СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ
ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «А-СТРАХОВАНИЕ»

УТВЕРЖДАЮ
Директор
СООО «А-Страхование»
_____ А.С.Громова
14 июля 2026 г.

ПРАВИЛА № 15
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ
НА ВРЕМЯ ПОЕЗДКИ ЗА ГРАНИЦУ

г. Минск – 2026

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на условиях Правил № 15 добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу (далее – Правила) Страховое общество с ограниченной ответственностью «А-Страхование» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу (далее – договоры страхования) с лицами, указанными в пункте 1.3 Правил (далее – Страхователи).

1.2. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель.

1.3. Страхователями являются дееспособные физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели, и юридические лица любой организационно-правовой формы, заключившие со Страховщиком договор страхования и уплатившие (уплачивающие) по нему страховой взнос.

1.4. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, чьи имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни или здоровью в период пребывания за границей, являются объектом страхования.

1.5. Выгодоприобретателем по **риску болезни или несчастного случая за границей** является сервисная служба (ассистанс), медицинское учреждение, оказавшее Застрахованному лицу медицинскую помощь, Застрахованное лицо (Страхователь) либо иное лицо, которое в соответствии с условиями договора страхования произвело оплату медицинской или иной помощи, оказанной Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

Выгодоприобретателем по **риску несчастного случая** является Застрахованное лицо, если в договоре страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо.

В случае смерти Застрахованного лица по договору страхования, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

Если Застрахованным лицом является несовершеннолетнее лицо, Выгодоприобретателем признается законный представитель Застрахованного лица.

1.6. Основные термины, понятия и их определения, используемые в Правилах:

1.6.1. **несчастный случай** – внезапное, непредвиденное событие, произошедшее с Застрахованным лицом (в том числе в результате неправомерных действий третьих лиц) в период действия договора

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

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

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

1.6.4. **хроническое заболевание** – заболевание, характеризующееся установленным клиническим диагнозом, длительным течением, ремиссиями, рецидивами и обострениями, симптомы которого проявились и (или) в связи с которым имело место обращение Застрахованного лица за медицинской помощью до заключения договора страхования;

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

1.6.6. **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 страны, где имело место причинение вреда;

1.6.7. **третьи лица** – физические или юридические лица, не являющиеся субъектами страхования (Страховщиком, Страхователем, Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем);

1.6.8. **близкие родственники** – дети, в том числе усыновленные (удочеренные), родители, в том числе усыновители (удочерители), родные братья и сестры, дед, бабка, внуки, а также супруг (супруга);

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

1.6.10. **посмертная репатриация** – транспортировка тела (останков), праха Застрахованного лица;

1.6.11. **медицинская эвакуация** – медицинская транспортировка в ближайшее от места нахождения Застрахованного лица специализированное медицинское учреждение, которая осуществляется

в случае невозможности оказания необходимой медицинской помощи при угрозе жизни Застрахованного лица по месту его пребывания;

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

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

1.6.14. **скорая и неотложная медицинская помощь** – комплекс медицинских услуг, оказываемых при острых нарушениях физического здоровья Застрахованного лица, угрожающих его жизни или здоровью окружающих, а также когда состояние Застрахованного лица требует срочного медицинского вмешательства, в том числе проведения срочных (экстренных) хирургических вмешательств (при травмах, отравлениях, других неотложных состояниях и острых тяжелых заболеваниях), до устранения угрозы жизни, приведения Застрахованного лица в транспортабельное состояние, позволяющее, при необходимости, проведение медицинской репатриации;

1.6.15. **срок пребывания** – устанавливаемый при заключении договора страхования период времени (в рамках срока действия договора страхования), в течение которого действует страховая защита, определяемый периодом нахождения (совокупной длительностью пребывания) Застрахованного лица на территории действия договора страхования;

1.6.16. **страна постоянного проживания Застрахованного лица** (далее – **страна постоянного проживания**) – государство, гражданином которого является Застрахованное лицо; государство, в котором Застрахованное лицо имеет право постоянно проживать на основании официально выданных документов (вид на жительство, green card или иной); государство, на право постоянного проживания в котором у Застрахованного лица нет официально выданных документов (вида на жительство, green card или иного), но которое является более 1 (одного) года местом проживания Застрахованного лица, и по требованию Страховщика Застрахованное лицо не может подтвердить, что его пребывание на территории данного государства связано с работой по найму (трудовому договору, контракту, гражданско-правовому договору), служебной командировкой, обучением или совместным

пребыванием за границей с близким родственником, выехавшим с целью работы по найму (трудовому договору, контракту, гражданско-правовому договору), обучения или служебной командировки.

Если событие произошло на территории иностранного государства, гражданином которого является Застрахованное лицо, то оно может быть признано страховым случаем, если Страховщику будут предоставлены официальные документы о том, что данное государство не является для иностранного гражданина страной постоянного проживания. Например, такими документами могут быть: вид на жительство в Республике Беларусь; документ о постановке на консульский учет Застрахованного лица, как гражданина, постоянно проживающего за границей;

1.6.17. **страна пребывания** – входящее в территорию действия договора страхования государство, на территорию которого прибыло Застрахованное лицо на основании визы или в порядке, не требующем получения визы, и на территории которого Застрахованное лицо не имеет права постоянного проживания;

1.6.18. **стоматологическая помощь** – комплекс медицинских услуг, оказываемых по заболеваниям (состояниям), относящимся по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) к классу 11 блоку K00 – K14 «Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей». Оказание помощи по иным заболеваниям (состояниям) рассматривается по Правилам на общих основаниях в рамках оказания скорой и неотложной медицинской помощи;

1.6.19. **неотложная стоматологическая помощь** – болеутоляющее лечение при травме, остром воспалении естественного зуба, а также окружающих зуб тканей в рамках оказания стоматологической помощи, состоящей из следующих услуг: стоматологический осмотр, рентгеновское исследование, анестезия, вскрытие воспаленной ткани, дренирование, остановка кровотечения, удаление, пломбирование зуба;

1.6.20. **юридическая помощь** – услуги, оказываемые организациями или физическими лицами (адвокатами) на профессиональной основе, имеющими соответствующее разрешение на осуществление такого рода деятельности, в случае предъявления Застрахованному лицу либо Застрахованным лицом к третьим лицам претензий в соответствии с действующим гражданским, уголовным или административным законодательством страны пребывания Застрахованного лица в результате причинения вреда его жизни или здоровью в связи с несчастным случаем или болезнью;

1.6.21. **экстремальный отдых** – банджи-джампинг (прыжки на тарзанке), роупджампинг; спортивный туризм, альпинизм, скалолазание, спелеотуризм; парашютный спорт (в том числе бейсджампинг, скайдайвинг); параглайдинг (парапланеризм), парасейлинг; полеты на сверхлегких летательных аппаратах (дельтапланы, парапланы, мотодельтапланы, автожиры, микросамолеты), в том числе дельтапланеризм; воздухоплавание, в том числе полеты на воздушном шаре; мотогонки, автогонки; BMX, маунтинбайк (MTB), фэт-байкинг; охота, в том числе подводная охота; сафари; горные лыжи, сноуборд, сноукайтинг; рафтинг, каякинг, каньонинг; серфинг, виндсерфинг, кайтинг (кайтсерфинг); дайвинг, кейв-дайвинг;

1.6.22. **участие в спортивных соревнования (тренировках) на профессиональном уровне** – участие Застрахованного лица в спортивных соревнованиях (чемпионатах, первенствах, розыгрышах кубков и др.) любого уровня по видам спорта или занятие физической подготовкой (тренировка), если Застрахованное лицо является профессиональным спортсменом, спортивным тренером (инструктором), стажером спортсмена-инструктора, спортсменом-учащимся или спортсменом-воспитанником специализированного учебно-спортивного учреждения, включенного в структуру клуба по виду (видам) спорта.

Для целей Правил не относятся к спорту интеллектуальные (логические) виды спорта и другие настольные игры (за исключением настольного тенниса);

1.6.23. **период охлаждения** – период, установленный договором страхования, в течение которого Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от договора страхования и получить уплаченный страховой взнос полностью при условии отсутствия в данном периоде события, которое впоследствии может быть признано страховым случаем по договору страхования.

Иные термины используются в Правилах в значениях, определенных действующим законодательством Республики Беларусь.

1.7. Договор страхования действует на территории страны (групп стран) пребывания, указанных в договоре страхования, а также транзитных стран, находящихся по пути следования в страну (группу стран) пребывания и обратно.

Под территорией страны понимается вся территория в пределах государственных границ данной страны (государственная территория), в том числе земли, находящиеся в пользовании иных стран, международных организаций и имеющие правовой иммунитет от юрисдикции данной страны (в том числе территории дипломатических представительств, консульских учреждений представляемых стран), а

также их заморские территории и особые административно-территориальные образования, находящиеся за пределами государственных границ, контролируемые соответствующими правительствами государств, указанных в договоре страхования, и (или) на территории которых применяется законодательство (в том числе частично) государств, указанных в договоре страхования.

Территория с международным или смешанным режимом, условная территория (территория нейтральных вод, транзитных зон аэропортов, а также водное или воздушное судно вне зависимости от государственной принадлежности, которым Застрахованное лицо следует до места назначения) в договоре страхования не указываются. При этом на данных территориях, в том числе на бортах вышеуказанных судов, договор страхования действует.

Из территории действия договора страхования исключаются:

- Республика Беларусь;
- страна постоянного проживания Застрахованного лица;
- страны, на территории которых ведутся военные действия, проводятся военные специальные операции, происходят вооруженные конфликты, гражданские войны, межнациональные конфликты, народные волнения, массовые беспорядки;
- Туркменистан, Корейская Народно-Демократическая Республика, Государство Эритрея, Центральноафриканская Республика.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. РАСХОДЫ, ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Беларусь имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с:

2.1.1. расходами на оказание Застрахованному лицу скорой и неотложной медицинской помощи, а также расходами в соответствии с подпунктами 2.4.2 – 2.4.4 пункта 2.4 Правил;

2.1.2. причинением вреда жизни, здоровью Застрахованного лица вследствие несчастного случая.

Объект страхования определяется по соглашению сторон с учетом требований настоящих Правил и в обязательном порядке указывается в договоре страхования.

2.2. Страховым случаем является:

2.2.1. факт причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая в период пребывания Застрахованного лица на территории действия договора страхования, повлекший расходы на оказание Застрахованному

лицу скорой и неотложной медицинской помощи и (или) расходы, предусмотренные подпунктами 2.4.2 – 2.4.4 пункта 2.4 Правил (далее – **риск болезни или несчастного случая за границей**);

2.2.2. факт причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая в период пребывания Застрахованного лица на территории действия договора страхования, повлекший за собой (далее – **риск несчастного случая**):

временное расстройство здоровья Застрахованного лица;

постоянную полную или частичную утрату трудоспособности (инвалидность) Застрахованного лица в течение одного года после наступления несчастного случая;

смерть Застрахованного лица в течение одного года после наступления несчастного случая.

2.3. Договор страхования заключается в отношении **риска болезни или несчастного случая за границей**.

По соглашению сторон при условии применения в расчете страхового взноса к базовому страховому тарифу соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом Страховщика, дополнительно на страхование принимается **риск несчастного случая**.

2.4. При наступлении страхового случая по **риску болезни или несчастного случая за границей** Страховщик возмещает следующие расходы:

2.4.1. **расходы, связанные с оказанием Застрахованному лицу скорой и неотложной медицинской помощи:**

2.4.1.1. в амбулаторных и (или) стационарных условиях, необходимых для оказания медицинской помощи с точки зрения медицины: консультации врача-специалиста, медицинские манипуляции (проведение инъекций, перевязок и иных медицинских процедур), клинико-диагностические исследования, пребывание и лечение в палате стандартного типа при необходимости экстренной госпитализации, реанимационные мероприятия, срочные (экстренные) хирургические вмешательства, иные медицинские услуги в зависимости от характера и тяжести конкретного случая, в том числе с применением телемедицинских технологий;

2.4.1.2. на приобретение (предоставление) необходимых для оказания скорой и неотложной медицинской помощи лекарственных средств, перевязочных и иммобилизационных материалов, стандартных вспомогательных индивидуальных средств для передвижения Застрахованного лица;

2.4.1.3. на оказание неотложной стоматологической помощи в размере согласно условиям варианта страхования, на основании которого заключен договор страхования, в соответствии с пунктом 6.7 Правил;

2.4.2. **расходы на оказание медико-транспортной помощи:**

2.4.2.1. **на медицинскую эвакуацию Застрахованного лица:**

− в медицинское учреждение специальным транспортом для оказания скорой и неотложной медицинской помощи.

По согласованию со Страховщиком или сервисной службой (ассистансом) в случае, если воспользоваться услугами специального транспорта не представляется возможным, перевозка Застрахованного лица до медицинского учреждения может осуществляться автомобилем-такси. Расходы по перевозке автомобилем-такси должны быть подтверждены оригиналами (копиями) чеков (квитанций) об оплате, отчетом поездки (при наличии);

− в другое медицинское учреждение, отличное от медицинского учреждения первоначального обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, если целесообразность транспортировки подтверждается предписанием лечащего врача;

2.4.2.2. на транспортировку Застрахованного лица из медицинского учреждения до места его временного проживания в стране пребывания, в том числе автомобилем-такси.

Расходы, предусмотренные настоящим подпунктом, возмещаются Страховщиком, если договор страхования заключен на условиях варианта страхования в соответствии с подпунктом 6.7.3 пункта 6.7 Правил;

2.4.2.3. **на выезд врача-специалиста к Застрахованному лицу** для оказания скорой и неотложной медицинской помощи.

Расходы, предусмотренные настоящим подпунктом, возмещаются Страховщиком, если договор страхования заключен на условиях варианта страхования в соответствии с подпунктом 6.7.2 или 6.7.3 пункта 6.7 Правил;

2.4.2.4. **на медицинскую репатриацию Застрахованного лица:**

до ближайшего государственного учреждения здравоохранения Республики Беларусь по профилю заболевания для дальнейшего стационарного лечения – если страной постоянного проживания Застрахованного лица является Республика Беларусь;

до государственного медицинского учреждения по месту жительства Застрахованного лица в Республике Беларусь либо в медицинское учреждение г. Минска по профилю заболевания для дальнейшего стационарного лечения – если страной постоянного проживания Застрахованного лица является Республика Беларусь и

договор страхования заключен на условиях варианта страхования в соответствии с подпунктом 6.7.3 пункта 6.7 Правил;

до границы иностранного государства – если страной постоянного проживания Застрахованного лица является соответствующее иностранное государство.

При проведении медицинской репатриации в Республику Беларусь Страховщиком оплачиваются расходы на репатриацию как за пределами Республики Беларусь, так и на территории Республики Беларусь.

Страховщик оставляет за собой право на принятие решения об организации медицинской репатриации Застрахованного лица, если в соответствии с заключением лечащего врача Застрахованное лицо не имеет противопоказаний к проведению медицинской репатриации.

Решение об организации медицинской репатриации Застрахованного лица принимается Страховщиком в следующих случаях:

− расходы на пребывание Застрахованного лица на стационарном лечении могут превысить установленную договором страхования страховую сумму;

− ожидаемый срок пребывания Застрахованного лица на стационарном лечении превышает срок пребывания за границей, установленный договором страхования;

− медицинская репатриация экономически более целесообразна, чем лечение Застрахованного лица в медицинском учреждении страны пребывания.

При наличии заключения лечащего врача Застрахованного лица о необходимости сопровождения Застрахованного лица при проведении медицинской репатриации Страховщик оплачивает расходы на проезд медицинского персонала либо одного сопровождающего лица. Страховщиком покрываются расходы, включающие стоимость проезда (экономическим классом) и проживания в гостинице (категории не более «три звезды»), связанного с ожиданием выбранного рейса. При этом, если Застрахованное лицо (сопровождающее лицо) имеет проездные билеты (оплаченные, заказанные, забронированные), Застрахованное лицо (сопровождающее лицо) обязано уведомить Страховщика (ассистанс) об их наличии и возвратить (сдать) неиспользованные проездные документы транспортной компании либо, при возможности, переоформить их на другую дату выезда. При возврате Застрахованному лицу (сопровождающему лицу) стоимости неиспользованных проездных документов, Страховщик вычитает их стоимость из суммы подлежащего выплате страхового обеспечения. Понесенные сопровождающим лицом

расходы оплачиваются в размере, не превышающем 100 USD (EUR) в зависимости от валюты страховой суммы в сутки и не более чем за 7 суток.

Застрахованное лицо, а в случае, если Застрахованное лицо является несовершеннолетним, недееспособным, ограниченно дееспособным лицом либо находится в состоянии, когда не имеет возможности самостоятельно принимать решение (кома, отсутствие речи и т.п.), – его законный представитель или совершеннолетний близкий родственник имеет право отказаться от предлагаемой медицинской репатриации.

После получения Страховщиком отказа от медицинской репатриации все дальнейшие расходы оплачиваются Застрахованным лицом самостоятельно и возмещению Страховщиком не подлежат;

2.4.3. **расходы, связанные со смертью Застрахованного лица:**

на **посмертную репатриацию**, в том числе:

- на подготовку тела к международной перевозке (проведение патологоанатомического вскрытия (аутопсии), бальзамирования тела, кремации (по предварительному согласованию Страховщика с близкими родственниками Застрахованного лица));
- на приобретение необходимого для международной перевозки гроба (урны для праха);
- на приобретение необходимой для международной перевозки тела (останков) одежды;
- на оформление разрешения на перевозку тела (останков), праха Застрахованного лица;
- на хранение тела (останков), праха в ожидании международной перевозки;
- транспортные расходы на перевозку тела (останков), праха Застрахованного лица.

Транспортные расходы на перевозку тела (останков), праха Застрахованного лица возмещаются:

до населенного пункта Республики Беларусь, где будет производиться погребение – если страной постоянного проживания Застрахованного лица является Республика Беларусь;

до границы иностранного государства – если страной постоянного проживания Застрахованного лица является соответствующее иностранное государство.

В случае смерти Застрахованного лица, у которого отсутствуют дееспособные близкие родственники либо, когда Страховщик не получил согласия на проведение посмертной репатриации Застрахованного лица от близких родственников Застрахованного лица, Страховщик оставляет

за собой право принятия решения о захоронении тела (останков) по согласованию с Министерством иностранных дел Республики Беларусь и (или) государственным органом страны, гражданином которой являлось Застрахованное лицо, в стране, где произошел страховой случай.

Если посмертная репатриация самостоятельно организована близкими родственниками Застрахованного лица либо иным лицом, взявшим на себя организацию посмертной репатриации, без предварительного согласования со Страховщиком (представителем Страховщика), расходы, превышающие 500 USD (EUR) в зависимости от валюты страховой суммы, возмещению Страховщиком не подлежат.

Страховщик признает событие, повлекшее смерть Застрахованного лица, страховым случаем и оплачивает расходы на посмертную репатриацию независимо от причин, приведших к смерти Застрахованного лица, в том числе возникших вследствие или при обстоятельствах, перечисленных в пункте 3.1 Правил, либо в результате заболеваний, перечисленных в пункте 3.2 Правил, если договор страхования заключен на условиях варианта страхования в соответствии с подпунктом 6.7.3 пункта 6.7 Правил;

2.4.4. **расходы, связанные с наступлением страхового случая по риску болезни или несчастного случая за границей:**

2.4.4.1. на пребывание одного родителя (иного законного представителя за границей) в палате совместно с Застрахованным лицом в возрасте до 14 (четырнадцати) лет включительно;

2.4.4.2. на пребывание несовершеннолетнего лица, оставшегося без присмотра и сопровождавшего Застрахованное лицо в поездке, в палате совместно с госпитализированным Застрахованным лицом при условии, что госпитализированное Застрахованное лицо является единственным сопровождающим несовершеннолетнего лица в поездке;

2.4.4.3. на возвращение в страну постоянного проживания находящихся за границей совместно с Застрахованным лицом несовершеннолетних детей (до 17 (семнадцати) лет включительно) Застрахованного лица, несовершеннолетних или недееспособных (ограниченно дееспособных) лиц, находящихся под опекой (попечительством) Застрахованного лица, которые в результате страхового случая с Застрахованным лицом остались без присмотра и не имеют возможности самостоятельно находиться за границей.

