36. расходы в связи с травмами или увечьями, полученными в результате нарушения Застрахованным лицом установленных (в том числе организациями, на территории которых находится Застрахованное лицо) правил посещения заведений (территорий), правил безопасности при пользовании объектами инфраструктуры этих заведений (территорий);

2.8.37. расходы в связи с травмами или увечьями, полученными в результате нарушения Застрахованным лицом общепризнанных норм поведения посредством осуществления действий, провоцирующих или иным образом направленных на разжигание национальной (этнической), социальной, политической, расовой, религиозной (конфессиональной) нетерпимости

(розни, вражды, ненависти) либо посягающих на общечеловеческие ценности и национальные духовные и культурные традиции Республики Беларусь либо отдельных членов общества.

Глава 3. СТРАХОВАЯ СУММА

3.1.Страховая сумма устанавливается при заключении договора по каждому Застрахованному лицу отдельно и по договору страхования в целом (по соглашению сторон).

Страховая сумма по каждому Застрахованному лицу в договоре страхования может не указываться. В этом случае при одновременном страховании нескольких лиц по одному договору страхования страховая сумма на каждое Застрахованное лицо считается установленной в равных долях, рассчитанных путем деления страховой суммы по договору на количество Застрахованных лиц.

3.2.Страховая сумма устанавливается в размере, определенном сторонами договора страхования, в белорусских рублях или в иностранной валюте (далее – валюта страховой суммы).

3.3.Если по договору страхования производилась страховая выплата, то договор продолжает действовать в размере разницы между страховой суммой, установленной по договору страхования, и произведенной страховой выплатой. При этом после осуществления страховой выплаты договор продолжает действовать в отношении каждого Застрахованного лица в размере разницы между страховой суммой, установленной по соответствующему Застрахованному лицу, и произведенной в отношении него страховой выплатой.

Глава 4. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. Страховая премия рассчитывается в валюте страховой суммы в порядке, установленном Страховщиком, исходя из предусмотренного Приложением 1 к Правилам базового страхового тарифа, корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика, и страховой суммы.

4.2. Страховая премия уплачивается в валюте страховой суммы, если договором страхования не предусмотрено иное, а в случаях, если уплата страховой премии в иностранной валюте в соответствии с законодательством Республики Беларусь не допускается, – в белорусских рублях.

Если договором страхования предусмотрена возможность уплаты страховой премии в валюте, отличной от валюты страховой суммы, то страховая премия пересчитывается, исходя из кросс-курса, рассчитанного на основании официальных курсов белорусского рубля, установленных Национальным банком Республики Беларусь по отношению к соответствующим валютам на день уплаты страховой премии Страховщику, если иной курс или иная дата его определения не установлены законодательством или соглашением сторон.

4.3. Страховая премия по договору страхования уплачивается Страхователем путем безналичного перечисления или наличными деньгами в установленном законодательством порядке одновременно за весь срок действия договора страхования.

4.4. Страховая премия уплачивается не позднее 30 календарных дней после заключения договора страхования, но до вступления договора страхования в силу.

4.5. При внесении изменений в договор страхования Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию, рассчитываемую в соответствии со следующей формулой:

$$P_d = (P_2 - P_1) * M / N,$$

где:

P_d – дополнительная страховая премия;

P_1 – страховая премия до внесения изменений;

P_2 – страховая премия после внесения изменений, рассчитанная на весь срок действия договора страхования;

M – оставшийся срок действия договора страхования (в днях);

N – срок действия договора страхования (в днях).

Дополнительная страховая премия уплачивается единовременно при заключении договора о внесении изменений в условия страхования, изложенные в договоре страхования (страховом полисе).

В случае если значение P_2 по результатам расчета, предусмотренного настоящим пунктом, менее значения P_1 , Страховщик (при отсутствии страховых выплат и заявленных, но не урегулированных убытков по договору страхования) производит возврат части уплаченной страховой премии в течение 5 рабочих дней после заключения договора о внесении изменений в условия страхования, изложенные в договоре страхования (страховом полисе), и (или) по договору страхования уменьшается размер неуплаченной страховой премии).

