



ПРАВИЛА № 021 ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ

(С изменениями, утвержденными Приказом Генерального директора ЗСАО «Ингосстрах» 26.09.2025 № 91 (вступили в силу 01.11.2025))

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на основании настоящих Правил добровольного страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Правила) Закрытое страховое акционерное общество «Ингосстрах» (далее - Страховщик) заключает со Страхователями договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней (далее – договоры страхования).

1.2. По договору страхования Страхователями могут быть:

- юридические лица;
- индивидуальные предприниматели;
- дееспособные физические лица.

Страхователи – физические лица вправе заключать договоры страхования как в свою пользу, так и в пользу иных Выгодоприобретателей.

В случае, если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица, предусмотренные настоящими Правилами.

Застрахованным лицом может быть физическое лицо, за исключением лиц, указанных в пункте 1.5 настоящих Правил.

Договоры, заключенные в отношении единственного Застрахованного лица или нескольких Застрахованных лиц, находящихся в родственной связи, признаются договорами индивидуального страхования.

Договорами коллективного страхования признаются договоры, заключенные в отношении нескольких Застрахованных лиц, при условии, что Застрахованные лица имеют общего работодателя или объединены другим общим интересом, помимо заинтересованности в заключении договора страхования.

1.3. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в договоре не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти лица, застрахованного по договору, в котором не назван иной

Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, в том числе в пользу не являющегося Застрахованным лицом Страхователя, может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованного лица. При отсутствии такого согласия договор может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае смерти этого лица – по иску его наследников.

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

1.5. Застрахованным лицом может быть физическое лицо в возрасте от 30 (тридцати) календарных дней со дня рождения, за исключением лиц, которые на момент заключения договора страхования:

- а) ВИЧ-инфицированы, больны СПИДом;
- б) имеют злокачественные новообразования, в том числе онкогематологические;
- в) являются инвалидами 1 или 2 (не трудоспособной) групп, инвалидами с детства, детьми-инвалидами;
- г) госпитализированы;
- д) имеют тяжелые заболевания эндокринной системы;
- е) страдают слабоумием, эпилепсией, другими тяжелыми расстройствами нервной системы;
- ж) состоят на учете в организациях здравоохранения и имеют психические расстройства (заболевания) с наличием синдрома зависимости от алкоголя (алкоголизм), от наркотических средств и психотропных веществ, их аналогов (наркомания), от токсических или других одурманивающих веществ (токсикомания), а также с наличием абстинентного синдрома (синдрома отмены алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ).

Лица, перенесшие либо страдающие заболеваниями указанными в части первой настоящего пункта, могут быть Застрахованными лицами по договору страхования только при условии, что до заключения договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем об этих заболеваниях и в отношении Застрахованного лица при заключении договора страхования уплачена страховая премия, рассчитанная с применением соответствующего корректировочного коэффициента, учитывающего состояние здоровья этого лица, утвержденного приказом Страховщика.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил(о) Страховщику о Застрахованном лице заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в настоящем пункте, в том числе включил в список застрахованных лицо из числа указанных в части первой настоящего пункта без письменного уведомления Страховщика о таких заболеваниях до заключения договора страхования и доплаты страховой премии в соответствии с частью второй настоящего пункта Правил, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным в отношении такого лица и применения последствий, предусмотренных Гражданским кодексом Республики Беларусь.

1.6. Основные термины, используемые в Правилах:

несчастный случай - внезапное, непреднамеренное и непредвиденное для Застрахованного лица стечание внешних обстоятельств и условий, при котором вопреки воле Застрахованного лица в результате телесных повреждений или токсического воздействия причиняется вред здоровью Застрахованного лица или наступает его смерть.

Не являются несчастным случаем, в смысле настоящих Правил, остро возникшие или хронические заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), спровоцированные воздействием внешних факторов, в частности инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы, опухоли, функциональная недостаточность органов, врожденные аномалии органов;

болезнь - расстройство здоровья человека, нарушение нормальной жизнедеятельности его организма, в том числе в результате травм, ранений, увечий, контузий и неотложных состояний;

хирургическая операция - медицинская процедура, осуществляемая посредством рассечения тканей тела хирургом в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами;

госпитализация - помещение больного для проведения лечения в круглосуточный стационар медицинского учреждения. При этом госпитализацией не признается: помещение Застрахованного лица в стационар для проведения медицинского обследования; нахождение Застрахованного лица в лечебном учреждении или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей;

впервые диагностированное заболевание – заболевание застрахованного лица, установленное в течение срока действия договора страхования, симптомы которого появились не ранее даты начала действия договора страхования либо заболевание (осложнение),

явившееся следствием хирургического вмешательства, проведенного в течение срока действия договора страхования;

зависимые страховые выплаты – это условие осуществления страховой выплаты, применяемое при последовательном наступлении с Застрахованным лицом в течение срока действия договора страхования страховых случаев, причинно-следственная связь между которыми подтверждена соответствующим медицинским заключением (то есть, страховой случай с Застрахованным лицом является причиной наступления с ним последующего(щих) страхового(ых) случая(ев)), и при котором размер страховой выплаты по каждому последующему страховому случаю уменьшается на сумму страховой выплаты, ранее произведенной Страховщиком по предыдущему страховому случаю с этим Застрахованным лицом;

независимые страховые выплаты – это условие осуществления страховой выплаты, применяемое при последовательном наступлении с Застрахованным лицом в течение срока действия договора страхования не связанных между собой страховых случаев, отсутствие причинно-следственной связи между которыми подтверждено соответствующим медицинским заключением (то есть, страховой случай с Застрахованным лицом не является причиной наступления с ним последующего(щих) страхового(ых) случая(ев)), и при котором страховая выплата по каждому последующему страховому случаю производится независимо от суммы страховой выплаты, ранее произведенной Страховщиком по предыдущему(щим) страховому(ым) случаю(ям) с этим Застрахованным лицом.

1.7. Договор страхования может быть заключен с действием как на территории Республики Беларусь, так и за её пределами. Территория, в пределах которой действует договор страхования, указывается в договоре страхования. Страховщик вправе заключать договоры страхования с действием за пределами Республики Беларусь при условии, что он имеет возможность самостоятельно или через своего представителя (при наличии заключенного с ним договора) урегулировать страховые случаи на этой территории.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования по настоящим Правилам являются имущественные интересы Застрахованного лица (Выгодоприобретателя), связанные с причинением вреда жизни или здоровью Застрахованного лица.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является предусмотренное договором страхования событие, при наступлении которого у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату Страхователю (Выгодоприобретателю).

3.2. По настоящим Правилам страховыми случаями являются:

3.2.1. Причинение вреда жизни Застрахованного лица в результате несчастного случая (Вариант 1 «Смерть в результате несчастного случая»).

3.2.2. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее постоянную полную (или частичную) утрату его трудоспособности (инвалидность) (Вариант 2 «Инвалидность в результате несчастного случая»).

3.2.3. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее временную утрату его трудоспособности (для неработающих Застрахованных лиц, в том числе пенсионеров - временное нарушение здоровья) (Вариант 3 «Расстройство здоровья в результате несчастного случая»).

3.2.4. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее травму (тесные повреждения) Застрахованного лица (Вариант 4 «Травма в результате несчастного случая») (в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем (Приложение № 3 к настоящим Правилам)).

3.2.5. Причинение вреда жизни Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая (Вариант 5 «Смерть в результате болезни или несчастного случая»).

3.2.6. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая, повлекшее полную постоянную утрату его трудоспособности (инвалидность). (Вариант 6 «Инвалидность в результате болезни или несчастного случая»).

3.2.7. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая, повлекшее временную утрату его трудоспособности (Вариант 7 «Расстройство здоровья в результате болезни или несчастного случая»).

3.2.8. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, впервые диагностированной в течение срока действия договора страхования, повлекшее проведение хирургической операции. Список хирургических операций по данному страховому событию приведен в Таблице выплат страхового обеспечения в связи с хирургическими вмешательствами (Приложение № 4 к настоящим Правилам). (Вариант 8 «Проведение хирургической операции»).

3.2.9. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая, повлекшее его госпитализацию (Вариант 9 «Госпитализация»).

3.2.10. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая, повлекшее установление ему в медицинском учреждении заключительного диагноза одного из заболеваний или проведение ему одной из хирургических операций, определённых в договоре страхования (Вариант 10 «Критические заболевания»).

Перечень болезней, хирургических операций и специальные условия страхования по данному страховому событию приведены в Дополнительных условиях страхования на случай критических заболеваний (Приложение № 1 к настоящим Правилам).

3.3. События, указанные в пункте 3.2 настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если указанные события, а также несчастный случай или болезнь, в результате которых они наступили, имели место (болезнь была впервые диагностирована) в течение срока действия договора страхования с учетом условий пункта 6.3 настоящих Правил.

В договоре страхования по соглашению сторон с применением соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика, может быть предусмотрено условие о том, что события, указанные в подпунктах 3.2.1, 3.2.2, 3.2.5, 3.2.6 пункта 3.2 настоящих Правил и явившиеся прямым следствием несчастного случая или впервые выявленной (диагностированной) болезни, произошедшие в период действия договора страхования, признаются страховыми случаями, если они наступили в течение одного года со дня соответственно несчастного случая либо установления впервые выявленной (диагностированной) болезни.

В договоре страхования по соглашению сторон с применением соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика, может быть предусмотрено условие о том, что события, указанные в подпунктах 3.2.5 и 3.2.6 пункта 3.2 настоящих Правил и явившиеся прямым следствием впервые выявленной (диагностированной) болезни в период действия договора страхования, признаются страховыми случаями, если они наступили после истечения периода выживания*.

*Период выживания – период в течение 21 календарного дня со дня впервые диагностированной у Застрахованного лица болезни, если при заключении договора страхования соглашением его сторон не установлена иная продолжительность периода выживания. При заключении договора страхования по соглашению его сторон продолжительность периода

выживания может устанавливаться от 1 (одного) до 100 (ста) календарных дней включительно.

3.4. События, указанные в пункте 3.2 настоящих Правил не признаются страховыми случаями, если они наступили в результате:

3.4.1. Алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного лица в результате употребления им алкогольных, наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ или его зависимости, установленной медицинскими учреждениями, от употребления алкогольных, наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ; произошедшего с Застрахованным лицом несчастного случая, если в момент происшествия Застрахованное лицо находилось в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, кроме случаев, когда несчастный случай с Застрахованным лицом произошел по вине третьих лиц.

3.4.2. Установленного судом либо подтвержденного органами прокуратуры, Следственного комитета или иным уполномоченным правоохранительным органом противоправного деяния застрахованного лица, совершенного умышленно.

3.4.3. Самоубийства Застрахованного лица (покушения на самоубийство), за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до самоубийства (покушения на самоубийство) противоправными действиями третьих лиц и кроме случаев, предусмотренных законодательством.

3.4.4. 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, либо передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством такому лицу; или 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 ДТП.

3.4.5. Полета на летательном аппарате или управления им, если Застрахованное лицо не является профессиональным пилотом, за исключением случаев полета в качестве пассажира на рейсовом самолете

или вертолете гражданской авиации, управляемым профессиональным пилотом.

3.4.6. Занятий Застрахованным лицом опасными видами спорта (авто- и мотоспорт, прыжки с парашютом, контактные единоборства, альпинизм, горный и водный туризм, горнолыжный спорт, подводное плавание, дельтапланеризм и т.п.), если эти условия не были оговорены в договоре страхования при его заключении, страховой тариф рассчитан и страховая премия уплачена без применения корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом Страховщика.

3.4.7. Занятий Застрахованным лицом профессиональным спортом.

Профессиональный спорт – часть спорта, включающая предпринимательскую, трудовую и иную не запрещенную законодательством деятельность, направленную на достижение высоких спортивных результатов и связанную с получением вознаграждений (доходов) от организации спортивных мероприятий и (или) участия в них.

Профессиональный спортсмен – спортсмен, для которого занятие профессиональным спортом является основным видом деятельности, осуществляющий деятельность на основании трудового, гражданско-правового договора или в качестве индивидуального предпринимателя и получающий заработную плату и (или) вознаграждение (доход) за спортивную подготовку, участие в спортивных соревнованиях и достигнутые спортивные результаты.