Расходы, предусмотренные настоящим подпунктом, включают в себя:

- расходы на проезд в страну постоянного проживания;

− расходы на проживание и питание, связанные с ожиданием рейса.

Страховщик самостоятельно определяет необходимость в сопровождении возвращаемого лица. При совместном проезде возвращаемого лица с сопровождающим лицом Страховщик оплачивает расходы сопровождающего лица, включающие в себя стоимость проезда в страну пребывания возвращаемого лица и обратно, проживание и питание, связанные с ожиданием рейса. Расходы возмещаются только по 1 (одному) сопровождающему лицу.

Страховщик самостоятельно определяет вид транспорта, рейс, маршрут, класс проезда, место и комфортабельность проживания;

2.4.4.4. на проезд и пребывание одного близкого родственника Застрахованного лица в случае госпитализации Застрахованного лица, находящегося за границей без сопровождения.

Расходы, предусмотренные настоящим подпунктом, включают в себя:

− расходы на проезд из страны постоянного проживания в страну пребывания Застрахованного лица;

− расходы на проезд из страны пребывания Застрахованного лица в страну постоянного проживания;

− расходы на проживание, но не более 5 (пяти) суток.

Страховщик самостоятельно определяет вид транспорта, рейс, маршрут, класс проезда, место и комфортабельность проживания.

Расходы, предусмотренные настоящим подпунктом, возмещаются Страховщиком, если договор страхования заключен на условиях варианта страхования в соответствии с подпунктом 6.7.3 пункта 6.7 Правил;

2.4.4.5. на проезд экономическим классом Застрахованного лица в страну постоянного проживания в случае, если отъезд (выезд) Застрахованного лица не состоялся в сроки, указанные в проездных документах (обратном билете) Застрахованного лица, по причине наступления страхового случая, повлекшего необходимость пребывания Застрахованного лица на стационарном лечении за границей.

При этом, Застрахованное лицо обязано уведомить Страховщика (ассистанс) о наличии проездного документа (обратного билета) и с помощью представителя Страховщика (при необходимости) возвратить (сдать) неиспользованные проездные документы транспортной компании либо, при возможности, переоформить их на другую дату выезда. При возврате Застрахованному лицу стоимости неиспользованных проездных документов, Страховщик вычитает их стоимость из суммы подлежащего выплате страхового обеспечения.

Страховщик самостоятельно определяет вид транспорта, рейс, маршрут, класс проезда.

Расходы, предусмотренные настоящим подпунктом, возмещаются Страховщиком, если договор страхования заключен на условиях варианта страхования в соответствии с подпунктом 6.7.3 пункта 6.7 Правил;

2.4.4.6. на **телекоммуникационную связь** со Страховщиком и (или) сервисной службой (ассистансом) в соответствии с предоставленным соответствующим счетом, заверенным печатью (штампом) организации оператора связи, с полной расшифровкой звонков (с указанием даты, номера вызываемого абонента, продолжительности) и суммы к оплате;

2.4.4.7. на **перевод медицинских документов** в стране постоянного проживания Застрахованного лица.

Расходы, предусмотренные настоящим подпунктом, возмещаются Страховщиком, если договор страхования заключен на условиях варианта страхования в соответствии с подпунктом 6.7.2 или 6.7.3 пункта 6.7 Правил;

2.4.4.8. на **юридическую помощь** в размере согласно условиям варианта страхования, на основании которого заключен договор страхования, в соответствии с пунктом 6.7 Правил;

2.4.4.9. на **поиск и спасение Застрахованного лица**, если есть объективные основания полагать, что Застрахованное лицо терпит бедствие при возникновении чрезвычайной ситуации, ее ликвидации, стихийного бедствия и другого аналогичного события.

Расходы на поиск и спасение Застрахованного лица включают в себя:

- расходы на работу поисково-спасательных служб;
- расходы на использование специальных технических средств, в том числе поисковых вертолетов, морских судов.

Расходы на поиск и спасение Застрахованного лица возмещаются в пределах 10 % от страховой суммы на Застрахованное лицо.

Расходы на поиск и спасение Застрахованного лица возмещаются Страховщиком, если договор страхования заключен на условиях варианта страхования в соответствии с подпунктом 6.7.3 пункта 6.7 Правил.

3. НЕ СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. РАСХОДЫ, НЕ ВОЗМЕЩАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

3.1. Не является страховым случаем событие, произошедшее вследствие либо при следующих обстоятельствах:

3.1.1. самоубийства (покушения на самоубийство) Застрахованного лица, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния неправомерными действиями третьих лиц, и кроме случаев, предусмотренных законодательством Республики Беларусь;

3.1.2. совершения Застрахованным лицом неправомерного действия, за которое в соответствии с законодательством страны пребывания предусмотрена административная, уголовная ответственность;

3.1.3. непосредственного участия Застрахованного лица в военных действиях, маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях;

3.1.4. при нахождении Застрахованного лица в момент наступления события в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ Застрахованным лицом (за исключением медицинских препаратов и лекарственных средств в соответствии с назначениями лечащего врача);

3.1.5. при нахождении Застрахованного лица в момент несчастного случая под воздействием допинговых препаратов, запрещенных к применению федерациями соответствующего вида спорта (если Застрахованное лицо участвует в спортивных соревнованиях (тренировках) на профессиональном уровне);

3.1.6. управления транспортным средством Застрахованным лицом, не имеющим права на управление данным транспортным средством; управления транспортным средством Застрахованным лицом, находящимся в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ; передвижения на транспортном средстве, которым управляло лицо, о чем было заранее осведомлено Застрахованное лицо, не имеющее права на управление данным транспортным средством, либо лицо, находящееся в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ. Данные обстоятельства должны быть подтверждены документами компетентных органов, проводивших расследование обстоятельств дорожно-транспортного происшествия;

3.1.7. нарушения Застрахованным лицом правил техники безопасности, правил эксплуатации машин, механизмов, оборудования,

правил посещения заведений (территорий), правил безопасности при пользовании объектами инфраструктуры этих заведений (территорий);

3.1.8. отравления Застрахованного лица денатуратами или другими специальными веществами, исключающими их потребление в пищевых целях;

3.1.9. любых умышленных действий Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, направленных на наступление страхового случая;

3.1.10. при нахождении Застрахованного лица на территории, не указанной в договоре страхования как территория действия;

3.1.11. при нахождении Застрахованного лица в момент наступления события в состоянии алкогольного опьянения;

3.1.12. экстремального отдыха Застрахованного лица;

3.1.13. участия Застрахованного лица в спортивных соревнованиях (тренировках) на профессиональном уровне.

По соглашению сторон при условии применения при расчете страхового взноса к базовому страховому тарифу соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом Страховщика, риск в соответствии с подпунктом 3.1.11, 3.1.12 и (или) 3.1.13 настоящего пункта может быть принят на страхование.

При этом, если риск в соответствии с подпунктом 3.1.11 настоящего пункта принят на страхование, и событие наступило вследствие управления транспортным средством Застрахованным лицом, находящимся в состоянии алкогольного опьянения (в соответствии с подпунктом 3.1.6 настоящего пункта), данное событие не является страховым случаем.

При наступлении события, повлекшего смерть Застрахованного лица, действие подпунктов 3.1.1 – 3.1.13 настоящего пункта не распространяется в части расходов на посмертную репатриацию по договору страхования, заключенному на условиях варианта страхования в соответствии с подпунктом 6.7.3 пункта 6.7 Правил.

3.2. Не является страховым случаем и не подлежат возмещению Страховщиком расходы, связанные с лечением:

3.2.1. врожденных аномалий и пороков развития;

3.2.2. алкогольной зависимости, наркомании, токсикомании;

3.2.3. заболеваний и (или) инфекций, передающихся половым путем, ВИЧ-инфекции, а также заболеваний и (или) синдромов, являющихся их следствием, в том числе СПИД, и (или) осложнений, связанных с данными заболеваниями и (или) инфекциями;

3.2.4. приобретенного иммунодефицита неясного генеза;

3.2.5. психических расстройств и (или) расстройств поведения (диагноз соответствует МКБ-10 классу 5 блоку F00-F99), последствий несчастных случаев и (или) заболеваний, возникших в связи с заболеваниями психической природы;

3.2.6. паралича, эпилептического припадка, а также травм, полученных в результате паралича, эпилептического припадка;

3.2.7. ожирения и других видов избыточности питания;

3.2.8. гинекологических заболеваний, кроме расходов на оказание скорой и неотложной медицинской помощи в состоянии, угрожающем жизни Застрахованного лица;

3.2.9. урологических заболеваний, в том числе инфекций мочеполовых путей, кроме расходов на оказание скорой и неотложной медицинской помощи в состоянии, угрожающем жизни Застрахованного лица;

3.2.10. онкологических заболеваний, в том числе заболеваний крови опухолевой природы, а также их осложнений;

3.2.11. туберкулеза, саркоидоза, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса;

3.2.12. аутоиммунных патологий (заболеваний), в том числе системных заболеваний соединительной ткани, недифференцированных коллагенозов, ревматоидного полиартрита, болезни Бехтерева;

3.2.13. подагры;

3.2.14. заболеваний крови, кроме расходов на оказание скорой и неотложной медицинской помощи в состоянии, угрожающем жизни Застрахованного лица;

3.2.15. заболеваний сосудов, кроме расходов на оказание скорой и неотложной медицинской помощи в состоянии, угрожающем жизни Застрахованного лица;

3.2.16. особо опасных инфекций: натуральной оспы, чумы, сибирской язвы, холеры, сыпного тифа, а также заболеваний, явившихся следствием нарушения Застрахованным лицом обязательных профилактических (карантинных) мероприятий, обязательных к проведению до запланированной поездки в страну пребывания;

3.2.17. гепатита В, С, цирроза печени;

3.2.18. патологического перелома;

3.2.19. острой и хронической лучевой болезни;

3.2.20. ортодонтических нарушений;

3.2.21. блефарита, ячменя, дакриоцистита, халязиона, экстропиона, кроме расходов на оказание скорой и неотложной медицинской помощи в случаях осложненного течения заболевания;

3.2.22. демиелинизирующих заболеваний нервной системы;

3.2.23. гельминтозов, педикулеза, чесотки;

3.2.24. кожных заболеваний, в том числе псориаза, нейродермита, экземы, дерматита, микоза, онихомикоза, трофической язвы, доброкачественных новообразований (родинок (невусов), папиллом, липом, атером) кожи (в том числе удалением);

3.2.25. профессиональных заболеваний, за исключением обострений и (или) осложнений профессиональных заболеваний, угрожающих жизни Застрахованного лица;

3.2.26. хронических заболеваний, за исключением обострений и (или) осложнений хронических заболеваний, угрожающих жизни Застрахованного лица.

Расходы, связанные с обострением и (или) осложнением хронического заболевания, угрожающими жизни Застрахованного лица, в целом по всем обращениям Застрахованного лица в период действия договора страхования возмещаются Страховщиком согласно условиям варианта страхования, на основании которого заключен договор страхования, в соответствии с пунктом 6.7 Правил;

3.2.27. солнечных ожогов, фотодерматита (аллергии на солнце) и иных острых изменений кожи, вызванных воздействием ультрафиолетового излучения, за исключением случаев, когда данные состояния возникли у Застрахованных лиц в возрасте до 16 лет включительно или предусмотренных частью второй настоящего подпункта.

Расходы, связанные с солнечными ожогами, фотодерматитом (аллергией на солнце) и иными острыми изменениями кожи, вызванными воздействием ультрафиолетового излучения, возникшими у Застрахованных лиц в возрасте от 17 лет и старше возмещаются Страховщиком 1 (один) раз в течение срока действия договора страхования, если договор страхования заключен на условиях варианта страхования в соответствии с подпунктом 6.7.2 или 6.7.3 пункта 6.7 Правил.

Если заболевания, указанные в подпунктах 3.2.10 – 3.2.12 настоящего пункта, впервые диагностированы в период пребывания Застрахованного лица за границей, Страховщик гарантирует оплату скорой и неотложной медицинской помощи только в виде симптоматической терапии.

При наступлении смерти Застрахованного лица в результате заболевания, указанного в подпунктах 3.2.1 – 3.2.27 настоящего пункта, событие признается страховым случаем и расходы на посмертную репатриацию подлежат возмещению Страховщиком по договору

страхования, заключенному на условиях варианта страхования в соответствии с подпунктом 6.7.3 пункта 6.7 Правил.

3.3. Не подлежат возмещению Страховщиком следующие расходы:

3.3.1. расходы на оказание скорой и неотложной медицинской помощи, медико-транспортной помощи, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно без предварительного согласования со Страховщиком или сервисной службой (ассистансом), превышающие размер согласно условиям варианта страхования, на основании которого заключен договор страхования, в соответствии с пунктом 6.7 Правил;

3.3.2. расходы, указанные в подпункте 2.4.4 пункта 2.4 Правил (за исключением расходов на телекоммуникационную связь), понесенные без предварительного согласования со Страховщиком или сервисной службой (ассистансом);

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

3.3.4. расходы на услуги, оказанные Застрахованному лицу медицинскими учреждениями или врачами, не имеющими соответствующей лицензии, или лицом, состоящим в родственных отношениях с Застрахованным лицом (за исключением случаев, когда неоказание скорой и неотложной медицинской помощи таким лицом угрожало жизни Застрахованного лица);

3.3.5. расходы на диагностическое обследование Застрахованного лица, в результате которого не был установлен диагноз и не возникла необходимость в оказании скорой и неотложной медицинской помощи;

3.3.6. расходы на медицинские услуги и приобретение лекарственных препаратов, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения при постановке диагноза и (или) при лечении;

3.3.7. расходы на медицинские услуги, которые являются частью текущего медицинского обследования или проверки состояния здоровья, в том числе на выдачу медицинских справок и результатов обследований;

3.3.8. расходы на лечение в стране постоянного проживания Застрахованного лица;

3.3.9. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с заболеваниями или травмами, которые диагностированы (произошли) до поездки Застрахованного лица за границу, либо являются следствием лечения (в том числе хирургического вмешательства), проводимого до поездки Застрахованного лица за границу;

3.3.10. расходы на лечение заболеваний и (или) травм, возникших после окончания срока пребывания Застрахованного лица за границей.

Если наступление заболевания или несчастного случая произошло в течение срока пребывания Застрахованного лица за границей, а лечение или медицинскую репатриацию в страну постоянного проживания невозможно осуществить в соответствии с заключением лечащего врача до окончания срока пребывания за границей, то обязательства Страховщика по возмещению расходов на лечение и медицинскую репатриацию (в пределах страховой суммы на Застрахованное лицо) продолжаются до тех пор, пока не появится возможность транспортировать Застрахованное лицо в страну постоянного проживания;

3.3.11. расходы, связанные с обострением и (или) осложнением хронического заболевания, если обострение и (или) осложнение вызвано нарушением режима, в том числе несвоевременным принятием, пропуском принятия лекарственных средств (инъекций), подлежащих применению на постоянной основе, и (или) назначенного лечащим врачом курса лечения, а также если Застрахованное лицо предпринимало определенные действия или бездействие, угрожающие состоянию здоровья Застрахованного лица (например, допускало нагрузки, не обращалось своевременно за медицинской помощью);

3.3.12. расходы на приобретение медикаментов, назначенных лечащим врачом Застрахованному лицу с целью продолжения лечения хронических заболеваний после оказания Застрахованному лицу скорой и неотложной медицинской помощи;

3.3.13. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с хроническим заболеванием, требующем проведение гемодиализа или других экстракорпоральных методов лечения;

3.3.14. расходы на операции по изменению пола;

3.3.15. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с половыми расстройствами;

3.3.16. расходы на приобретение и использование препаратов и средств контроля над рождаемостью;

3.3.17. расходы на искусственное оплодотворение или лечение бесплодия;

3.3.18. расходы, связанные с проведение абортов (в том числе вакуумной аспирации, медикаментозного аборта), за исключением случаев необходимости оказания скорой и неотложной медицинской помощи Застрахованному лицу в результате самопроизвольного аборта или несчастного случая;

3.3.19. расходы, связанные с нормально или патологически протекающей беременностью, родовспоможением и иными сопутствующими мероприятиями, за исключением преждевременных родов (до 36 недель включительно), вызванных несчастным случаем.

В случае преждевременных родов, вызванных несчастным случаем, Страховщик не возмещает расходы, связанные с:

− наблюдением и лечением Застрахованного лица после предотвращения угрозы жизни, что должно быть подтверждено медицинским учреждением документально;

− услугами, оказанными новорожденному ребенку Застрахованного лица;

3.3.20. расходы на услуги и лечение на бальнеологических и лечебных курортах, в пансионатах, домах отдыха, санаториях, профилакториях и иных подобных учреждениях;

3.3.21. расходы на реабилитационно-восстановительное лечение, восстановительную лечебную и физическую терапию;

3.3.22. расходы на профилактические мероприятия, вакцинацию, за исключением случаев, когда вакцинация необходима в рамках оказания скорой и неотложной медицинской помощи по страховому случаю;

3.3.23. расходы на обследование и лечение методами нетрадиционной медицины;

3.3.24. расходы на обследование зрения и слуха, рефракции глаза, а также приобретение очков, контактных линз или слуховых аппаратов;

3.3.25. расходы на лечение расстройства слуха и слухового аппарата, их осложнений, а также удаление серных пробок, за исключением случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям;

3.3.26. расходы на стоматологическое лечение (в том числе ортопедию зубов), за исключением предусмотренного подпунктом 2.4.1.3 пункта 2.4 Правил;

3.3.27. расходы на пластическую хирургию, челюстно-лицевую хирургию, за исключением случаев оказания скорой и неотложной медицинской помощи в результате несчастного случая;

3.3.28. расходы на приобретение и ремонт протезов, а также расходы на протезирование, в том числе зубов, глаз;

3.3.29. расходы на высокотехнологичные медицинские вмешательства, в том числе ангиографию, стентирование сосудов, ангиопластику, установку кава-фильтров, эндопротезирование, аортокоронарное шунтирование, литотрипсию;

3.3.30. расходы на сложное реконструктивное лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, органов чувств;

3.3.31. расходы на проведение исследований при помощи компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, за исключением случаев, когда данные исследования предварительно согласованы со Страховщиком (ассистансом);

3.3.32. расходы на удаление мозолей, бородавок, натоптышей;

3.3.33. расходы на ортопедическое лечение плоскостопия, приобретение супинаторов, вкладышей для коррекции стопы, лечение деформированных или вросших ногтей стоп, кистей;

3.3.34. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с психотерапией: аутотренинг, лечение сном и иные подобные методы лечения;

3.3.35. расходы на оказание медицинских услуг близким родственникам Застрахованного лица;

3.3.36. расходы на предоставление средств и услуг дополнительного комфорта, а именно: палату повышенной комфортности, кондиционер, увлажнитель воздуха, телевизор, телефон, интернет, а также услуги парикмахера, косметолога, массажиста, переводчика;

3.3.37. расходы на приобретение или прокат кондиционера, увлажнителя воздуха, тренажеров, спортивных снарядов или иного подобного оборудования;

3.3.38. расходы на приобретение или прокат инвалидной коляски;

3.3.39. расходы на повторные осмотры, визиты и обследования у врача, не требующиеся для оказания скорой и неотложной медицинской помощи или коррекции ранее назначенного лечения;

3.3.40. расходы на снятие швов, гипса, перевязки и обработки ран, за исключением случаев, когда неоказание данных медицинских услуг может повлечь угрозу жизни Застрахованного лица;

3.3.41. расходы на стационарное лечение, а также на хирургическое вмешательство (в том числе плановое стационарное лечение и плановое хирургическое вмешательство), которое может быть отложено до возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания, что не повлечет угрозу жизни Застрахованного лица;

3.3.42. расходы, понесенные сопровождающим Застрахованного лица в период его госпитализации, за исключением расходов, предусмотренных подпунктами 2.4.4.1, 2.4.4.2, 2.4.4.4 пункта 2.4 Правил;

3.3.43. расходы на оказание медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу, имеющему по рекомендации врача медицинские противопоказания к осуществлению поездки за границу;

3.3.44. расходы на оказание медицинских услуг при условии, что поездка за границу осуществлялась Застрахованным лицом с целью получения лечения;

3.3.45. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с заболеванием, по которому Застрахованному лицу установлена группа инвалидности;

3.3.46. расходы, превышающие среднерегиональную стоимость медицинской услуги (медицинского препарата), взимаемую в том месте, где такие услуги были оказаны (препараты были приобретены) Застрахованному лицу.

