

УНИТАРНОЕ СТРАХОВОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ «БЕЛВЭБ СТРАХОВАНИЕ»

**ПРАВИЛА № 26
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ**

(в редакции, согласованной Министерством финансов Республики Беларусь 10.07.2018 № 977, с изменениями и дополнениями от 29.11.2018 № 1059)

МИНСК 2018

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на условиях настоящих Правил УСП «БелВЭБ Страхование» (далее - Страховщик) заключает со Страхователями договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней.

1.2. Страхователями могут выступать:

1.2.1. дееспособные физические лица, постоянно проживающие на территории Республики Беларусь (граждане Республики Беларусь, иностранные граждане и лица без гражданства);

1.2.2. индивидуальные предприниматели;

1.2.3. юридические лица любой организационно-правовой формы, за исключением государственных юридических лиц, а также юридических лиц, на решения которых может влиять государство, владея контрольным пакетом акций (долей, вкладов, паев) или иным не противоречащим законодательству образом.

1.3. Страхователи-физические лица вправе заключать договоры страхования как в свою пользу, так и в пользу иных Выгодоприобретателей. Страхователь, заключивший договор страхования в свою пользу, является Застрахованным лицом.

Застрахованным лицом может быть физическое лицо в возрасте от 1 (одного) дня.

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.

1.4. Застрахованным лицом является лицо, указанное в договоре страхования, чья жизнь или здоровье застрахованы.

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 страхования может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае смерти этого лица – по иску его наследников.

1.5. Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено Страхователем на другое лицо лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

1.6. Страхователь, с согласия Застрахованного лица, имеет право назначить любое лицо (или несколько лиц) для получения страхового обеспечения (далее - Выгодоприобретатель).

Страхователь вправе заменить Выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Замена Выгодоприобретателя, назначенного с согласия Застрахованного лица, допускается лишь с согласия этого лица.

Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по договору страхования или предъявил Страховщику требование о выплате страхового обеспечения.

Заключение договора страхования в пользу Выгодоприобретателя, не являющегося Страхователем, не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому договору, за исключением случая, когда обязанности Страхователя выполнены Выгодоприобретателем.

1.7. Исключен.

1.8. Договор страхования может быть заключен с действием как на территории Республики Беларусь, так и за ее 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.

1.9. Основные термины, используемые в Правилах:

несчастный случай – внезапное, непреднамеренное и непредвиденное для Застрахованного лица стечение внешних обстоятельств и условий (в том числе неправомерные действия третьих лиц), при котором вопреки воле Застрахованного лица в результате телесных повреждений или токсического воздействия причиняется вред здоровью Застрахованного лица или наступает его смерть. Такими событиями по настоящим Правилам являются:

- травмы (ушибы, переломы и вывихи костей и зубов, ранения, частичные или полные разрывы органов, тканей, сухожилий);

- попадание инородных предметов в органы и ткани;
- ожоги (за исключением солнечного) и отморожения, поражение электрическим током (в том числе молнией);
- случайные острые отравления химическими веществами и их составами, ядовитыми растениями, острые пищевые и лекарственные отравления (за исключением отравления алкоголем, наркотическими средствами, психотропными и психоактивными веществами);
- укусы животных (в том числе змей, насекомых, клещей, птиц, грызунов и других представителей животного мира);
- анафилактический шок, асфиксия, утопление;
- заболевание клещевым или послепрививочным энцефалитом (энцефаломиелитом), полиомиелитом, столбняком, ботулизмом;
- изнасилование;
- патологические беременность и роды, приведшие к оперативному вмешательству.

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 – резкое ухудшение состояния Застрахованного лица, расстройство его здоровья и нарушение нормальной жизнедеятельности его организма, в том числе в результате увечий, контузий и неотложных состояний, требующее скорой и неотложной медицинской помощи;

неправомерные действия третьих лиц – умышленные и (или) неосторожные (включая противоправные) действия третьих лиц, ставшие непосредственной причиной причинения вреда жизни, здоровью Застрахованного лица, за которые предусмотрена ответственность в соответствии с законодательством, включая причинение вреда жизни, здоровью в результате неправильных медицинских манипуляций, признанных таковыми судебным решением;

третьи лица – физические или юридические лица, индивидуальные предприниматели, не являющиеся субъектами страхования (Страховщиком, Страхователем, Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом);

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.

