

УНИТАРНОЕ СТРАХОВОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ «БЕЛВЭБ СТРАХОВАНИЕ»

ПРАВИЛА № 6

**ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
ОБЩЕГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

вступают в силу 16.10.2019

МИНСК 2019

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на основании настоящих Правил добровольного страхования общегражданской ответственности (далее – Правила) Унитарное страховое предприятие «БелВЭБ Страхование» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного страхования общегражданской ответственности с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями (далее – Страхователи). Страхователями по настоящим Правилам не могут быть государственные органы, государственные юридические лица, а также хозяйственные общества, в отношении которых Республика Беларусь либо административно-территориальная единица, обладая долями (акциями) в уставных фондах, может определять решения, принимаемые этими обществами. При этом может быть застрахована ответственность самого Страхователя или иного лица, на которое такая ответственность может быть возложена (далее – лицо, чья ответственность застрахована). Лицо, ответственность которого за причинение вреда застрахована, должно быть названо в договоре страхования (страховом полисе), а если лицо не названо, считается застрахованной ответственность самого Страхователя. Все положения, относящиеся в соответствии с настоящими Правилами к Страхователю, распространяются на лиц, чья ответственность застрахована, если из договора страхования не следует иное.

1.2. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Страхователя (лица, чья ответственность застрахована), связанные:

1.2.1. с его ответственностью по обязательствам, возникшим у него вследствие причинения вреда жизни, здоровью и/или имуществу третьих лиц:

1.2.1.1. в связи с осуществлением Страхователем (лицом, чья ответственность застрахована) не противоречащей законодательству Республики Беларусь деятельности, указанной в договоре страхования (далее – застрахованная деятельность).

1.2.1.2. при проведении клинических исследований (испытаний) лекарственных средств, клинических испытаний изделий медицинского назначения и медицинской техники.

Договор страхования по данному риску заключается на случай неумышленного причинения при проведении клинического испытания вреда жизни, здоровью участвующих в данном клиническом испытании третьих лиц вследствие:

недостатков исследуемого лекарственного средства, изделий медицинского назначения и медицинской техники, приведших к причинению вреда жизни и здоровью третьих лиц, о которых они не были проинформированы заранее;

недостаточности информации об исследуемом лекарственном средстве, изделии медицинского назначения и медицинской технике и о их воздействии на организм человека (в т.ч. недостаточности информации о совместном действии препаратов);

недостатков метода исследования лекарственного средства, метода диагностики или лечения, связанного с применением изделий медицинского назначения и медицинской техники, имевших место в результате непреднамеренных ошибок, упущений при выборе такого метода;

недостаточности информации о методе исследования лекарственного средства, методе диагностики или лечения, связанном с применением изделий медицинского назначения и медицинской техники;

непреднамеренных ошибок в протоколе клинического испытания и других документах, в соответствии с которыми проводится данное исследование (при условии, что ошибка возникла по вине Страхователя (лица, чья ответственность застрахована));

непреднамеренных ошибок и упущений при отборе третьих лиц;

непреднамеренных ошибок и упущений при отборе клинических баз;

непреднамеренных ошибок и упущений при отборе физических лиц, несущих ответственность за проведение клинического испытания в исследовательском центре, и специалистов (медицинских работников), участвующих в клиническом испытании;

непреднамеренных ошибок и упущений физических лиц, несущих ответственность за проведение клинического испытания в исследовательском центре, и специалистов (медицинских работников), участвующих в клиническом испытании;

прочих непреднамеренных ошибок и упущений, допущенных физическими лицами, несущими ответственность за проведение клинического испытания в исследовательском центре, и специалистами (медицинскими работниками), участвующими в клиническом испытании, при выполнении ими обязанностей по надлежащему проведению клинического испытания в соответствии с требованиями законодательства Республики Беларусь и правилами Надлежащей клинической практики (GCP).

1.2.2. с его расходами по ведению в судебных органах дел по спорам с третьими лицами и его внесудебные расходы, связанные с удовлетворением правомерных и защитой от неправомерных претензий, в той мере, в которой они были необходимы и соразмерны обстоятельствам страхового случая (далее – судебные и/или внесудебные расходы).

1.3. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

а) вред, причиненный Страхователем (лицом, чья ответственность застрахована) – всякий вред, ответственность за который согласно

действующему законодательству возлагается на Страхователя (лица, чья ответственность застрахована);

б) имущественная претензия третьих лиц о возмещении причиненного Страхователем (лицом, чья ответственность застрахована) вреда – письменное обращение, адресованное непосредственно Страхователю (лицу, чья ответственность застрахована), а также исковые заявления в суд, подтвержденные доказательствами о факте, причинах и размере вреда, и основанные на нормах гражданского законодательства, действующего на территории страхования;

в) третьи лица – физические или юридические лица, индивидуальные предприниматели, в соответствии с настоящими Правилами, не являющиеся субъектами страхования (Страховщиком, Страхователем, лицом, чья ответственность застрахована). Для целей риска, указанного в п. 1.2.1.2. Правил, под третьими лицами понимаются физические лица (пациенты), участвующие в клиническом испытании в составе группы, которая получает исследуемое лекарственное средство либо применяет исследуемое изделие медицинского назначения, медицинской техники или контрольное изделие, либо в составе контрольной группы в рамках клинического испытания и в соответствии с его протоколом, подтвердившее в письменной форме свое добровольное согласие на участие в данном испытании и факт ознакомления со всеми особенностями и условиями его проведения;

г) информированное согласие – процедура, с помощью которой третье лицо самостоятельно (а в случаях, предусмотренных законодательством, через своих законных представителей) добровольно подтверждает свое согласие на участие в определенном клиническом испытании после ознакомления со всеми особенностями испытания, которые могут повлиять на его решение. Информированное согласие документально оформляется посредством собственноручного подписания и датирования формы согласия;

д) исследуемый препарат (лекарственное средство) – лекарственное средство, которое содержит активное вещество в определенной лекарственной форме, является предметом испытания или используется для контроля в рамках клинического испытания, в том числе: зарегистрированное лекарственное средство, если способ его медицинского применения, лекарственная форма или дозировка отличаются от утвержденных при государственной регистрации, а также, если оно заявляется для медицинского применения по новому показанию или изучается для получения дополнительной информации по ранее утвержденному при государственной регистрации показанию;

е) исследуемое изделие медицинского назначения и медицинская техника - изделия и оборудование, которые являются предметом испытания или используются для контроля в рамках клинического

испытания, в том числе зарегистрированные изделие и оборудование, если способ их медицинского применения отличается от утвержденных при государственной регистрации, а также если они изучаются для получения дополнительной информации по ранее утвержденному при государственной регистрации показанию.».