Среднерегиональная стоимость медицинской услуги или медицинского препарата определяется Страховщиком на основании данных, предоставленных сервисной службой (ассистансом) на дату запроса Страховщика;

3.3.47. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с аллергическими реакциями (за исключением случаев, когда медицинская помощь требуется Застрахованному лицу в возрасте до 10 лет включительно, а также когда неоказание скорой и неотложной медицинской помощи угрожало жизни Застрахованного лица);

3.3.48. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с укусами насекомых, пресмыкающихся, рыб, кишечнополостных (за исключением случаев, когда медицинская помощь требуется Застрахованному лицу в возрасте до 10 лет включительно, а также когда неоказание скорой и неотложной медицинской помощи угрожало жизни Застрахованного лица);

3.3.49. расходы на оказание медицинских услуг, связанных с простудными заболеваниями легкого течения, не сопровождающимися повышением температуры, за исключением случаев, когда медицинская помощь требуется Застрахованному лицу в возрасте до 14 лет включительно;

3.3.50. расходы на предоставление услуг и (или) лечение, связанные с любыми видами пищевых добавок или медикаментозного питания (за исключением необходимости поддержания жизни Застрахованного лица в критическом состоянии), а также связанные с проведением медицинских мероприятий по контролю за весом (в том числе курсы упражнений, диеты, инъекции жидкостей, использование медикаментов, хирургическое вмешательство);

3.3.51. расходы при заболеваниях или событиях, которые не признаются страховыми случаями в соответствии с Правилами;

3.3.52. расходы на погребение (за исключением погребения в стране, где произошел страховой случай, при отсутствии проживающих в данной стране близких родственников Застрахованного лица).

3.4. Размер страховых выплат в связи с повторным инфарктом миокарда, повторным острым нарушением мозгового кровообращения, угрожающим жизни Застрахованного лица (расходы, связанные с оказанием Застрахованному лицу скорой и неотложной медицинской помощи, расходы на оказание медико-транспортной помощи) не может превышать в целом по всем обращениям Застрахованного лица в период действия договора страхования 10 % от страховой суммы на Застрахованное лицо.

3.5. Страховщиком не возмещаются различного рода косвенные убытки (например, штрафы, предусмотренные законодательством, либо неустойки (штрафы, пени), предусмотренные условиями договоров), упущенная выгода и моральный вред.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма – установленная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется произвести выплату страхового обеспечения по договору страхования при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма **по риску болезни или несчастного случая за границей** устанавливается отдельно в отношении каждого Застрахованного лица (далее – **страховая сумма на Застрахованное лицо**).

Если в отношении Застрахованного лица дополнительно на страхование принимается **риск несчастного случая**, то страховая сумма по **риску несчастного случая** устанавливается по соглашению сторон в пределах 20 % от страховой суммы на Застрахованное лицо (далее – **страховая сумма по риску несчастного случая**).

4.3. Страховая сумма по договору страхования, заключенному в отношении нескольких Застрахованных лиц, устанавливается путем суммирования страховых сумм, установленных на каждое Застрахованное лицо (далее – **страховая сумма по договору страхования**).

4.4. Страховая сумма на Застрахованное лицо устанавливается по соглашению сторон в долларах США (USD) или евро (EUR) в размере, предусмотренном Приложением 1 к Правилам.

4.5. Все предусмотренные условиями страхования страховые суммы устанавливаются в единой валюте (далее – валюта страховой суммы) и указываются в договоре страхования.

4.6. Договор страхования, по которому выплачено страховое обеспечение, продолжает действовать до окончания срока его действия в размере разницы между страховой суммой по договору страхования и произведенными выплатами страхового обеспечения.

5. СТРАХОВОЙ ВЗНОС. ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВЗНОСА

5.1. Страховой взнос – сумма денежных средств, подлежащая уплате Страхователем Страховщику за страхование в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

5.2. Страховой взнос рассчитывается в валюте страховой суммы.

5.3. Страховой взнос на Застрахованное лицо рассчитывается исходя из соответствующего базового страхового тарифа, предусмотренного Приложением 1 к Правилам, и корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика.

5.4. Страховой взнос по договору страхования в отношении нескольких Застрахованных лиц определяется путем суммирования страховых взносов на каждое Застрахованное лицо по договору страхования.

5.5. Страховой взнос уплачивается Страхователем в размере и сроки, указанные в договоре страхования, наличными денежными средствами или безналичным перечислением в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

5.6. По договору страхования, заключенному со Страхователем – физическим лицом, страховой взнос уплачивается единовременно при заключении договора страхования.

5.7. По договору страхования, заключенному со Страхователем – юридическим лицом, страховой взнос уплачивается единовременно либо по соглашению сторон в рассрочку.

При единовременной уплате страховой взнос уплачивается при заключении договора страхования.

При уплате страхового взноса в рассрочку первая его часть в размере не менее 1/q страхового взноса по договору страхования уплачивается при заключении договора страхования, а остальные части – через равные промежутки времени в течение срока действия договора страхования не позднее последнего дня оплаченного периода таким образом, чтобы оплата по договору с начала срока его действия

составляла не менее 2/q, 3/q и т.д. до уплаты страхового взноса по договору страхования в полном объеме, где q – количество этапов оплаты, установленное договором страхования (значение q не может превышать количество полных месяцев срока действия договора страхования). Договором страхования может быть определен иной порядок рассрочки, обеспечивающий предварительную уплату части страхового взноса не позднее последнего дня оплаченного периода.

Порядок и сроки уплаты страхового взноса указываются в договоре страхования.

5.8. Страховой взнос может быть уплачен:

в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы;

в иностранной валюте исходя из кросс-курса, рассчитанного на основании официальных курсов белорусского рубля, установленных Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте уплаты страхового взноса и валюте страховой суммы (в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь).

Все курсы валют, указанные в настоящем пункте, применяются на дату уплаты страхового взноса.

5.9. В случае неуплаты очередной части страхового взноса в установленный договором страхования срок Страховщик вправе:

5.9.1. прекратить договор страхования с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем установленного срока уплаты очередной части страхового взноса по договору страхования;

5.9.2. не прекращать договор страхования при наличии письменных обязательств Страхователя – юридического лица погасить имеющуюся задолженность (просроченную часть страхового взноса) в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня просрочки платежа. В случае неуплаты просроченной части страхового взноса в течение установленного срока Страховщик вправе досрочно расторгнуть договор страхования с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем тридцатидневного срока, в течение которого Страхователь – юридическое лицо обязан уплатить просроченную часть страхового взноса. При этом Страхователь – юридическое лицо не освобождается от уплаты части страхового взноса за указанный период, предоставленный для погашения задолженности по уплате страхового взноса.

Если страховой случай наступит в период, предоставленный для погашения просроченной части страхового взноса, то Страховщик из выплаты страхового обеспечения удерживает сумму просроченной части

страхового взноса в отношении конкретного Застрахованного лица и данное условие указывается в договоре страхования.

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается в письменной форме способом, предусмотренным законодательством Республики Беларусь.

6.2. Договор страхования заключается на условиях настоящих Правил, утвержденных Страховщиком и принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования.

Условия, содержащиеся в Правилах, в том числе не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страховщика, Страхователя, Застрахованного лица и Выгодоприобретателя.

При заключении договора страхования Страхователю выдаются либо направляются в электронном виде Правила в зависимости от способа заключения договора страхования, что удостоверяется записью в договоре страхования.

6.3. Договор страхования заключается на основании устного заявления Страхователя – физического лица, письменного заявления по форме, утвержденной Страховщиком, Страхователя – юридического лица либо письменного предложения Страховщика, принятого Страхователем способом, указанным в таком предложении.

6.4. После заключения договора страхования письменное заявление о страховании Страхователя – юридического лица является неотъемлемой частью договора страхования. Ответственность за достоверность предоставленной информации, содержащейся в заявлении о страховании, несет Страхователь.

6.5. Договор страхования заключается в отношении одного Застрахованного лица или нескольких Застрахованных лиц.

6.6. Договор страхования в отношении нескольких Застрахованных лиц заключается с указанием сведений о Застрахованных лицах в договоре страхования либо в списке Застрахованных лиц по форме, утвержденной Страховщиком, который является неотъемлемой частью договора страхования.

6.7. С применением в расчете страхового взноса к базовому страховому тарифу соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом Страховщика, договор страхования заключается по одному из следующих вариантов страхования:

6.7.1. **вариант страхования «А-Мир: налегке».**

Вариант страхования «А-Мир: налегке» предусматривает возмещение расходов в соответствии с подпунктами 2.4.1.1 – 2.4.1.3, 2.4.2.1 пункта 2.4 Правил, абзацем вторым и четвертным подпункта 2.4.2.4 пункта 2.4 Правил, подпунктами 2.4.3, 2.4.4.1 – 2.4.4.3, 2.4.4.6, 2.4.4.8 пункта 2.4 Правил.

Расходы в соответствии с подпунктами 2.4.1.1, 2.4.1.2, 2.4.2.1 пункта 2.4 Правил, абзацем вторым и четвертным подпункта 2.4.2.4 пункта 2.4 Правил, подпунктами 2.4.3, 2.4.4.1 – 2.4.4.3, 2.4.4.6 пункта 2.4 Правил возмещаются в пределах страховой суммы на Застрахованное лицо.

Расходы на неотложную стоматологическую помощь (в соответствии с подпунктом 2.4.1.3 пункта 2.4 Правил) возмещаются Страховщиком в пределах 300 USD (EUR) в зависимости от валюты страховой суммы.

Расходы на юридическую помощь (в соответствии с подпунктом 2.4.4.8 пункта 2.4 Правил) возмещаются в пределах 5 % от страховой суммы на Застрахованное лицо.

Расходы, связанные с обострением и (или) осложнением хронического заболевания, угрожающими жизни Застрахованного лица, в целом по всем обращениям Застрахованного лица в период действия договора страхования возмещаются Страховщиком в пределах 5 % от страховой суммы на Застрахованное лицо.

Расходы на оказание скорой и неотложной медицинской помощи, медико-транспортной помощи, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно без предварительного согласования со Страховщиком или сервисной службой (ассистансом), в целом по всем обращениям Застрахованного лица в период действия договора страхования возмещаются Страховщиком в пределах 300 USD (EUR) в зависимости от валюты страховой суммы;

6.7.2. **вариант страхования «А-Мир: уверенный».**

Вариант страхования «А-Мир: уверенный» предусматривает возмещение расходов в соответствии с подпунктами 2.4.1.1 – 2.4.1.3, 2.4.2.1, 2.4.2.3 пункта 2.4 Правил, абзацем вторым и четвертным подпункта 2.4.2.4 пункта 2.4 Правил, подпунктами 2.4.3, 2.4.4.1 – 2.4.4.3, 2.4.4.6 – 2.4.4.8 пункта 2.4 Правил.

Расходы в соответствии с подпунктами 2.4.1.1, 2.4.1.2, 2.4.2.1, 2.4.2.3 пункта 2.4 Правил, абзацем вторым и четвертным подпункта 2.4.2.4 пункта 2.4 Правил, подпунктами 2.4.3, 2.4.4.1 – 2.4.4.3, 2.4.4.6, 2.4.4.7 пункта 2.4 Правил возмещаются в пределах страховой суммы на Застрахованное лицо.

Расходы на неотложную стоматологическую помощь (в соответствии с подпунктом 2.4.1.3 пункта 2.4 Правил) возмещаются Страховщиком в пределах 500 USD (EUR) в зависимости от валюты страховой суммы.

Расходы на юридическую помощь (в соответствии с подпунктом 2.4.4.8 пункта 2.4 Правил) возмещаются в пределах 10 % от страховой суммы на Застрахованное лицо.

Расходы, связанные с обострением и (или) осложнением хронического заболевания, угрожающими жизни Застрахованного лица, в целом по всем обращениям Застрахованного лица в период действия договора страхования возмещаются Страховщиком в пределах 10 % от страховой суммы на Застрахованное лицо.

Расходы, связанные с солнечными ожогами, фотодерматитом (аллергией на солнце) и иными острыми изменениями кожи, вызванными воздействием ультрафиолетового излучения, возникшими у Застрахованных лиц в возрасте от 17 лет и старше возмещаются Страховщиком 1 (один) раз в течение срока действия договора страхования в пределах страховой суммы на Застрахованное лицо.

Расходы на оказание скорой и неотложной медицинской помощи, медико-транспортной помощи, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно без предварительного согласования со Страховщиком или сервисной службой (ассистансом), в целом по всем обращениям Застрахованного лица в период действия договора страхования возмещаются Страховщиком в пределах 500 USD (EUR) в зависимости от валюты страховой суммы;

6.7.3. **вариант страхования «А-Мир: без границ»**.

Вариант страхования «А-Мир: без границ» предусматривает возмещение расходов в соответствии с подпунктами 2.4.1.1 – 2.4.1.3, 2.4.2.1 – 2.4.2.3 пункта 2.4 Правил, абзацем третьим и четвертным подпункта 2.4.2.4 пункта 2.4 Правил, подпунктами 2.4.3, 2.4.4.1 – 2.4.4.9 пункта 2.4 Правил.

Расходы в соответствии с подпунктами 2.4.1.1, 2.4.1.2, 2.4.2.1 – 2.4.2.3 пункта 2.4 Правил, абзацем третьим и четвертным подпункта 2.4.2.4 пункта 2.4 Правил, подпунктами 2.4.3, 2.4.4.1 – 2.4.4.7 пункта 2.4 Правил возмещаются в пределах страховой суммы на Застрахованное лицо.

Расходы на неотложную стоматологическую помощь (в соответствии с подпунктом 2.4.1.3 пункта 2.4 Правил) возмещаются Страховщиком в пределах 1000 USD (EUR) в зависимости от валюты страховой суммы.

Расходы на посмертную репатриацию возмещаются Страховщиком независимо от причин, приведших к смерти Застрахованного лица, в том возникших вследствие или при обстоятельствах, перечисленных в пункте 3.1 Правил, либо в результате заболеваний, перечисленных в пункте 3.2 Правил.

Расходы на юридическую помощь (в соответствии с подпунктом 2.4.4.8 пункта 2.4 Правил) возмещаются в пределах 15 % от страховой суммы на Застрахованное лицо.

Расходы на поиск и спасение Застрахованного лица (в соответствии с подпунктом 2.4.4.9 пункта 2.4 Правил) возмещаются в пределах 10 % от страховой суммы на Застрахованное лицо.

Расходы, связанные с обострением и (или) осложнением хронического заболевания, угрожающими жизни Застрахованного лица, в целом по всем обращениям Застрахованного лица в период действия договора страхования возмещаются Страховщиком в пределах 15 % от страховой суммы на Застрахованное лицо.

Расходы, связанные с солнечными ожогами, фотодерматитом (аллергией на солнце) и иными острыми изменениями кожи, вызванными воздействием ультрафиолетового излучения, возникшими у Застрахованных лиц в возрасте от 17 лет и старше возмещаются Страховщиком 1 (один) раз в течение срока действия договора страхования в пределах страховой суммы на Застрахованное лицо.

Расходы на оказание скорой и неотложной медицинской помощи, медико-транспортной помощи, понесенные Застрахованным лицом самостоятельно без предварительного согласования со Страховщиком или сервисной службой (ассистансом), в целом по всем обращениям Застрахованного лица в период действия договора страхования возмещаются Страховщиком в пределах 1000 USD (EUR) в зависимости от валюты страховой суммы.

6.8. Страховщиком в соответствии с условиями Правил, а также на основании вариантов страхования, предусмотренных подпунктами 6.7.1 – 6.7.3 пункта 6.7 Правил, могут быть разработаны и утверждены локальным правовым актом программы страхования, в которых определен перечень страховых рисков, размер страховых сумм, условия и порядок выплаты страхового обеспечения, а также иные условия договора страхования (далее – программа страхования).

6.9. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его

наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны или не должны быть известны Страховщику.

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования на основании заявления Страхователя.

6.10. Если после заключения договора 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 (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным.

6.11. Договор страхования заключается на срок от 1 (одного) дня до 3 (трех) лет включительно.

6.12. В договоре страхования, заключаемом со Страхователем – физическим лицом, может быть предусмотрен по соглашению сторон период охлаждения сроком 5 (пять) календарных дней с даты заключения договора страхования.

6.13. Договор страхования по соглашению сторон вступает в силу со дня и времени, указанного в договоре страхования как начало срока действия договора страхования, но не позднее 30 (тридцати) календарных дней со дня, следующего за днем уплаты страхового взноса (первой его части) Страховщику (его представителю).

6.14. Днем уплаты страхового взноса (его части) по договору страхования считается:

6.14.1. при уплате наличными денежными средствами – день уплаты денежных средств в кассу Страховщика (его представителю);

6.14.2. при безналичных расчетах, в том числе при перечислении наличных денежных средств через банк или иное учреждение, осуществляющее перевод денежных средств, при использовании банковской платежной карточки – день совершения операции по перечислению денежных средств, подтверждением которой служит документ установленной формы (кассовый чек, приходно-кассовый ордер, карт-чек и т.п.), содержащий дату и время оплаты.

6.15. Договор страхования может быть заключен в отношении Застрахованного лица, находящегося за пределами Республики Беларусь (страны постоянного проживания).

Договор страхования в отношении Застрахованного лица, находящегося за пределами Республики Беларусь (страны постоянного проживания) в момент заключения договора страхования, вступает в силу не ранее, чем через 5 (пять) календарных дней со дня, следующего

за днем уплаты страхового взноса (первой его части) Страховщику (его представителю).

Договор страхования в отношении Застрахованного лица, находящегося за пределами Республики Беларусь (страны постоянного проживания) в момент заключения договора страхования, может вступать в силу ранее срока, установленного частью второй настоящего пункта, только при наличии действующего договора страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу.

6.16. Срок действия договора страхования истекает в 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, который указан в договоре страхования как день окончания срока его действия.

6.17. Страховая защита действует в пределах срока пребывания, указанного в договоре страхования.

Срок пребывания устанавливается в пределах срока действия договора страхования и не может превышать 365 (366) календарных дней.

При многократных выездах Застрахованного лица за границу срок пребывания уменьшается на количество дней, проведенных Застрахованным лицом на территории действия договора страхования. За события (случаи), произошедшие в период действия договора страхования, но за пределами срока пребывания, указанного в договоре страхования, Страховщик ответственности не несет.

6.18. Страхование начинает действовать с даты пересечения границы при выезде Застрахованного лица за пределы Республики Беларусь (страны постоянного проживания Застрахованного лица), но не ранее начала срока действия договора страхования.

Действие страхования прекращается при пересечении границы Республики Беларусь (страны постоянного проживания Застрахованного лица) в обратном направлении, но не позднее срока окончания действия договора страхования.