3.4.8. Болезни Застрахованного лица, прямо или косвенно связанный с ВИЧ-инфекцией, СПИДом или любым другим аналогичным синдромом, за исключением случаев заражения Застрахованного лица ВИЧ-инфекцией в период действия договора страхования, вызванного действиями других лиц, за которые законодательством предусмотрена уголовная ответственность, и случаев, указанных в подпункте 4.12 пункта 4 Дополнительных условий страхования на случай критических заболеваний (Приложение № 1 настоящих Правил), если этот риск включен в договор страхования.

3.4.9. Отравления (передозировки) алкогольсодержащими веществами, наркотическими средствами, психотропными веществами, их аналогами, токсическими или другими одурманивающими веществами; механической асфиксии в связи с закрытием дыхательных путей пищей, жидкостью, рвотными массами, отравления угарным газом, продуктами горения, переохлаждения, произошедшими с застрахованным лицом, находившимся в состоянии алкогольного опьянения или состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, что подтверждается заключениями компетентных органов, когда застрахованное лицо добровольно привело себя в указанное состояние

(кроме случаев, когда несчастный случай (заболевание) наступил в результате противоправных умышленных действий третьих лиц).

3.4.10. Несоблюдения Национального календаря профилактических прививок и перечня профилактических прививок по эпидемическим показаниям, утвержденных в установленном законодательством порядке Министерством здравоохранения Республики Беларусь (за исключением случаев, когда имеются документально подтвержденные организацией здравоохранения противопоказания для прививок, а также за исключением событий, указанных в подпунктах 3.2.1 – 3.2.4 пункта 3.2 настоящих Правил, наступивших в результате несчастных случаев).

3.4.11. Несоблюдения карантинных мероприятий.

3.4.12. Следующих заболеваний (состояний), за исключением заболевания, явившегося осложнением, наступившим в связи с несчастным случаем и его последствиями, в связи с которыми по настоящим Правилам Застрахованное лицо имеет право на страховую выплату:

3.4.12.1. ВИЧ – инфекции (СПИДа), сифилиса, гонореи;
 3.4.12.2. онкологических (злокачественных) заболеваний;
 3.4.12.3. почечной, печеночной недостаточностей;
 3.4.12.4. цирроза печени, вызванного хроническими гепатитами В, С или употреблением алкоголя;

3.4.12.5. туберкулеза;
 3.4.12.6. заболеваний крови;
 3.4.12.7. психических заболеваний, а также эpileпсии;
 3.4.12.8. являющихся осложнениями заболеваний, диагностированных до начала действия договора страхования;

3.4.12.9. пищевых токсицинфекций, кроме детей в возрасте до 16 лет включительно;

3.4.12.10. острых нарушений кровообращения на фоне имеющихся заболеваний сердца, сосудов, артериальной гипертензии;

3.4.12.11. врожденных заболеваний, вне зависимости от времени установления диагноза и (или) проявления симптомов, а также заболеваний, являющихся осложнениями врожденных заболеваний;

3.4.12.12. системных (автоиммунных) заболеваний.

3.5. Страховыми случаями также не признаются:

3.5.1. Причинение вреда жизни (смерть) Застрахованного лица, причинение вреда здоровью Застрахованного лица, повлекшее его инвалидность, вследствие заболевания, имевшегося у Застрахованного лица на дату заключения договора страхования, даже, если Застрахованному лицу не было известно о наличии такого заболевания, но факт наличия такого заболевания на дату заключения договора

страхования подтверждается медицинскими заключениями, предоставленными Страховщику учреждениями здравоохранения.

3.5.2. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица, повлекшее временную утрату трудоспособности или госпитализацию Застрахованного лица в связи с заболеванием, диагностированным у Застрахованного лица на дату заключения договора.

3.5.3. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица, повлекшее временную утрату трудоспособности в связи с заболеванием зубов и необходимостью их лечения (за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая), венерическими болезнями, любыми заболеваниями нервной системы, психическими расстройствами вне зависимости от их классификации, пищевой токсикоинфекцией (за исключением случаев, повлекших госпитализацию больного), заболеваниями, приобретенными при проведении лечения методами народной (нетрадиционной) медицины.

3.5.4. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица, повлекшее хирургические операции, связанные с лечением, имплантацией, удалением, восстановлением зуба и другие операции на зубе (если только лечение, удаление, восстановление зуба не вызвано несчастным случаем, произошедшим в течение действия страхования); оперативное лечение ожогов I и II степени площадью менее 15% общей поверхности тела; вскрытие воспалений кожи, тканей и суставов; удаление шовного материала; пластические и косметические операции (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия страхования); хирургические операции, прямо или косвенно связанные с заболеванием СПИДом; диагностику методами эндоскопии, лапароскопии и артроскопии; удаление непролиферирующих опухолей *in-situ*; операции, связанные со всеми видами рака кожи за исключением пролиферирующей злокачественной меланомы; операции по смене пола, стерилизация.

3.5.5. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица, повлекшее его госпитализацию, связанную с лечением зубов, с пластическими или косметическим операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия страхования), с психическими и наркологическими заболеваниями, с заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

3.5.6. Расстройство здоровья, либо смерть Застрахованного лица произошедших в результате судорожных синдромов, синдрома зависимости от алкоголя (алкоголизм), от наркотических средств и психотропных веществ, их аналогов (наркомания), от токсических или других одурманивающих веществ (токсикомания), а также абстинентного

синдрома (синдрома отмены алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ), имевших место в период действия страхования и подтвержденных документами, выданными соответствующими компетентными органами (медицинскими учреждениями, МРЭК, ЗАГС, МВД и др.).

3.5.7. Причинение вреда жизни или здоровью застрахованного лица, когда имеется прямая причинно – следственная связь между причинением вреда жизни или здоровью застрахованному лицу и потреблением застрахованным лицом алкогольсодержащих веществ, наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ (кроме случаев, когда состояние опьянения наступило помимо воли застрахованного лица при проведении медицинских манипуляций (лечения) либо когда несчастный случай (заболевание) наступил в результате противоправных умышленных действий третьих лиц).

3.5.8. Причинение вреда жизни (смерть) или здоровью (полная постоянная утрата трудоспособности (инвалидность) Застрахованного лица в результате впервые диагностированной болезни Застрахованного лица в период действия договора страхования, произошедшие в течение установленного договором страхования периода выживания.

Если установленный в договоре страхования период выживания превысит срок действия этого договора, то ответственность Страховщика прекращается в 24 часа 00 минут последнего дня действия договора страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой (лимитом ответственности) является установленная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязан произвести страховую выплату при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма по договору страхования может устанавливаться по соглашению сторон как в белорусских рублях, так и в иностранной валюте.

В рамках страховой суммы, установленной в целом по договору страхования, по соглашению сторон могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика по рискам, указанным в договоре страхования.

При страховании группы лиц, страховая сумма и лимиты ответственности по страховым рискам устанавливаются в отношении каждого Застрахованного лица в отдельности. Страховая сумма по

договору страхования устанавливается путем суммирования страховых сумм, установленных на каждое Застрахованное лицо.

4.3. Соглашением Страхователя со Страховщиком, оформленным в письменном виде в соответствии с законодательством, может быть изменено количество застрахованных лиц в рамках действующего договора страхования на основании письменного заявления Страхователя, составленного по форме, утвержденной приказом Страховщика.

При увеличении количества застрахованных лиц в заявлении должны быть указаны сведения о Застрахованных лицах.

Страховая сумма по договору страхования в случае увеличения количества лиц, подлежащих страхованию, представляет сумму первоначальной страховой суммы по договору страхования и страховой суммы, рассчитанной на увеличивающее количество Застрахованных лиц.

Страховая премия, подлежащая доплате по одному Застрахованному лицу, подлежащему включению в список Застрахованных лиц, определяется по формуле:

$$\Pi = CC \times BST \times K1 \dots \times Kn$$

Π – страховая премия, подлежащая доплате;

CC – страховая сумма, установленная на Застрахованное лицо, подлежащее включению в список застрахованных лиц;

BST – базовый годовой страховой тариф;

$K1-Kn$ – корректировочные коэффициенты, применяемые к базовым страховым тарифам, в рамках действующего договора страхования.

По письменному соглашению Страхователя и Страховщика в течение действия договора страхования может быть увеличена страховая сумма по отдельным Застрахованным лицам и по договору страхования в целом. Страховщик производит расчет страховой премии, подлежащей доплате Страхователем, которая рассчитывается, согласно формуле:

$$\Delta\Pi = (HCC \times T2 - PCC \times T1) \times n/t$$

$\Delta\Pi$ – дополнительная страховая премия;

HCC – страховая сумма с учетом внесенных изменений в договор страхования;

PCC – страховая сумма, установленная по договору страхования до внесения изменений в договор страхования;

$T1$ – страховой тариф до внесения изменений в договор страхования;

$T2$ – страховой тариф с учетом внесенных изменений в договор страхования;

n – количество дней, оставшихся до окончания срока действия договора страхования с даты внесения изменений в условия договора;

t – срок действия договора страхования в календарных днях.

Дополнительная страховая премия уплачивается Страхователем единовременно при заключении договора о внесении изменений в условия договора добровольного страхования от несчастных случаев и болезней, либо по соглашению сторон частями в сроки, установленные договором страхования при его заключении для уплаты очередных (оставшихся) частей страховой премии, но не позднее последнего рабочего дня оплаченного периода.

Изменения в договор добровольного страхования вносятся в письменной форме в соответствии с законодательством.

4.4. Общая сумма всех выплат страхового обеспечения по всем страховым случаям по договору страхования не может превышать установленной данным договором страховой суммы. При страховании группы лиц общая сумма всех выплат страхового обеспечения по всем страховым случаям по данному договору страхования в отношении Застрахованного лица не может превышать установленной данным договором страховой суммы в отношении этого Застрахованного лица. Общая сумма всех выплат страхового обеспечения по риску не может превышать установленного по данному риску лимита ответственности.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

5.1. Страховая премия – сумма денежных средств, подлежащая уплате Страхователем Страховщику за страхование.

5.2. Размер страховой премии определяется Страховщиком исходя из страховой суммы и страхового тарифа (базового страхового тарифа, утвержденного Страховщиком и применяемых к нему корректировочных коэффициентов, утвержденных приказом Страховщика).

5.3. Страховая премия по договору страхования уплачивается Страхователем путем безналичного перечисления или наличными денежными средствами в установленном законодательством порядке.

При заключении договора страхования на срок менее 3 месяцев страховая премия уплачивается единовременно при заключении договора страхования, или по соглашению сторон не позднее дня, предшествующего дню вступления договора страхования в силу, указанному в договоре страхования, в соответствии с пунктом 6.5 настоящих Правил.

По договорам страхования, заключенным на срок 3 месяца и более, страховая премия уплачивается:

единовременно при заключении договора страхования, или по соглашению сторон не позднее дня, предшествующего дню вступления договора страхования в силу, указанному в договоре страхования;

при согласии Страховщика в рассрочку: в два срока, поквартально, ежемесячно, ежегодно по принципу предоплаты, не позднее последнего рабочего дня оплаченного периода в сроки и размере, указанные в договоре страхования.

При уплате страховой премии в рассрочку первая часть страховой премии в размере не менее $1/n$ (где n – соответственно количество этапов, кварталов, месяцев) от исчисленной страховой премии по договору уплачивается при его заключении или по соглашению сторон не позднее дня, предшествующего дню вступления договора страхования в силу, указанному в договоре, а оставшиеся части страховой премии уплачиваются не позднее последнего дня оплаченного периода (этапа, квартала, месяца).

Порядок и сроки уплаты страховой премии указываются в договоре страхования.

5.4. Если страховая сумма по договору страхования установлена в иностранной валюте, уплата страховой премии может быть произведена в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь как в иностранной валюте, так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы на день уплаты страховой премии (ее части).

5.5. По соглашению сторон договора страхования может быть предусмотрено, что при неуплате очередной части страховой премии в установленные договором страхования сроки, договор страхования продолжает действовать на прежних условиях при наличии письменных обязательств Страхователя погасить имеющуюся задолженность (отсроченную сумму страховой премии) не позднее 60 календарных дней со дня отсрочки платежа. При неуплате отсроченной части страховой премии в течение указанного срока, договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем 60-дневного срока, в течение которого Страхователь обязан уплатить – отсроченную часть страховой премии. При этом Страхователь не освобождается от уплаты части страховой премии, по которой соглашением сторон договора страхования предусмотрена отсрочка платежа за указанный 60-дневный срок действия договора страхования. При этом остальные (последующие) части страховой премии, по которым отсрочка платежа не предусмотрена соглашением сторон договора страхования, уплачиваются в порядке, предусмотренном этим договором при его заключении.