1.4. Договор страхования действует на территории Республики Беларусь. Страховщик вправе заключать договоры страхования с действием на территории других государств при наличии договорных соглашений по оформлению документов для урегулирования убытков при наступлении страховых случаев на территории этих государств.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

2.1. Страховым случаем является:

2.1.1. факт наступления ответственности Страхователя (лица, чья ответственность застрахована) по обязательствам, возникшим вследствие причинения вреда жизни, здоровью и/или имуществу третьих лиц (Выгодоприобретателей) в результате событий, указанных в п. 1.2.1. Правил, и предъявление обоснованных требований страхователю (лицу, чья ответственность застрахована) о возмещении причиненного вреда. Требование признается обоснованным, если оно в соответствии с законодательством подлежит удовлетворению (влечет ответственность страхователя (лица, чья ответственность застрахована) за причиненный вред);

2.1.2. факт понесения Страхователем (лицом, чья ответственность застрахована) судебных и/или внесудебных расходов в связи с причинением вреда жизни, здоровью и/или имуществу третьих лиц, в результате ненадлежащих действий (бездействия) Страхователя.

Факт причинения вреда жизни, здоровью и/или имуществу третьих лиц должен быть подтвержден судебным решением и/или имущественной претензией третьих лиц о возмещении причиненного Страхователем вреда, официально предъявленной Страхователю в соответствии с законодательством.

2.2. Причинение вреда нескольким лицам в результате воздействия ряда последовательно (или одновременно) возникших событий (например, пожара, взрыва и т.п.), вызванных одной и той же причиной, рассматривается как один страховой случай. Все требования о возмещении вреда заявленные вследствие таких событий будут считаться заявленными в тот момент, когда первое из этих требований заявлено в отношении Страхователя.

2.3. Не являются страховыми случаи причинения вреда потерпевшим лицам и не удовлетворяются требования:

2.3.1. о возмещении вреда, выразившегося в упущенной выгоде третьих лиц, за исключением случаев причинения вреда жизни, здоровью третьих лиц;

2.3.2. о возмещении вреда, причиненного третьим лицам сверх лимитов возмещения, предусмотренных законодательством, действующим на территории страхования;

2.3.3. о компенсации морального вреда или вреда причиненного деловой репутации юридического лица;

2.3.4. о возмещении вреда, возникшего в результате нарушения авторских прав и иных исключительных прав на объекты интеллектуальной собственности;

2.3.5. о возмещении вреда, причиненного при участии в спортивных соревнованиях (состязаниях) либо в процессе подготовки к ним, если представители Страхователя выступали (или готовились выступить) как непосредственные их участники;

2.3.6. о возмещении вреда, причиненного в связи с эксплуатацией или иным использованием:

а) морских, речных судов или иных плавучих объектов;

б) самолетов, вертолетов или иных пилотируемых или непилотируемых летающих аппаратов;

в) передвижной механической сельскохозяйственной и другой техники, для которой не требуется регистрация в органах государственной автомобильной инспекции;

г) железнодорожных путей для перевозки пассажиров и грузов, а также подъездных путей;

д) любого оружия (за исключением средств охоты), орудий войны.

2.3.7. о возмещении вреда, вызванного наводнением или затоплением искусственных или естественных водоемов (включая емкости очистных сооружений), а также оползнем, оседанием грунта или расположенных на нем зданий или сооружений, в том числе вследствие проведения земляных, свайных или иных аналогичных работ;

2.3.8. о возмещении вреда, причиненного животными;

2.3.9. о возмещении вреда, причиненного, в результате действия вибрации, действия копера, оседанием грунта или сносом, а также в результате смещения, устранения или ослабления опор;

2.3.10. о возмещении вреда, причиненного вследствие недостатков товара, выполненной работы или оказанной услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге);

2.3.11. о возмещении вреда лицам, находящимся со Страхователем в трудовых отношениях, причиненного им при исполнении ими обязанностей, предусмотренных трудовыми договорами. Однако если вред причиняется указанным лицам в нерабочее время и не в связи с

выполнением ими трудовых обязанностей, он подлежит возмещению в соответствии с положениями настоящих Правил;

2.3.12. о возмещении вреда, причиненного в связи с проведением строительно-монтажных работ;

2.3.13. о возмещении вреда, возникшего вследствие постоянного, регулярного или длительного термического воздействия или воздействия газов, паров, лучей, жидкостей, влаги или любых, в том числе взвешенных, частиц в атмосфере (сажа, копоть, дым, пыль и др.), за исключением случаев, когда воздействие вышеуказанных субстанций является внезапным и непредвиденным и имеются наглядные доказательства того, что вред явился неизбежным последствием такого воздействия и непосредственно связан с застрахованной деятельностью;

2.3.14. предъявляемых Страхователем при причинении ему вреда лицом, чья ответственность застрахована, или же предъявляемых лицом, чья ответственность застрахована, при причинении им вреда Страхователю или другим лицам, чья ответственность застрахована;

2.3.15. предъявляемых супругом, детьми (в том числе усыновленными), родителями (усыновителями) Страхователя или лица, чья ответственность застрахована, их братьями, сестрами и внуками, бабушками и дедушками, а также их родственниками и иными лицами, в течение длительного времени проживающими со Страхователем (лицом, чья ответственность застрахована) и ведущими с ним совместное хозяйство;

2.3.16. лиц, которым поручена ликвидация юридического лица, к ликвидируемому юридическому лицу – Страхователю (лицу, чья ответственность застрахована);

2.3.17. о возмещении вреда, явившегося следствием неустранения Страхователем в течение согласованного со Страховщиком срока обстоятельств, повышающих степень риска;

2.3.18. о возмещении вреда, явившегося следствием разглашения Страхователем или использования им в личных целях (использования в личных целях работниками Страхователя) коммерческой тайны или иной конфиденциальной информации, в связи с осуществлением им застрахованной деятельности;

2.3.19. о возмещении вреда, причиненного за пределами территории страхования;

2.3.20. о возмещении вреда в связи с повреждением, уничтожением или порчей предметов, которые Страхователь взял в аренду, найм, прокат, лизинг или в залог, либо принял на хранение по договору или в качестве дополнительной услуги;