6.19. По договору страхования с территорией действия в стране (группе стран), службы пограничного контроля которой(-ых) делают соответствующие отметки в паспорте Застрахованного лица о пересечении границы, срок фактического пребывания Застрахованного лица за границей (использованные дни срока пребывания) определяется по соответствующим отметкам службы пограничного контроля в паспорте Застрахованного лица.

Если в территорию действия, указанную в договоре страхования, входит хотя бы одна страна, службы пограничного контроля которой не делают соответствующие отметки в паспорте Застрахованного лица о пересечении границы (например, Российская Федерация, Республика

Казахстан), то срок фактического пребывания Застрахованного лица за границей (использованные дни срока пребывания), если сторонами не достигнуто соглашение об ином способе определения срока фактического пребывания Застрахованного лица за границей (использованных дней срока пребывания), отсчитывается с даты начала действия договора страхования. Такой же порядок исчисления срока фактического пребывания Застрахованного лица за границей (использованных дней срока пребывания) может быть применен Страховщиком по договору страхования независимо от указанной в нем территории действия, если Страховщику не предоставили документы (в том числе паспорт), с которыми Застрахованное лицо могло выезжать за границу в период действия договора страхования либо предоставили не все такие документы (например, у Застрахованного лица несколько паспортов), либо когда Страховщику стало известно, что Застрахованное лицо имело возможность выезжать (въезжать) в страну(-ы), входящую(-ие) в территорию действия, указанную в договоре страхования, по документу, в котором службы пограничного контроля не делают соответствующие отметки о пересечении границы.

Страховщик вправе по своему усмотрению применить иные документы для определения срока фактического пребывания Застрахованного лица за границей (использованных дней срока пребывания).

При страховании водителя (экспедитора), работающего у перевозчика, являющегося резидентом государства – члена ЕАЭС, Страховщик вправе применять для определения срока фактического пребывания Застрахованного лица за границей (использованных дней срока пребывания) путевые листы, таможенные декларации и т.п.

6.20. Страхование прекращается с 91-го дня непрерывного пребывания Застрахованного лица на территории страны (стран единой визы) независимо от установленного срока пребывания и даты вступления договора в силу.

Непрерывность срока пребывания на территории действия договора страхования прекращается при каждом выезде Застрахованного лица за пределы страны (стран единой визы). Факт выезда за пределы страны (стран единой визы) должен быть подтвержден документально (отметками пограничных служб в паспорте либо иных документах Застрахованного лица, дающих право на пересечение границы, или иными документами, подтверждающими пересечение Застрахованным лицом границы страны (группы стран), в которых действует договор страхования). По договору, заключенному после непрерывного пребывания Застрахованного лица на территории любой страны (стран

единой визы) свыше 90 дней, страхование начинает действовать только после выезда из этой страны (стран единой визы) и обратного въезда Застрахованного лица на территорию действия договора страхования.

6.21. В период действия договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно, но не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента, как ему стало известно, письменно сообщать Страховщику обо всех значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными во всяком случае признаются изменения, оговоренные в договоре страхования (заявлении о страховании) и в переданных Страхователю Правилах страхования.

6.22. В период действия договора страхования по соглашению сторон в договор страхования могут быть внесены изменения и (или) дополнения, не противоречащие законодательству Республики Беларусь.

6.23. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования и (или) уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска.

6.24. Внесение изменений и (или) дополнений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, совершается по соглашению сторон путем заключения договора о внесении изменений и (или) дополнений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, в той же форме, в которой был заключен договор страхования, с указанием даты его заключения, вступления в силу, который является неотъемлемой частью договора страхования, в условия которого внесены изменения и (или) дополнения.

6.25. В случае увеличения степени страхового риска дополнительный страховой взнос уплачивается единовременно при заключении договора о внесении изменений и (или) дополнений в условия страхования, изложенные в договоре страхования.

6.26. Расчет размера дополнительного страхового взноса при заключении договора о внесении изменений и (или) дополнений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, осуществляется по следующей формуле:

$$ДСВ = (СВ_2 – СВ_1) \times n / m, \text{ где}$$

ДСВ – сумма дополнительного страхового взноса;

$СВ_2$ – сумма страхового взноса по договору страхования на полный срок его действия с учетом внесенных изменений;

$СВ_1$ – сумма страхового взноса по договору страхования на полный срок его действия до внесения изменений;

n – количество неиспользованных дней срока пребывания, оставшихся до окончания срока действия договора страхования с момента внесения изменений;

m – срок пребывания в календарных днях.

6.27. В случае уменьшения степени страхового риска (если $СВ_2$ менее $СВ_1$) Страховщик производит возврат части страхового взноса, уплаченного Страхователем, в течение 5 (пяти) рабочих дней после дня подачи заявления о внесении изменений и (или) дополнений в условия договора страхования, изложенные в договоре страхования.

6.28. До заключения договора о внесении изменений и (или) дополнений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, Страховщик не несет ответственности за ущерб, вызванный увеличением степени риска.

6.29. Договор страхования прекращается (расторгается) в случаях:

6.29.1. истечения срока действия договора страхования;

6.29.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме;

6.29.3. неуплаты Страхователем – юридическим лицом очередной части страхового взноса в установленные договором сроки и размере, а в случае, указанном в подпункте 5.9.2 пункта 5.9 Правил – неуплаты просроченной части страхового взноса по договору страхования по истечении предоставленного для ее уплаты срока;

6.29.4. прекращения деятельности Страхователя – индивидуального предпринимателя, ликвидации Страхователя – юридического лица;

6.29.5. по соглашению сторон, оформленному в письменном виде;

6.29.6. если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и страхование прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай (например, смерть Застрахованного лица по причинам иным, чем страховой случай, отказ в выдаче или аннулирование визы);

6.29.7. отказа Страхователя от договора страхования в любое время действия договора страхования, 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;

6.29.8. отказа Страхователя – физического лица от договора страхования в предусмотренный договором страхования период охлаждения;

6.29.9. неисполнения Страхователем обязанности, предусмотренной в пункте 6.21 Правил, либо если Страхователь отказался от уплаты дополнительного страхового взноса с учетом изменений, существенно влияющих на увеличение страхового риска. Договор страхования расторгается с момента получения Страховщиком отказа Страхователя. Отказом считается неполучение от Страхователя ответа в указанный срок на письменное предложение Страховщика об изменении условий страхования, а также неуплата дополнительного страхового взноса;

6.29.10. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь и Правилами.

6.30. Основанием для досрочного прекращения (расторжения) договора страхования в случаях, предусмотренных подпунктами 6.29.4 – 6.29.6 пункта 6.29 Правил, является письменное заявление Страхователя (его представителя) с приложением договора страхования и копий документов, подтверждающих возможность прекращения (расторжения) договора страхования (при их наличии). Датой досрочного прекращения (расторжения) договора страхования признается дата получения Страховщиком заявления о прекращении (расторжении) договора страхования (если соглашением сторон не предусмотрена более поздняя дата прекращения (расторжения) договора страхования) и копий необходимых документов, подтверждающих возможность прекращения (расторжения) договора страхования (при их наличии).

6.31. В случае досрочного прекращения (расторжения) договора страхования по условиям, предусмотренным подпунктами 6.29.4 – 6.29.6 пункта 6.29 Правил, Страховщик возвращает Страхователю часть страхового взноса, рассчитанного по формуле:

$$B = CB \times n / m, \text{ где}$$

B – часть страхового взноса, подлежащая возврату;

CB – страховой взнос, уплаченный по договору страхования в валюте уплаты страхового взноса;

n – количество неиспользованных дней срока пребывания, но не более количества дней срока действия договора страхования со дня досрочного прекращения договора страхования до дня окончания срока действия договора страхования;

m – срок пребывания в днях.

6.32. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования на основании подпункта 6.29.8 пункта 6.29 Правил, уплаченный страховой взнос подлежит возврату в полном объеме.

6.33. В случае досрочного прекращения (расторжения) договора страхования по условиям, предусмотренным подпунктами 6.29.7, 6.29.9 пункта 6.29 Правил, уплаченный страховой взнос возврату не подлежит.

6.34. Возврат страхового взноса (его части) в соответствии с пунктами 6.27, 6.31 Правил производится только при отсутствии заявленных убытков и (или) страховых выплат.

Если договор страхования заключен в отношении нескольких Застрахованных лиц и по такому договору имеется заявленный убыток и (или) производилась страховая выплата, возврат страхового взноса производится только в части, соответствующей тем Застрахованным лицам, по которым не было страховых выплат и заявленных убытков.

6.35. Возврат страхового взноса (его части) Страхователю производится в течение 5 (пяти) рабочих дней после дня досрочного прекращения (расторжения) договора страхования.

Возврат страхового взноса (его части) осуществляется Страхователю в валюте уплаты страхового взноса, если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь либо соглашением сторон.

Валюта возврата страхового взноса (его части) может быть определена по соглашению сторон в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

Возврат страхового взноса (его части) Страхователю – физическому лицу, в том числе индивидуальному предпринимателю, осуществляется в безналичном порядке на счет, открытый в банке Республики Беларусь, если стороны не пришли к иному письменному соглашению о порядке возврата и данный порядок не противоречит законодательству Республики Беларусь.

Возврат страхового взноса (его части) Страхователю – юридическому лицу осуществляется в безналичном порядке.

6.36. За несвоевременный возврат страхового взноса (его части) Страховщик уплачивает Страхователю пеню в размере 0,1 % за каждый день просрочки от суммы, подлежащей возврату.

6.37. Обязательства Страховщика по выплате страхового обеспечения, возникшие до прекращения (расторжения) договора страхования в результате наступления страхового случая, но не исполненные к моменту прекращения (расторжения) договора страхования, продолжают действовать до их исполнения.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страхователь имеет право:

7.1.1. получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

7.1.2. ознакомиться с Правилами и условиями страхования, получить договор страхования и Правила в установленном порядке;

7.1.3. получить копию договора страхования в случае его утраты на основании письменного заявления, оформленного в произвольной форме;

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

7.2. Страхователь обязан:

7.2.1. при заключении договора страхования выполнить условия, предусмотренные пунктом 6.9 Правил;

7.2.2. своевременно уплачивать страховой взнос (его части) в размере и порядке, установленном договором страхования (в том числе, если по договору страхования имеется заявленный убыток или производилась выплата страхового обеспечения);

7.2.3. ознакомить Застрахованное лицо с условиями страхования, его правами и обязанностями по договору страхования, предоставлять ему информацию об изменении условий договора страхования.

7.3. Застрахованное лицо имеет право:

7.3.1. запрашивать у Страховщика информацию об изменении условий договора страхования;

7.3.2. при наступлении страхового случая требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по договору страхования, заключенному в его пользу.

7.4. Застрахованное лицо обязано:

7.4.1. при наступлении события, которое в соответствии с договором страхования может быть признано страховым случаем, действовать в соответствии с пунктом 8.1 Правил;

7.4.2. принимать все возможные меры по предотвращению и уменьшению размера убытков, причиненных вследствие наступления страхового случая, в том числе неукоснительно выполнять рекомендации врачей;

7.4.3. проходить лечение по назначению врача, выполнять все предписания медицинского персонала, соблюдать распорядок медицинского учреждения, в котором Застрахованному лицу оказывается медицинская помощь;

7.4.4. выполнять инструкции и распоряжения Страховщика (ассистанса), а также распоряжения представителей Страховщика за границей, прибывших для оказания помощи;

7.4.5. передавать Страховщику сообщения, предусмотренные Правилами и договором страхования, в письменной форме либо способами связи, обеспечивающими фиксирование текста и даты сообщений, либо вручением под расписку;

7.4.6. передать Страховщику (ассистансу) неиспользованные транспортные документы (билеты либо их копии, в случае оформления билетов в электронном виде);

7.4.7. сообщать Страховщику (ассистансу) полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, а также предоставить право на получение Страховщику (ассистансу) такой информации в медицинских учреждениях;

7.4.8. по запросу Страховщика (ассистанса) предоставить необходимые документы для решения вопроса по организации оказания необходимой помощи, в том числе подписать документы, подтверждающие согласие Застрахованного лица на доступ Страховщика (ассистанса) к любой информации о состоянии его здоровья, оказываемых медицинских услугах, на ознакомление и получение копий медицинской документацией, освободив лечащего врача от обязанностей соблюдения врачебной тайны. Форма согласия предоставляется медицинским учреждением и (или) сервисной службой (ассистансом).

Неисполнение Застрахованным лицом обязанности, предусмотренной частью первой настоящего подпункта, дает Страховщику право не признавать заявленное событие страховым случаем;

7.4.9. следовать указаниям адвоката при оказании юридических услуг;

7.4.10. возместить Страховщику в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения письменного требования понесенные им затраты, включая выплаченное страховое обеспечение (его часть), а также другие затраты, если выявится обстоятельство, которое полностью или частично лишает Застрахованного лица права на страховую выплату.

7.5. Страховщик имеет право:

7.5.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) информацию, включая размер понесенных расходов в связи с событием, которое может быть признано страховым случаем, а также соблюдение Страхователем

(Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) условий Правил и договора страхования;

7.5.2. запрашивать медицинские документы и иные сведения о Застрахованном лице, состоянии его здоровья в медицинских учреждениях Республики Беларусь (страны постоянного проживания), страны пребывания Застрахованного лица;

7.5.3. проверять обстоятельства, причины, характер события, которое может быть признано страховым случаем, направлять запросы в компетентные органы и (или) организации (в том числе пограничные службы), назначать или нанимать от имени Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) экспертов, адвокатов и других лиц для выяснения обстоятельств, причин, характера заявленного события и размера понесенных расходов;

7.5.4. принимать такие меры, которые он считает необходимыми для минимизации расходов, а также давать указания, направленные на уменьшение расходов, являющиеся обязательными для Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя);

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

если ему не представлены все необходимые документы – до их представления;

если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности и достоверности документов, относящихся к заявленному событию, – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность и достоверность документов лицом, их представившим (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 5 (пяти) рабочих дней после дня получения такого документа), либо самим Страховщиком (на основании запроса Страховщика в орган, его выдавший, направленный в течение 5 (пяти) рабочих дней после дня получения такого документа);

в случае возбуждения уголовного дела по факту наступления заявленного события в отношении Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) – до вынесения приговора судом, приостановлении или прекращения производства по делу;

7.5.6. требовать перевода на русский язык документов, связанных со страховым случаем (в том числе справок, медицинского заключения, счетов, рецептов) за счет Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), если договор страхования заключен на условиях варианта страхования в соответствии с подпунктом 6.7.1 пункта 6.7 Правил;

7.5.7. оспорить размер требований Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь;

7.5.8. потребовать у Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) возврата выплаченной Выгодоприобретателю суммы страховой выплаты (ее части), если после выплаты страхового обеспечения Страховщику станут известны такие обстоятельства, которые лишают Застрахованное лицо права на оплату его расходов в соответствии с Правилами;

7.5.9. требования в соответствии с законодательством к виновнику любых неправомерных действий в отношении Застрахованного лица, если страховой случай явился следствием таких действий и Застрахованное лицо является потерпевшим;

7.5.10. отказать в выплате страхового обеспечения в случаях, предусмотренных частью четвертой пункта 8.7, пунктом 9.2 Правил;

7.5.11. потребовать признания договора страхования недействительным в случаях и порядке в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

7.6. Страховщик обязан:

7.6.1. выдать Страхователю Правила либо направить их в электронном виде в зависимости от способа заключения договора страхования;

7.6.2. сообщить Страхователю (Застрахованному лицу) актуальные номера телефонов и иные контактные сведения представителя Страховщика за границей (ассистанса);

7.6.3. не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице, Выгодоприобретателе), состоянии их здоровья, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Республики Беларусь;

7.6.4. при признании заявленного события страховым случаем, составить акт о страховом случае в срок, указанный в части второй пункта 8.8 Правил, и выплатить страховое обеспечение в срок, указанный в пункте 8.17 Правил.

7.7. Стороны имеют право и обязаны совершать иные действия, предусмотренные законодательством Республики Беларусь, Правилами и договором страхования.

7.8. Первичные учетные документы, подтверждающие совершение хозяйственной операции, каждая из сторон вправе оформлять единолично.

8. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

8.1. При наступлении события, которое по условиям договора страхования может быть признано страховым случаем (далее – событие), Застрахованное лицо (его представитель) обязано незамедлительно (до обращения в медицинское учреждение или к врачу) связаться со Страховщиком или сервисной службой (ассистансом) по контактным телефонам, указанным в договоре страхования, и сообщить следующую информацию:

серию и номер договора страхования;

срок действия договора страхования;

фамилию, имя и дату рождения Застрахованного лица, а также фамилию, имя звонящего лица, степень родства с Застрахованным лицом;

номер телефона Застрахованного лица (его представителя);

адрес нахождения Застрахованного лица;

причину обращения (симптомы болезни, обстоятельства получения травмы) и какого рода помощь необходима Застрахованному лицу.

В случае если незамедлительное обращение к Страховщику (ассистансу) не представляется возможным или ожидание ответа представителя Страховщика за границей (ожидание организации медицинской помощи) явно угрожает жизни Застрахованного лица, Застрахованное лицо (его представитель) может самостоятельно оплатить медицинские услуги, связанные с событием, которое по условиям договора страхования может быть признано страховым случаем.

8.2. В случае, указанном в части второй пункта 8.1 Правил, а также при страховании риска несчастного случая, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) обязано незамедлительно (в течение 5 календарных дней) уведомить Страховщика (ассистанс) о наступлении страхового случая, а также обратиться к Страховщику с заявлением о выплате страхового обеспечения по форме, утвержденной Страховщиком, не позднее 35 календарных дней со дня возвращения в Республику Беларусь из поездки за границу.

Заявление о выплате страхового обеспечения может быть оформлено в электронном виде посредством электронного ввода необходимых сведений о событии через интернет-сайты и (или) мобильное приложение с проведением идентификации обратившегося Застрахованного лица (Выгодоприобретателя), его представителя без личного присутствия указанного лица.

При обращении с письменным заявлением о выплате страхового обеспечения Выгодоприобретатель – физическое лицо предъявляет Страховщику документ, удостоверяющий личность.

8.3. Оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу за границей, в соответствии с Правилами при признании заявленного события страховым случаем осуществляется Страховщиком путем перечисления денежных средств сервисной службе (ассистансу) по предъявлению счетов на оплату с приложением документов (данных договора страхования, выписки из амбулаторной карты или из истории болезни Застрахованного лица с перечнем оказанных медицинских услуг и их стоимости, счетов и других документов, подтверждающих оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу).

В случае выставления счета Застрахованному лицу (Страховщику) за оказанную скорую и неотложную медицинскую или иную помощь, связанную с наступлением страхового случая с Застрахованным лицом за границей, Страховщик вправе оплатить такой счет непосредственно учреждению, оказавшему данные услуги, в валюте выставленного счета.

8.4. Страховщик возмещает расходы, произведенные Застрахованным лицом (его представителем) самостоятельно в случае, предусмотренном частью второй пункта 8.1 Правил, Застрахованному лицу (его представителю, по согласованию со Страховщиком – Страхователю, а в случаях, когда ребенок выезжает за границу без сопровождения законного представителя, – лицам, сопровождающим ребенка и оплатившим понесенные расходы за границей) на условиях, предусмотренных частью второй настоящего пункта, и на основании документов, указанных в пункте 8.5 Правил.

Возмещение Застрахованному лицу (его представителю) расходов, оплаченных им самостоятельно, производится Страховщиком в пределах суммы, предусмотренной вариантом страхования, на условиях которого заключен договор страхования в соответствии с пунктом 6.7 Правил, а в случае, когда такие расходы были предварительно согласованы со Страховщиком или сервисной службой (ассистансом), то в пределах согласованной суммы.