5.6. Если страховой случай наступил до уплаты очередной части страховой премии, внесение которой просрочено, Страховщик удерживает сумму просроченной части страховой премии из суммы страхового обеспечения, подлежащего выплате.

5.7. Уплата страховой премии производится по безналичному расчету или наличными деньгами в соответствии с законодательством – юридическим лицом; по безналичному расчету или наличными деньгами в соответствии с законодательством в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю – физическим лицом.

5.8. Если Страхователь уплачивает страховую премию в рассрочку, и страховой случай наступил до уплаты очередной части страховой премии, то Страховщик при определении размера подлежащего выплате страхового обеспечения удерживает сумму неуплаченной страховой премии. Применение данного условия оговаривается в договоре страхования.

5.9. Страхователь до истечения срока действия договора страхования, заключенного со Страховщиком на срок в один год и более, вправе обратиться к Страховщику с письменным заявлением о заключении нового договора страхования на срок не менее одного года с предоставлением отсрочки уплаты страховой премии (ее первой части) (при наличии письменного обязательства Страхователя оплатить страховую премию не позднее последнего рабочего дня предоставленной Страховщиком отсрочки по оплате страховой премии). Страховщик вправе предоставить Страхователю отсрочку в уплате страховой премии (ее первой части) по новому договору на срок до 60 календарных дней со дня начала действия нового договора страхования.

Страховщик обязан выдать договор страхования до вступления в силу нового договора страхования. Новый договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания срока действия предыдущего договора страхования.

Страхователь, в порядке выполнения своих обязательств по договору, обязан оплатить страховую премию, обусловленную договором страхования, в размере и в сроки, установленные договором.

Если страховой случай наступил в период предоставленной Страховщиком отсрочки, Страхователь не освобождается от уплаты страховой премии, обусловленной договором страхования, в размере и в сроки, установленные договором.

При неуплате Страхователем страховой премии в установленные договором страхования сроки и размере, Страхователь обязан уплатить Страховщику пеню за каждый день просрочки в размере 0,1 % от суммы,

подлежащей оплате, а Страховщик вправе взыскать неуплаченную страховую премию по договору страхования и пеню в судебном порядке.

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на срок от одного дня до трех лет включительно.

Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя по утвержденной приказом Страховщика форме, которое является неотъемлемой частью договора страхования, устного заявления Страхователя или предложения Страховщика о добровольном страховании от несчастных случаев и болезней на условиях Правил, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования либо способом, указанным в предложении.

Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного лица) представить дополнительно необходимые документы для определения вероятности наступления страхового случая.

Договором страхования по соглашению его сторон может быть установлен период охлаждения сроком 5 (пять) календарных дней с даты заключения договора страхования, в течение которого Страхователь - физическое лицо вправе отказаться от договора страхования и получить фактически уплаченную при заключении договора страхования страховую премию полностью при условии отсутствия в данном периоде события, которое впоследствии может быть признано страховым случаем по договору страхования.

6.2. Договор страхования по соглашению сторон может быть заключен на случай наступления любого одного или нескольких событий, указанных в пункте 3.2 настоящих Правил, при этом включение в договор страхового случая, указанного в подпункте 3.2.1 или подпункте 3.2.5 пункта 3.2 настоящих Правил, является обязательным.

В случае если Застрахованным лицом является ребёнок до 18-ти лет, обязательное включение в договор страхования страхового случая, указанного в подпункте 3.2.1 или подпункте 3.2.5 пункта 3.2 настоящих Правил может быть заменено на обязательное включение страхового случая, указанного в подпункте 3.2.2 или подпункте 3.2.6 пункта 3.2 настоящих Правил.

При коллективном страховании застрахованные лица могут быть названы поименно либо идентифицированы родовыми признаками (например, участники массовых мероприятий и т.д.).

6.3. Договор страхования может быть заключен с ответственностью Страховщика (действие страхования) по одному из следующих вариантов:

А) круглосуточно;

Б) в период исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей/учебы, включая время нахождения в пути к месту исполнения служебных обязанностей/учебы и обратно;

В) только в период исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей/учебы;

Г) в период нахождения Застрахованного лица в быту;

Д) иной период времени, указанный в договоре страхования.

6.4. При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать медицинского освидетельствования лица, в отношении которого заключается договор. В случае отказа пройти медицинское освидетельствование Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования в отношении этого лица.

В случае заключения договора страхования в форме электронного документа либо путем обмена документами согласно части второй пункта 6.6 настоящих Правил, Страховщик не вправе требовать медицинского освидетельствования лица, в отношении которого заключается договор.

6.5. Договор страхования вступает в силу по соглашению сторон с 00 часов 00 минут любого дня со дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первой ее части при уплате в рассрочку) Страховщику или его уполномоченному представителю и указанному в договоре страхования.

Днем уплаты страховой премии считается:

при безналичной оплате - день поступления страховой премии (первой ее части при уплате в рассрочку) на расчетный счет Страховщика или его уполномоченного представителя;

при наличной оплате – день внесения страховой премии (первой ее части при уплате в рассрочку) в кассу Страховщика или уплаты его уполномоченному представителю;

с использованием банковских пластиковых карточек – день совершения операции по уплате страховой премии (первой ее части при уплате в рассрочку), подтверждением которой служит карт-чек (с обязательным его предъявлением Страховщику) и (или) иные документы, подтверждающие проведение операции по оплате страховой премии (первой ее части при уплате в рассрочку) с использованием банковской пластиковой карточки.

Договор страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в договоре страхования как дата окончания действия договора страхования.

6.6. Договор страхования заключается на условиях Правил страхования, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования.

Договор страхования может быть заключен путем составления одного текстового документа, включая документ в электронном виде (в том числе электронный документ), или путем обмена текстовыми документами, включая документы в электронном виде (в том числе электронный документ), которые подписаны сторонами собственноручно либо с использованием средств связи и иных технических средств, компьютерных программ, информационных систем или информационных сетей, если такой способ подписания позволяет достоверно установить, что соответствующий текстовый документ подписан сторонами по договору (факсимильное воспроизведение собственноручной подписи с помощью средств механического или другого копирования, электронная цифровая подпись или другой аналог собственноручной подписи, обеспечивающий идентификацию стороны по договору) и не противоречит законодательству и соглашению сторон договора страхования.

В случае заключения договора страхования в форме электронного документа либо путем обмена документами согласно части второй настоящего пункта Правил, Страховщик направляет Страхователю посредством электронной связи уведомление о заключении договора страхования с приложением настоящих Правил, в течение 5 рабочих дней со дня документального подтверждения страхователем уплаты страховой премии либо поступления ее на расчетный счет Страховщика.

Письменная форма договора страхования считается соблюденной, если письменное предложение Страховщика заключить договор страхования путем направления текстового документа, включая документ в электронном виде (в том числе электронный документ), принято Страхователем путем уплаты страховой премии (ее части) в срок, установленный в данном предложении.

Договоры страхования могут заключаться в письменной форме способами, предусмотренными гражданским законодательством и законодательством о страховании, в электронном виде через официальный сайт в глобальной компьютерной сети Интернет:

Страховщика;

организации, заключающей договор страхования от имени Страховщика и имеющей право в соответствии с законодательством проводить идентификацию обратившихся к ней Страхователей (застрахованных лиц, выгодоприобретателей), их представителей без личного присутствия указанных лиц.

При этом договоры страхования могут заключаться без применения электронной цифровой подписи, выработанной с использованием личного ключа, сертификат открытого ключа которого издан в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

При заключении договора страхования на основании письменного заявления Страхователя страховой полис может быть подписан только страховщиком. Письменное заявление Страхователя о заключении договора страхования является неотъемлемой частью договора страхования (страхового полиса).

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

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

Официальный сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, в том числе для направления информации, связанной с сопровождением действующего договора страхования, в том числе для направления заявления о страховом случае, информирования о стадии и результатах рассмотрения заявления о страховой выплате, включая сведения об осуществлении страховой выплаты.

Страховщик при заключении договора страхования и в течение всего срока действия договора страхования может проводить идентификацию обратившихся к нему Страхователей (Выгодоприобретателей), их представителей без личного присутствия указанных лиц при наличии данных об этих Страхователях (Выгодоприобретателях), их представителях:

- у Страховщика, полученных ранее при идентификации Страхователей (Выгодоприобретателей), их представителей при личном присутствии у Страховщика;

- из действующего сертификата открытого ключа проверки электронной цифровой подписи, изданного в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

- у организации, которой Страховщик поручил проведение идентификации Страхователей (Выгодоприобретателей), их представителей, полученных при их идентификации при личном присутствии в указанных организациях;

- в автоматизированных информационных системах, к которым подключен Страховщик, полученных при идентификации Страхователей (Выгодоприобретателей), их представителей при личном присутствии.

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

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования или страховом полисе на основании письменного заявления Страхователя по утвержденной приказом Страховщика форме, которое является неотъемлемой частью договора страхования, или устного заявления Страхователя.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в части первой настоящего пункта Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

6.8. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно (в течение 3-х дней, не считая выходных и праздничных) сообщать о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

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

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с действующим законодательством.

6.9. При утрате договора страхования Страхователь должен в письменной форме известить об этом Страховщика для получения копии договора страхования.

6.10. Договор страхования прекращается в случае:

6.10.1. Истечения срока действия договора страхования.

6.10.2. Выполнения Страховщиком своих обязательств по договору в полном объеме.

6.10.3. Неуплаты Страхователем очередной части страховой премии в установленные договором страхования сроки и размере, а в случае, указанном в пункте 5.5 настоящих Правил – по истечении установленного срока.

6.10.4. Ликвидации Страхователя – юридического лица, прекращения деятельности Страхователя – индивидуального предпринимателя, смерти Страхователя - физического лица, не являющегося Застрахованным лицом, в случае, если Застрахованное лицо не приняло на себя исполнение обязанностей Страхователя по договору страхования.

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

6.10.6. Соглашения Страхователя и Страховщика, оформленного в письменном виде. Договор страхования прекращается не позднее 3 рабочих дней, следующих за днем получения Страховщиком от Страхователя письменного уведомления о прекращении договора.

6.10.7. Отказа Страхователя от договора страхования в любое время действия договора страхования, если к моменту отказа от договора страхования возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в подпункте 6.10.5 пункта 6.10 настоящих Правил.

6.10.8. Отказа Страхователя - физического лица от договора страхования в течение, установленного договором страхования, периода охлаждения (пункт 6.1 настоящих Правил). В этом случае, датой прекращения договора страхования является дата получения Страховщиком письменного заявления Страхователя - физического лица о прекращении договора страхования в течение установленного договором страхования периода охлаждения, но не позднее последнего календарного дня периода охлаждения.

В письменном заявлении от Страхователя - физического лица о досрочном прекращении договора страхования должны быть указаны реквизиты для перечисления страховой премии.

6.10.9. В других случаях, предусмотренных действующим законодательством.

6.11. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, предусмотренным в подпункте 6.10.5 пункта 6.10 настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, предусмотренным подпунктами 6.10.4 и 6.10.6 пункта 6.10 настоящих

Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование за вычетом понесенных расходов. Возврат части страховой премии Страхователю производится в течение 5 рабочих дней со дня прекращения действия договора страхования.

Не подлежит возврату часть страховой премии при досрочном прекращении договора страхования, если по нему производилась выплата страхового обеспечения.

В случае отказа Страхователя от договора страхования, указанном в подпункте 6.10.7 пункта 6.10 настоящих Правил, уплаченная страховая премия возврату Страхователю не подлежит.

При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с подпунктом 6.10.8 пункта 6.10 настоящих Правил Страховщик возвращает Страхователю фактически уплаченную страховую премию полностью при условии отсутствия в периоде охлаждения события, которое впоследствии может быть признано страховым случаем по договору страхования. Возврат фактически уплаченной страховой премии в случае прекращения договора страхования согласно подпункту 6.10.8 пункта 6.10 настоящих Правил производится в течение 5 рабочих дней со дня прекращения договора страхования.

За несвоевременное исполнение обязанности по возврату страховой премии (части страховой премии) Страховщик уплачивает Страхователю пеню в размере 0,1% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей возврату.