2.3.21. о возмещении вреда, причиненного в связи с эксплуатацией или иным использованием:

- а) средств авто- и мототранспорта, подлежащих обязательной регистрации в государственных органах;
- б) опасных производственных объектов;
- 2.3.22. о возмещении убытков, возникших в результате воздействия радиоактивного или иного ионизирующего излучения, в том числе выделяемого радиоактивными веществами альфа, бета или гамма-излучения, нейтронов; излучения, исходящего от ускорителей заряженных частиц, оптических (лазеры), волновых (мазеры) или аналогичных квантовых генераторов, а также генераторов СВЧ;
- 2.3.23. о возмещении убытков, возникших в результате воздействия асбеста, асбестоволокна или любых продуктов, содержащих асбест, а также диэтилстирола, диоксина, мочевинового формальдегида и радиоактивных изотопов;
- 2.3.24. о возмещении вреда, связанного с генетическими изменениями в организмах людей, животных и растений;
- 2.3.25. о возмещении убытков, возникших вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения договорных обязательств;
- 2.3.26. по уплате неустойки (штрафа, пени) за неисполнение или ненадлежащее исполнение договорных обязательств;
- 2.3.27. об исполнении гарантийных и аналогичных им обязательств;
- 2.3.28. о возмещении убытков, вытекающих из обязанности Страхователя (лица, чья ответственность застрахована) возместить вред, причиненный в результате осуществления какого-либо вида профессиональной деятельности, страхование ответственности по которому осуществляется в рамках страхования профессиональной ответственности;
- 2.3.29. о возмещении вреда, возникшего в результате проявления обстоятельств непреодолимой силы;
- 2.3.30. о возмещении вреда, возникшего в результате осуществления деятельности по перевозке (транспортировке) – ответственность перевозчика, экспедитора;
- 2.3.31. при не подтверждении факта и обстоятельств происшествия документом компетентного органа.
- 2.3.32. о возмещении вреда жизни, здоровью третьих лиц, если ухудшение состояния, развитие сопутствующих заболеваний или смерть третьего лица наступили в силу причин, не связанных с приемом исследуемого препарата (применением испытываемых изделий медицинского назначения и медицинской техники);
- 2.3.33. о возмещении вреда в случае, если не установлена прямая причинно-следственная связь между причинением вреда жизни, здоровью третьему лицу и введением ему исследуемого препарата (применением испытываемых изделий медицинского назначения и медицинской техники);

2.3.34. о возмещении вреда работников страхователя (лица, чья ответственность застрахована) либо их родственников, которые являлись третьими лицами по клиническому исследованию;

2.3.35. случаи самоубийства, попытки самоубийства третьего лица или нанесения себе третьим лицом телесных повреждений;

2.3.36. о возмещения вреда жизни, здоровью третьих лиц, явившегося следствием:

2.3.36.1. проведения клинического исследования без получения необходимого на это разрешения Министерства здравоохранения Республики Беларусь либо при истечении (приостановлении) срока действия такого разрешения;

2.3.36.2. отступления от протокола проведения клинического исследования, утвержденного в установленном законодательством порядке;

2.3.36.3. проведения клинических испытаний на базе уполномоченного лечебно-профилактического учреждения в отделении, которое не специализируется на соответствующем профиле заболеваний;

2.3.36.4. отсутствия письменного информированного согласия третьего лица, жизни или здоровью которого причинен вред, на участие в данном клиническом исследовании;

2.3.36.5. передачи права проведения клинических испытаний лицам, которые не имеют на это законных оснований;

2.3.36.6. побочных эффектов исследуемого препарата, изделий медицинского назначения и медицинской техники на организм человека, которые были известны третьим лицам, до наступления страхового случая, и они согласились самостоятельно нести риск возможного в связи с этим ущерба жизни и здоровью;

2.3.36.7. несоблюдения страхователем (лицом, чья ответственность застрахована) соответствующих требований законодательства Республики Беларусь, международного законодательства (в рамках проведения международных мультицентровых испытаний) и правил Надлежащей клинической практики (GCP);

2.3.36.8. ошибок, недостатков или дефектов медицинского оборудования, используемого для проведения клинического исследования лекарственных средств (за исключением скрытых дефектов данного оборудования, о которых страхователь (лицо, чья ответственность застрахована) не мог знать);

2.3.36.9. невыполнения третьим лицом, страхователем (лицом, чья ответственность застрахована) плана (инструкций) и правил техники безопасности, предписанных при проведении клинических исследований;

2.3.36.10. недостатков (дефектов) исследуемого лекарственного средства, изделий медицинского назначения и медицинской техники, которые были известны страхователю (лицу, чья ответственность за-

страхована) до его применения (в том числе проведение клинических испытаний с лечебными препаратами по истечении их гарантийного срока использования);

2.3.36.11. неправильного хранения исследуемого лекарственного средства, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

2.3.36.12. внутрибольничного инфицирования (в том числе, заражения при переливании крови, заражения крови, инфицирования вирусом иммунодефицита (ВИЧ) и пр.);

2.3.36.13. участия третьего лица в клинических испытаниях в состоянии алкогольного, токсического и наркотического опьянения;

2.3.36.14. умышленного причинения вреда. При этом умысел страхователя (лица, чья ответственность застрахована) может быть как в форме прямого, так и косвенного умысла;

2.3.36.15. отключения электроэнергии (за исключением случаев, когда это привело к отключению медицинского оборудования, поддерживающего жизненно важные функции организма третьего лица), теплоснабжения и т.д.;

2.3.36.16. недостаточности информации о противопоказаниях у лица, принимающего участие в клиническом исследовании в случае, если третье лицо намеренно скрыло эту информацию.».

2.4. Страховщик не возмещает вред, за который Страхователь не несет ответственности в соответствии с действующим законодательством.

3. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. СТРАХОВОЙ ВЗНОС

3.1. Сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить страховое возмещение при наступлении страхового случая (лимит ответственности), определяется соглашением между Страхователем и Страховщиком в соответствии с положениями настоящих Правил и отражается в договоре страхования (страховом полисе).

3.2. При заключении договора страхования устанавливается максимальный размер страхового возмещения по одному страховому случаю (лимит ответственности по одному страховому случаю) и максимальный размер страхового возмещения в отношении всех страховых случаев, которые могут наступить в течение срока действия договора страхования (общий лимит ответственности).