Глава 5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается на условиях Правил, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования, по соглашению сторон на основании письменного (по форме, установленной Страховщиком) либо устного заявления Страхователя.

После заключения договора страхования письменное заявление становится его неотъемлемой частью.

5.2. Договор страхования заключается в письменной форме способами, предусмотренными законодательством Республики Беларусь.

Правила прилагаются к договору страхования, что удостоверяется записью в этом договоре.

5.3. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные ему обстоятельства, которые имеют существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

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

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством Республики Беларусь.

5.4. Договор страхования заключается на срок от 1 дня до 1 года включительно.

5.5. Договор страхования вступает в силу после уплаты страховой премии с даты и времени, указанных в договоре страхования как начало срока действия договора страхования, но не позднее 30 календарных дней после его заключения.

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

5.6. До истечения срока действия договора страхования по соглашению сторон в договор страхования могут быть внесены изменения, не

противоречащие законодательству. Изменения вносятся в письменном виде.

5.7. Договор страхования прекращается в случаях:

5.7.1. окончания срока действия договора страхования;

5.7.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

5.7.3. смерти Страхователя - физического лица, в пользу которого заключен договор страхования, по причинам, не связанным со страховым случаем;

прекращения деятельности Страхователя - индивидуального предпринимателя;

ликвидации Страхователя - юридического лица;

5.7.4. по соглашению сторон, оформленному в письменном виде;

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

5.7.6. отказа Страхователя от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. Договор страхования расторгается с момента получения Страховщиком отказа Страхователя от договора, если заявлением Страхователя или соглашением сторон не предусмотрен более поздний срок.

5.8. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в подпунктах 5.7.3 – 5.7.5 пункта 5.7 Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и возвращает Страхователю (его наследникам в случаях, указанных в абзаце первом подпункта 5.7.3 пункта 5.7 Правил) часть уплаченной страховой премии при отсутствии страховых выплат и заявленных, но не урегулированных убытков по договору страхования.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в подпункте 5.7.6 пункта 5.7 Правил, уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

5.9. Возврат части страховой премии производится в течение 5 рабочих дней, следующих за днем получения Страховщиком письменного заявления, в том числе об обстоятельствах, влекущих прекращение договора страхования, или за днем документального оформления соглашения сторон, указанного в подпункте 5.7.4 пункта 5.7 Правил:

в валюте уплаты страховой премии, если страховая премия уплачена в иностранной валюте, либо по соглашению сторон в иной валюте, а если возврат в иностранной валюте в соответствии с законодательством Республики Беларусь не допускается, – в белорусских рублях; в белорусских рублях, если страховая премия уплачена в белорусских рублях.

При этом пересчет части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю, осуществляется исходя из кросс-курса, рассчитанного на основании официальных курсов белорусского рубля, установленных Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте возврата части страховой премии и валюте страховой суммы.

Все курсы валют, указанные в настоящем пункте Правил, применяются на дату документального оформления прекращения договора страхования.

5.10. За несвоевременный возврат страховой премии или ее части по договору страхования Страховщик уплачивает Страхователю пеню за каждый день просрочки в размере



0,1% от суммы, подлежащей возврату.

5.11. В период действия договора страхования Страхователь обязан в срок не позднее 5 (пяти) рабочих дней сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными во всяком случае признаются изменения, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе) и в переданных Страхователю Правилах.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования и (или) уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, рассчитываемой по формуле, указанной в части первой пункта 4.5 Правил.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования и (или) уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных его расторжением в соответствии с законодательством, с учетом возврата Страхователю части уплаченной страховой премии (в порядке и сроки, предусмотренные пунктами 5.8–5.9 Правил).

