

ПРАВИЛА № 021 ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ

(С изменениями и дополнениями, согласованными Министерством финансов Республики Беларусь 19.06.2019 № 1170 (вступили в силу 19.06.2019))

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 п.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 1 года, 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).

Договор не заключается в отношении лиц:

а) возраст которых превышает 64 года – на случаи, указанные в п.п. 3.2.8., 3.2.9. настоящих Правил;

б) неработающих и тех, чей возраст превышает законодательно установленный пенсионный возраст – на случай, указанный в п. 3.2.7. настоящих Правил, за исключением случая заключения договора страхования на новый срок в отношении Застрахованного лица, чей

возраст на дату заключения договора страхования на новый срок не превышает 64 лет.

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 т.ч. 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 третьей 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 стечение 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 период действия договора страхования, симптомы которого появились не ранее даты начала действия договора страхования либо заболевание (осложнение), явившееся следствием хирургического вмешательства, проведенного в период 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(вых) 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(вых) 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(вым) 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 (телесные повреждения) Застрахованного лица (Вариант 4 «Травма в результате несчастного случая»)

(предусмотренная Таблицей размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем Приложение № 4 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 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 действия страхования, повлекшее проведение хирургической операции. Список хирургических операций по данному страховому событию приведен в Таблице выплат страхового обеспечения в связи с хирургическими вмешательствами (Приложение № 5 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 в связи с критическими заболеваниями (Приложение № 1 к настоящим Правилам).

3.3. События, перечисленные в п.3.2. настоящих Правил признаются страховыми случаями, если несчастный случай или болезнь, в результате которых они наступили, имели место в течение действия страхования с учетом условий п. 6.3. настоящих Правил. События, указанные в п.п. 3.2.8, 3.2.9., 3.2.10. настоящих Правил, произошедшие в результате болезни, признаются страховыми событиями, если заболевание было впервые диагностировано в течение срока действия договора страхования.

События, указанные в п.3.2.7. настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если временная утрата трудоспособности Застрахованного лица наступила в течение действия договора страхования.

События, указанные в п.3.2.8. настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если проведение хирургической операции Застрахованному лицу имело место в течение действия договора страхования.

События, указанные в п.3.2.9. настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если госпитализация Застрахованного лица имела место в течение действия договора страхования.

События, указанные в п.3.2.10. настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если установление Застрахованному лицу в медицинском учреждении заключительного диагноза одного из заболеваний или проведение ему одной из хирургических операций, определённых в договоре страхования, имело место в течение действия договора страхования.

3.4. События, указанные в п. 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 произошёл 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 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 – физическое лицо, для которого занятия профессиональным спортом являются основным видом деятельности и получающее вознаграждение за подготовку к спортивным соревнованиям и участие в них. К профессиональным спортсменам относятся студенты и учащиеся следующих учебных центров: Белорусского государственного университета физической культуры, училищ олимпийского резерва, специализированных школ олимпийского резерва, детско-юношеских спортивных школ и спортсмены профессиональных спортивных организаций, профессиональных спортивных клубов, спортивных сборных команд государства.

Спортсмен-любитель – физическое лицо, для которого спортивная деятельность не предусматривает экономическую эффективность, и она направлена на физическое воспитание, занятия спортом по собственному желанию ради удовольствия и поддержания своего физического развития.

3.4.8. Болезни Застрахованного лица, прямо или косвенно связанной 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 п.4 м) Дополнительных условий страхования в связи с критическими

заболеваниями (Приложение № 1), если этот риск включен в договор страхования.

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 косметическими 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.).

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.

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.

При увеличении количества застрахованных лиц в заявлении должны быть указаны сведения о застрахованных лицах согласно Приложению № 3 к настоящим Правилам.

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 увеличиваемое количество застрахованных лиц.

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

$$П = СС \times БСТ \times К \times КС$$

П – страховая премия, подлежащая доплате;

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

БСТ – базовый годовой страховой тариф;

К – корректировочные коэффициенты, применяемые к базовым страховым тарифам, в рамках действующего договора страхования;

КС – корректировочный коэффициент в зависимости от срока действия 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:

$$ДП = (НСС \times T2 - ПСС \times T1) \times n/t$$

ДП – дополнительная страховая премия;

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

ПСС – страховая сумма, установленная по договору страхования до внесения изменений;

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 тарифа, согласованного с органом, осуществляющим государственный надзор за страховой деятельностью, и применяемых к нему корректировочных коэффициентов, утвержденных в соответствии с законодательством).

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 п. 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.

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.

5.5. По соглашению сторон 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 (просроченную сумму страховой премии) не позднее 30 календарных дней со дня просрочки платежа. При неуплате просроченной части страховой премии в течение указанного срока, договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем 30-дневного срока, в течение которого Страхователь обязан уплатить просроченную часть страховой премии. При этом Страхователь не освобождается от уплаты страховой премии за указанный 30-дневный срок действия договора страхования.

5.6. Если страховой случай наступил до уплаты очередной части страховой премии, внесение которой просрочено, Страховщик удерживает оставшуюся неуплаченную сумму 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 30 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.

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

В случае если Застрахованным лицом является ребёнок до 18-ти лет, обязательное включение в договор страхования страхового случая,

указанного в п.3.2.1. или п.3.2.5. настоящих Правил может быть заменено на обязательное включение страхового случая, указанного в п. 3.2.2. или п. 3.2.6. 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 первой 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 страховом полисе.