По соглашению сторон в пределах общего лимита ответственности могут устанавливаться:

лимит ответственности по возмещению вреда имуществу - максимальная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется производить страховые выплаты в возмещение вреда, причиненного имуществу третьих лиц (Выгодоприобретателей), в целом по всем страховым случаям, наступившим в период действия договора страхования;

лимит ответственности по возмещению вреда жизни, здоровью - максимальная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется производить страховые выплаты в возмещение вреда, причиненного жизни, здоровью третьих лиц (Выгодоприобретателей) в целом по всем страховым случаям, наступившим в период действия договора страхования;

лимит ответственности на одно третье лицо – максимальная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется производить страховые выплаты в возмещение вреда, причиненного жизни, здоровью, имуществу одного третьего лица (Выгодоприобретателя) в целом по всем страховым случаям, наступившим в период действия договора страхования;

иные лимиты ответственности, связанные с возмещением причиненного вреда, с указанием в договоре страхования.

3.3. Судебные и внесудебные расходы Страхователя, связанные с рассмотрением исков потерпевших (лиц, имеющих право на получение страхового возмещения), возмещаются (если они приняты на страхование) в размере не более 10% от лимита ответственности по одному страховому случаю.

3.4. Лимиты ответственности могут устанавливаться в белорусских рублях либо иностранной валюте (валюта лимита ответственности) в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

4. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРОВ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя (форма письменного заявления утверждается локальным правовым актом Страховщика), являющегося неотъемлемой частью договора страхования, или предложения Страховщика о добровольном страховании общегражданской ответственности, принятого Страхователем способом, указанным в таком предложении. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, а также путем обмена документами посредством почтовой, электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от стороны по договору, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного ими.

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 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 страхового взноса (его части) либо поступления его (ее) на счет Страховщика.

Договор страхования заключается на условиях настоящих Правил страхования, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования. Правила страхования вручаются Страхователю при заключении договора страхования, о чем в нем делается соответствующая запись.

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

4.2. По соглашению сторон договором страхования может быть предусмотрена сумма убытков, не подлежащая возмещению Страховщиком Страхователю (Выгодоприобретателю), – франшиза (условная, безусловная).

При условной франшизе Страховщик освобождается от ответственности за ущерб, если его размер не превышает условную франшизу; если размер ущерба превышает условную франшизу, Страховщик возмещает ущерб в полном размере.

При безусловной франшизе из суммы страхового возмещения вычитается сумма безусловной франшизы.

Франшиза может устанавливаться в отношении всех или отдельных рисков.

Франшиза может устанавливаться в абсолютной величине, в процентах к лимиту ответственности или к размеру ущерба.

Франшиза не применяется в случаях причинения вреда жизни, здоровью потерпевших.

Франшиза применяется при определении размера страхового возмещения по каждому страховому случаю и в отношении каждого потерпевшего.

4.3. Договор страхования может быть заключен на срок от одного дня до семи лет включительно или на иной срок, предусмотренный договором страхования, в частности: период проведения клинических испытаний. По соглашению сторон договором страхования в течение его действия может быть оговорен период, только в течение которого действует страхование (период действия страхования), что указывается в договоре страхования.

4.4. Страховой тариф рассчитывается путем умножения базового годового страхового тарифа (Приложением № 1 к настоящим Правилам) на корректировочные коэффициенты, утвержденные локальным правовым актом Страховщика.

4.5. Страховой взнос определяется исходя из рассчитанного страхового тарифа и лимита ответственности по договору страхования.

4.6. Страховой взнос уплачивается путем безналичного расчета либо наличными денежными средствами в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Днем уплаты страхового взноса при безналичном расчете считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика (его уполномоченного представителя).

Днем уплаты страхового взноса при безналичном расчете через систему ЕРИП (АИС «Расчет»), а также при внесении денежных средств непосредственно в кассы банков с последующим их зачислением на счет Страховщика (его уполномоченного представителя) считается день списания денежных средств с расчетного счета Страхователя (день совершения операции по перечислению страхового взноса (его части), подтверждением чего служит карт-чек и (или) иной документ, подтверждающий совершение соответствующей операции).

Днем уплаты страхового взноса при уплате наличными денежными средствами считается день, в который Страхователь уплатил денежные средства Страховщику (его уполномоченному представителю).

4.7. Страховой взнос рассчитывается и уплачивается в валюте лимита ответственности, если законодательством Республики Беларусь и соглашением сторон не предусмотрено иное. При установлении лимита ответственности в иностранной валюте и уплате страхового взноса в белорусских рублях пересчет производится по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте лимита ответственности, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса (его части).

4.8. По договорам страхования, заключенным на срок менее 1 года, страховой взнос уплачивается единовременно.

По договорам страхования, заключенным на срок 1 год и более, страховой взнос может уплачиваться единовременно, раз в полугодие, ежеквартально, ежемесячно.

При единовременной уплате страховой взнос уплачивается при заключении договора страхования.

4.9. При уплате страхового взноса:

4.9.1. раз в полугодие — первая часть страхового взноса уплачивается в размере не менее $1/2$ от годового страхового взноса, а последующие части страхового взноса должны быть уплачены Страхователем равными долями не позднее последнего дня оплаченного полугодия срока действия договора страхования;

4.9.2. ежеквартально — первая часть страхового взноса уплачивается в размере не менее $1/4$ от годового страхового взноса, а последующие части страхового взноса должны быть уплачены равными долями не позднее последнего дня каждого оплаченного квартала;

4.9.3. ежемесячно – первая часть страхового взноса уплачивается в размере не менее $1/12$ от годового страхового взноса, а последующие части страхового взноса должны быть уплачены равными долями не позднее последнего дня каждого оплаченного месяца.

Договором страхования может быть предусмотрена иная периодичность уплаты страхового взноса с учетом принципа предоплаты до начала периода страхования. В этом случае первая часть страхового взноса в размере не менее $1/k$ годового страхового взноса уплачивается при заключении договора страхования, а остальные части – через равные промежутки времени в течение срока действия договора страхования не позднее последнего дня оплаченного периода таким образом, чтобы оплата по договору с начала срока его действия составляла не менее $2/k$, $3/k$ и т.д. до уплаты страхового взноса в полном объеме, где k – количества этапов оплаты.