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

Глава 6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

6.1. Страховщик имеет право:

6.1.1. при заключении договора страхования за собственный счет произвести обследование лица, подлежащего страхованию, для оценки фактического состояния его здоровья;

6.1.2. проверять сведения, сообщенные Страхователем, в том числе сведения, указанные в заявлении о страховании, производить оценку обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, по результатам такой оценки не принимать риск на страхование;

6.1.3. после получения заявления на выплату страхового обеспечения направлять запросы в правоохранительные, судебные органы, медицинские организации и другие компетентные органы и организации для получения документов, необходимых для решения вопросов о страховой выплате, и получать на них ответы;

6.1.4. определять порядок выбора медицинской организации для оказания неотложной медицинской помощи по своему усмотрению;

6.1.5. отсрочить принятие решения о признании (непризнании) заявленного события страховым случаем:

6.1.5.1. если Страховщику не предоставлены все необходимые документы – до момента их получения;

6.1.5.2. если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов или достоверности сведений, подтверждающих наступление страхового случая, – до момента, пока не будет подтверждена их подлинность и (или) достоверность, в том числе на основании запроса Страховщика, направленного в компетентные органы и иные организации;

6.1.5.3. если по факту наступления заявленного события проводится расследование компетентных органов – до вынесения компетентными органами решения по результатам расследования. При этом, если по

событию, которое может быть признано страховым случаем, возбуждено уголовное дело, решение по такому событию принимается Страховщиком после получения соответствующих документов следственных органов о прекращении, приостановлении производства по данному делу или получения решения (определения) суда после окончания судебного разбирательства;

6.1.6. потребовать признания договора недействительным, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (кроме случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали), а также в иных случаях, предусмотренных законодательством;

6.1.7. потребовать изменения условий договора страхования и (или) уплаты дополнительной страховой премии в порядке, предусмотренном частью третьей пункта 5.11 Правил;

6.1.8. расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном частью четвертой пункта 5.11 Правил;

6.1.9. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных пунктом 7.16 Правил;

6.1.10. присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемых в соответствии с настоящими Правилами (путем издания локальных правовых актов, в рамках соглашений или иных совместных документов о сотрудничестве, заключаемых с партнерами и т.п.);

6.1.11. совершать иные действия, предусмотренные Правилами, договором страхования и законодательством Республики Беларусь.

6.2. Страховщик обязан:

6.2.1. при заключении договора страхования ознакомить Страхователя с Правилами и приложить Правила к договору;

6.2.2. заключать договоры на оказание медицинских услуг Застрахованным лицам (иные соответствующие договоры) с медицинскими организациями;

6.2.3. вернуть страховую премию при прекращении договора страхования в случаях и в порядке, установленных пунктами 5.7–5.9 Правил;

6.2.4. при признании случая страховым составить Акт о страховом случае и произвести страховую выплату в сроки, установленные пунктами 7.7 и 7.12 Правил;

6.2.5. не разглашать тайну сведений о страховании, а также иных сведений, полученных от Страхователя (Застрахованного лица), лечебного учреждения, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

6.2.6. соблюдать иные условия, предусмотренные договором страхования, Правилами.

6.3. Страхователь имеет право:

6.3.1. получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством;

6.3.2. требовать выполнения Страховщиком иных условий договора страхования в соответствии с Правилами;

6.3.3. заявить о внесении изменений в договор страхования в соответствии с условиями страхования.

6.4. Страхователь обязан:

6.4.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;

6.4.2. при заключении договора страхования ознакомить

Застрахованное лицо с его правами и обязанностями по договору и предоставлять Застрахованному лицу информацию об изменении условий договора страхования;

6.4.3. сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

6.4.4. при наступлении события, которое по условиям договора страхования может быть признано страховым случаем, известить Страховщика в порядке и в сроки, предусмотренные пунктом 7.1 Правил;

6.4.5. совершать другие действия, предусмотренные законодательством, условиями страхования.

6.5. Застрахованное лицо имеет право:

6.5.1. получать информацию об изменении условий договора страхования;

6.5.2. самостоятельно обратиться в медицинскую организацию без предварительного согласования соответствующих расходов со Страховщиком. При этом предельный размер страховой выплаты, за исключением случаев, указанных в части второй пункта 7.1 Правил, составляет сумму, эквивалентную 500 долларам США.

6.5.3. при наступлении страхового случая требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по договору страхования.

6.6. Если иное не предусмотрено договором страхования, для целей бухгалтерского учета первичные учетные документы, подтверждающие факт оказания услуг по договору страхования, каждая из сторон договора страхования составляет единолично.