Предварительным согласованием самостоятельно оплаченных расходов со Страховщиком или сервисной службой (ассистансом) является только такое согласование, которое было произведено до обращения в медицинское учреждение или к врачу.

8.5. Для решения вопроса о выплате страхового обеспечения по расходам, оплаченным Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) самостоятельно, а также по риску несчастного случая Застрахованное

лицо (Выгодоприобретатель) должен предоставить следующие документы:

8.5.1. заявление о выплате страхового обеспечения;

8.5.2. копия договора страхования (уведомления о заключении договора страхования);

8.5.3. копии страниц паспорта Застрахованного лица с отметками (штампами) пограничных служб о пересечении границ;

8.5.4. оформленные надлежащим образом медицинский рапорт (отчет, справку) либо выписку из амбулаторной карты (истории болезни) Застрахованного лица, в том числе с указанием даты документа, анамнеза, диагноза, периода лечения, выданные лечебным учреждением, подтверждающие факт наступления заявленного события;

8.5.5. документы компетентных органов и (или) организаций, подтверждающие факт и обстоятельства наступления события (протоколы, справки, отчеты о расследовании и установлении причин наступления страхового случая, письменные подтверждения компетентных лиц, органов (организаций) о наличии объективных причин, в связи с которыми имело место наступление страхового случая, и др.) – при наличии;

8.5.6. по **риску болезни или несчастного случая за границей**:

- документ, содержащий перечень медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу, с указанием их стоимости;
- рецепты на приобретение медикаментов, выписанные лечебным учреждением в связи с заболеванием, по факту которого имело место обращение (их копии);
- документ, подтверждающий оплату скорой и неотложной медицинской помощи и иных расходов, возмещение Страховщиком которых предусмотрено Правилами, с приложением чека с указанием наименования и стоимости каждой услуги (работы, товара);

8.5.7. по **риску несчастного случая**:

- заключение соответствующего органа, определенного законодательством, об установлении группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид», заверенное данным органом в установленном порядке – в случае инвалидности Застрахованного лица;
- свидетельство органов ЗАГС о смерти Застрахованного лица, свидетельство о праве на наследство (справка о признании наследников, справка о круге наследников), если в договоре страхования не указан Выгодоприобретатель – в случае смерти Застрахованного лица;
- решение суда об объявлении Застрахованного лица умершим при обстоятельствах, дающих основание предполагать его гибель от

несчастного случая, – в случаях, когда Застрахованное лицо объявлено судом умершим.

При оформлении заявления о выплате страхового обеспечения в электронном виде копии документов, предусмотренные настоящим пунктом, могут быть также представлены в электронном виде.

В подтверждение подлинности представленных в электронном виде копий документов Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) по требованию Страховщика предоставляет все или отдельные оригиналы документов.

8.6. Конкретный перечень документов, представляемых при наступлении события, которое может быть признано страховым случаем, определяется в каждом конкретном случае с учетом всех обстоятельств наступившего события. Страховщик вправе требовать представления иных документов, не указанных в пункте 8.5 Правил. При этом документы, незамедлительное получение (составление) которых невозможно, могут быть представлены после подачи заявления о выплате страхового обеспечения по мере их получения Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем).

8.7. В случае, если предоставленных Выгодоприобретателем документов недостаточно для подтверждения факта наступления события, его причин, характера и размера ущерба, Страховщик вправе в течение 5 (пяти) рабочих дней запросить у соответствующих лиц (Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, правоохранительных органов и других организаций, которые могли бы располагать информацией об обстоятельствах произошедшего события) необходимые дополнительные документы, информацию и соответствующие разъяснения, имеющие отношение к наступившему событию (в том числе постановление об отказе в возбуждении уголовного дела, постановление о прекращении либо приостановлении производства по делу, приговор суда).

В случае непредоставления правоохранительными органами и другими организациями запрошенных Страховщиком документов обязанность по предоставлению таких документов лежит на Застрахованном лице (Выгодоприобретателе).

Необходимость предоставления документов определяется характером наступившего события и требованиями законодательства.

Непредоставление требуемых Страховщиком документов, необходимых для решения вопроса о страховой выплате, без объективных причин дает ему право отказать в выплате страхового обеспечения в части, не подтвержденной такими документами.

8.8. После получения всех необходимых документов, предусмотренных пунктами 8.3, 8.5 – 8.7 Правил, Страховщик обязан принять решение о признании или непризнании заявленного события страховым случаем либо об отказе в страховой выплате.

Решение о признании события страховым случаем оформляется путем составления акта о страховом случае по форме, утвержденной Страховщиком, в течение 5 (пяти) рабочих дней после дня получения последнего документа. Акт о страховом случае является основанием для выплаты страхового обеспечения.

Если событие не признано страховым случаем, то в течение 5 (пяти) рабочих дней после дня получения последнего документа составляется документ произвольной формы и в течение 5 (пяти) рабочих дней после дня составления указанного документа направляется Страхователю в письменной форме с обоснованием причин отказа.

8.9. Предоставление Застрахованному лицу инструкций со стороны Страховщика или сервисной службы (ассистанса) в связи с наступлением события, которое впоследствии может быть признано страховым случаем, а также принятие Страховщиком или сервисной службой (ассистансом) мер по предотвращению и уменьшению размера убытка не является основанием для признания этого события страховым случаем.

8.10. Страховое обеспечение выплачивается в пределах страховых сумм, установленных договором страхования, в размере ущерба.

8.11. Размер ущерба определяется:

8.11.1. **по риску болезни или несчастного случая за границей** – в размере понесенных расходов, подтвержденных документально;

8.11.2. **по риску несчастного случая:**

8.11.2.1. в случае смерти Застрахованного лица – 100 % от страховой суммы по риску несчастного случая;

8.11.2.2. в случае установления инвалидности Застрахованного лица:

I, II группы инвалидности, категория «ребенок-инвалид» (четвертая, третья и вторая степень утраты здоровья) – 100% от страховой суммы по риску несчастного случая;

III группа инвалидности, категория «ребенок-инвалид» (первая степень утраты здоровья) – 50 % от страховой суммы по риску несчастного случая;

8.11.2.3. в случае временного расстройства здоровья Застрахованного лица – в соответствии с Приложением 2 к Правилам в процентах от страховой суммы по риску несчастного случая;

8.12. Если риск несчастного случая принят на страхование и в результате несчастного случая у Застрахованного лица наступит смерть или инвалидность в течение 1 года со дня наступления страхового случая, Страховщик производит доплату страхового обеспечения с учётом ранее выплаченных сумм за вред, причинённый жизни или здоровью Застрахованного лица, но не более страховой суммы по риску несчастного случая.

8.13. Количество дней нахождения Застрахованного лица на амбулаторном или стационарном лечении (срок лечения) определяется на основании данных, содержащихся в документах организаций здравоохранения (справке, выписке из медицинской карты, листке или справке о временной нетрудоспособности), находящихся на территории стран, к которым относится территория действия страхования.

8.14. Выплата страхового обеспечения осуществляется в валюте страховой суммы, если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь или соглашением сторон.

Выплата страхового обеспечения осуществляется:

в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы, если страховой взнос был уплачен в белорусских рублях;

в иностранной валюте исходя из кросс-курса, рассчитанного на основании официальных курсов белорусского рубля, установленных Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте выплаты страхового обеспечения и валюте страховой суммы (в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь).

Все курсы валют, указанные в настоящем пункте, применяются на дату составления Страховщиком акта о страховом случае.

8.15. Общая сумма страхового обеспечения, подлежащая выплате Страховщиком по всем страховым случаям, наступившим в течение срока действия договора страхования, в отношении одного Застрахованного лица не может превышать установленной договором страхования страховой суммы на Застрахованное лицо.

Общая сумма страхового обеспечения, подлежащая выплате Страховщиком по всем страховым случаям, наступившим в течение срока действия договора страхования, в отношении всех Застрахованных лиц по договору страхования не может превышать страховую сумму по договору страхования.

8.16. Выплата страхового обеспечения осуществляется Выгодоприобретателю в безналичном порядке путем перечисления в банк на счет или без открытия счета, если стороны не пришли к иному

соглашению о порядке выплаты и данный порядок не противоречит законодательству Республики Беларусь.

8.17. Выплата страхового обеспечения производится в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня, следующего за днем составления акта о страховом случае.

8.18. За несвоевременную выплату страхового обеспечения по вине Страховщика Выгодоприобретателю выплачивается пеня за каждый день просрочки от суммы, подлежащей выплате, в размере 0,1 % – юридическому лицу и 0,5 % – физическому лицу, в том числе индивидуальному предпринимателю.

8.19. Выгодоприобретатель обязан возвратить Страховщику полученную сумму страховой выплаты (или ее соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое в соответствии с законодательством Республики Беларусь или по Правилам полностью или частично лишает Страхователя права на ее получение.

Возврат суммы страховой выплаты (или ее соответствующей части) осуществляется Выгодоприобретателем не позднее 30 (тридцати) календарных дней после дня получения уведомления от Страховщика об обнаружении такого обстоятельства, которое по законодательству Республики Беларусь или по Правилам полностью или частично лишает Выгодоприобретателя права на получение страховой выплаты.

В случае несвоевременного возврата Страховщику суммы страховой выплаты (или ее соответствующей части) Выгодоприобретатель уплачивает Страховщику пеню в размере 0,5 % от невозвращенной суммы за каждый день просрочки.

Уплата пени не освобождает Выгодоприобретателя от необходимости возврата суммы страхового обеспечения, подлежащей возврату Страховщику.

9. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

9.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения:

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

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

9.1.3. за убытки, возникшие вследствие того, что Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки;

9.1.4. если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) отказался от своего права требования к лицу, ответственному за ущерб, или осуществление этого права стало невозможным по вине Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), в том числе в связи с отказом Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) от привлечения лица, ответственного за ущерб, к административной, уголовной ответственности;

9.1.5. в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь.

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

9.2.1. после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, не уведомил о его наступлении Страховщика в соответствии с пунктами 8.1, 8.2 Правил, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

9.2.2. создал препятствия Страховщику в определении обстоятельств, характера наступившего события и (или) размера вреда, в том числе в результате неисполнения, ненадлежащего исполнения своих обязанностей при наступлении страхового случая, предусмотренных Правилами;

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

9.3. Решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней после дня получения всех необходимых документов и сообщается Выгодоприобретателю в течение 5 (пяти) рабочих дней в письменной форме с обоснованием причины отказа.

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия – в судебном порядке, установленном действующим законодательством Республики Беларусь.

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

Настоящие Правила № 15 добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на время поездки за границу вступают в силу с 14.08.2026.

Специалист управления
методологии и актуарных расчетов Т.А. Чуевская

Приложение 1 к Правилам № 15
добровольного страхования от
несчастных случаев и болезней
на время поездки за границу

Базовые страховые тарифы
по риску болезни или несчастного случая за границей

Срок пребывания (в днях)	Страховая сумма на Застрахованное лицо			
	30 000 USD / EUR	50 000 USD / EUR	70 000 USD / EUR	100 000 USD / EUR
1-5	3	4	4	5
6-7	4	5	6	7
8-10	6	7	8	9
11-13	8	9	11	12
14-15	9	11	12	14
16-18	11	13	15	17
19-21	12	14	16	18
22	14	15	18	20
23	14	16	19	21
24	15	17	19	22
25	15	17	20	23
26	16	18	21	23
27	16	19	22	24
28	17	19	22	25
29	18	20	23	26
30	18	21	24	27
31-32	19	22	26	28
33-34	20	23	27	30
35-36	21	24	28	32
37-38	23	26	30	33
39-40	24	27	31	35
41-42	25	28	33	37
43-45	26	29	34	38
46-47	27	31	36	40
48-51	29	33	38	42
52-53	30	35	40	45
54-55	31	36	42	46
56-59	33	37	43	48
60-61	34	39	45	51
62-65	36	41	47	53
66-69	38	43	50	55
70-74	40	45	52	58
75-78	42	48	55	61
79-83	44	50	58	64
84-87	46	52	60	67

88-89	47	53	62	69
90	47	54	63	70
91	48	54	63	71
92-119	53	61	71	79
120-121	59	67	78	87
122-126	60	68	80	89
127-134	62	71	83	92
135-143	65	74	86	96
144-154	68	78	90	101
155-161	71	80	93	104
162-172	73	83	97	108
173-177	75	85	99	111
178-184	76	87	101	113
185-190	78	89	103	115
191-204	80	91	106	118
205-215	82	94	109	122
216-227	85	96	112	125
228-240	86	98	114	128
241-256	89	101	117	131
257-274	91	103	120	134
275-296	93	105	122	137
297-327	95	107	125	140
328-350	96	109	127	142
351-366	97	110	128	143

Приложение 2 к Правилам № 15
добровольного страхования от
несчастных случаев и болезней
на время поездки за границу

ТАБЛИЦА
размеров страхового обеспечения, подлежащего выплате в связи со страховыми случаями по риску несчастного случая (в соответствии с подпунктом 2.2.2 пункта 2.2 Правил)

Ст.	Характер повреждения в результате несчастного случая	Размер страхового обеспечения, % *
КОСТИ ЧЕРЕПА, НЕРВНАЯ СИСТЕМА		
1.	Перелом костей черепа:	
	а) наружной пластинки костей свода	10
	б) свода	15
	в) основания	20
	г) свода и основания	25
2.	Внутричерепные травматические гематомы:	
	а) эпидуральная	10
	б) субдуральная, внутримозговая, отек головного мозга	15
	в) эпидуральная и субдуральная (внутримозговая)	20
3.	Повреждения головного мозга:	
	а) сотрясение головного мозга, черепно-мозговая травма:	
	при сроке лечения до 5 дней включительно	3
	при сроке лечения от 6 до 10 дней включительно	5
	б) сотрясение головного мозга, черепно-мозговая травма при сроке лечения 11 и более дней	8
	в) ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние	15
	г) неудаленные инородные тела полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)	15
	д) размозжение вещества головного мозга (без указания симптоматики)	50
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если в связи с черепно-мозговой травмой проводились оперативные вмешательства на костях черепа, головном мозге и его оболочках, дополнительно однократно выплачивается 10 % от страховой суммы по риску несчастного случая. 2. В том случае, когда в результате одной травмы наступят несколько повреждений, перечисленных в одной из статей 1 – 3, страховое обеспечение выплачивается по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелое повреждение. При повреждениях, указанных в статьях 1 – 3, страховое обеспечение выплачивается с учетом каждого из них путем суммирования.		

4.	Повреждение нервной системы (травматическое, токсическое, гипоксическое), повлекшее за собой:	
	а) астенический синдром, дистонию, энцефалопатию	5
	б) арахноидит, энцефалит (за исключением клещевого), арахноэнцефалит, менингит	10
	в) эпилепсию	15
	г) верхний или нижний монопарез (парез одной верхней или нижней конечности), энцефаломиелит	30
	д) геми- или парапарез (парез обеих верхних или обеих нижних конечностей, парез правых или левых конечностей), амнезию (потерю памяти)	40
	е) моноплегию (паралич одной конечности)	50
	ж) тетрапарез (парез верхних и нижних конечностей), нарушение координации движений, слабоумие (деменцию)	70
	з) геми-, пара- или тетраплегию, афазию (потерю речи)	80
	и) декортикацию, нарушение функции тазовых органов	100
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Страховое обеспечение в связи с последствиями травмы нервной системы, указанными в статье 4, выплачивается в том случае, если они установлены организацией здравоохранения не ранее 3 месяцев со дня травмы. При этом страховое обеспечение выплачивается дополнительно к страховому обеспечению, выплаченному в связи со страховыми событиями, приведшими к поражению нервной системы. 2. Если Страховщику представлены справки о лечении и (или) иные аналогичные медицинские документы (далее, если не указано иное, – справки о лечении) по поводу травмы, указанной в статьях 1, 2, 3, 5, 6, а также об осложнении в связи с этой травмой, страховое обеспечение выплачивается по соответствующей статье и статье 4 путем суммирования. 3. При снижении остроты зрения или понижении слуха в результате черепно-мозговой травмы страховое обеспечение выплачивается с учетом этой травмы и указанных осложнений по соответствующим статьям путем суммирования. 4. Не является основанием для выплаты страхового обеспечения заболевание клещевыми инфекциями (в том числе клещевым энцефалитом).		
5.	Периферическое повреждение черепно-мозгового нерва:	
	а) одного черепно-мозгового нерва (за исключением зрительного и слухового нерва)	10
	б) двух и более нервов	15
6.	Повреждение спинного мозга на любом уровне, без указания симптомов:	
	а) сотрясение	8
	б) ушиб	15
	в) сдавление, гематомиелия	30
	г) частичный разрыв	50
	д) полный перерыв спинного мозга	100

ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если страховое обеспечение выплачено по статье 6 («а», «б», «в», «г»), а в дальнейшем возникли осложнения, перечисленные в статье 4 и подтвержденные документом организации здравоохранения, страховое обеспечение по статье 4 выплачивается дополнительно к страховому обеспечению, выплаченному ранее. 2. Если в связи с травмой спинного мозга проводились оперативные вмешательства, дополнительно однократно выплачивается 10 % от страховой суммы по риску несчастного случая.		
7.	Посттравматические повреждения нервов: невриты, невралгии, невропатии, нейропатии	8
ПРИМЕЧАНИЕ. Статья применяется, если указанные посттравматические повреждения имеются по истечении 2 месяцев с даты травмы.		
8.	Повреждение (перерыв, ранение) шейного, плечевого, крестцового сплетений:	
	а) травматический плексит	10
	б) частичный разрыв сплетения	40
	в) перерыв сплетения	70
ПРИМЕЧАНИЕ. Статья 7 и статья 8 одновременно не применяются, если повреждения на одной стороне.		
9.	Повреждение нервов (полные перерыв, перерез, разрыв):	
	а) ветвей лучевого, локтевого, срединного (пальцевых нервов) на кисти	8
	б) одного: лучевого, локтевого или срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового или большеберцового нервов	15
	в) двух и более: лучевого, локтевого, срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового и большеберцового нервов	20
	г) одного: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного – на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного или бедренного нервов	25
	д) двух и более: подмышечного, лучевого локтевого, срединного – на уровне локтевого состава и плеча, седалищного и бедренного нервов	40
9.1.	Частичный разрыв нерва на одной конечности	5
ПРИМЕЧАНИЕ. Повреждение нервов на уровне пальцев стопы и пальцев кисти не является основанием для выплаты страхового обеспечения.		
ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ		
10.	Паралич аккомодации одного глаза	15
11.	Гемианопсия (выпадение половины поля зрения одного глаза), повреждение мышц глазного яблока, века (травматическое косоглазие, птоз, диплопия)	20
12.	Сужение поля зрения одного глаза:	
	а) неконцентрическое	10
	б) концентрическое	15
13.	Пульсирующий экзофтальм одного глаза	20
14.	Повреждения глаза:	

	а) непроникающее ранение глазного яблока, гифема, контузия глаза, (ушиб), если при указанных повреждениях проводилось стационарное лечение	5
	б) проникающее ранение глазного яблока, ожоги глаза II и III степени (кроме электроофтальмии), гемофтальм, рубцы оболочек глазного яблока и век (внутренняя сторона)	10

ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Лечение непроникающих ранений глазного яблока, контузий (ушибов) глаза в амбулаторных условиях, ожоги глаза без указания степени, а также ожоги глаза I степени не являются основанием для выплаты страхового обеспечения по данной статье, но, если факт травмы подтвержден и проводилось лечение, применяется статья 109.

2. Если повреждения, перечисленные в статье 14, повлекут за собой снижение остроты зрения, размер страхового обеспечения определяется в соответствии со статьей 20, а статья 14 не применяется. Если в связи с повреждением глазного яблока страховое обеспечение выплачивалось по статье 14, а в дальнейшем травма осложнилась снижением остроты зрения, и это дает основание для выплаты страхового обеспечения в большем размере, окончательный размер страхового обеспечения определяется с учетом ранее выплаченного страхового обеспечения.