6.12. При изменении условий договора коллективного страхования, уменьшающих объем ответственности Страховщика (прекращение договора в отношении конкретных Застрахованных лиц, уменьшение страховых сумм, кроме случаев, указанных в пункте 4.3 настоящих Правил), Страхователю возвращаются:

в случае прекращения договора в отношении конкретных Застрахованных лиц, уплаченная за этих Застрахованных лиц страховая премия за не истекший срок действия договора страхования за вычетом понесенных Страховщиком расходов, при условии, что выплаты страхового обеспечения в период действия договора данному Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) не производились;

в случае уменьшения страховых сумм в отношении конкретных Застрахованных лиц без изменения общей численности, часть уплаченной за этих Застрахованных лиц страховой премии за не истекший срок действия договора страхования за вычетом понесенных Страховщиком расходов, пропорциональную уменьшению страховых сумм.

По соглашению сторон договора возврат указанных сумм может быть отложен до окончания действия договора или они могут быть зачтены в счет уплаты премии в случае последующего увеличения ответственности Страховщика по договору (включение в договор новых Застрахованных лиц, увеличение страховых сумм).

6.13. В случае появления у Застрахованного лица в период действия договора страхования болезней или физических недостатков, перечисленных в пункте 1.5 настоящих Правил (кроме случаев, когда такие риски включены в договор страхования), договор страхования прекращает свое действие в отношении такого Застрахованного лица со дня постановки диагноза лечебным учреждением. В этом случае может произойти замена Застрахованного лица другим лицом в порядке, изложенном в пункте 1.4 настоящих Правил, или Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за оставшийся срок действия страхования за вычетом понесенных расходов, при условии, что выплаты страхового обеспечения в период действия договора данному Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) не производились.

6.14. В случае реорганизации Страхователя – юридического лица в период действия договора страхования права и обязанности по заключенному с ним договору страхования переходят к его правопреемнику.

О предстоящей ликвидации или реорганизации Страхователь обязан письменно, не позднее 30 календарных дней после принятия решения об этом уведомить Страховщика.

6.15. В случае смерти Страхователя, заключившего договор страхования в пользу третьих лиц, его права и обязанности переходят к этим лицам. Если трети лица являются недееспособными, то выполнение действий по такому договору страхования возлагается на опекуна или попечителя.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страхователь имеет право:

7.1.1. Ознакомиться с настоящими Правилами.

7.1.2. Получить копию договора страхования в случае его утраты.

7.1.3. Отказаться от договора страхования в соответствии с подпунктами 6.10.7, 6.10.8 пункта 6.10 настоящих Правил.

7.1.4. Получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством.

7.1.5. С согласия Страховщика изменить условия договора страхования, касающиеся размера страховой суммы (лимитов

ответственности). Такие изменения должны быть оформлены договором о внесении изменений в условия договора добровольного страхования от несчастных случаев и болезней.

7.1.6. Изменить состав Застрахованных лиц в соответствии с пунктом 1.4 настоящих Правил, исключив из списка одних Застрахованных лиц и включив других, при условии, что с исключаемыми Застрахованными лицами в период действия договора страхования не происходило страховых случаев. Для этого Страхователь в письменной форме сообщает Страховщику необходимые данные о Застрахованных лицах, как об исключаемых, так и о включаемых в список.

7.1.7. Заменить в течение действия договора страхования выгодоприобретателя – физическое лицо, названного в договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика, кроме случаев, когда заявленный в договоре страхования выгодоприобретатель выполнил какую-либо из обязанностей по договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

7.1.8. Получить страховую премию (часть страховой премии) в случае досрочного прекращения договора страхования по обстоятельствам, указанным в подпункте 6.10.8 пункта 6.10, пунктах 6.11 и 6.12 настоящих Правил.

7.1.9. Требовать выполнения Страховщиком иных условий договора страхования в соответствии с настоящими Правилами.

7.2. Страхователь обязан:

7.2.1. При заключении договора страхования сообщать обо всех заключенных или заключаемых договорах страхования в отношении принимаемых на страхование имущественных интересов.

7.2.2. Своевременно уплачивать страховую премию либо ее части в размере и порядке, предусмотренном договором страхования.

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

7.2.4. Предоставлять Страховщику всю доступную информацию и документацию для установления факта наступления страхового случая.

7.2.5. При наступлении страхового случая незамедлительно, но не позднее 35 календарных дней, уведомить Страховщика о случившемся.

7.2.6. Предоставить Страховщику необходимые документы для получения страхового обеспечения согласно пункту 8.2 настоящих Правил.

7.2.7. Предоставить Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю.

7.2.8. Совершать другие действия, предусмотренные законодательством, условиями страхования.

7.3. Страховщик имеет право:

7.3.1. Проверять сообщенную Страхователем, Застрахованным лицом и Выгодоприобретателем информацию, а также выполнение ими условий договора, в частности, вправе требовать предоставления медицинского отчета о состоянии здоровья Застрахованного лица при причинении вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни, повлекшего временную утрату его трудоспособности; при наступлении событий, указанных подпункте 3.2.9 пункта 3.2 настоящих Правил.

7.3.2. Направлять запросы в компетентные органы по вопросам, связанным с установлением причин, обстоятельств, характера события, обладающего признаками страхового случая.

7.3.3. Требовать от Выгодоприобретателя, при предъявлении им требования о страховой выплате выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им.

7.3.4. Отсрочить составление акта о страховом случае и/или страховую выплату в случаях, когда ему не представлены все необходимые документы – до их представления, а также, если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай - до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов лицом, представившим такой документ (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения такого документа), либо самим Страховщиком (на основании запроса Страховщика в орган, его выдавший, направленный в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения такого документа), а также в случае возбуждения уголовного дела по факту наступления страхового случая в отношении Страхователя (Выгодоприобретателя) или Застрахованного лица – до вступления в силу приговора суда, приостановления или прекращения производства по делу.

7.3.5. Получать информацию у компетентных органов. Под компетентными органами подразумеваются медицинские работники, организации здравоохранения и иные организации, которые вправе давать Страховщику (его представителю) требуемую информацию относительно Застрахованного лица.

7.4. Страховщик обязан:

- 7.4.1. Ознакомить Страхователя с условиями страхования и вручить Правила страхования вместе с договором страхования.
- 7.4.2. При наступлении страхового случая выплатить страховое обеспечение в соответствии с настоящими Правилами;
- 7.4.3. Обеспечить конфиденциальность в отношении здоровья Застрахованного лица.

8. ПОРЯДОК РАСЧЕТА И ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

8.1. Выплата страхового обеспечения осуществляется Страховщиком на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) и документов, указанных в п.8.2. Правил, подтверждающих факт наступления страхового случая.

8.2. Для получения страхового обеспечения необходимо предоставить Страховщику договор страхования – по требованию Страховщика, заявление на выплату страхового обеспечения с подробным описанием обстоятельств страхового случая и с указанием способа получения страхового обеспечения (через кассу Страховщика или перечислением с указанием полных реквизитов) и документы (или их копии, заверенные в порядке, запрошенном Страховщиком), подтверждающие факт наступления страхового случая, конкретный перечень которых определяется Страховщиком в зависимости от произошедшего страхового случая из перечня, приведенного ниже:

а) при наступлении событий, указанных в подпунктах 3.2.1 и 3.2.5 пункта 3.2 настоящих Правил:

свидетельство органов ЗАГС о смерти Застрахованного лица;

акт (заключение) судебно-медицинской экспертизы с результатами судебно-химических и других исследований, заверенный печатью органов МВД или прокуратуры;

акт о несчастном случае на производстве или акт расследования несчастного случая по пути на работу (с работы);

справка (постановление) соответствующего органа МВД, МЧС, прокуратуры, заверенная печатью МВД, МЧС, прокуратуры;

свидетельство о праве на наследство, если в договоре страхования не указан Выгодоприобретатель;

выписка из истории болезни (медицинской карты) Застрахованного лица из учреждений здравоохранения, в которых он состоял на учёте, находился на лечении.

б) при наступлении событий, указанных в подпунктах 3.2.2 и 3.2.6 пункта 3.2 настоящих Правил:

заключение соответствующего органа, определенного законодательством, об установлении группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид», заверенное данным органом в установленном порядке;

выписка из истории болезни (медицинской карты) Застрахованного лица, закрытые листки нетрудоспособности (справка лечебного учреждения для учащихся), заключение врача;

акт о несчастном случае на производстве или акт расследования несчастного случая по пути на работу (с работы);

справка (постановление) соответствующего органа МВД, МЧС, прокуратуры.

в) при наступлении событий, указанных в подпунктах 3.2.2 и 3.2.6 пункта 3.2 (страховая выплата по Варианту Б, В в соответствии с пунктом 8.5 настоящих Правил) или подпунктах 3.2.3 и 3.2.7 пункта 3.2 настоящих Правил в результате несчастного случая:

выписка (или выписной эпикриз) из истории болезни стационарного больного; а в случае амбулаторного лечения – выписка (справка) из медицинской карты Застрахованного лица или копия медицинской карты Застрахованного лица, заверенная печатью лечебного учреждения или копия справки о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве, заверенная подписью уполномоченного лица и печатью организации;

закрытые листки нетрудоспособности (справка лечебного учреждения для учащихся, неработающих лиц);

акт о несчастном случае на производстве или акт расследования несчастного случая по пути на работу (с работы);

справка (постановление) соответствующего органа МВД, МЧС, прокуратуры.

г) при наступлении событий, указанных в подпункте 3.2.7 пункта 3.2 настоящих Правил в результате болезни:

выписка (или выписной эпикриз) из истории болезни стационарного больного; а в случае амбулаторного лечения – выписка (справка) из медицинской карты Застрахованного лица или копия медицинской карты Застрахованного лица, заверенная печатью лечебного учреждения; (данные документы представляются только при непрерывном периоде временной утраты трудоспособности Застрахованного лица сроком 15 календарных дней и более; в других случаях – по запросу Страховщика в соответствии с пунктом 7.3 настоящих Правил);

закрытые листки нетрудоспособности;

д) при наступлении событий, указанных в подпункте 3.2.4 пункта 3.2 настоящих Правил:

выписка (или выписной эпикриз) из истории болезни стационарного больного; а в случае амбулаторного лечения – выписка (справка) из медицинской карты Застрахованного лица или копия медицинской карты Застрахованного лица, заверенная печатью лечебного учреждения или справка о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве;

акт о несчастном случае на производстве или акт расследования несчастного случая по пути на работу (с работы);

справка (постановление) соответствующего органа МВД, МЧС, прокуратуры.

е) при наступлении событий, указанных в подпунктах 3.2.8 и 3.2.9 пункта 3.2 настоящих Правил:

выписка (или выписной эпикриз) из истории болезни стационарного больного; а в случае амбулаторного лечения – выписка (справка) из медицинской карты Застрахованного лица или копия медицинской карты Застрахованного лица, заверенная печатью лечебного учреждения или копия справки о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве;

закрытые листки нетрудоспособности (справка лечебного учреждения для учащихся).

8.3. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания заявленного случая страховым и определения размеров страховой выплаты.

При необходимости Страховщик запрашивает сведения, связанные со страховыми случаем: у Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая.

8.4. При наступлении страхового случая, указанного в подпунктах 3.2.1 или 3.2.5 пункта 3.2 настоящих Правил, страховое обеспечение выплачивается в размере 100% страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица.

8.5. При наступлении страхового случая, указанного в подпунктах 3.2.2 или 3.2.6 пункта 3.2 настоящих Правил, страховое обеспечение рассчитывается по одному из следующих вариантов:

Вариант А:

I группа инвалидности – 100%,

II группа инвалидности – 75%,

III группа инвалидности – 50%

страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица;

Вариант Б:

I группа инвалидности – 100%,

II группа инвалидности – 85%,

III группа инвалидности – 65%

страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица;

Вариант В:

При наступлении событий, указанных в подпунктах 3.2.2 и 3.2.6 пункта 3.2 настоящих Правил в результате несчастного случая – по «Таблице размеров выплат страхового обеспечения в связи с постоянной утратой трудоспособности в результате несчастного случая» (Приложение № 5 к настоящим Правилам), исходя из страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица. При наступлении событий, указанных в подпункте 3.2.6 пункта 3.2 настоящих Правил в результате болезни – страховое обеспечение выплачивается в порядке, указанном в Вариантах А, Б настоящего пункта Правил.

Вариант, по которому при наступлении страхового случая будет рассчитываться размер страхового обеспечения, указывается в договоре страхования.