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 может быть заключен путем составления одного документа, а также путем обмена документами посредством почтовой, телеграфной, телетайпной, электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от стороны по договору, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного заявления договора страхования, подписанного ими.

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

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

В случае заключения договора страхования в форме электронного документа либо путем обмена документами согласно части первой 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.

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

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 первом абзаце 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 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 п. 6.10.5. настоящих Правил.

6.10.8. В других случаях, предусмотренных действующим законодательством.

6.11. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, предусмотренным п. 6.10.5. настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, предусмотренным пп. 6.10.4., 6.10.6. 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 15 календарных дней со дня прекращения действия договора страхования. За несвоевременное исполнение этой обязанности Страховщик уплачивает пеню в размере 0,1% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей возврату.

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 п. 6.10.7. настоящих Правил, уплаченная страховая премия возврату Страхователю не подлежит.

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 п. 4.3. настоящих Правил), Страхователю возвращаются:

в случае прекращения договора в отношении конкретных Застрахованных лиц, уплаченная за этих Застрахованных лиц страховая премия за истекший срок действия договора страхования за вычетом понесенных Страховщиком расходов;

в случае уменьшения страховых сумм в отношении конкретных Застрахованных лиц без изменения общей численности, часть уплаченной за этих Застрахованных лиц страховой премии за 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 п.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 п. 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 третьи 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 пунктом 6.10.7. 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 п.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 часть страховой премии в случае досрочного прекращения договора страхования по обстоятельствам, указанным в пунктах 6.11, 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 п. 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 п. 3.2.9. 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, если 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 п.п. 3.2.1., 3.2.5. 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 п.п. 3.2.2., 3.2.6. 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 п.п. 3.2.2., 3.2.6. (страховая выплата по Варианту Б, В в соответствии с п. 8.5. настоящих Правил) или п.п. 3.2.3., 3.2.7. 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 п. 3.2.7. 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 п. 7.3. настоящих Правил);

- закрытые листки нетрудоспособности;

д) при наступлении событий, указанных в п. 3.2.4. 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 п.п. 3.2.8., 3.2.9. 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 страховым 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 п. 3.2.1. или п. 3.2.5. 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 п. 3.2.2. или п. 3.2.6. 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 п.п. 3.2.2., 3.2.6. настоящих Правил в результате несчастного случая – по «Таблице размеров выплат страхового обеспечения в связи с постоянной утратой трудоспособности в результате несчастного случая» исходя из страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица. При наступлении событий, указанных в п. 3.2.6. 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 п. 3.2.3., п. 3.2.4., или 3.2.7. настоящих Правил, страховое обеспечение рассчитывается по одному из следующих вариантов:

Вариант А (п. 3.2.3. и п. 3.2.4. настоящих Правил):

по «Таблице размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» в зависимости от тяжести травмы, исходя из страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица;

Вариант Б (п. 3.2.3. или п. 3.2.7. 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. Период временной нетрудоспособности должен начинаться в период действия 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).

Вариант В (п. 3.2.3. или п. 3.2.7. 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. Период временной нетрудоспособности должен начинаться в период действия 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).

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.

8.7. При наступлении страхового случая, указанного в п. 3.2.8. настоящих Правил, страховое обеспечение выплачивается по «Таблице выплат страхового обеспечения в связи с хирургическими вмешательствами» (Приложение № 5), исходя из страховой суммы (лимита ответственности) по этому риску, установленной для Застрахованного лица.

8.8. При наступлении страхового случая, указанного в п. 3.2.9. 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 п.п. 3.2.1.- 3.2.10. настоящих Правил, признанных страховыми случаями, причинно-следственная связь между которыми подтверждена соответствующим медицинским заключением, то размер страховой выплаты по каждому страховому случаю уменьшается на сумму страховой выплаты, ранее произведенной 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» (п. 3.2.10 Правил) указаны в Дополнительных условиях страхования на случай критических заболеваний (Приложение № 1 к Правилам), а также п 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 п. 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 п. 8.2. и 8.3. настоящих Правил.

8.12. При непризнании заявленного случая страховым решением об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком и сообщается Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) в течение 7 (семи) рабочих дней после получения всех документов, предусмотренных п.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 п.п. 3.2.1., 3.2.5. 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 (п. 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.

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, индивидуальному предпринимателю – 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 (п. 7.2.5. 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.

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

СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ

1. Базовые страховые тарифы

Размер страховой премии определяется Страховщиком исходя из страховой суммы и страхового тарифа (базового страхового тарифа, согласованного с органом, осуществляющим государственный надзор за страховой деятельностью, и применяемых к нему корректировочных коэффициентов, утвержденных Страховщиком).

п/п	Страховой случай	Базовый 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 трудоспособности (инвалидность) (Вариант 2 «Инвалидность в результате несчастного случая»)	0.29
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)	0.71

	(Вариант 3 «Расстройство здоровья в результате несчастного случая»)	
1.4	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее травму (телесные повреждения) Застрахованного лица (Вариант 4 «Травма в результате несчастного случая»)	0.71
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»)	10.9
1.8	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая,	3.0
	повлекшее проведение хирургической операции (Вариант 8 «Проведение хирургической операции»)	

1.9	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая, повлекшее его госпитализацию (Вариант 9 «Госпитализация»)	1.5
1.10	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»)	0.1