3. Поверхностные инородные тела на оболочках глаза не являются основанием для выплаты страхового обеспечения.

4. Если в связи с проникающим ранением глаза проводилось оперативное вмешательство, дополнительно выплачивается 5 % от страховой суммы по риску несчастного случая однократно.

5. Если в результате одной травмы наступят несколько повреждений, перечисленных в данной статье, страховое обеспечение выплачивается по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелое повреждение.

15.	Повреждение слезопроводящих путей одного глаза:	
	а) не повлекшее за собой нарушения функции слезопроводящих путей	5
	б) повлекшее за собой нарушение функции слезопроводящих путей	15
16.	Последствия травмы глаза:	
	а) конъюнктивит, кератит, увеит, иридоциклит, хориоретинит, посттравматическая эрозия роговицы	5
	б) дефект радужной оболочки, смещение хрусталика, изменение формы или размера зрачка, трихиаз (неправильный рост ресниц), заворот века, неудаленные инородные тела в глазном яблоке и тканях глазницы	10
	в) посттравматическая отслойка, разрыв сетчатки глаза, эндофтальмит, панофтальмит	20
	г) удаление глазного яблока (полное или частичное)	50

ПРИМЕЧАНИЕ. Если врач-окулист не ранее чем через 4 месяца после травмы глаза установит, что имеются патологические изменения, перечисленные в статьях 10 – 13, 15 «б», 16, страховое обеспечение выплачивается с учетом всех последствий путем суммирования, но не более 50 % от страховой суммы по риску несчастного случая за один глаз.

17.	Повреждение глаза (глаз), повлекшие за собой полную потерю зрения единственного глаза или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0,01 Утрата зрения одного глаза	100 50
18.	Удаление в результате травмы глазного яблока слепого глаза	15
19.	Перелом орбиты	10
20.	Снижение остроты зрения (см. Дополнение 1 к настоящему Приложению)	

ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если не ранее, чем через 4 месяца после травмы будут установлены патологические изменения, перечисленные в статьях 10 – 13, 15 «б», 16 «а»-«в», страховое обеспечение выплачивается с учетом всех последствий путем суммирования, но не более 50 % от страховой суммы по риску несчастного случая за один глаз.

2. Если сведения об остроте зрения поврежденного глаза до травмы отсутствуют, то условно следует считать, что она была такой же, как неповрежденного. Однако если острота зрения неповрежденного глаза окажется ниже, чем поврежденного, условно следует считать, что острота зрения поврежденного глаза равнялась 1,0.

3. Если в результате травмы повреждены оба глаза и сведения об их зрении до травмы отсутствуют, следует условно считать, что острота их зрения составляла 1,0.

4. Если в связи с посттравматическим снижением остроты зрения имплантирован искусственный хрусталик или применена корригирующая линза, страховое обеспечение выплачивается с учетом остроты зрения до операции.

5. Если в результате одной травмы наступят несколько последствий, перечисленных в статье 16, страховое обеспечение выплачивается по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелое последствие.

	ОРГАНЫ СЛУХА	
21.	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:	
	а) перелом хряща, отсутствие до 1/3 части ушной раковины	5
	б) отсутствие 1/3 -1 /2 части ушной раковины	10
	в) отсутствие более 1/2 части ушной раковины	20

ПРИМЕЧАНИЕ. Если страховое обеспечение выплачено по статье 21, статья 57 не применяется.

22.	Повреждение одного уха, повлекшее за собой снижение слуха:	
	а) шепотная речь на расстоянии от 1 до 3 м	5
	б) шепотная речь – до 1 м	15
	в) полная глухота (при наличии костной проводимости)	25
	г) полная глухота (при отсутствии костной проводимости)	50

ПРИМЕЧАНИЕ. Решение о выплате страхового обеспечения в связи со снижением в результате травмы слуха принимается после окончания лечения, но не ранее 4 месяцев со дня травмы. До истечения этого срока предварительно может быть выплачено страховое обеспечение с учетом факта травмы по статьям 23, 24 «а».

23.	Разрыв одной барабанной перепонки, наступивший в результате травмы и не повлекший за собой снижения слуха	5

ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если в результате травмы произошел разрыв барабанной перепонки, и наступило снижение слуха, страховое обеспечение определяется по статье 22. Статья 23 в данном случае не применяется. 2. Если разрыв барабанной перепонки произошел в результате перелома основания черепа (средняя черепная ямка), следствием чего явилось кровотечение или выделение ликвора, статья 23 не применяется.		
24.	Повреждение одного уха, повлекшее за собой посттравматический отит:	
	а) острый гнойный, если проводилось стационарное лечение	3
	б) хронический	5
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. В случае лечения посттравматического острого гнойного отита в амбулаторных условиях применяется статья 109. 2.Страховое обеспечение по статье 24 «б» выплачивается дополнительно и только в том случае, если это осложнение травмы будет установлено оториноларингологом по истечении 3 месяцев после травмы. До истечения этого срока предварительно может быть выплачено страховое обеспечение с учетом факта травмы по соответствующей статье.		
ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА		
25.	Повреждения костей лицевого черепа:	
	а) перелом (трещина), вывих костей, хряща носа, стенок гайморовой пазухи, стенок лобной пазухи, посттравматическое искривление носовой перегородки	5
	б) перелом решетчатой кости	15
	в) повреждения костей лицевого черепа, повлекшие за собой полную утрату обоняния	20
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если в результате одной травмы наступят несколько повреждений, перечисленных в данной статье, страховое обеспечение выплачивается по каждому повреждению, указанному в пунктах «а»-«в» настоящей статьи, путем суммирования. 2.Если травма костей лицевого черепа потребовала проведения оперативного вмешательства, дополнительно однократно выплачивается 3 % от страховой суммы по риску несчастного случая.		
26.	Ушиб легкого, посттравматические осложнения: ателектаз, подкожная эмфизема, гемоторакс, гидроторакс, пневмония (в связи с повреждением органов грудной клетки), гемоторакс, пневмоторакс, экссудативный плеврит, инородное тело (тела) в грудной полости:	
	а) с одной стороны	10
	б) с двух сторон	20
ПРИМЕЧАНИЕ. Если переломы ребер, грудины повлекли за собой последствия, предусмотренные статьей 26, страховое обеспечение по этой статье выплачивается дополнительно к статьям 28, 29.		
27.	Повреждение грудной клетки и ее органов, повлекшее за собой:	
	а) легочную недостаточность (по истечении 4 месяцев со дня травмы)	15
	б) удаление доли, части легкого	40
	в) удаление одного легкого	60
ПРИМЕЧАНИЕ. При выплате страхового обеспечения по статье 27 «б», «в», статья 27 «а» не применяется.		

28.	Перелом грудины	10
29.	Переломы ребер:	
	а) перелом одного ребра, реберной дуги	5
	б) перелом каждого последующего ребра (за каждое ребро)	3
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. При переломе ребер во время реанимационных мероприятий страховое обеспечение выплачивается на общих основаниях. 2. Перелом хрящевой части ребра является основанием для выплаты страхового обеспечения.		
30.	Проникающее ранение грудной клетки без повреждения органов грудной полости, не потребовавшее проведения торакотомии, торакоскопии, торакоцентеза; дренирование грудной полости в связи с травмой	8
30.1.	Торакотомия, торакоскопия, торакоцентез, проведенные в связи с травмой:	
	а) при отсутствии повреждения органов грудной (плевральной) полости; повторные торакотомии, торакоскопии, торакоцентез (независимо от их количества)	10
	б) при повреждении органов грудной (плевральной) полости	15
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если в связи с повреждением грудной клетки и ее органов было произведено удаление легкого или его части, страховое обеспечение выплачивается в соответствии со статьей 27, а статьи 30, 30.1 при этом не применяются. Статьи 30, 30.1 и статья 26 одновременно не применяются (при одностороннем повреждении). 2. Если в связи с травмой грудной полости проводились дренирование, торакоскопия, торакоцентез, торакотомия, страховое обеспечение выплачивается с учетом наиболее сложного вмешательства однократно.		
31.	Повреждение гортани, трахеи, щитовидного хряща, перелом подъязычной кости, ожог верхних дыхательных путей, не повлекшие за собой нарушения функции органов	5
ПРИМЕЧАНИЕ. Если в связи с травмой проводилась бронхоскопия с целью удаления инородного тела в бронхах, трахеостомия (трахеотомия), дополнительно выплачивается 5 % от страховой суммы по риску несчастного случая.		
32.	Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, трахеостомия, произведенные в связи с травмой и повлекшие за собой:	
	а) осиплость или потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 4 месяцев после травмы	15
	б) потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 6 месяцев после травмы	25
ПРИМЕЧАНИЕ. Страховое обеспечение по статье 32 выплачивается дополнительно к страховому обеспечению, выплаченному в связи с травмой по статье 31. Факт того, что травма повлекла за собой нарушение функции гортани или трахеи, устанавливается по истечении 4 месяцев после травмы. До истечения этого срока предварительно может быть выплачено страховое обеспечение с учетом факта травмы по статье 31.		
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА		

33.	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, не повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность; отек или ушиб сердца	25
ПРИМЕЧАНИЕ. Если в связи с повреждением сердца, крупных магистральных сосудов проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается страховое обеспечение в размере 10 % от страховой суммы по риску несчастного случая, при эндопротезировании с целью восстановления сосудистого русла – 15 % от страховой суммы по риску несчастного случая.		
34.	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность:	
	а) I степени	20
	б) II – III степени	25
ПРИМЕЧАНИЕ. Если в медицинском заключении не указана степень сердечно-сосудистой недостаточности, страховое обеспечение выплачивается по статье 34 «а».		
35.	Повреждение крупных периферических сосудов (не повлекшее за собой нарушения кровообращения) на уровне:	
	а) предплечья, голени	8
	б) плеча, бедра	15
36.	Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой сосудистую недостаточность.	25
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. К крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, легочную, безымянную, сонные артерии, внутренние яремные вены, верхнюю и нижнюю полые вены, воротную вену, а также магистральные сосуды, обеспечивающие кровообращение внутренних органов. К крупным периферическим сосудам относятся подключичные, подмышечные, плечевые, локтевые и лучевые артерии, подвздошные, бедренные, подколенные, передние и задние большеберцовые артерии, плечеголовные, подключичные, подмышечные, бедренные и подколенные вены. 2. Страховое обеспечение по статьям 34, 36 выплачивается дополнительно и только если указанные в этих статьях осложнения травмы будут установлены по истечении 4 месяцев после травмы. До истечения этого срока предварительно может быть выплачено страховое обеспечение с учетом факта травмы по статье 33. 3. Если в связи с повреждением крупных сосудов проводились операции с целью восстановления сосудистого русла, дополнительно выплачивается 5 % от страховой суммы по риску несчастного случая.		
ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ		
37.	Перелом верхней челюсти, скуловой кости или нижней челюсти, вывих челюсти:	
	а) вывих челюсти	8
	б) перелом одной кости	10
	в) перелом двух и более костей или двойной перелом одной кости	15

ПРИМЕЧАНИЯ. 1. При переломе челюсти, случайно наступившем во время стоматологических манипуляций, страховое обеспечение выплачивается на общих основаниях. 2. Перелом альвеолярного отростка, наступивший при потере зубов, не является основанием для выплаты страхового обеспечения. При переломе альвеолярного отростка без потери зуба страховое обеспечение выплачивается по статье 37 «а». При переломе альвеолярного отростка, повлекшем потерю зуба, страховое обеспечение выплачивается по статье 42. 3. Если в связи с травмой челюстей, скуловых костей проводились оперативные вмешательства (кроме иммобилизации шинированием), дополнительно однократно выплачивается 5 % от страховой суммы по риску несчастного случая.		
38.	Привычный вывих челюсти	8
ПРИМЕЧАНИЕ. При привычном вывихе нижней челюсти страховое обеспечение выплачивается дополнительно к страховому обеспечению по статье 37, если это осложнение наступило в результате травмы, полученной в период страхования или в течение 1 года после нее. При рецидивах привычного вывиха челюстей страховое обеспечение не выплачивается.		
39.	Повреждение челюсти, повлекшее за собой отсутствие:	
	а) части альвеолярного отростка	15
	б) части челюсти (за исключением альвеолярного отростка)	35
	в) челюсти	75
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. При выплате страхового обеспечения в связи с отсутствием челюсти или ее части учтена и потеря зубов, независимо от их количества. 2. В тех случаях, когда травма челюсти сопровождалась повреждением других органов ротовой полости, страховое обеспечение, подлежащее выплате, определяется с учетом этих повреждений по соответствующим статьям путем суммирования. 3. При выплате страхового обеспечения по статье 39 дополнительная выплата страхового обеспечения за оперативные вмешательства не производится.		
40.	Повреждение языка, полости рта (ранение, ожог, отморожение), повлекшее за собой:	
	а) образование рубцов (независимо от их размера)	5
	б) слюнных свищей	10
41.	Повреждение языка, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие кончика языка	10
	б) отсутствие дистальной трети языка	15
	в) отсутствие языка на уровне средней трети	30
	г) отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка	60
42.	Повреждение зубов, повлекшее за собой:	
	а) отлом коронки зуба менее 1/3, вывих зуба, не повлекшие его потерю	3
	б) отлом коронки на 1/3 и более, перелом корня зуба, продольный перелом зуба, вывих зуба с его потерей; потерю 1 зуба	5
	в) потерю 2 – 3 зубов	10

	г) потерю 4 – 6 зубов	15
	д) потерю 7 – 9 зубов	20
	е) потерю 10 и более зубов	25
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. При переломе или потере в результате травмы зубов с несъемными протезами страховое обеспечение выплачивается исходя из потери только опорных зубов. При повреждении в результате травмы съемных протезов страховое обеспечение не выплачивается. 2. При потере или переломе молочных зубов у детей до 5 лет включительно выплата производится на общих основаниях. 3. При потере зубов и переломе челюсти размер страхового обеспечения подлежащего выплате, определяется по статье 37 и статье 42 путем суммирования. 4. Если в связи с травмой зуба страховое обеспечение выплачивалось по статье 42 «а», а в дальнейшем этот зуб был удален, и это дает основание для выплаты страхового обеспечения в большем размере, окончательный размер страхового обеспечения определяется с учетом ранее выплаченного страхового обеспечения. 5. Если удаленный в связи с травмой зуб будет имплантирован, страховое обеспечение выплачивается на общих основаниях по статье 42. В случае удаления этого зуба дополнительная выплата не производится. 6.Перелом коронок зубов или вывих зубов, пораженных болезнями кариозного (кариес, пульпит, периодонтит) или некариозного происхождения (гипоплазия эмали, флюороз), в том числе пломбированных, рассматривается как патологический, и страховое обеспечение не выплачивается. 7.Любые повреждения зубов, произошедшие в процессе приема пищи, не являются основанием для выплаты страхового обеспечения.		
43.	Повреждение (ранение, разрыв, ожог) глотки пищевода, желудка, кишечника, не повлекшее за собой функциональных нарушений, а также эзофагогастроскопия, произведенная в связи с этими повреждениями или с целью удаления инородных тел из пищевода, желудка, кишечника	10
44.	Повреждение (ранение, разрыв, ожог) пищевода вызвавшее сужение и иные повреждения пищевода:	
	а) сужение 1 степени	15
	б) сужение 2-3 степени	25
	в) сужение 4 степени	35
	г) непроходимость пищевода (при наличии гастростомы), а также состояние после пластики пищевода	90
ПРИМЕЧАНИЕ. Размер страхового обеспечения по статье 44, определяется не ранее, чем через 6 месяцев со дня травмы. До истечения этого срока предварительно может быть выплачено страховое обеспечение с учетом факта травмы по статье 43.		
45.	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) органов пищеварения, случайное острое отравление, повлекшее за собой:	
	а) холецистит, дуоденит, гастрит, панкреатит, энтерит, колит, проктит, парапроктит	5
	б) рубцовое сужение (деформацию) желудка, кишечника, заднепроходного отверстия	20

	в) спаечную болезнь, состояние после операции по поводу спаечной непроходимости	25
	г) кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы	50
	д) противоестественный задний проход (колостома)	90
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. При осложнениях травмы, предусмотренных подпунктами «а», «б», «в», страховое обеспечение выплачивается при условии, что эти осложнения имеются по истечении 4 месяцев после травмы, а предусмотренные подпунктами «г» и «д» – по истечении 6 месяцев после травмы. Ранее этих сроков страховое обеспечение может быть выплачено по статье 43, а выплата страхового обеспечения по статье 45 в соответствующем случае является дополнительной к выплате страхового обеспечения по статье 43. 2. Если в результате одной травмы возникают осложнения, перечисленные в разных подпунктах, страховое обеспечение выплачивается с учетом каждого из них путем суммирования.		
46.	Повреждение печени в результате травмы или случайного острого отравления, повлекшие за собой подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства, гепатит, сывороточный гепатит, развившийся непосредственно в связи с травмой, печеночную недостаточность	10
47.	Повреждения печени, желчного пузыря, повлекшие за собой:	
	а) ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря	20
	б) ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря	25
	в) удаление части печени	30
	г) удаление части печени и желчного пузыря	40
	д) удаление печени	50
48.	Повреждение селезенки, повлекшее за собой:	
	а) ушиб селезенки, подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства	10
	б) резекцию селезенки	15
	в) удаление селезенки	30
49.	Повреждения желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, повлекшие за собой:	
	а) образование ложной кисты поджелудочной железы	20
	б) резекцию желудка, кишечника, поджелудочной железы	30
	в) удаление желудка	70
ПРИМЕЧАНИЕ. При последствиях травмы, перечисленных в одном подпункте, страховое обеспечение выплачивается однократно. Однако, если травма различных органов повлечет за собой осложнения, указанные в различных подпунктах, страховое обеспечение выплачивается с учетом каждого из них путем суммирования.		
50.	Повреждение органов живота, в связи с которым произведены:	
	а) лапароскопия (лапароцентез)	8

	б) лапаротомия при подозрении на повреждение органов живота (в том числе с лапароскопией, лапароцентезом), повреждение сальника и брыжейки	10
	в) лапаротомия при повреждении органов живота (в том числе с лапароскопией, лапароцентезом)	15
	г) повторные лапаротомии (независимо от их количества)	10
ПРИМЕЧАНИЯ: 1. Если в связи с травмой органов живота имеются основания для выплаты страхового обеспечения по статьям 46 – 49, статья 50 не применяется (за исключением подпункта «г»). 2. Если в результате одной травмы повреждены различные органы брюшной полости, из которых один или несколько удалены, а другой (другие) ушиты, страховое обеспечение выплачивается по соответствующим статьям и статье 50 однократно.		
МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ И ПОЛОВАЯ СИСТЕМЫ		
51.	Повреждение почки, повлекшее за собой:	
	а) ушиб почки, подкапсульный разрыв почки	10
	б) удаление части почки	25
	в) удаление почки	50
52.	Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря мочеиспускательного канала), повлекшее за собой:	
	а) цистит, уретрит	5
	б) пиелит, пиелоцистит, пиелонефрит	10
	в) уменьшение объема мочевого пузыря	15
	г) острую почечную недостаточность	25
	д) сужение мочеточника, мочеиспускательного канала, включая синдром длительного раздавливания	20
	е) нарушение функции почек при синдроме длительного раздавливания (травматический токсикоз, краш-синдром, синдром размозжения)	30
	ж) хроническую почечную недостаточность, непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи	40
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если в результате травмы наступит нарушение функции нескольких органов мочевыделительной системы, процент страхового обеспечения определяется по одному из подпунктов статьи 52, учитывающему наиболее тяжелое последствие повреждения. 2. Страховое обеспечение в связи с последствиями травмы, перечисленными в подпунктах «а», «б», «в», «г», «д», «ж» статьи 52, выплачивается в том случае, если эти осложнения имеются по истечении 4 месяцев после травмы. Ранее этого срока страховое обеспечение может быть выплачено по статье 51 или статье 54, а выплата страхового обеспечения по статье 52 в соответствующем случае является дополнительной к выплатам страхового обеспечения по статье 51 или статье 54.		
53.	Оперативные вмешательства, произведенные в связи с травмой органов мочевыделительной системы:	
	а) цистостомия	10
	б) при подозрении на повреждение органов	15

	в) при повреждении органов	20
	г) повторные операции, произведенные в связи с травмой (независимо от их количества)	10
ПРИМЕЧАНИЕ. Если в связи с травмой произведено удаление почки или ее части, страховое обеспечение выплачивается по статье 51 «б», «в», а статья 53 не применяется.		
54.	Ранение, разрыв, ожог, отморожение, гематома (ущемление) мошонки, семенного канатика, полового члена, яичка, яичника, вульвы, промежности, половых губ, влагалища	10
ПРИМЕЧАНИЕ. Если в результате повреждения проводилось оперативное вмешательство, то дополнительно выплачивается 5 % от страховой суммы по риску несчастного случая.		
55.	Посттравматическое повреждение половой системы, повлекшее за собой:	
	а) удаление одного яичника, маточной трубы, яичка, обеих половых губ	15
	б) удаление обоих яичников, обеих маточных труб, яичек, части полового члена, единственной маточной трубы, единственного яичника, яичка	30
	в) потерю матки у женщин в возрасте:	
	до 40 лет	50
	с 40 до 50 лет	30
	50 лет и старше	15
	г) потерю полового члена и обоих яичек	50
МЯГКИЕ ТКАНИ		
56.	Повреждение мягких тканей лица (в т.ч. обморожения, ожоги), переднебоковой поверхности шеи, подчелюстной области, ушных раковин, повлекшее за собой после заживления:	
	а) образование косметически заметных рубцов площадью от 0,5 см.кв. и более или длиной 1 см и более, пигментных пятен от 1 до 5 см.кв. включительно	5
	б) значительное нарушение косметики	15
	в) резкое нарушение косметики	30
	г) обезображение	70
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. К косметически заметным рубцам относятся рубцы, отличающиеся по окраске от окружающей кожи, втянутые или выступающие над ее поверхностью, стягивающие ткани. Обезображение – резкое изменение естественного вида лица человека в результате механического, химического, термического и других воздействий. Резкое изменение естественного вида лица человека в результате механического, химического, термического и других внешних воздействий, охватывающее: менее 15 % поверхности лица, – значительное нарушение косметики; от 15 % и менее 70 % поверхности лица, – резкое ухудшение косметики; от 70 % поверхности лица, – обезображение.		