При установлении застрахованному ребенку до 18-ти лет:

категории «ребенок–инвалид до достижения возраста 18 лет» страховое обеспечение составляет 100% страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного лица;

категории «ребенок–инвалид на срок пять лет» страховое обеспечение составляет 85% страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного лица;

категории «ребенок–инвалид на срок два года» страховое обеспечение составляет 75% страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного лица;

категории «ребенок–инвалид на срок один год» страховое обеспечение составляет 50% страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного лица.

8.6. При наступлении страхового случая, указанного в подпунктах 3.2.3, 3.2.4 или 3.2.7 пункта 3.2 настоящих Правил, страховое обеспечение рассчитывается по одному из следующих вариантов:

8.6.1. Вариант А (подпункт 3.2.3 и подпункт 3.2.4 пункта 3.2 настоящих Правил): по «Таблице размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» (Приложение № 3 к настоящим Правилам) в

зависимости от тяжести травмы, исходя из страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица;

8.6.2. Вариант Б (подпункт 3.2.3 или подпункт 3.2.7 пункта 3.2 настоящих Правил): 0,3 % от страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица, за каждый день временной нетрудоспособности вне зависимости от того, закончился ли период временной нетрудоспособности до или после окончания срока действия договора страхования; но не больше, чем 30% страховой суммы (лимита ответственности), если иное не оговорено договором страхования и при расчете страховой премии не применен соответствующий корректировочный коэффициент. Период временной нетрудоспособности должен начинаться в течение срока действия договора страхования и не ранее дня вступления договора страхования. В зависимости от условий договора страхования расчет страховой выплаты может производиться либо:

1) исходя из количества рабочих дней нетрудоспособности за исключением официально объявленных выходных (суббота, воскресенье) и праздничных дней, либо

2) исходя из количества календарных дней нетрудоспособности (с применением корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом Страховщика);

8.6.3. Вариант В (подпункт 3.2.3 или подпункт 3.2.7 пункта 3.2 настоящих Правил): 0,5 % от страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица, за каждый день временной нетрудоспособности вне зависимости от того, закончился ли период временной нетрудоспособности до или после окончания срока действия договора страхования; но не больше, чем 50 % страховой суммы (лимита ответственности), если иное не оговорено договором страхования и при расчете страховой премии не применен соответствующий корректировочный коэффициент. Период временной нетрудоспособности должен начинаться в течение срока действия договора страхования и не ранее дня вступления договора страхования в силу. В зависимости от условий договора страхования расчет страховой выплаты может производиться либо:

1) исходя из количества рабочих дней нетрудоспособности за исключением официально объявленных выходных (суббота, воскресенье) и праздничных дней, либо

2) исходя из количества календарных дней нетрудоспособности (с применением корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом Страховщика).

По соглашению сторон договором страхования может быть установлен отложенный период до 10 первых календарных дней временной нетрудоспособности. Если договором страхования установлен отложенный период, то дни, приходящиеся на отложенный период, не учитываются при расчете страхового обеспечения.

По соглашению сторон договором страхования может быть установлен иной срок отложенного периода временной нетрудоспособности (лечения), за который выплата не производится и который в любом случае будет исчисляться в календарных днях с начала первого дня временной нетрудоспособности, но не ранее дня вступления договора страхования в силу.

8.7. При наступлении страхового случая, указанного в подпункте 3.2.8 пункта 3.2 настоящих Правил, страховое обеспечение выплачивается по «Таблице выплат страхового обеспечения в связи с хирургическими вмешательствами» (Приложение № 4 к настоящим Правилам), исходя из страховой суммы (лимита ответственности) по этому риску, установленной для Застрахованного лица.

8.8. При наступлении страхового случая, указанного в подпункте 3.2.9 пункта 3.2 настоящих Правил, страховое обеспечение рассчитывается исходя из 0,2 % от страховой суммы (лимита ответственности) по этому риску, установленной для Застрахованного лица, за каждый день госпитализации вне зависимости от того, закончился ли период госпитализации до или после окончания срока действия договора страхования, но не больше, чем за 45 дней по одному страховому случаю. По соглашению сторон договором страхования может быть установлен отложенный период, при этом, соответственно, указанный период госпитализации при расчете страхового обеспечения не учитывается.

8.9. Если несчастный случай или болезнь Застрахованного лица обусловила наступление последовательности событий, указанных в подпунктах 3.2.1 - 3.2.10 пункта 3.2 настоящих Правил, признанных страховыми случаями, причинно-следственная связь между которыми подтверждена соответствующим медицинским заключением то размер страховой выплаты по каждому очередному страховому случаю из этой последовательности уменьшается на сумму страхового обеспечения, ранее выплаченного Страховщиком в связи с данным несчастным случаем или данной болезнью.

В случае, если договором страхования не установлены страховые суммы (лимиты ответственности) по рискам, расчет страхового обеспечения производится исходя из страховой суммы, установленной по договору страхования.

8.10. Условия осуществления страховой выплаты по риску «Критическое заболевание» (подпункт 3.2.10 пункта 3.2 Правил) указаны в Дополнительных условиях страхования на случай критических заболеваний (Приложение № 1 к настоящим Правилам), а также в пункте 8.9 настоящих Правил.

8.11. Предусмотренные договором страхования выплаты страхового обеспечения при признании заявленного случая страховым случаем, производятся Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) с учетом условий пункта 4.4 настоящих Правил на основании Акта о страховом случае составленного по форме, утвержденной приказом Страховщика, который составляется в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения Страховщиком документов, указанных в пунктах 8.2 и 8.3 настоящих Правил.

8.12. При непризнании заявленного случая страховым решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком и сообщается Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) в течение 7 (семи) рабочих дней после получения всех документов, предусмотренных пунктом 8.2 настоящих Правил, в письменной форме с мотивацией причины отказа.

8.13. Страховое обеспечение по желанию получателя может быть выплачено либо наличными деньгами из кассы Страховщика, либо путем перечисления на банковский счет получателя или переводом по почте или иным способом по согласованию сторон. Расходы по перечислению страхового обеспечения на банковский счет получателя и переводу его по почте несет получатель.

8.14. При наступлении событий, указанных в подпунктах 3.2.1, 3.2.5 пункта 3.2 настоящих Правил соблюдается следующий приоритет по выплате страхового обеспечения:

а) в первую очередь - указанному в договоре страхования Выгодоприобретателю. Если в договоре указано несколько Выгодоприобретателей, но не указаны их доли и/или порядок выплаты (пункт 1.3 настоящих Правил), выплата осуществляется всем Выгодоприобретателям в равных долях;

б) при отсутствии Выгодоприобретателя (не был назначен, умер ранее Застрахованного лица, умер одновременно с Застрахованным лицом) – наследникам по закону;

Если получатель страхового обеспечения умирает, не получив причитающееся ему страховое обеспечение, право на получение страхового обеспечения переходит к наследникам умершего получателя, если иное не предусмотрено договором страхования (в случае, предусмотренном абзацем а) настоящего пункта).

8.15. Выплата страхового обеспечения производится не позднее 7 (семи) рабочих дней с момента составления Акта о страховом случае.

В случае, когда страховая сумма по договору страхования установлена в иностранной валюте, а страховая премия уплачивалась в белорусских рублях, то страховое обеспечение выплачивается в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день составления акта о страховом случае или по соглашению сторон в иностранной валюте, если это не противоречит действующему законодательству.

8.16. Предусмотренная договором страхования выплата страхового обеспечения осуществляется Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) по другим договорам страхования, а также по социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

8.17. За несвоевременную выплату страхового обеспечения по вине Страховщика он уплачивает пеню Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) за каждый день просрочки в размере: юридическому лицу – 0,1 процента и физическому лицу – 0,5 процента от суммы, подлежащей выплате.

8.18. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения если:

- страховой случай наступил в результате умышленных действий Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;

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

- страховой случай наступил в результате других случаев, предусмотренных законодательством Республики Беларусь.

8.19. Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения, если Страхователь (или Выгодоприобретатель, которому известно о заключении договора страхования в его пользу) после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, не уведомил Страховщика в предусмотренный договором страхования срок (подпункт 7.2.5 пункта 7.2 настоящих 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 выплатить страховое обеспечение.

9. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

9.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, разрешаются путем переговоров. При не достижении соглашения споры разрешаются судом в соответствии с его компетенцией, установленной законодательством Республики Беларусь.».

Договоры страхования, заключенные до вступления в силу настоящих изменений и дополнений, продолжают действовать до конца срока их действия на тех условиях, на которых они были заключены, если сторонами не будет достигнуто соглашение о внесении соответствующих изменений в договор страхования.

**Приложение № 1
к Правилам № 21 добровольного
страхования от несчастных
случаев и болезней**

Дополнительные условия страхования на случай критических заболеваний

1. Настоящие Дополнительные условия являются дополнением к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Правила).

2. Страховым случаем по риску «Критическое заболевание» является причинение вреда Застрахованному лицу в результате болезни или несчастного случая повлекшее установление Застрахованному лицу врачом, имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза одного из заболеваний или проведение ему одной из хирургических операций, перечисленных в пункте 4 настоящих Дополнительных условий, и подтвержденные выпиской из истории болезни (медицинской карты) или соответствующим медицинским заключением.

3. Страховым случаем не является причинение вреда Застрахованному лицу в результате болезни или несчастного случая повлекшее установление диагноза критического заболевания или проведение хирургической операции, если критическое заболевание наступило или хирургическая операция была проведена вследствие

причин, указанных в пунктах 3.4 и 3.5 настоящих Правил, а также если критическое заболевание диагностируется или хирургическая операция проводится в течение первых ста календарных дней, исчисляемых со дня вступления в силу договора страхования в отношении Застрахованного лица по риску «Критическое заболевание» (**Выжидательный период**).

Выжидательный период не применяется при заключении Договора на новый срок для Застрахованных лиц, которые были ранее застрахованы по этому риску.

4. В настоящих Дополнительных условиях под критическими заболеваниями и хирургическими операциями понимаются:

4.1. **Рак (Злокачественное онкологическое заболевание)** - заболевание, проявляющееся наличием в организме одной или более опухолей из злокачественных клеток, характеризующегося бесконтрольным инвазивным и инфильтрирующим ростом, пролиферацией в организме, клеточным и тканевым атипизмом, с наличием отдаленных метастазов.

К злокачественным **онкологическим** новообразованиям относятся:
раки (карциномы) – опухоли из клеток экто- и эндодермы;
саркомы – опухоли из клеток мезодермы;
гемобластозы (лейкозы (лейкемии) и лимфомы) – опухоли из камбимальных клеток кроветворной и лимфатической тканей.

Диагноз должен быть подтвержден квалифицированным врачом-онкологом и/или гематологом государственного учреждения здравоохранения на основании данных морфологического (цитологического и/или гистологического) исследования.

Страховым случаем признаются заболевания, отвечающие вышеуказанным характеристикам, диагноз которых впервые установлен в течение срока действия Договора.

Из определения **«Рак (Злокачественное онкологическое заболевание)»** исключаются:

- доброкачественные новообразования;
- все опухоли, гистологически описанные как предраковые;
- прединвазивные новообразования, рак (карцинома) на месте (cancer (carcinoma) *in situ*) (Tis*);
- цервикальная интраэпителиальная неоплазия (дисплазия) CIN I-III;
- злокачественные меланомы стадии T1aN0M0*;
- злокачественные опухоли кожных покровов, не проникшие в сосочково-ретикулярный слой, все гиперкератозы, базальноклеточные карциномы (базалиомы) кожи, плоскоклеточные раки (карциномы) кожи,

все эпителиально-клеточные раки (карциномы) кожи при отсутствии прорастания в другие ткани;

рак (карцинома) мочевого пузыря стадии Ta*, Tis*, T1N0M0*;

папиллярный или фолликулярный рак (карцинома) щитовидной железы стадии T1aN0M0*;

Рак (карцинома) предстательной железы стадии А (система Джюит-Уайтмор) или T1N0M0 (классификация TNM)*;

хронический лимфоцитарный лейкоз (лейкемия) (CLL) стадии А по классификации Binet или стадия I по классификации RAI;

все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа, а также ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом.

* В соответствии с Международной классификацией TNM.

4.2. Инфаркт миокарда - остро возникший некроз части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока (кровоснабжения).