Если по договору страхования Страховщиком произведена выплата страхового возмещения и (или) Страхователем (Выгодоприобретателем) подано Страховщику заявление о выплате страхового возмещения, Страхователь, в порядке выполнения своих обязательств по договору, обязан уплатить страховой взнос по договору страхования в полном объеме, если иное не определено Страховщиком. При неуплате Страхователем страхового взноса в установленные договором страхования сроки и размере Страхователь обязан уплатить Страховщику пению за каждый день просрочки в размере $0,1\%$ от суммы, подлежащей уплате, а Страховщик вправе взыскать всю неуплаченную часть страхового взноса по договору страхования и пению в судебном порядке.

Порядок и сроки уплаты страхового взноса указываются в договоре страхования.

4.10. В случае неуплаты очередной части страхового взноса в установленный договором страхования срок Страховщик вправе по соглашению со Страхователем не прекращать договор страхования при наличии письменных обязательств Страхователя погасить имеющуюся задолженность не позднее 30 календарных дней со дня, указанного в договоре страхования как день уплаты очередной части страхового взноса. В случае неуплаты части страхового взноса, по которой предоставлена отсрочка, 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 очередную часть страхового взноса. При этом Страхователь не освобождается от уплаты части страхового взноса за указанный 30-дневный срок действия договора страхования.

Если страховой случай наступил до уплаты очередной части страхового взноса, по которой предоставлена отсрочка уплаты, то

Страховщик вправе удержать оставшуюся неуплаченную часть страхового взноса из суммы страхового возмещения.

4.11. При заключении договора Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования (страховом полисе) на основании письменного заявления Страхователя.

Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора страхования либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

4.12. Если после заключения договора будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п. 4.11. настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных статьей 180 Гражданского кодекса Республики Беларусь.

Требование Страховщика о признании договора страхования недействительным не подлежит удовлетворению, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

4.13. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно, не позднее 3 рабочих дней, 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. В этом случае Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного взноса соразмерно увеличению риска за период, оставшийся до истечения срока действия договора страхования.

$V_{\text{доп.}} = (V_{\text{ост. нов.}} - V_{\text{ост. перв.}}) * N / M$ где

$V_{\text{доп.}}$ - дополнительный страховой взнос,

$V_{\text{ост. перв.}}$ - страховой взнос без учета изменений в степени риска,

$V_{\text{ост. нов.}}$ - страховой взнос с учетом изменений в степени риска.

N – срок в днях до окончания договора страхования

M – срок действия договора страхования в днях

Внесение изменений и (или) дополнений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, осуществляется в письменном виде в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Дополнительный страховой взнос уплачивается Страхователем единовременно при заключении договора о внесении изменений в условия договора страхования либо по соглашению сторон частями в сроки, установленные договором страхования при его заключении для уплаты очередных (оставшихся) частей страховой премии.

4.14. Страхователь имеет право в период действия договора страхования увеличить лимит ответственности путем внесения изменений в договор страхования на период до окончания срока действия договора страхования. Страховой взнос при этом рассчитывается:

$$D = (S_2 - S_1) T_n N / M,$$

где **D** – дополнительный страховой взнос
S₁ и **S₂** – первоначальный и увеличенный лимиты ответственности соответственно
T_n – страховой тариф по Приложению № 1
N – срок в днях до окончания договора страхования
M – срок действия договора страхования в днях

4.15. Договор страхования вступает в силу со времени и даты, указанных в договоре страхования (страховом полисе) как время и дата начала срока действия договора, но не ранее времени уплаты страхового взноса по договору (первой его части). Если конкретное время начала срока действия договора страхования не указано, таким временем считается 00 часов 00 минут первого дня срока действия договора страхования. Договор страхования заканчивается в 24 часа 00 минут даты, указанной в договоре страхования (страховом полисе) как дата окончания срока действия договора.

4.16. В случае утери страхового полиса по заявлению Страхователя ему выдается дубликат полиса. После выдачи дубликата утерянный страховой полис считается недействительным и никаких выплат по нему не производится.

4.17. В случае реорганизации Страхователя - юридического лица в период действия договора страхования его права и обязанности по договору страхования переходят к его правопреемнику.

4.18. Страхователь вправе до истечения срока действия договора страхования, заключенного на срок не менее одного года, обратиться к Страховщику с заявлением о заключении нового договора страхования сроком на один год с предоставлением права уплатить страховой взнос (первую его часть) в срок до одного месяца со дня вступления в силу нового договора страхования.

При наступлении страхового случая до уплаты страхового взноса в течение данного месяца Страховщик при определении суммы страхового возмещения вправе удержать неуплаченную сумму страхового взноса. О применении данного условия делается отметка в договоре страхования (страховом полисе) при его заключении.

4.19. С заявлением страхователь предоставляет следующие документы (их копии, заверенные руководителем страхователя):

4.19.1. при страховании риска, предусмотренного в подпункте 1.2.1.1. Правил:

учредительные документы, документ о регистрации (свидетельство о государственной регистрации индивидуального предпринимателя) страхователя и лица, чья ответственность застрахована;

документы, содержащие сведения о характере деятельности, в отношении которой заключается договор страхования, в том числе копии разрешений, лицензий и патентов на деятельность и проводимые операции;

документы, содержащие сведения о наличии предъявленных к страхователю (лицу, чья ответственность застрахована), требований о возмещении вреда, причиненного им третьим лицам, за три года, предшествующие заключению договора страхования; копии официально предъявленных требований – при наличии таковых.

4.19.2. при страховании риска, предусмотренного в подпункте 1.2.1.2. Правил:

документы, содержащие сведения об испытываемом лекарственном средстве, изделии медицинского назначения и медицинской техники (основные характеристики др.) и условиях клинического исследования;

документы, содержащие сведения о случаях причинения вреда третьим лицам по аналогичному риску за три года, предшествующие заключению договора страхования;

документы, содержащие сведения о наличии предъявленных к страхователю (лицу, чья ответственность застрахована) требований о возмещении вреда, причиненного им третьим лицам при проведении клинических испытаний лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники за три года, предшествующие заключению договора страхования; копии официально предъявленных требований – при наличии таковых.

5. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования прекращается в случае:

5.1.1. истечения срока действия;

5.1.2. выполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме;

5.1.3. неуплаты Страхователем очередной части страхового взноса в размере и сроки, установленные договором страхования, - с 00 часов дня, следующего за указанным в договоре страхования днем уплаты невнесенной части страхового взноса (с учетом условия, предусмотренного в п. 4.10. настоящих Правил). Данное положение не

распространяется на случаи, указанные в части третьей п. 4.9. настоящих Правил;

5.1.4. если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и страхование прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай. При этом Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовало страхование;

5.1.5. при досрочном отказе Страхователя от договора страхования, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п.п. 5.1.4. Правил. При этом страховой взнос, уплаченный Страхователем, не возвращается, если иное не оговорено сторонами и не отражено в договоре страхования (страховом полисе), за исключением случаев, предусмотренных частью третьей настоящего пункта Правил.

5.1.6. по соглашению между Страховщиком и Страхователем, оформленному в письменном виде. В этом случае Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально периоду времени, в течение которого действовало страхование;

5.1.7. при ликвидации Страхователя-юридического лица, либо прекращении деятельности Страхователя-индивидуального предпринимателя. В данном случае Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовало страхование;

5.1.8. по требованию Страховщика в случае невыполнения Страхователем его обязанностей, предусмотренных п. 4.6. настоящих Правил. При этом страховой взнос, уплаченный Страхователем, возвращается за неоконченный срок действия договора.

Не подлежит возврату часть страхового взноса при досрочном прекращении договора страхования, если по нему имеются заявленные убытки или производилась выплата страхового возмещения.

При отказе Страхователя от договора страхования, заключенного в форме электронного документа, полученном Страховщиком до вступления договора в силу, уплаченный страховой взнос подлежит возврату в полном объеме.

5.2. О намерении досрочного прекращения договора страхования стороны должны уведомить друг друга не менее чем за 1 рабочий день до предполагаемой даты его прекращения.

5.3. При досрочном прекращении договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой полис.

5.4. Подлежащая возврату часть страхового взноса рассчитывается и выплачивается в валюте уплаты страхового взноса (если законодательством Республики Беларусь и соглашением сторон не предусмотрено иное) пропорционально времени, оставшемуся со дня

прекращения договора страхования до окончания срока его действия. Страховой взнос (или его часть) возвращается Страхователю в течение 5 рабочих дней со дня прекращения договора страхования. За каждый день просрочки возврата страхового взноса (или его части) по вине Страховщика Страхователю выплачивается пеня в размере 0,1% от суммы подлежащей возврату.

5.5. При наличии договоров страхования общегражданской ответственности с другими страховыми организациями, Страхователь обязан в письменном виде сообщить об этом Страховщику при заключении договора страхования.

6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВЩИКА И СТРАХОВАТЕЛЯ

6.1. Страхователь имеет право:

6.1.1. устанавливать по согласованию со Страховщиком лимиты ответственности по договору страхования;

6.1.2. выбирать порядок и сроки уплаты страхового взноса, срок действия договора страхования;

6.1.3. в случае утери страхового полиса получить дубликат полиса;

6.1.4. отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п.п. 5.1.4. Правил.

6.2. Страховщик имеет право:

6.2.1. проверять достоверность информации, представленной Страхователем при заключении договора страхования и в течение срока его действия;

6.2.2. потребовать признания договора страхования недействительным в случае, предусмотренном п. 4.12. Правил;

6.2.3. потребовать расторжения договора страхования в случае, предусмотренном в п.п. 5.1.8 Правил;

6.2.4. при появлении обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, потребовать изменения условий или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска;

6.2.5. удержать всю сумму неуплаченного страхового взноса (в т.ч. просроченной части) или его часть из суммы страхового возмещения, если соответствующая оговорка об этом внесена в страховой полис;

6.2.6. при урегулировании заявленной Страхователю претензии давать ему рекомендации и указания по порядку ведения переговорного процесса, при необходимости вести переписку и переговоры непосредственно с потерпевшей стороной (выгодоприобретателем).

6.3. Страхователь обязан:

6.3.1. уплачивать страховые взносы в размере, порядке и в сроки, установленные договором страхования;

6.3.2. незамедлительно, не позднее 3 рабочих дней, сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора и оговоренных Страховщиком в договоре страхования и переданных Правилах страхования;

6.3.3. при досрочном прекращении договора страхования возвратить Страховщику страховой полис;

6.3.4. **при наступлении события**, которое может быть впоследствии классифицировано как страховой случай, выполнить следующие действия:

6.3.4.1. принять все необходимые и целесообразные меры по уменьшению возможного вреда, при этом следовать указаниям Страховщика, если таковые будут;

6.3.4.2. письменно в течение 3-х рабочих дней с момента, когда ему стало об этом известно, сообщить Страховщику о причинении вреда третьим лицам, и в этот же срок – о предъявлении ему третьими лицами требований о возмещении вреда;

6.3.4.3. предоставить Страховщику договор страхования (страховой полис), копии требований, документов, полученных от потерпевших в обоснование материальных требований; сведения о третьих лицах, которым причинен вред в результате страхового случая; документы, полученные от компетентных органов (МВД, МЧС, суд, прокуратура, органы, осуществляющие технический надзор за производственной деятельностью и др.), касающиеся данного страхового случая, а также сообщать о начале действий компетентных органов, в том числе судебных, по факту причинения вреда и их решения по данному делу;

6.3.4.4. сообщить лицам, предъявившим ему требования о возмещении вреда, адрес Страховщика для обращения с целью решения вопроса о выплате страхового возмещения;

6.3.4.5. обеспечить Страховщику, по его требованию, возможность проводить расследование причин и размера вреда, представлять для этих целей необходимую информацию и документацию, позволяющую судить о причинах страхового случая, а также о характере и размерах причиненного вреда;

6.3.4.6. не признавать, не удовлетворять и не переуступать какие-либо требования, а также не принимать на себя каких-либо прямых или косвенных обязательств по урегулированию требований потерпевших без согласия Страховщика;

6.3.4.7. немедленно сообщить Страховщику о предъявленных ему судебных исках и оспаривать исковое заявление в установленном законом порядке, а также предоставить Страховщику по его требованию полномочия по участию в судебном процессе;

6.3.4.8. передать Страховщику все документы и доказательства и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления

Страховщиком перешедшего к нему права требования к лицу, виновному в нанесении вреда;

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

6.4. Страховщик обязан:

6.4.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами;

6.4.2. выдать Страхователю договор страхования (страховой полис) и копию настоящих Правил;

6.4.3. при наступлении страхового случая осуществить определение размера вреда на основании представленных Страхователем документов, составить акт о страховом случае и произвести выплату страхового возмещения в соответствии с разделом 7 Правил.

7. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА ВРЕДА. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

7.1. При наступлении события, которое может быть впоследствии классифицировано как страховой случай, Страхователь должен выполнить свои обязанности, предусмотренные п.п. 6.3.4. настоящих Правил.

7.2. После получения от Страхователя сообщения о происшествии Страховщик имеет право (не позднее 5 рабочих дней со дня получения заявления о предъявлении Страхователю потерпевшим лицом требования о возмещении вреда) направлять в соответствующие компетентные органы запросы о причинах наступления страхового случая, о характере и размере причиненного вреда.

7.3. С заявлением на выплату страхового возмещения к Страховщику вправе обратиться:

- потерпевший;
- лица, имеющие право на возмещение вреда в случае смерти потерпевшего;
- Страхователь (при понесении им расходов при осуществлении мер, направленных на уменьшение возможных убытков, если такие расходы были необходимы или произведены для выполнения указаний Страховщика; расходов, понесенных им на ведение в судебных органах дел по искам потерпевших (лиц, имеющих право на возмещение вреда в случае смерти потерпевшего), либо в случае, если он с письменного согласия Страховщика самостоятельно оплатил предъявленную ему претензию).

7.4. К заявлению о возмещении причиненного вреда должны быть приложены оригиналы (надлежащим образом заверенные копии) следующих документов:

7.4.1. договор страхования (страховой полис);

7.4.2. документ, подтверждающий личность заявителя, либо документ, удостоверяющий его право на представление интересов потерпевшего;

7.4.3. документы, подтверждающие размер материальных требований;

7.4.4. документы компетентных органов (МВД, МЧС, суд, прокуратура, органы, осуществляющие технический надзор за производственной деятельностью и др.), удостоверяющие факт и обстоятельства страхового случая, в компетенции которых находится расследование происшествия;

7.4.5. при причинении вреда жизни, здоровью – документы медицинских и иных компетентных организаций, позволяющие определить характер и степень вреда, причиненного жизни, здоровью третьего лица, а также его причинную связь с произошедшим страховым случаем;

7.4.6. в случае смерти потерпевшего – свидетельство о смерти потерпевшего, заключения медицинского учреждения и (или) иного компетентного органа по факту смерти, постановление следственных органов, решение приговора суда;

7.4.7. документы (при их наличии), подтверждающие оплату требований (исков) потерпевших (Выгодоприобретателей);

7.4.8. документы, подтверждающие характер и размер произведенных Страхователем расходов.

7.4.9. страховщик вправе потребовать другие документы, необходимые для решения вопроса о страховой выплате, если представленных документов недостаточно для установления факта наступления страхового случая и размера ущерба.»

7.5. При причинении вреда имуществу, потерпевший предъявляет Страховщику для осмотра поврежденное имущество, либо его остатки и документы, позволяющие определить действительную стоимость уничтоженного или поврежденного имущества на момент страхового случая. Страховщик производит осмотр в срок до 5 рабочих дней с момента получения извещения от Страхователя (Выгодоприобретателя). Если потерпевший не представил Страховщику для осмотра поврежденное имущество либо его остатки без достаточных на то оснований, что создало препятствие Страховщику в установлении причин и характера страхового случая, а также в определении размера причиненного вреда, Страховщик вправе не выплачивать страховое возмещение.

7.6. По результатам осмотра уничтоженного (поврежденного) имущества потерпевшего лица, Страховщик в течение 5-и рабочих дней составляет акт осмотра поврежденного (уничтоженного) имущества

произвольной формы, в котором отражается перечень имущества с указанием степени его повреждения, и который подписывается представителями Страховщика, потерпевшего (Выгодоприобретателя) и Страхователя.

7.7. После получения Страховщиком всех необходимых документов, перечисленных в п. 7.4. настоящих Правил, а также ответов на запросы из компетентных органов, он принимает решение о признании случая страховым и составляет акт о страховом случае (по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика), либо в течение 5 рабочих дней Страхователю (Выгодоприобретателю) направляется письменное сообщение о непризнании случая страховым, или об отказе в выплате с мотивацией причины отказа.

7.8. В случае признания Страхователем своей вины и принятии Страховщиком решения о классификации случая страховым, а также при отсутствии у потерпевшего (Выгодоприобретателя) возражений по поводу начисленного размера страхового возмещения Страховщик производит выплату страхового возмещения в бесспорном порядке, в противном случае решение о признании случая страховым и о размере выплаты принимается Страховщиком на основании решения суда.

7.9. В случае судебного разбирательства по предъявленной Страхователю претензии Страховщик вправе с согласия Страхователя принимать участие в судебном процессе. При этом акт о страховом случае составляется после получения Страховщиком вынесенного судебным органом окончательного решения об ответственности Страхователя.

7.10. Если по рассматриваемому происшествию возбуждено уголовное дело, срок принятия решения о признании случая страховым и выплате страхового возмещения может быть продлен Страховщиком до получения приговора суда или постановления следственных органов о прекращении или приостановлении производства по делу.

7.11. Сумма страхового возмещения определяется исходя из размера подлежащего возмещению вреда, причиненного потерпевшему, но не более соответствующих лимитов ответственности Страховщика по договору страхования. Если по договору страхования установлена франшиза, то расчет страхового возмещения производится с учетом франшизы (п. 4.2. настоящих Правил).

7.12. Размер подлежащего возмещению вреда, причиненного жизни или здоровью физического лица, а также сроки, периодичность выплат, перечень лиц, имеющих право на получение компенсации в связи со смертью потерпевшего, определяются:

- при причинении вреда белорусским гражданам – в соответствии с законодательством Республики Беларусь,

- при причинении вреда иностранным гражданам – по праву той страны, где имело место действие или иное обстоятельство, послужившее основанием для требования о возмещении вреда. Иностранное право не применяется, если действие или иное обстоятельство, послужившее основанием для требования о возмещении вреда, по законодательству Республики Беларусь не влечет за собой наступление ответственности Страхователя.