Глава 7. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

7.1. При наступлении события, которое впоследствии может быть признано страховым случаем:

7.1.1. Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан не позднее 45 (сорока пяти) календарных дней:

7.1.1.1. письменно уведомить Страховщика о данном событии;

7.1.1.2. предоставить документы, предусмотренные настоящими Правилами (пункты 7.3, 7.4 Правил);

7.1.2. Застрахованное лицо, если имеется намерение воспользоваться правом на страховое обеспечение, обязано незамедлительно либо, когда это станет возможным, обратиться в медицинскую организацию за оказанием неотложной медицинской помощи.

По согласованию со Страховщиком Застрахованное лицо может самостоятельно обратиться в медицинскую организацию с последующим предъявлением Страховщику требования о страховой выплате в порядке, предусмотренном пунктом 7.4 Правил. Застрахованное лицо также вправе самостоятельно обратиться в медицинскую организацию в случае, если ожидание ответа Страховщика или ожидание организации неотложной медицинской помощи явно угрожает жизни Застрахованного лица, однако в этом случае для неприменения последствий, указанных в подпункте 2.8.31 пункта 2.8 Правил, Застрахованное лицо обязано во исполнение своей обязанности, предусмотренной подпунктом 7.1.1 части первой настоящего пункта Правил, уведомить Страховщика незамедлительно после устранения угрозы жизни.



Создание и отправка заявления и прилагаемых к нему документов может осуществляться через интернет-сайт и (или) мобильное приложение Страховщика, осуществляющих автоматизированные создание и (или) отpravку информации в информационную систему Страховщика.

7.2. С заявлением о выплате страхового обеспечения к Страховщику вправе обратиться:

Выгодоприобретатель – в любых случаях. Если Выгодоприобретателем является несовершеннолетнее лицо, с заявлением о выплате страхового обеспечения вправе также обратиться его законный представитель (любой из родителей, усыновителей, опекунов);

Страхователь – если он является Застрахованным лицом.

7.3. Вместе с заявлением медицинская организация, оказавшая неотложную медицинскую помощь Застрахованному лицу, для составления Страховщиком Акта о страховом случае обязана представить Страховщику документы (акт выполненных работ, счет либо иной документ), в которых указываются:

7.3.1. номер (серия), срок действия договора страхования;

7.3.2. сведения о Застрахованном лице, которому оказана неотложная медицинская помощь, позволяющие его идентифицировать;

7.3.3. стоимость, общая сумма расходов, понесенных в связи с оказанием Застрахованному лицу неотложной медицинской помощи, с детализацией по медицинским услугам;

7.3.4. иная информация по требованию Страховщика, в том числе подтверждающая факт, причины, обстоятельства наступления заявленного случая и размер осуществленных расходов.

7.4. В случае если Выгодоприобретателем выступает лицо, не являющееся медицинской организацией и не оказывающее неотложную медицинскую помощь, Страховщику вместе с заявлением представляются следующие документы:

7.4.1. документ, удостоверяющий личность заявителя и (или) полномочия данного лица;

7.4.2. договор страхования;

7.4.3. документ, подтверждающий факт оплаты полученной неотложной медицинской помощи (оригинал оплаченного счета с указанием наименования медицинской организации с перечнем оказанных услуг и их стоимостью, квитанция, кассовый чек и др.);

7.4.4. копии направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, рецептов (при их наличии) или иного документа, подтверждающего факт наступления страхового случая и факт оказания услуги;

7.4.5. иные документы по требованию Страховщика, необходимые для принятия решения по заявленному событию, которое впоследствии может быть признано страховым случаем (включая документы, подтверждающие понесение расходов по медицинской эвакуации, медицинской репатриации и посмертной репатриации).

7.5. Конкретный перечень документов, представляемых при наступлении события, которое может быть признано страховым случаем, определяется в каждой конкретной ситуации с учетом всех обстоятельств наступившего события. При этом документы, незамедлительное получение (составление, оформление) которых невозможно, могут быть представлены после подачи заявления о страховом случае по мере их получения Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем).

7.6. Страховщик вправе самостоятельно направлять необходимые запросы в компетентные органы (организации), которые могут располагать информацией об обстоятельствах произошедшего события.