Диагноз должен быть обоснован наличием всех трех симптомов:

приступ характерных (ангинальных) болей в грудной клетке;

новые типичные изменения ЭКГ: изменения сегмента ST и/или зубца Т с характерной динамикой и/или формирование патологического, стойко сохраняющегося зубца Q;

типичное повышение активности кардиоспецифических белков и/или ферментов крови, таких как: миоглобин, тропонин-Т, тропонин-I, трансаминазы (АЛТ, АСТ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), креатинкиназа (креатинфосфокиназа, КК, КФК), креатинкиназа-МВ (креатинфосфокиназа-МВ, КК-МВ, КФК-МВ).

Диагноз должен быть впервые установлен в течение срока действия договора страхования и подтвержден квалифицированным врачом-кардиологом государственного учреждения здравоохранения.

Из определения «**Инфаркт миокарда**» исключаются:

инфаркты миокарда без изменения сегмента ST и с увеличением показателей Тропонина I или Т в крови;

другие острые коронарные синдромы (такие как стабильная / нестабильная стенокардия, не приведшие к развитию инфаркта миокарда);

безболевой инфаркт миокарда.

4.3. Инсульт - нарушение кровоснабжения головного мозга, повлекшее за собой возникновение постоянных неврологических

расстройств, вызванное кровоизлиянием, инфарктом головного мозга или эмболией внечерепного происхождения.

Наличие перманентных (постоянных) неврологических расстройств должно быть установлено квалифицированным врачом-неврологом и/или нейрохирургом государственного учреждения здравоохранения. Данная симптоматика должна наблюдаться не менее трех месяцев с даты установления диагноза.

Диагноз должен быть впервые установлен в течение срока действия договора страхования и подтвержден наличием типичных клинических симптомов и данными компьютерной и/или магнито-резонансной томографии головного мозга.

Из страхового покрытия исключаются:

неврологическая симптоматика, вызванная мигренью;

церебральные расстройства вследствие травмы;

сосудистые заболевания, поражающие глаз или глазной нерв;

прходящее нарушение мозгового кровообращения, которое определяется как заболевание с обратимыми неврологическими расстройствами, длительностью менее 24 ч;

лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.

4.4. Почечная недостаточность - терминалная стадия необратимого хронического либо острого нарушения функции обеих почек или единственной почки, приводящее к появлению трех из четырех симптомов:

Олиго-, анурии;

Снижению СКФ (скорости клубочковой фильтрации) ниже 15 мл/мин.;

Нарушению выведения продуктов азотистого обмена, в частности к повышению уровня креатина в крови от 625 мкмоль/л и выше(от 7,1 мг% и выше);

Артериальной гипертензии;

Что требует:

Проведения постоянного программного гемодиализа, либо

Перitoneального диализа, либо

Трансплантации почки.

Диагноз должен быть впервые установлен в течении срока действия договора страхования и подтвержден квалифицированным врачом-нефрологом.

4.5. Хирургическое лечение коронарных артерий (коронарное шунтирование) – проведение операции на сердце открытым

доступом(путем торакотомии) в целях коррекции двух и более стенозированных или закупоренных коронарных артерий (вмешательство на двух главных коронарных артериях, либо на одной главной и ветви другой главной, либо на двух ветвях главных коронарных артерий) методом обходного сосудистого шунтирования.

Необходимость проведения операции должна впервые возникнуть в течение срока действия договора страхования, должна быть подтверждена квалифицированным врачом-кардиологом и/или кардиохирургом и результатами обследования. Проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

Из страхового покрытия исключаются:

Баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий;

Эндоскопические хирургические манипуляции;

Лазерная ангиопластика;

Любые другие внутриартериальные манипуляции (включая стентирование);

Другие нехирургические процедуры.

4.6. Трансплантация основных, жизненно важных органов - в целях настоящего определения предусматривается фактическая операция по трансплантации целого жизненно важного органа Застрахованному лицу в качестве реципиента:

сердца,

легкого/легких,

печени,

почки,

поджелудочной железы,

тонкого кишечника.

Также в целях настоящего определения предусматривается фактическая операция по трансплантации Застрахованному лицу в качестве реципиента:

костного мозга.

Необходимость в проведении операции должна впервые возникнуть в течение срока действия договора страхования и должна быть подтверждена квалифицированным врачом-трансплантологом государственного учреждения здравоохранения и результатами обследования. В случае необходимости в трансплантации костного мозга – квалифицированным врачом-гематологом и/или онкологом государственного учреждения здравоохранения и результатами обследования. Проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

Из покрытия исключаются:

- селективная трансплантация клеток Лангерганса поджелудочной железы;
- трансплантация других органов, частей органов или какой-либо ткани;
- донорство органов.

4.7. Паралич - полная и необратимая потеря двигательной функции двух и более конечностей вследствие несчастного случая, произошедшего в течение срока действия Договора страхования, или заболевания, впервые диагностированного в течение срока действия Договора страхования: параплегия, гемиплегия, тетраплегия.

Настоящее определение включает периферические (или вялые) и центральные (спастические) параличи.

Диагноз должен быть подтвержден выпиской из истории болезни (медицинской карты) или соответствующим медицинским заключением квалифицированного врача-невролога и/или нейрохирурга государственного учреждения здравоохранения по результатам проведенных исследований, таких как рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография, и/или радионуклидные методы исследования субарахноидального пространства и желудочковой системы головного мозга, и/или радиоизотопные методы исследования центральной нервной системы, и/или исследование вызванных потенциалов головного и спинного мозга, и/или нейроэлектромиография, и/или гистологическое и гистохимическое исследование биоптата парализованных мышц. Продолжительность этих состояний должна сохраняться в течение не менее трех месяцев с момента установления диагноза паралича.

Из страхового покрытия исключается: синдром Гийена-Барре.

4.8. Хирургическое лечение заболеваний аорты - хирургическая операция открытым доступом (путем торакотомии) в связи с заболеванием аорты, предполагающая иссечение и хирургическую замену части пораженной аорты трансплантатом. Настоящее определение включает операции на восходящей и/или нисходящей частях и/или дуге аорты.

Необходимость в проведении операции должна впервые возникнуть в течение срока действия договора страхования, должна быть подтверждена квалифицированным врачом-кардиологом и/или кардиохирургом государственного учреждения здравоохранения и результатами обследования. Проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

Из страхового покрытия исключаются:

все другие хирургические операции на аорте: стентирование, малоинвазивное или эндоваскулярное лечение;
операции на ветвях аорты.

4.9. Пересадка клапанов сердца – оперативное вмешательство на сердце открытым доступом (путем торакотомии), проводимое для замены одного или нескольких пораженных клапанов сердца искусственным либо биологическим клапаном.

Настоящее определение включает замену аортальных, митральных, триkuspidальных и пульмональных (клапанов легочной артерии) клапанов сердца их аналогами. Необходимость операции должна быть обусловлена развитием стеноза/недостаточности или комбинацией этих состояний.

Необходимость в проведении операции должна впервые возникнуть в течение срока действия договора страхования и должна быть подтверждена квалифицированным врачом-кардиологом и/или кардиохирургом государственного учреждения здравоохранения и результатами обследования.

Проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

Из покрытия исключаются:

Операции на сердечных клапанах в связи с врожденными пороками;
Вальвулотомия, вальвулопластика и другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.

4.10. Слепота (потеря зрения) - постоянная и необратимая полная потеря зрения на оба глаза в той степени, при которой даже при использовании вспомогательных оптических средств показатели зрения составляют 0,05 или ниже на глазе, обладающем лучшим зрением при использовании оптометрической таблицы Сивцева.

Диагноз постоянной потери зрения должен быть установлен не менее чем через шесть месяцев после начала заболевания или несчастного случая, впервые диагностированного/произошедшего в течение срока действия договора страхования.

Диагноз должен быть подтвержден квалифицированным врачом-офтальмологом государственного учреждения здравоохранения и результатами обследования.

Из страхового покрытия исключается потеря цветоощущения.

4.11 Рассеянный склероз - заболевание, характеризующееся развитием очагов демиелинизации в центральной и периферической нервной системе, наличием типичных симптомов демиелинизации и нарушений моторной и сенсорной функций.

Окончательный диагноз должен быть впервые установлен в течение срока действия договора страхования и подтвержден квалифицированным врачом-неврологом специализированного лечебного учреждения на основании клинической картины и результатов дополнительных исследований:

- характерные признаки при компьютерной и магнитно-резонансной томографии;
- специфические изменения состава спинномозговой жидкости.

Обязательное условие для выплаты:

100 % страховой суммы, установленной договором страхования для Застрахованного лица по риску «Критическое заболевание»,:

- Застрахованное лицо должно иметь показатели по шкале EDDS $>7,5$ (что соответствует I группе инвалидности по заболеванию «Рассеянный склероз»), неврологические отклонения, впервые возникшие в период действия договора страхования, отмечающиеся непрерывно на протяжении не менее шести месяцев с даты установления диагноза, и подтверждались наличием очагов демиелинизации;

- 50% от страховой суммы, установленной договором страхования для Застрахованного лица по риску «Критическое заболевание»,:

Застрахованное лицо иметь показатели по шкале EDDS >5 (что соответствует II группе инвалидности по заболеванию «Рассеянный склероз»), неврологические отклонения, впервые возникшие в период действия договора страхования, отмечающиеся непрерывно на протяжении не менее шести месяцев с даты установления диагноза, и подтверждались наличием очагов демиелинизации;

25% от страховой суммы, установленной договором страхования для Застрахованного лица по риску «Критическое заболевание»,:

Застрахованное лицо иметь показатели по шкале EDDS <5 (что соответствует III группе инвалидности по заболеванию «Рассеянный склероз»), неврологические отклонения, впервые возникшие в период действия Договора страхования, отмечающиеся непрерывно на протяжении не менее шести месяцев с даты установления диагноза, и подтверждались наличием очагов демиелинизации.

4.12. Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) и/или Вирусом гепатита В, С или Синдром Приобретенного

Иммунодефицита (СПИД) вследствие переливания крови при условии наличия всех ниже перечисленных обстоятельств:

заражение является прямым следствием переливания крови и/или препаратов крови (плазмы, эритроцитарной массы, тромбоконцентрата и т.п.), произведенным по медицинским показаниям в течение срока действия Договора страхования;

диагноз должен быть впервые установлен в течение срока действия договора страхования и подтвержден квалифицированными врачами специализированного государственного учреждения здравоохранения;

учреждение, в котором было произведено переливание крови и/или препаратов крови (плазмы, эритроцитарной массы, тромбоконцентрата и т.п.), признано компетентными органами ответственным, и данное учреждение признает свою ответственность по факту заражения Застрахованного лица;

Застрахованное лицо не является больным гемофилией.

Из покрытия исключаются:

заражение вследствие переливания крови в медицинских учреждениях, не имеющих соответствующего разрешения (сертификата) на деятельность, связанную с трансфузией крови и препаратов;

заражение Застрахованных, страдающих гемофилией.

4.13. Доброкачественная опухоль головного мозга - доброкачественная опухоль из тканей головного мозга, первично возникшая в тканях головного мозга, не являющаяся метастазом, не характеризующаяся признаками злокачественности.

Диагноз должен быть впервые установлен в течение срока действия договора страхования и подтвержден квалифицированным врачом-нейрохирургом государственного учреждения здравоохранения по результатам компьютерной томографии и/или магнитно-резонансного исследования головного мозга.

Опухоль должна быть удалена посредством нейрохирургического вмешательства или, в случае неоперабельности, вызывать стойкий неврологический дефицит, сохраняющийся на протяжении не менее 3 (трёх) месяцев от даты установления диагноза.

Из страхового покрытия исключаются:

- опухоль из сосудов головного мозга;
- опухоль из черепно-мозговых нервов;
- опухоль гипофиза и спинного мозга;

- дизэмбриогенетические опухоли;
- кисты, гранулемы и опухолеподобные процессы;
- не классифицируемые опухоли.

4.14. Добропачественная опухоль спинного мозга - доброкачественная опухоль из тканей спинного мозга, первично возникшая в тканях спинного мозга, не являющаяся метастазом, не характеризующаяся признаками злокачественности.

Диагноз должен быть впервые установлен в течение срока действия Договора страхования и подтвержден квалифицированным врачом-нейрохирургом государственного учреждения здравоохранения по результатам компьютерной томографии и/или магнитно-резонансного исследования спинного мозга.

Опухоль должна быть удалена посредством нейрохирургического вмешательства или, в случае неоперабельности, вызывать стойкий неврологический дефицит, сохраняющийся на протяжении не менее 3 (трёх) месяцев от даты установления диагноза.