2. Если в связи с переломом костей лицевого черепа со смещением отломков произведена операция (открытая репозиция), вследствие чего на лице образовался рубец, страховое обеспечение выплачивается с учетом перелома и послеоперационного рубца, если этот рубец нарушает косметику в той или иной степени. 3. Если в результате повреждения мягких тканей лица, переднебоковой поверхности шеи, подчелюстной области образовался рубец или пигментное пятно, и в связи с этим выплачена соответствующая часть страхового обеспечения, а затем Застрахованное лицо получило повторную травму, повлекшую за собой образование новых рубцов (пигментных пятен), страховое обеспечение вновь выплачивается с учетом последствий повторной травмы.		
57.	Повреждение мягких тканей (в т.ч. обморожения, ожоги) волосистой части головы, туловища, конечностей, повлекшее за собой после заживления образование рубцов площадью:	
	а) от 2,0 см кв. до 0,5 % поверхности тела или длиной 5 см и более	5
	б) от 0,5 % до 2,0 % поверхности тела	10
	в) от 2,0 % до 4,0 % поверхности тела	15
	г) от 4 % до 6 % поверхности тела	20
	д) от 6 % до 8 % поверхности тела	25
	е) от 8 % до 10 % поверхности тела	30
	ж) от 10 % до 15 % поверхности тела	35
	з) 15 % и более поверхности тела	40
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если страховое обеспечение выплачивается за оперативное вмешательство (при открытых повреждениях, при пластике сухожилий, сшивании сосудов, нервов и т.п.), статья 57 не применяется. 2. При определении площади рубцов учитываются рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного трансплантата для замещения пораженного участка кожи.		
58.	Повреждение мягких тканей (в т.ч. обморожения, ожоги) туловища, конечностей, повлекшее за собой образование пигментных пятен площадью:	
	а) от 1 % и менее 5 % поверхности тела	8
	б) от 5 % и менее 15 % поверхности тела	15
	в) 15 % поверхности тела и более	25
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Решение о выплате страхового обеспечения по статьям 56 – 58 принимается после заживления раневых поверхностей, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. 2. Страховое обеспечение по статьям 56 – 58 выплачивается путем суммирования с учетом ранее выплаченных сумм, но не более 40 % от страховой суммы по риску несчастного случая.		
59.	Ожоги, обморожения и их последствия:	
	а) ожоги III-IV степени, обморожения III-IV степени	8
	б) ожоговая болезнь, ожоговый шок	20
ПРИМЕЧАНИЕ. Страховое обеспечение по статье 59 выплачивается дополнительно к страховому обеспечению, выплачиваемому в связи с ожогом.		
60.	Повреждение мягких тканей:	
	а) трансплантация (пересадка) кожи	3

	б) неудаленные инородные тела, посттравматический периостит, не рассосавшаяся в течение 2 (двух) и более месяцев гематома	5
	в) полный или частичный разрыв мышц (за исключением мышц плеча), разрыв сухожилий (за исключением пальцев кисти и стопы, ахиллова сухожилия), взятие аутотрансплантата из другого отдела опорно-двигательного аппарата (костно-мышечная система)	8
ПРИМЕЧАНИЕ. Если при разрыве сухожилия производилась операция – шов сухожилия, то дополнительно однократно выплачивается 5 % от страховой суммы по риску несчастного случая.		
ПОЗВОНОЧНИК		
61.	Перелом, переломо-вывих или вывих тел, дужек и суставных отростков позвонков (за исключением креста и копчика):	
	а) одного – двух	20
	б) трех – пяти	30
	в) шести и более	40
62.	Разрыв межпозвонковых связок	8
ПРИМЕЧАНИЕ. При рецидивах подвывиха позвонка страховое обеспечение не выплачивается.		
63.	Перелом каждого поперечного или остистого отростка, подвывих позвонков, частичный или полный разрыв связочного аппарата отдела (отделов) позвоночника	8
64.	Перелом крестца	15
65.	Повреждения копчика:	
	а) подвывих, вывих копчиковых позвонков	5
	б) перелом копчиковых позвонков	10
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если в связи с травмой позвоночника (в том числе крестца и копчика) проводились оперативные вмешательства, дополнительно однократно выплачивается 10 % от страховой суммы по риску несчастного случая. 2. Если перелом или вывих позвонков сопровождался повреждением спинного мозга, страховое обеспечение выплачивается с учетом обоих повреждений путем суммирования. 3. Если в результате одной травмы произойдет перелом тела позвонка, повреждение связок, перелом поперечных или остистых отростков в одном позвонке, страховое обеспечение выплачивается однократно по статье, предусматривающей наиболее тяжелое повреждение. 4. Выплата страхового обеспечения за подвывих позвонков производится соответствующему Застрахованному лицу 1 раз в период действия договора страхования.		
ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ		
ЛОПАТКА И КЛЮЧИЦА		
66.	Перелом лопатки, ключицы, полный или частичный разрыв акромиально-ключичного, грудино-ключичного сочленений:	
	а) перелом, вывих одной кости, разрыв одного сочленения	10

	б) перелом двух костей, двойной перелом одной кости, разрыв двух сочленений или перелом, вывих одной кости и разрыв одного сочленения, переломо-вывих ключицы	15
	в) разрыв двух сочленений и перелом одной кости, перелом двух костей и разрыв одного сочленения	20
	г) несросшийся перелом (ложный сустав)	20

ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если в связи с повреждениями, перечисленными в статье 66, проводились оперативные вмешательства, дополнительно однократно выплачивается 5 % от страховой суммы по риску несчастного случая.

2. Страховое обеспечение в связи с несросшимся переломом (ложным суставом) выплачивается, если это осложнение травмы будет установлено организацией здравоохранения по истечении 6 месяцев после травмы. Эта выплата является дополнительной.

ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ

67.	Повреждения области плечевого сустава (суставной впадины лопатки, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, бугорков, суставной сумки, вращательной манжеты):	
	а) разрыв сухожилий, связок, капсулы сустава, отрывы костных фрагментов, в том числе большого бугорка, перелом суставной впадины лопатки, вывих плеча, разрыв мышц плеча (вращательной манжеты), разрыв суставной губы	10
	б) перелом двух костей, перелом лопатки и вывих плеча	15
	в) перелом плеча (головки, анатомической, хирургической шейки), переломо-вывих плеча	20

ПРИМЕЧАНИЕ. Выплата страхового обеспечения за повреждение вращательной манжеты производится соответствующему Застрахованному лицу 1 раз в период действия договора страхования.

68.	Повреждения плечевого пояса, повлекшие за собой:	
	а) привычный вывих плеча	15
	б) отсутствие движений в суставе (анкилоз)	25
	в) «болтающийся» плечевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	25

ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Страховое обеспечение по статье 68 выплачивается дополнительно к страховому обеспечению, выплаченному в связи с повреждениями области плечевого сустава, и только если перечисленные в этой статье осложнения будут установлены организацией здравоохранения по истечении 6 месяцев после травмы.

2. Если в связи с травмой плечевого сустава проведены оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 10 % от страховой суммы по риску несчастного случая однократно.

3. Страховое обеспечение при привычном вывихе плеча выплачивается, если он наступил в течение 1 года после первичного вывиха, происшедшего в период действия договора страхования. Диагноз привычного вывиха плеча должен быть подтвержден организацией здравоохранения, в котором производилось его вправление. При рецидивах привычного вывиха плеча страховое обеспечение не выплачивается.

ПЛЕЧО		
69.	Перелом диафиза плечевой кости:	
	а) на любом уровне (верхняя, средняя, нижняя треть)	15
	б) двойной перелом	20
70.	Перелом плечевой кости, повлекший за собой образование несросшегося перелома (ложного сустава) на любом уровне	30
ПРИМЕЧАНИЯ: 1. Страховое обеспечение по статье 70 выплачивается дополнительно к страховому обеспечению, выплаченному в связи с травмой плеча, и только если указанные осложнения будут установлены организацией здравоохранения по истечении 9 месяцев после травмы. 2. Если в связи с травмой области плеча проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно однократно выплачивается 10 % от страховой суммы по риску несчастного случая.		
71.	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации:	
	а) с лопаткой, ключицей или их частью	80
	б) плеча на любом уровне	75
	в) единственной конечности на уровне плеча	100
ПРИМЕЧАНИЕ. Если страховое обеспечение выплачивается по статье 71, дополнительная выплата за оперативные вмешательства и послеоперационные рубцы не производится.		
ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ		
72.	Повреждения области локтевого сустава (метафиза и эпифиза плечевой, локтевой и лучевой костей):	
	а) гемартроз, пронационный подвывих предплечья, подвывих головки лучевой кости	5
	б) отрывы (переломы) костных фрагментов, в том числе надмыщелков плечевой кости, перелом лучевой или локтевой кости, перелом головчатого возвышения (перелом шейки и головки лучевой, локтевого и венечного отростков локтевой кости)	8
	в) перелом лучевой и локтевой кости, одного мыщелка (внутрисуставные), вывих предплечья, вывих лучевой кости	10
	г) перелом плечевой кости, переломо-вывих предплечья, перелом мыщелков, чрезмыщелковый, надмыщелковый перелом	15
	д) перелом плечевой кости с лучевой и локтевой костями	20
ПРИМЕЧАНИЕ. Если в результате одной травмы наступят различные повреждения, перечисленные в статье 72, выплата страхового обеспечения производится в соответствии с подпунктом, учитывающим наиболее тяжелое повреждение.		
73.	Повреждение области локтевого сустава, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в суставе (анкилоз)	15
	б) «болтающийся» локтевой сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	25

ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Страховое обеспечение по статье 73 выплачивается дополнительно к страховому обеспечению, выплаченному в связи с повреждениями области локтевого сустава, и только если нарушение движений в этом суставе будет установлено организацией здравоохранения по истечении 6 месяцев после травмы. 2. Если в связи с травмой области локтевого сустава будут проведены оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно однократно выплачивается 10 % от страховой суммы по риску несчастного случая.		
ПРЕДПЛЕЧЬЕ		
74.	Перелом костей предплечья на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть) диафизов локтевой и лучевой кости:	
	а) перелом одной лучевой кости	8
	б) перелом одной локтевой кости	10
	в) перелом обеих костей предплечья, двойной перелом одной кости	15
ПРИМЕЧАНИЕ. Если в связи с травмой области предплечья проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно однократно выплачивается 5 % от страховой суммы по риску несчастного случая.		
75.	Несросшийся перелом (ложный сустав) костей предплечья:	
	а) одной лучевой кости	10
	б) одной локтевой кости	15
	в) обеих костей предплечья	30
ПРИМЕЧАНИЕ. Страховое обеспечение по статье 75 выплачивается дополнительно к страховому обеспечению, выплаченному в связи с травмой предплечья, и только если это осложнение будет установлено организацией здравоохранения по истечении 9 месяцев после травмы.		
76.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее:	
	а) к ампутации предплечья на любом уровне	65
	б) к экзартикуляции в локтевом суставе	70
	в) к ампутации единственной конечности на уровне предплечья	100
ПРИМЕЧАНИЕ. Если страховое обеспечение выплачивается по статье 76, дополнительная выплата за оперативные вмешательства и послеоперационные рубцы не производится.		
ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ СУСТАВ		
77.	Повреждения области лучезапястного сустава (эпифиза локтевой и лучевой костей):	
	а) отрыв шиловидного отростка, отрыв костного фрагмента (фрагментов), подвывих головки локтевой кости, вывих лучезапястного сустава, перелом одной кости предплечья (внутрисуставной), в т.ч. перелом лучевой кости в типичном месте, перилунарный вывих кисти, переломо-вывих Галеацци	8

	б) перелом двух костей предплечья (внутрисуставной), перелом одной кости и шиловидного отростка другой кости	10
78.	Повреждение области лучезапястного сустава, повлекшее за собой отсутствие движений (анкилоз) в этом суставе	15

ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Страховое обеспечение по статье 78 выплачивается дополнительно к страховому обеспечению, выплаченному в связи с повреждениями области лучезапястного сустава, и только если отсутствие движений в суставе будет установлено организацией здравоохранения по истечении 6 месяцев после травмы.

2. Если в связи с травмой области лучезапястного сустава проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно выплачивается 5 % от страховой суммы по риску несчастного случая.

КИСТЬ

79.	Перелом или вывих костей запястья, пястных костей одной кисти:	
	а) одной кости (кроме ладьевидной), флегмона кисти	8
	б) двух и более костей (кроме ладьевидной)	10
	в) ладьевидной кости	10
	г) вывих, переломо-вывих кисти	20

ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если в связи с травмой кисти проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно однократно выплачивается 5 % от страховой суммы по риску несчастного случая.

2. При переломе (вывихе) в результате одной травмы костей запястья (пястных костей) и ладьевидной кости страховое обеспечение выплачивается с учетом каждого повреждения путем суммирования.

80.	Повреждение кисти, повлекшее за собой:	
	а) несросшийся перелом (ложный сустав) одной или нескольких костей (за исключением отрыва костных фрагментов)	10
	б) потерю всех пальцев, ампутацию на уровне пястных костей запястья или лучезапястного сустава	65
	в) ампутацию единственной кисти	100

ПРИМЕЧАНИЕ. Страховое обеспечение в связи с несросшимся переломом (ложным суставом) костей запястья или пястных костей выплачивается дополнительно по статье 80 «а», и только если это осложнение будет установлено организацией здравоохранения по истечении 6 месяцев после травмы.

ПАЛЬЦЫ КИСТИ

ПЕРВЫЙ ПАЛЕЦ

81.	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	а) отрыв, посттравматическую отслойку ногтевой пластинки, посттравматический панариций (подкожный, подногтевой), посттравматическую паронихию (гнойное воспаление околоногтевого валика)	3

	б) перелом ногтевой фаланги, вывих (подвывих), разрыв связок и (или) суставной сумки, разрыв сухожилия (сухожилий) пальца, посттравматический панариций (сухожильный, суставной, костный)	5
	в) перелом основной фаланги, вывих с разрывом связок и (или) суставной сумки, повреждение (разрыв) сухожилия (сухожилий) сгибателя пальца	8
	г) перелом двух фаланг пальца или наличие на нем двух или более повреждений, каждое из которых относится к подпунктам «а», «б» или «в» настоящей статьи	10
	д) неполную травматическую ампутацию пальца на уровне ногтевой фаланги	10
	е) неполную травматическую ампутацию пальца на уровне основной фаланги	15
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Нагноительные воспаления мягких тканей пальцев кистей, не имеющие непосредственной связи с травмой, не являются основанием для выплаты страхового обеспечения. 2. Если в связи с повреждением сухожилий (шов сухожилия), переломом или вывихом фаланги (фаланг), костным, проводились оперативные вмешательства, дополнительно однократно выплачивается 3 % от страховой суммы по риску несчастного случая.		
82.	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в одном суставе	10
	б) отсутствие движений в двух суставах	15
ПРИМЕЧАНИЕ. Страховое обеспечение в связи с нарушением функции первого пальца выплачивается дополнительно к страховому обеспечению, выплаченному в связи с его травмой, и только если отсутствие движений в суставе (суставах) пальца будет установлено организацией здравоохранения по истечении 6 месяцев после травмы.		
83.	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	а) реампутацию (повторную ампутацию) на уровне этой же фаланги	8
	б) ампутацию на уровне ногтевой фаланги	10
	в) ампутацию на уровне межфалангового сустава (потеря ногтевой фаланги)	15
	г) ампутацию на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца)	20
	д) ампутацию пальца с пястной костью или частью ее	25
ПРИМЕЧАНИЕ. Если страховое обеспечение выплачено по статье 83, дополнительная выплата за оперативные вмешательства и послеоперационные рубцы не производится.		
ВТОРОЙ, ТРЕТИЙ, ЧЕТВЕРТЫЙ, ПЯТЫЙ ПАЛЬЦЫ		
84.	Повреждение одного пальца, повлекшее за собой:	
	а) отрыв, посттравматическую отслойку ногтевой пластинки, посттравматический панариций (подкожный, подногтевой), посттравматическую паронихию (гнойное воспаление околоногтевого валика)	3

	б) перелом ногтевой фаланги, повреждение сухожилия (сухожилий) разгибателей пальца, посттравматический панариций (сухожильный, суставной, костный)	5
	в) неполную травматическую ампутацию пальца на уровне ногтевой фаланги	5
	г) перелом основной и (или) средней фаланги, вывих (подвывих), разрыв связок и (или) суставной сумки, разрыв сухожилия (сухожилий) пальца	8
	д) перелом двух фаланг пальца или наличие на нем двух или более повреждений, каждое из которых относится к подпунктам а), б) или г) настоящей статьи; неполную травматическую ампутацию пальца на уровне основной фаланги	10
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Нагноительные воспаления мягких тканей пальцев кистей, не имеющие непосредственной связи с травмой, не являются основанием для выплаты страхового обеспечения. 2. Если в связи с повреждением сухожилий, переломом или вывихом фаланги (фаланг), костным, суставным сухожильным панарицием проводились оперативные вмешательства, дополнительно однократно выплачивается 3 % от страховой суммы по риску несчастного случая (за каждый палец, если операции проводились в разные дни).		
85.	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в одном суставе	5
	б) отсутствие движений в двух или трех суставах пальца	10
ПРИМЕЧАНИЕ. Страховое обеспечение в связи с нарушением функции пальца выплачивается дополнительно к страховому обеспечению, выплаченному в связи с травмой, и только если отсутствие движений в суставе (суставах) пальца будет установлено организацией здравоохранения по истечении 6 месяцев после травмы.		
86.	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	а) ампутацию на уровне ногтевой фаланги, потерю фаланги, реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги	8
	б) ампутацию на уровне средней фаланги, потерю двух фаланг	10
	в) ампутацию на уровне основной фаланги, потерю пальца	15
	г) потерю пальца с пястной костью или частью ее	20
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если страховое обеспечение выплачено по статье 86, дополнительная выплата за оперативные вмешательства и послеоперационные рубцы не производится. 2. При повреждении нескольких пальцев кисти в период действия одного договора страхования страховое обеспечение выплачивается с учетом каждого повреждения путем суммирования, однако его размер не должен превышать 50 % от страховой суммы по риску несчастного случая для одной кисти и 70 % от страховой суммы по риску несчастного случая для обеих кистей.		
ТАЗ		
87.	Повреждения таза:	
	а) перелом одной кости	10