7.13. При причинении вреда имуществу размер вреда определяется как:

- в случае полной гибели или утраты имущества – его действительная стоимость на день страхового случая за вычетом стоимости остатков, годных к использованию или реализации. Погибшим считается имущество, если его восстановление технически невозможно или экономически нецелесообразно. Восстановление имущества считается экономически нецелесообразным, если расходы на приведение его в состояние, в котором оно находилось непосредственно перед происшествием, превышают 80% его действительной стоимости, установленной на дату происшествия;

- в случае повреждения имущества – стоимость обесценения или расходы на восстановление в состояние, в котором оно находилось на день страхового случая, но не более действительной стоимости имущества на день страхового случая. Расходы и затраты, связанные с изменением или усовершенствованием, а также обновлением имущества при выполнении ремонта, не возмещаются.

7.14. При причинении вреда окружающей природной среде возмещению подлежат расходы по ликвидации последствий такого вреда и восстановлению загрязненной территории (рекультивация земель, сбор пятен с водной поверхности и др.).

7.15. Если в процессе урегулирования убытка потерпевшему (Выгодоприобретателю) и Страховщику не удалось прийти к соглашению о размере причиненного имущественного вреда, для определения его размера может быть назначена независимая экспертиза.

Расходы по проведению экспертизы несет сторона-инициатор. В случае если обе стороны заинтересованы в проведении экспертизы, то расходы на ее проведение распределяются между ними в равных долях. Страховщик принимает решение о выплате страхового возмещения и о его размере, исходя из заключения эксперта с учетом условий договора страхования (страхового полиса).

7.16. В случае, когда по одной и той же причине вред причинен нескольким лицам (если требования ими заявлены одновременно либо с незначительным временным разрывом, когда ни одному из заявителей еще не произведена выплата страхового возмещения) и его суммарный

размер превышает соответствующий лимит ответственности по одному страховому случаю, в первоочередном порядке производится возмещение вреда, причиненного жизни, здоровью потерпевших лиц, после чего в пределах оставшейся части лимита ответственности по одному страховому случаю производится возмещение имущественного вреда, при этом распределение остатка лимита ответственности производится пропорционально соотношению размеров причиненного имущественного вреда.

Если требования заявлены не одновременно, то возмещение вреда по ним производится в порядке их поступления в пределах разницы между лимитом ответственности по одному страховому случаю и суммой выплат страхового возмещения по требованию третьих лиц, заявленных ранее.

7.17. Страховщик также возмещает Страхователю расходы по осуществлению разумных и доступных в сложившихся обстоятельствах мер по уменьшению возможных убытков, если такие расходы были необходимы или были произведены для выполнения указаний Страховщика, даже если соответствующие меры оказались безуспешными. При этом расходы Страхователя возмещаются независимо от того, что вместе с возмещением других убытков они могут превысить лимиты ответственности, установленные договором страхования. Судебные и внесудебные расходы Страхователя, связанные с рассмотрением споров потерпевших и Страхователя, возмещаются в размере не более 10% от лимита ответственности по одному страховому случаю. Возмещение таких расходов производится на основании представленных Страхователем документов о характере и размере произведенных расходов.

Если при наступлении страхового случая возмещаются только расходы Страхователя, понесенные им в целях уменьшения убытков, а также при возмещении вреда, причиненного жизни (здоровью) третьих лиц, при определении размера страхового возмещения франшиза не применяется.

7.18. Если потерпевшая сторона (Выгодоприобретатель) или Страхователь (в исключительных случаях с письменного согласия Страховщика самостоятельно оплативший предъявленную ему претензию) получили возмещение вреда от прочих лиц, имеющих отношение к нанесению этого вреда, размер страхового возмещения определяется в виде разницы между суммой, подлежащей оплате по условиям страхования, и суммой, полученной потерпевшей стороной (Выгодоприобретателем или Страхователем) от данных лиц.

7.19. Страховщик составляет акт о страховом случае и выплачивает страховое возмещение лицу, которому Страхователь нанес вред (Выгодоприобретателю), либо Страхователю, если он в исключительных случаях с письменного согласия Страховщика самостоятельно оплатил

предъявленную ему претензию и/или понес расходы, в течение 10 рабочих дней со дня, следующего за днем получения всех необходимых документов.

Страховое возмещение выплачивается в валюте уплаты страхового взноса, если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь и соглашением в письменной форме между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем). При выплате страхового возмещения в иной валюте пересчет производится по официальному курсу Национального банка Республики Беларусь на день наступления страхового случая.

При выплате страхового возмещения в иностранной валюте при расчете производится округление до суммы, кратной минимальному номиналу банкноты соответствующей иностранной валюты.

7.20. За каждый день просрочки выплаты страхового возмещения по вине Страховщика он уплачивает пеню в размере 0,1% – юридическому лицу и 0,5% – физическому лицу от неуплаченной в срок суммы.

8. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

8.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения:

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

8.1.2. если убытки возникли вследствие того, что Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки.

8.2. Страховщик вправе отказать в выплате страхового возмещения, если Страхователь не известил Страховщика в установленный срок и указанным в договоре страхования способом, имея к тому возможность, о наступлении страхового случая, 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 возмещение.

9. ПЕРЕХОД К СТРАХОВЩИКУ ПРАВ СТРАХОВАТЕЛЯ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ВРЕДА (СУБРОГАЦИЯ)

9.1. К Страховщику, выплатившему страховое возмещение, переходит в пределах выплаченной суммы право требования, которое Страхователь (Выгодоприобретатель) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования.

9.2. Страхователь обязан передать Страховщику все документы и доказательства и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления Страховщиком перешедшего к нему права требования.

9.3. Если Страхователь отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные Страховщиком, или осуществление этого права стало невозможным по вине Страхователя, Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения полностью или в соответствующей части и вправе потребовать возврата излишне выплаченной суммы возмещения.

10. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры, вытекающие из отношений по добровольному страхованию общегражданской ответственности, разрешаются судом (хозяйственным судом) в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Настоящие Правила вступают в силу в день следующий за днем направления в Министерство финансов Республики Беларусь уведомления об изменениях и (или) дополнениях, внесенных в настоящие Правила.

Договоры страхования, заключенные до даты вступления в силу настоящих изменений и дополнений в Правила добровольного страхования ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств эмитента облигаций, действуют до окончания срока их действия на тех условиях, на которых они были заключены, если Страховщик и Страхователь не достигли соглашения о приведении условий договора страхования в соответствие с вышеуказанными изменениями и дополнениями.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Правилам № 6 добровольного
страхования общегражданской
ответственности

Страховые тарифы
по страхованию общегражданской ответственности

1. Базовый годовой страховой тариф – 0,55 (в % к общему лимиту ответственности).