Из страхового покрытия исключаются:

- опухоль из сосудов головного мозга;
- опухоль из спинномозговых нервов;
- интрадуральные экстрамедуллярные опухоли – опухоли, находящиеся под твердой мозговой оболочкой, но вне ткани спинного мозга;
- экстрадуральные опухоли (находящиеся над твердой мозговой оболочкой).

4.15. Глухота (потеря слуха) - полная и постоянная двусторонняя (на оба уха) потеря слуха вследствие перенесенного заболевания или несчастного случая. Диагноз должен быть впервые установлен в течение срока действия договора страхования и подтвержден квалифицированным врачом-специалистом (отоларингологом и/или сурдологом) специализированного государственного учреждения здравоохранения на основании клинической картины и результатов аудиометрии.

Из страхового покрытия исключаются:

- врожденная глухота;
- синдром Ваарденбурга;
- синдром Ашера;
- синдром Альпорта;
- нейрофиброматоз типа 2;

- хроническая нейросенсорная тугоухость.

4.16. Тяжелая травма головы - открытое или закрытое травматическое повреждение тканей мозга, произошедшее в течение срока действия договора страхования и повлекшее за собой серьезные нарушения, носящие постоянный характер: нарушение слуха, эпилептические приступы (припадки), расстройство интеллекта, речи, нарушение зрения, психические расстройства, моторные нарушения.

Диагноз должен быть впервые установлен в течение срока действия договора страхования квалифицированным врачом-неврологом специализированного государственного учреждения здравоохранения и подтверждён результатами специфических исследований и анализов для подтверждения наличия и перманентного (постоянного) характера нарушений и расстройств травматического характера в состояния больного. Продолжительность этих состояний должна сохраняться в течение не менее 6 (шести) месяцев с момента установления диагноза.

4.17. Кома - представляет собой состояние выраженного угнетения функций центральной нервной системы, характеризующееся полным и устойчивым отсутствием сознания (из которого больной не может быть выведен даже интенсивной стимуляцией), отсутствием или патологическим изменением реакций на внешние раздражители и расстройством регуляции жизненно важных функций организма.

Диагноз должен быть впервые установлен в течение срока действия договора страхования и подтвержден квалифицированным врачом-неврологом и/или нейрохирургом специализированного государственного учреждения здравоохранения. Страховыми случаями признаются комы длительностью от 168 часов и тяжестью 5 и менее баллов по Шкале Глазго, глубокая кома или кома III-IV.

Из страхового покрытия исключаются:

медицинская (искусственная) кома;

кома вследствие алкогольного/наркотического отравления.

4.18. Энцефалит (в том числе клещевой) - воспаление мозга (полушарий головного мозга, ствола головного мозга или мозжечка) бактериальной и вирусной этиологии.

Основанием для выплаты по данному разделу являются осложнения энцефалита в виде одного из нижеперечисленных нарушений:

парезов и параличей;

нарушения функции тазовых органов (недержание мочи и кала).

Диагноз должен быть впервые установлен в течение срока действия Договора страхования и подтвержден квалифицированным врачом-специалистом (неврологом) специализированного государственного учреждения здравоохранения на основании клинической картины и специфических изменений спинномозговой жидкости, бактериологических и серологических исследований спинномозговой жидкости для идентификации возбудителя болезни.

Описанные выше нарушения жизнедеятельности должны подтверждаться медицинскими документами на протяжении не менее 6 (шести) месяцев от даты установления диагноза.

Из страхового покрытия исключаются:
энцефалит на фоне ВИЧ-инфекции;
энцефалит на фоне туберкулезной инфекции.

4.19. Бактериальный менингит - воспаление оболочек головного и/или спинного мозга, развивающееся в результате бактериальной инфекции.

Основанием для страховой выплаты по данному определению являются осложнения бактериального менингита в виде одного из нижеперечисленных нарушений:

парезов и параличей;
нарушения функции тазовых органов (недержание мочи и кала).

Диагноз должен быть впервые установлен в течение срока действия Договора страхования и подтвержден квалифицированным врачом-специалистом (nevрологом) специализированного государственного учреждения здравоохранения на основании клинической картины и специфических изменений спинномозговой жидкости, бактериологических и серологических исследований спинномозговой жидкости для идентификации возбудителя болезни.

Описанные выше нарушения жизнедеятельности должны подтверждаться медицинскими документами на протяжении не менее 6 (шести) месяцев от даты установления диагноза.

Из страхового покрытия исключаются:
менингит на фоне ВИЧ-инфекции;
менингит на фоне туберкулезной инфекции.

4.20. Туберкулез - заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза. Диагноз должен быть установлен впервые в течение срока действия договора страхования и подтвержден квалифицированным

врачом-фтизиатром специализированного государственного учреждения здравоохранения на основании:

- анамнеза;
- клинической картины,
- а также результатов всех нижеперечисленных методов исследования: рентгенологического исследования (фиброзные и очаговые образования в органах с перифокальной реакцией либо инфильтративные изменения с деструкцией);
- биопсии (характерные морфологические изменения в пораженных органах);
- бактериологического исследования (обнаружение микобактерий туберкулеза в мокроте, моче, отделяемом свища и другом патологическом материале);
- туберкулиновидиагностики, основанной на применении туберкулиновых проб.

4.21. Заболевание двигательных нейронов (мотонейронов) - заболевание, вызванное гибелью нейронов спинного и головного мозга, контролирующих двигательную активность. Окончательный диагноз должен быть впервые установлен в течение срока действия договора страхования и подтвержден квалифицированным врачом-специалистом специализированного государственного учреждения здравоохранения на основании клинической картины (стойкого неврологического дефицита на протяжении не менее 3 (трёх) месяцев), а также результатами электромиографии (электронейрографии), характерными для данного заболевания и МРТ головного и спинного мозга для исключения других патологий центральной нервной системы.

Обязательное условие – наличие как минимум, 3 (трёх) из 4 (четырёх) показателей по ЭМГ:

- фибрилляции и фасцикуляции в мышцах верхних и нижних конечностей или в конечностях и области головы;
- уменьшение количества двигательных единиц и увеличение амплитуды и длительности потенциала действия двигательных единиц;
- нормальная скорость проведения в нервах, иннервирующих мало пораженные мышцы, и снижение скорости проведения в нервах, иннервирующих тяжело пораженные мышцы (скорость должна быть не менее 70% от нормальной величины);
- нормальная электрическая возбудимость и скорость проведения импульса по волокнам чувствительных нервов при снижении скорости проведения импульсов в двигательных волокнах.

4.22. Обширные ожоги - обширные ожоги III-IV степени, площадью 20% и выше от площади поверхности тела Застрахованного вследствие несчастного случая, произошедшего в течение срока действия Договора страхования. Процент обожженной поверхности тела определяют по правилу девяток либо по правилу ладони, которая составляет 1% площади поверхности его тела.

4.23. Потеря речи (утрата способности к произношению речи) - полная и необратимая потеря способности говорить вследствие повреждения или заболевания голосовых связок или гортани. Данное состояние должно быть впервые выявлено в течение срока действия Договора страхования и подтверждено квалифицированными врачами-специалистами (отоларингологом) специализированного лечебного учреждения на основании клинической картины и медицинских данных за период наблюдения на протяжении не менее 6 (шести) месяцев от даты установления диагноза.

Из покрытия исключаются:

- потеря речи психогенного и неврологического характера вследствие повреждений головного мозга при травмах и заболеваниях.

4.24. Потеря конечностей - полная и необратимая потеря одной конечности на уровне тазобедренного/плечевого суставов или двух или более конечностей на уровне лучезапястного/голеностопного суставов и выше в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока действия Договора страхования, или ампутации по медицинским показаниям в результате заболевания, впервые диагностированного в течение срока действия Договора страхования.

Диагноз потери конечности/конечностей должен быть подтвержден квалифицированным врачом-специалистом.

Необходимость в проведении ампутации по медицинским показаниям должна впервые возникнуть в течение срока действия Договора страхования и подтверждена квалифицированным врачом-специалистом на основании результатов обследования. Проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

4.25. Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) в результате медицинских манипуляций, проведенных в течение срока страхования при условии наличия всех нижеперечисленных обстоятельств:

инфицирование является прямым следствием получения Застрахованным квалифицированной медицинской помощи, оказанной по медицинским показаниям в течение срока действия Договора страхования;

диагноз должен быть впервые установлен в течение срока действия Договора страхования и подтвержден квалифицированными врачами специализированного лечебного учреждения;

учреждение, в котором было произведено лечение, ставшее причиной инфицирования, признано компетентными органами ответственным, и данное учреждение признает свою ответственность по факту инфицирования Застрахованного лица;

Застрахованное лицо не является больным гемофилией.

Из страхового покрытия исключаются:

инфицирование в несертифицированных медицинских учреждениях;

инфицирование вследствие переливания крови и/или препаратов крови (плазмы, эритроцитарной массы, тромбоконцентрата и т.п.);

инфицирование Застрахованных лиц, страдающих гемофилией.

4.26. Острая печеночно-клеточная недостаточность - "массивный" или "субмассивный некроз печени", возникший по причинам иным, чем вирусный гепатит и алкогольная/наркотическая интоксикация.

Диагноз должен быть впервые установлен в течение срока действия Договора страхования и подтвержден квалифицированными врачами-специалистами специализированного лечебного учреждения, а также соответствовать, по крайней мере, трем из четырех основных критериев:

стремительное уменьшение размеров печени, обширный некроз печеночной ткани;

стремительно падающие показатели функции печени: снижение протромбинового индекса ниже 60%, и/или уровня проконвертина ниже 40%, и/или повышение уровня аминотрансферазы выше 40 Ед/л, и/или ЩФ выше 90 Ед/л, и/или положительная тимоловая проба (норма от 0 до 4 единиц), и/или прогрессивное снижение холинестеразы ниже 5300 Ед/л;

нарастающая желтуха;

печеночная энцефалопатия;

а также одному из дополнительных критериев:

появление сладковатого запаха изо рта;

нарастание геморрагического синдрома;

тахикардия.

4.27. Спинальный инсульт - острое нарушение кровообращения в спинном мозге, являющееся следствием нарушения или полного

прекращения кровоснабжения в спинном мозге, или кровоизлияние в вещества спинного мозга или под его оболочки.

Заболевание должно осложняться развитием перманентных неврологических расстройств на протяжении не менее чем 3 месяцев после инсульта.

Диагноз должен быть впервые установлен в течение срока действия Договора страхования и подтвержден квалифицированным врачом–специалистом (врачом-неврологом и/или нейрохирургом), наличием типичных клинических симптомов и данными компьютерной и/или магнито-резонансной томографии спинного мозга.

Из страхового покрытия исключаются:

травматические повреждения спинного мозга;

кратковременные нарушения спинального кровообращения.

5. Программы страхования:

Программа А - подпункты 4.1 - 4.7 пункта 4 настоящих Дополнительных условий.

Программа Б - подпункты 4.1 - 4.11 пункта 4 настоящих Дополнительных условий.

Программа В - подпункты 4.1 - 4.13 пункта 4 настоящих Дополнительных условий.

Программы страхования А, Б, В могут быть дополнены одним или несколькими заболеваниями из списка, указанным(и) в подпунктах 4.14 – 4.27 пункта 4 настоящих Дополнительных условий, с применением соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика, что должно быть указано в Договоре страхования.

По соглашению сторон в Договор страхования может быть включен иной, чем указано в части первой настоящего пункта, перечень заболеваний и хирургических операций из списка, указанного в пункте 4 настоящих Дополнительных условий, в любой их комбинации, с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика.

6. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением одного из заболеваний и хирургических операций, указанных в пункте 4 настоящих Дополнительных условий, страховая выплата производится в размере 100% страховой суммы по риску «Критическое заболевание», установленной в договоре страхования для Застрахованного лица, за

исключением подпункта 4.11 пункта 4 настоящих Дополнительных условий.

При наступлении в течение срока действия договора страхования нескольких событий из указанных в подпункте 4.11 пункта 4 настоящих Дополнительных условий, являющихся страховыми, причинно-следственная связь между которыми подтверждена соответствующим медицинским заключением, - размер страховой выплаты по каждому последующему страховому событию уменьшается на сумму страховой выплаты, ранее произведенной Страховщиком по риску «Критическое заболевание» (зависимые страховые выплаты).

Общий размер страховой выплаты по риску «Критическое заболевание» не может превышать размера страховой суммы, установленной договором страхования для Застрахованного лица по данному риску.