7.7. Решение о признании (непризнании) заявленного события страховым случаем либо об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня, следующего за днем получения всех необходимых документов (включая ответы на запросы), указанных в пунктах 7.3, 7.4 и 7.6 Правил.

Решение о признании заявленного события страховым случаем оформляется Актом о страховом случае по форме, установленной Страховщиком.

Решение о непризнании заявленного события страховым случаем или об отказе в выплате страхового обеспечения направляется заявителю в письменном виде с обоснованием причины отказа в течение 5 (пяти) рабочих дней, следующих за днем принятия такого решения.

7.8. В случае возникновения споров об обстоятельствах и характере заявленного события, а также размере страховой выплаты Выгодоприобретатель имеет право потребовать проведения экспертизы. Экспертиза проводится за счет ее инициатора (инициаторов).

7.9. Решение Страховщика о непризнании заявленного случая страховым или об отказе произвести страховую выплату может быть обжаловано лицом, имеющим право на получение страхового обеспечения, в судебном порядке.

7.10. При признании заявленного события страховым случаем Страховщик производит расчет суммы страхового обеспечения в размере фактически понесенных медицинской организацией или иным лицом расходов на оказание неотложной медицинской помощи, а также иных расходов, предусмотренных пунктом 2.6 Правил.

7.11. Страховое обеспечение выплачивается в валюте уплаты страховой премии, если законодательством Республики Беларусь или соглашением сторон не предусмотрено иное.

Если валюта выплаты страхового обеспечения отлична от валюты страховой суммы, то страховое обеспечение пересчитывается, исходя из кросс-курса, рассчитанного на основании официальных курсов белорусского рубля, установленных Национальным банком Республики Беларусь по отношению к соответствующим валютам на дату составления Акта о страховом случае, или, если это предусмотрено соглашением сторон, исходя из иных кросс-курсов.

7.12. Страховое обеспечение выплачивается в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня, следующего за днем составления Страховщиком Акта о страховом случае, лицу, имеющему право на получение страхового обеспечения, согласно законодательству Республики Беларусь.

Если Выгодоприобретатель на дату выплаты страхового обеспечения является несовершеннолетним, страховая выплата осуществляется его законному представителю.

7.13. В случае если в соответствии с договором на оказание медицинской помощи (услуг), заключенным Страховщиком с медицинской организацией, предусмотрена обязанность Страховщика производить предоплату понесенных медицинской организацией расходов, выплата страхового обеспечения может производиться в форме аванса до составления Акта о страховом случае, а окончательный расчет – после его составления.

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

За просрочку в осуществлении страховой выплаты Страховщик уплачивает Страхователю (лицу, претендующему на получение страхового обеспечения) пени за каждый день просрочки в размере

0,5% от несвоевременно выплаченной суммы физическому лицу, в том числе индивидуальному предпринимателю, и 0,1% – юридическому лицу.

7.15. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения:

7.15.1. если страховой случай наступил вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения, если международными договорами Республики Беларусь, актами законодательства не предусмотрено иное;

7.15.2. если страховой случай наступил вследствие военных действий, гражданской войны, военных операций (в том числе специальных);

7.15.3. если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица).

7.16. Страховщик вправе отказать в страховой выплате:

7.16.1. если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, иное лицо, в т.ч. претендующее на получение страхового обеспечения) не исполнил возложенной на него обязанности уведомить в установленные сроки и указанным в Правилах способом Страховщика о наступлении события, которое может быть признано страховым случаем, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении такого события либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

7.16.2. если Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) создал препятствия Страховщику в определении обстоятельств, характера и размера вреда;

7.16.3. Застрахованное лицо не выполняло медицинские рекомендации и (или) не явилось на прием к врачу в назначенный срок.

7.17. Лицо, получившее страховое обеспечение, обязано возратить Страховщику полученную сумму страховой выплаты (ее соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по законодательству или по Правилам полностью или частично лишает данное лицо права на ее получение.

Глава 8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

8.2. При изменении законодательства Республики Беларусь Правила действуют в части, не противоречащей законодательству.

Заместитель генерального директора

В.В.Гололобов

Правила изложены в новой редакции, вступающей в силу с 01.06.2026.