	б) перелом двух костей или разрыв одного сочленения, двойной перелом одной кости	15
	в) перелом трех и более костей, разрыв двух или трех сочленений, перелом вертлужной впадины	20
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если в связи с переломом костей таза или разрывом сочленений проводились оперативные вмешательства, однократно дополнительно выплачивается 10 % от страховой суммы по риску несчастного случая. 2. Разрыв лонного, крестцово-подвздошного сочленения (сочленений) во время родов является основанием для выплаты страховой суммы на общих основаниях по статье 87 «б» или «в».		
88.	Повреждения таза, повлекшие за собой отсутствие движений в тазобедренных суставах:	
	а) в одном суставе	30
	б) в двух суставах	50
ПРИМЕЧАНИЕ. Страховое обеспечение в связи с нарушением функции тазобедренного сустава (суставов) выплачивается по статье 88 дополнительно к страховому обеспечению, выплаченному в связи с травмой таза, и только если отсутствие движений в суставе будет установлено организацией здравоохранения через 6 месяцев после травмы.		
НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ		
ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ		
89.	Повреждения тазобедренного сустава:	
	а) отрыв костного фрагмента (фрагментов), разрыв связок, суставной сумки	10
	б) изолированный отрыв вертела (вертелов)	15
	в) вывих бедра	20
	г) перелом головки, шейки, проксимального метафиза бедра, межвертельный, чрезвертельный перелом, центральный вывих бедра (перелом вертлужной впадины и вывих бедра)	25
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если в результате одной травмы наступят различные повреждения тазобедренного сустава, страховое обеспечение выплачивается в соответствии с одним из подпунктов, предусматривающим наиболее тяжелое повреждение. 2.Если в связи с травмой тазобедренного сустава проводились одно или несколько оперативных вмешательств (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно однократно выплачивается страховое обеспечение с учетом наиболее сложного вмешательства в размере: 10 % от страховой суммы по риску несчастного случая (за исключением случаев эндопротезирования); 20 % от страховой суммы по риску несчастного случая – при эндопротезировании тазобедренного сустава.		
90.	Повреждения тазобедренного сустава, повлекшие за собой:	
	а) отсутствие движений (анкилоз)	20
	б) несросшийся перелом (ложный сустав) шейки бедра	30
	в) «болтающийся» сустав в результате резекции головки бедра	45

ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Страховое обеспечение в связи с осложнениями, перечисленными в статье 90, выплачивается дополнительно к страховому обеспечению, выплаченному по поводу травмы сустава. 2. Страховое обеспечение по статье 90 «б» выплачивается, если это осложнение травмы будет установлено организацией здравоохранения по истечении 9 месяцев после травмы.		
БЕДРО		
91.	Перелом диафиза бедра:	
	а) на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть)	25
	б) двойной перелом бедра	30
92.	Перелом бедра, повлекший за собой образование несросшегося перелома (ложного сустава)	30
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если в связи с травмой области бедра проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно однократно выплачивается 10 % от страховой суммы по риску несчастного случая. 2. Страховое обеспечение по статье 92 выплачивается дополнительно к страховому обеспечению, выплаченному в связи с переломом бедра, и только если такое осложнение будет установлено организацией здравоохранения по истечении 9 месяцев после травмы.		
93.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра:	
	а) одной конечности	70
	б) единственной или обеих конечностей	100
ПРИМЕЧАНИЕ. Если страховое обеспечение выплачено по статье 93, дополнительная выплата за оперативные вмешательства и послеоперационные рубцы не производится.		
КОЛЕННЫЙ СУСТАВ		
94.	Повреждения области коленного сустава (дистального эпифиза и метафиза бедра, проксимального эпифиза и метафиза большеберцовой кости, надколенника):	
	а) вывих (подвывих) надколенника	5
	б) отрыв костного фрагмента (фрагментов), перелом надмыщелка (надмыщелков), повреждение мениска, разрыв боковых связок	8
	в) перелом надколенника, межмыщелкового возвышения, мыщелков, проксимального возвышения, мыщелков проксимального метафиза большеберцовой кости, разрыв крестообразных связок	10
	г) перелом проксимального метафиза большеберцовой кости с головкой малоберцовой	15
	д) перелом мыщелков бедра, вывих голени	20
	е) перелом дистального метафиза бедра	25
	ж) перелом дистального метафиза, мыщелков бедра с проксимальными отделами одной или обеих берцовых костей	30

ПРИМЕЧАНИЯ. 1. При сочетании различных повреждений коленного сустава страховое обеспечение выплачивается однократно в соответствии с одним из подпунктов статьи 94, предусматривающим наиболее тяжелое повреждение. При установлении диагноза: привычный вывих надколенника страховое обеспечение выплачивается однократно и только в том случае, если он наступил в течение 1 года после первичного вывиха, происшедшего в период действия договора страхования. Диагноз привычного вывиха должен быть подтвержден организацией здравоохранения, в котором производилось его вправление. При рецидивах привычного вывиха плеча страховое обеспечение не выплачивается.

2.Если в связи с травмой области коленного сустава проводились одно или несколько оперативных вмешательств (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно однократно выплачивается страховое обеспечение с учетом наиболее сложного вмешательства в размере:

10 % от страховой суммы по риску несчастного случая (за исключением случаев эндопротезирования);

20 % от страховой суммы по риску несчастного случая – при эндопротезировании области коленного сустава.

95.	Повреждение области коленного сустава, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в суставе	20
	б) «болтающийся» коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	30
	в) эндопротезирование	40

ПРИМЕЧАНИЕ. Страховое обеспечение по статье 95 выплачивается дополнительно к страховому обеспечению, выплаченному в связи с травмой этого сустава.

ГОЛЕНЬ

96.	Перелом костей голени (за исключением области суставов):	
	а) малоберцовой, отрывы костных фрагментов, перелом головки малоберцовой кости	8
	б) большеберцовой, двойной перелом малоберцовой	10
	в) обеих костей, двойной перелом большеберцовой	15

ПРИМЕЧАНИЕ. Размер страхового обеспечения по статье 96 определяется при:

переломах малоберцовой кости в верхней и средней трети;

переломах диафиза большеберцовой кости верхней и средней трети;

переломах большеберцовой кости в области диафиза (верхняя, средняя треть) и переломах малоберцовой кости в верхней или средней трети.

97.	Перелом костей голени, повлекший за собой несросшийся перелом, ложный сустав (за исключением костных фрагментов):	
	а) малоберцовой кости, резекция части кости	8
	б) большеберцовой кости	15
	в) обеих костей	20

ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Страховое обеспечение по статье 97 выплачивается дополнительно к страховому обеспечению, выплаченному в связи с переломом костей голени, и только если такие осложнения будут установлены организацией здравоохранения по истечении 9 месяцев после травмы.

2. Если в результате травмы произошло укорочение нижней конечности на 3 см и более, то дополнительно выплачивается 10 % от страховой суммы по риску несчастного случая. 3. Если в связи с травмой голени проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно однократно выплачивается 10 % от страховой суммы по риску несчастного случая.		
98.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, повлекшее за собой:	
	а) ампутацию голени на любом уровне, экзартикуляцию в коленном суставе	60
	б) ампутацию единственной конечности на любом уровне голени	90
ПРИМЕЧАНИЕ. Если страховое обеспечение выплачено в связи с ампутацией голени, дополнительная выплата за оперативное вмешательство и послеоперационные рубцы не производится.		
ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ		
99.	Повреждения области голеностопного сустава (дистального метафиза и эпифиза большеберцовой костей и их лодыжек), эпифизиолиз костей голеностопного сустава:	
	а) перелом одной лодыжки или изолированный разрыв межберцового синдесмоза, перелом края большеберцовой кости (заднего или переднего), разрыв связок в голеностопном суставе, перелом малоберцовой кости в нижней трети, перелом большеберцовой кости в нижней трети, эпифизиолиз большеберцовой, малоберцовой кости.	10
	б) перелом двух лодыжек или перелом одной лодыжки с краем большеберцовой кости, дистальный метаэпифизарный перелом большеберцовой кости	15
	в) перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости (трехлодыжечный)	20
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. При переломах костей голеностопного сустава, сопровождающихся разрывом межберцового синдесмоза, подвывихом (вывихом) стопы, дополнительно однократно выплачивается 5 % от страховой суммы по риску несчастного случая. 2. Если в связи с травмой области голеностопного сустава проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно однократно выплачивается 10 % от страховой суммы по риску несчастного случая.		
100.	Повреждение области голеностопного сустава, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в голеностопном суставе	20
	б) «болтающийся» голеностопный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	40
	в) экзартикуляцию в голеностопном суставе	50
101.	Повреждение ахиллова сухожилия:	
	а) при консервативном лечении	5

	б) при оперативном лечении	20
СТОПА		
102.	Повреждения стопы:	
	а) перелом, вывих одной кости (за исключением пяточной и таранной), перелом сесамовидной кости	8
	б) перелом, вывих двух костей, перелом таранной кости	10
	в) перелом, вывих трех и более костей, перелом пяточной кости, подтаранный вывих стопы, вывих в поперечном суставе стопы Шопара или предплюсне-плюсневом суставе Лисфранка	15
ПРИМЕЧАНИЕ. Если в связи с повреждением стопы проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно выплачивается страховое обеспечение в размере 5 % от страховой суммы по риску несчастного случая однократно.		
103.	Повреждение стопы, повлекшее за собой:	
	а) несросшийся перелом (ложный сустав) одной-двух костей (за исключением пяточной и таранной костей)	8
	б) несросшийся перелом (ложный сустав) трех и более костей, а также таранной или пяточной кости	10
	в) артродез подтаранного сустава, поперечного сустава предплюсны (Шопара) или предплюсне-плюсневого (Лисфранка)	15
103.1.	Повреждение стопы, повлекшее за собой ампутацию на уровне:	
	а) плюсне-фаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)	20
	б) плюсневых костей или предплюсны	30
	в) таранной, пяточной костей (потеря стопы)	50
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Страховое обеспечение в связи с осложнениями травмы стопы, предусмотренными статьей 103, выплачивается дополнительно к страховому обеспечению, выплаченному в связи с травмой стопы, и только если они будут установлены организацией здравоохранения по истечении 6 месяцев после травмы, а по статье 103.1 – независимо от срока прошедшего со дня травмы. 2. Если страховое обеспечение выплачивается в связи с ампутацией стопы, дополнительная выплата за оперативные вмешательства и послеоперационные рубцы не производится. 3. Если в результате травмы ноги произошло укорочение нижней конечности на 3 см и более, то дополнительно выплачивается страховое обеспечение в размере 10 % страховой суммы по риску несчастного случая.		
ПАЛЬЦЫ СТОПЫ		
104.	Перелом, вывих фаланги (фаланг) с разрывом суставной сумки, повреждение (разрыв) сухожилия (сухожилий):	
	а) отрыв ногтевой пластинки посттравматическая отслойка ногтевой пластинки, посттравматический панариций (подкожный, подногтевой), посттравматическая паронихия (гнойное воспаление околоногтевого валика)	3
	б) посттравматический панариций (сухожильный, суставной, костный)	5

	в) одного пальца	5
	г) двух – трех пальцев	8
	д) четырех – пяти пальцев	10
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если в связи с переломом, вывихом или повреждением сухожилий пальца (пальцев) проводились оперативные вмешательства, дополнительно однократно выплачивается страховое обеспечение в размере 3 % от страховой суммы по риску несчастного случая. 2.Открытая рана, одно повреждение (возникло одномоментно): ушибленная (резаная, рубленная, скальпированная и др.) рана одна или несколько ран пальцев стопы без повреждения костно-суставного аппарата и сухожилий оплачиваются по статье 109 независимо от количества поврежденных пальцев. 3. Выплата страхового обеспечения по подпунктам «а», «б» настоящей статьи производится соответствующему Застрахованному лицу 1 раз в период действия договора страхования.		
105.	Травматическая ампутация или повреждение пальцев стопы, повлекшее за собой ампутацию:	
	первого пальца:	
	а) на уровне ногтевой фаланги или межфалангового сустава	5
	б) на уровне основной фаланги или плюсне-фалангового сустава	10
	второго, третьего, четвертого, пятого пальцев:	
	в) одного – двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	5
	г) одного – двух пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-фаланговых суставов	10
	д) трех – четырех пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	15
	е) трех – четырех пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-ногтевых суставов	20
105.1.	Неполная травматическая ампутация на любом уровне:	
	а) первого пальца; одного-двух пальцев (за исключением первого)	5
	б) трех-четырех пальцев (за исключением первого)	10
ПРИМЕЧАНИЕ. Если страховое обеспечение выплачивается по статьям 105 – 105.1, дополнительная выплата за оперативные вмешательства и послеоперационные рубцы не производится.		
106.	Повреждение, повлекшее за собой:	
	а) образование лигатурных свищей	5
	б) лимфостаз, тромбофлебит, нарушения трофики без трофических язв	8
	в) остеомиелит, в том числе гематогенный остеомиелит, нарушение трофики с трофическими язвами	10
ПРИМЕЧАНИЕ. Статья 106 применяется при тромбофлебитах, лимфостазе и нарушениях трофики, наступивших вследствие травмы опорно-двигательного аппарата (за исключением повреждения крупных периферических сосудов и нервов).		

107.	Травматический шок, геморрагический, анафилактический шок, развившийся в связи с травмой	10
ПРИМЕЧАНИЕ. Выплата страхового обеспечения по статье 107 производится дополнительно к выплатам, произведенным в связи с травмой.		
108.	Поражение электрическим током (в том числе атмосферным электричеством); острое отравление химическими веществами и составами (промышленными и бытовыми), лекарствами или грибами; асфиксия (удушье), утопление при сроке лечения:	
	а) от 3 до 15 дней	5
	б) от 16 до 30 дней	8
	в) свыше 30 дней	10
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Не влекут выплату страхового обеспечения пищевые токсикоинфекции, острый гастрит, гастроэнтерит. 2. Если в медицинских документах указано, что события, перечисленные в статье 108, повлекли за собой повреждение каких-либо органов, страховое обеспечение выплачивается по соответствующим статьям, а статья 108 не применяется.		
109.	Временное расстройство здоровья (не предусмотренное статьями 1 – 108), вызванное несчастным случаем, повлекшее:	
109.1.	Амбулаторное лечение сроком:	
	а) до 15 дней	2
	б) от 16 до 30 дней	3
	в) 31 день и более	4
109.2.	Стационарное лечение сроком:	
	а) до 15 дней	6
	б) от 16 до 30 дней	10
	в) 31 день и более	15
ПРИМЕЧАНИЯ. 1. Если в ходе стационарного лечения Застрахованное лицо вводилось в медикаментозную кому и (или) подключалось к аппарату искусственной вентиляции легких, дополнительно однократно выплачивается 3 % от страховой суммы по риску несчастного случая. 2. В случае комбинированного лечения в амбулаторных и стационарных условиях соответствующие проценты выплат, указанные в статьях 109.1 и 109.2, суммируются. Если периоды нахождения одного Застрахованного лица на амбулаторном и (или) стационарном лечении по разным страховым событиям совпадают частично или полностью, размер страхового обеспечения определяется на основании общего количества дней лечения Застрахованного лица. При этом совпадающие дни каждого из периодов при определении общего количества дней лечения учитываются один раз, а общий размер страхового обеспечения по этим страховым событиям не может превышать 20 % от страховой суммы по риску несчастного случая. 3. Максимальная сумма страхового обеспечения по статье 109 по одному страховому случаю не может превышать 20 % от страховой суммы по риску несчастного случая.		
ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ СТАТЕЙ ТАБЛИЦЫ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ. 1. Если производилась выплата страхового обеспечения за оперативные		

вмешательства вследствие травмы, дополнительная выплата за послеоперационные рубцы не производится.
2. Если в связи с травмой проводились оперативные вмешательства, страховое обеспечение выплачивается однократно, независимо от их количества. Если же в результате одной травмы наступят переломы костей различных сегментов конечности (например, плеча и предплечья, бедра и голени и т.п.), страховое обеспечение выплачивается с учетом оперативных вмешательств на каждом из сегментов конечности путем суммирования.
3. Если в связи с травмой выплачено страховое обеспечение, а в дальнейшем будет выявлено более тяжелое повреждение того же органа или осложнение травмы, дающие основание для выплаты страхового обеспечения в большем размере, произведенная ранее выплата вычитается при принятии окончательного решения. Исключение составляют случаи, предусмотренные примечаниями к соответствующим статьям.
4. Если в результате одной травмы наступят повреждения (последствия, осложнения), перечисленные в одной статье, страховое обеспечение выплачивается по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелое повреждение (последствие, осложнение). Исключение составляют случаи, предусмотренные примечаниями к соответствующим статьям.
5. Страховое обеспечение, выплачиваемое в связи с травмой органов, не должно превышать размера страхового обеспечения, выплачиваемого при потере этих органов.

*– от страховой суммы по риску несчастного случая

Дополнение 1 к Приложению 2

Острота зрения		Размер страхового обеспечения, % *	Острота зрения		Размер страхового обеспечения, % *
до травмы	после травмы		до травмы	после травмы	
1,0	0,9	3	0,7	0,3	10
	0,8	5		0,2	15
	0,7	5		0,1	20
	0,6	10		Ниже 0,1	30
	0,5	10		0,0	40
	0,4	10	0,6	0,5	5
	0,3	15		0,4	5
	0,2	20		0,3	10
	0,1	30		0,2	10
	Ниже 0,1	40		0,1	15
	0,0	50		Ниже 0,1	20
0,9	0,8	3		0,0	25
	0,7	5	0,5	0,4	5
	0,6	5		0,3	5
	0,5	10		0,2	10
	0,4	10		0,1	10
	0,3	15		Ниже 0,1	15
	0,2	20		0,0	20
	0,1	30	0,4	0,3	5
	Ниже 0.1	40		0,2	5
	0,0	50		0,1	10
0,8	0,7	3		Ниже 0,1	15
	0,6	5		0,0	20
	0,5	10	0,3	0,2	5
	0,4	10		0,1	5
	0,3	15		Ниже 0,1	10
	0,2	20		0,0	20
	0,1	30	0,2	0,1	5
	Ниже 0,1	40		Ниже 0,1	10
	0,0	50		0,0	20
0,7	0,6	3	0,1	Ниже 0,1	10
	0,5	5		0,0	20
	0,4	10	Ниже 0,1	0,0	20

* – от страховой суммы по риску несчастного случая

ПРИМЕЧАНИЯ. 1. К полной слепоте (0,0) приравнивается острота зрения ниже 0,01 и до светоощущения (счет пальцев у лица).

2. При удалении в результате травмы глазного яблока, обладавшего до повреждения зрением, а также его сморщивании дополнительно выплачивается 10 % от страховой суммы по риску несчастного случая.