7. По риску «Критическое заболевание» Застрахованными лицами могут быть лица, которые уже перенесли одно или несколько из заболеваний или операций, указанных в пункте 4 настоящих Дополнительных условий, при этом страховое покрытие для данного Застрахованного лица не будет распространяться на перечень заболеваний или операций согласно следующей таблице:

Номер пункта Дополнительных условий	Заболевание / операция, перенесенные Застрахованным на момент заключения Договора <u>страхования</u>	Перечень заболеваний/операций, выплата по которым не будет производиться при наступлении страхового случая по риску «Критическое заболевание» (номер заболевания/операции соответствует нумерации заболевания/операции, указанных в Дополнительных условиях)
4.1	Рак (Злокачественное онкологическое заболевание)	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.8, 4.10, 4.12, 4.13, 4.14, 4.15, 4.19, 4.20, 4.21, 4.23, 4.24, 4.25, 4.26, 4.27
4.2	Инфаркт миокарда	4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.8, 4.9, 4.27
4.3	Инсульт	4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.8, 4.9, 4.10, 4.13, 4.14, 4.15, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19, 4.21, 4.23, 4.27
4.4	Почечная недостаточность	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 4.20, 4.26
4.5	Хирургическое лечение коронарных	4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.8, 4.9, 4.27

	артерий (коронарное шунтирование)	
4.6	Трансплантация основных, жизненно важных органов	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.9, 4.12, 4.20, 4.25, 4.26
4.7	Паралич	4.2, 4.3, 4.4, 4.7, 4.10, 4.11, 4.13, 4.14, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19, 4.21, 4.23, 4.27
4.8	Хирургическое лечение заболеваний аорты	4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.8, 4.9, 4.27
4.9	Пересадка клапанов сердца	4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.8, 4.9, 4.27
4.10	Слепота (потеря зрения)	4.3, 4.4, 4.7, 4.10, 4.11, 4.13, 4.14, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19, 4.21, 4.23, 4.27
4.11	Рассеянный склероз	4.2, 4.3, 4.4, 4.7, 4.10, 4.11, 4.13, 4.14, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19, 4.21, 4.23, 4.27
4.12	Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) и/или Вирусом гепатита В, С или Синдром Приобретенного Иммунодефицита (СПИД) вследствие переливания крови при условии наличия всех ниже перечисленных обстоятельств	4.1, 4.4, 4.6, 4.12, 4.20, 4.25, 4.26, 4.27
4.13	Доброкачественная опухоль головного мозга	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.9, 4.10, 4.12, 4.13, 4.14, 4.15, 4.19, 4.20, 4.21, 4.23, 4.24, 4.25, 4.26, 4.27
4.14	Доброкачественная опухоль спинного мозга	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.9, 4.10, 4.12, 4.13, 4.14, 4.15, 4.19, 4.20, 4.21, 4.23, 4.24, 4.25, 4.26, 4.27

4.15	Глухота (потеря слуха)	4.3, 4.10, 4.11, 4.13, 4.14, 4.15, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19, 4.20, 4.21, 4.23, 4.27
4.16	Тяжелая травма головы	4.1, 4.3, 4.4, 4.10, 4.13, 4.14, 4.15, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19, 4.21, 4.23, 4.27
4.17	Кома	4.1, 4.3, 4.4, 4.10, 4.13, 4.14, 4.15, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19, 4.21, 4.23, 4.27
4.18	Энцефалит (в том числе клещевой)	4.1, 4.3, 4.4, 4.10, 4.13, 4.14, 4.15, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19, 4.21, 4.23, 4.27
4.19	Бактериальный менингит	4.1, 4.3, 4.4, 4.10, 4.13, 4.14, 4.15, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19, 4.21, 4.23, 4.27
4.20	Туберкулез	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 4.12, 4.13, 4.14, 4.20, 4.25, 4.26
4.21	Заболевание двигательных нейронов (мотонейронов)	4.2, 4.3, 4.4, 4.7, 4.10, 4.11, 4.13, 4.14, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19, 4.21, 4.23, 4.27
4.22	Обширные ожоги	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.10, 4.12, 4.13, 4.14, 4.15, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19, 4.20, 4.22, 4.24, 4.25
4.23	Потеря речи (утрата способности к произношению речи)	4.3, 4.10, 4.11, 4.13, 4.14, 4.15, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19, 4.20, 4.21, 4.23, 4.27
4.24	Потеря конечностей	4.7, 4.11, 4.15, 4.16, 4.17, 4.20, 4.21, 4.24
4.25	Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) в результате медицинских манипуляций, проведенных в течение срока страхования	4.1, 4.4, 4.6, 4.12, 4.25, 4.26, 4.27
4.26	Острая печеночно-клеточная недостаточность	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.9, 4.12, 4.20, 4.25, 4.26

4.27	Спинальный инсульт	4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.8, 4.9, 4.10, 4.13, 4.14, 4.15, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19, 4.21, 4.23, 4.27
------	--------------------	---

8. При наступлении события, обладающего признаками страхового случая, Застрахованное лицо, Страхователь, или Выгодоприобретатель по Договору страхования или иное лицо, уполномоченное Застрахованным лицом, обязаны в срок не позднее 35 (тридцати пяти) календарных дней с даты наступления данного события письменно уведомить об этом Страховщика.

9. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены:

9.1. письменное заявление Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) на страховую выплату с подробным описанием обстоятельств, повлекших за собой проведение операции или установление диагноза, с указанием полных банковских реквизитов (если страховая выплата осуществляется на расчетный счет).

При включении в договор страхования риска «Критическое заболевание» в отношении каждого Застрахованного лица применяется период выживания и письменное заявление, указанное в части первой настоящего подпункта, предоставляется Страховщику не позднее пяти календарных дней, следующих за последним календарным днем этого периода.

Период выживания - период в течение первых ста календарных дней со дня установления диагноза или проведения хирургической операции в отношении Застрахованного лица по риску «Критическое заболевание». В случае смерти Застрахованного лица до окончания указанного периода, выплата по риску «Критическое заболевание» не производится.

9.2. документы (оригинал выписки из медицинской карты и/или оригинал выписного эпикриза и/или заверенная должностным лицом медицинского учреждения (главным врачом, заместителем главного врача по лечебной работе, председателем врачебной комиссии, начальником медицинской части или другим уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения, копия медицинской карты (карт) Застрахованного лица), подтверждающие перенесение Застрахованным лицом операции или заболевания, обладающего признаками страхового случая, а также подтверждающие тот факт, что диагноз заболевания

установлен и/или операция проведена впервые в период действия договора страхования в отношении Застрахованного лица.

В документах должны содержаться: подробный анамнез жизни и заболевания, диагноз, установленный специалистом и подтвержденный общепринятыми в медицинской практике методами исследований, результаты всех проведенных диагностических исследований (лабораторные, клинические, гистологические, радиологические исследования), проведенное лечение. В случае если событием, обладающим признаками страхового, является проведение одной из перечисленных в пункте 4 настоящих Дополнительных условий хирургических операций, то также в вышеуказанных документах должен содержаться полный протокол проведенной хирургической операции.

9.3. копия документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты (паспорта или документа, его заменяющего), с отметкой о месте его регистрации.

10. Если по предоставленным документам установить факт наличия страхового случая либо его отсутствия не представляется возможным, а также для выяснения состояния здоровья Застрахованного на дату начала страхования от критических заболеваний, Страховщик вправе запросить дополнительные документы, не предусмотренные п. 9 настоящих Дополнительных условий, у Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, Страхователя, правоохранительных органов, медицинских учреждений, других предприятий и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая.

11. В случае сомнений в подлинности и/или достоверности, а также достаточности документов, представленных Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем, Страхователем в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик вправе направить Застрахованного лицо на повторные лабораторные и инструментальные исследования (включая ультразвуковые исследования, рентгенологические и иные методы лучевой диагностики), повторные медицинские осмотры, осуществляемые врачами различных специальностей. Указанные исследования и медицинские осмотры проводятся врачами, назначенными Страховщиком, в местах, обозначенных Страховщиком, и за его счет.

12. В случае если Страховщиком были запрошены в соответствии с п. 10 настоящих Дополнительных условий дополнительные документы, необходимые для установления факта наступления страхового случая, а

также при обстоятельствах, указанных в пункте 11 настоящих Дополнительных условий, Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании/непризнании заявленного события страховым случаем (пункты 13 и 14 настоящих Дополнительных условий) до даты получения Страховщиком дополнительных документов и/или до даты окончания проверки.

В случае если дополнительные документы запрошены Страховщиком у Страхователя или компетентных органов, Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения документов, указанных в пункте 9 настоящих Дополнительных условий, а также документов, дополнительно запрошенных Страховщиком у Застрахованного лица в соответствии с пунктами 10 и 11 настоящих Дополнительных условий (если таковые были запрошены) информирует лицо, претендующее на страховую выплату, об отсрочке принятия решения о признании/непризнании заявленного события страховым случаем.

13. При принятии решения о признании случая не страховым, отказе (отсрочке) в страховой выплате, Страховщик в письменной форме и со ссылками на пункты Правил и Дополнительных условий информирует об этом лицо, претендующее на страховую выплату, в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения документов, указанных в пункте 9 настоящих Дополнительных условий, а также документов, дополнительно запрошенных Страховщиком у Застрахованного лица в соответствии с пунктами 10 и 11 настоящих Дополнительных условий (если таковые были запрошены).

Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании/непризнании события страховым случаем, если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, при этом письменно уведомив Застрахованное лицо/Выгодоприобретателя в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения документов, подтверждающих факт назначения дополнительной проверки, возбуждения уголовного дела или начала судебного процесса.

14. При принятии положительного решения о страховой выплате Страховщик составляет акт о страховом случае, по форме, утвержденной приказом Страховщика, и производит данную выплату в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения документов, указанных в

пункте 9 настоящих Дополнительных условий, подтверждающих факт наступления события, обладающего признаками страхового случая, а также документов, дополнительно запрошенных Страховщиком в соответствии с пунктах 10 и 11 настоящих Дополнительных условий (если таковые были запрошены). Днем страховой выплаты считается день списания средств с расчетного счета Страховщика или выдачи их из кассы Страховщика.

15. Действие страхования по риску «Критическое заболевание» прекращается:

- а) с даты выплаты страховой суммы в полном объеме – при наступлении страхового случая по риску «Критическое заболевание»;
- б) с даты окончания срока действия договора страхования;
- в) с даты обнаружения у Застрахованного лица ВИЧ-инфекции и/или Вируса гепатита В, С или СПИДа, если событие не попадает под действие подпункта 4.12 пункта 4 настоящих Дополнительных условий.

Приложение № 2
к Правилам № 021 добровольного
страхования от несчастных
случаев и болезней

Страховые тарифы
по добровольному страхованию от несчастных случаев и болезней

1. Базовые годовые страховые тарифы

№ п/п	Страховой случай	Базовый годовой страховой тариф, в %
1.1	Причинение вреда жизни Застрахованного лица в результате несчастного случая (Вариант 1 «Смерть в результате несчастного случая»)	0,5
1.2	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее постоянную полную (или частичную) утрату его	0,29

	трудоспособности (инвалидность) (Вариант 2 «Инвалидность в результате несчастного случая»)	
1.3	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее временную утрату его трудоспособности (для неработающих Застрахованных лиц, в том числе пенсионеров - временное нарушение здоровья) (Вариант 3 «Расстройство здоровья в результате несчастного случая»)	0,71
1.4	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее травму (телесные повреждения) Застрахованного лица (Вариант 4 «Травма в результате несчастного случая»)	1,0
1.5	Причинение вреда жизни Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая (Вариант 5 «Смерть в результате болезни или несчастного случая»)	1,1
1.6	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая, повлекшее полную постоянную утрату его трудоспособности (инвалидность) (Вариант 6 «Инвалидность в результате болезни или несчастного случая»)	0,4
1.7	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая, повлекшее временную утрату его трудоспособности (Вариант 7 «Расстройство здоровья в результате болезни или несчастного случая»)	10,2
1.8	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, повлекшее проведение хирургической операции (Вариант 8 «Проведение хирургической операции»)	2,0
1.9	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая, повлекшее его госпитализацию (Вариант 9 «Госпитализация»)	1,2
1.10	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая,	0,1

	<p>повлекшее установление ему в медицинском учреждении заключительного диагноза одного из заболеваний или проведение ему одной из хирургических операций, определённых в договоре страхования (Вариант 10 «Критические заболевания»)</p>	
--	--	--