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

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

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда его здоровью или жизни вследствие несчастного случая или болезни.

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

Страховым случаем является причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, наступившее в результате несчастного случая или болезни, предусмотренных настоящими Правилами и подтвержденных документами соответствующих компетентных органов (медицинских учреждений, организаций, судом и др.), произошедших в период действия договора страхования.

Страховым случаем также является установление Застрахованному лицу инвалидности или смерть Застрахованного лица в течение одного года после наступления несчастного случая или болезни, произошедших в период действия договора страхования и заявленных в установленном настоящими Правилами порядке, если инвалидность или смерть явились результатом (следствием) несчастного случая или болезни.

2.3. Страховыми случаями согласно настоящим Правилам являются:

2.3.1. причинение вреда жизни Застрахованного лица в результате несчастного случая (**«Смерть в результате несчастного случая»**);

2.3.2. причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее за собой постоянную полную (или частичную) утрату его трудоспособности (инвалидность) (**«Инвалидность в результате несчастного случая»**);

2.3.3. причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее за собой временную утрату его трудоспособности (для неработающих Застрахованных лиц, в том числе

пенсионеров - временное нарушение здоровья) (**«Расстройство здоровья в результате несчастного случая»**);

2.3.4. причинение вреда жизни Застрахованного лица в результате болезни (**«Смерть в результате болезни»**);

2.3.5. причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни, повлекшее за собой постоянную полную (или частичную) утрату его трудоспособности (инвалидность) (**«Инвалидность в результате болезни»**);

2.3.6. причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни, повлекшее за собой временную утрату его трудоспособности (**«Расстройство здоровья в результате болезни»**).

2.4. События, перечисленные в п. 2.3. 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. 4.3. Правил.

2.5. Не признаются страховыми случаями события, перечисленные в п. 2.3. настоящих Правил, если они произошли в результате:

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

2.5.2. несчастных случаев, произошедших во время пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы, тюремного заключения;

2.5.3. алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного лица в результате употребления им алкогольных, наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ (за исключением медицинских препаратов и лекарственных средств в соответствии с назначениями лечащего врача) или его зависимости, установленной медицинскими учреждениями, от употребления алкогольных, наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ; произошедшего с Застрахованным лицом несчастного случая, если в момент происшествия Застрахованное лицо находилось в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, кроме случаев, когда несчастный случай с Застрахованным лицом произошел по вине третьих лиц;

2.5.4. совершения Застрахованным лицом противоправных действий, признанных таковыми органами дознания, предварительного следствия, судом, находящихся в прямой причинной связи с событием, обладающим признаками страхового случая;

2.5.5. нарушения Застрахованным лицом правил техники безопасности или эксплуатации машин, механизмов, оборудования;

2.5.6. несоблюдения Застрахованным лицом предписанного врачом режима лечения; осложнений в состоянии физического здоровья, вызванных вторичными факторами воздействия на организм Застрахованного лица (не являющихся прямым последствием несчастного случая);

2.5.7. участия в спортивных соревнованиях и занятиях физической подготовкой (тренировки), если иное не предусмотрено договором страхования. При страховании профессиональных спортсменов также не являются страховыми случаи, произошедшие с ними под воздействием допинговых препаратов, запрещенных к применению федерациями соответствующего вида спорта;

2.5.8. занятий Застрахованным лицом активными видами спорта (авто- и мотоспорт, прыжки с парашютом, контактные единоборства, альпинизм, горный и водный туризм, горнолыжный спорт, подводное плавание, дельтапланеризм и т.п.), если иное не предусмотрено договором страхования;

2.5.9. 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; 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;

2.5.10. полета на летательном аппарате или управлении 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;

2.5.11. 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.

2.6. Страховыми случаями также не признаются:

2.6.1. 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;

2.6.2. причинение вреда здоровью Застрахованного лица, повлекшее временную утрату трудоспособности Застрахованного лица в связи с заболеванием, диагностированным у Застрахованного лица на дату заключения договора;

2.6.3. 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;

2.6.4. 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;

2.6.5. 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).

2.7. Если иное не предусмотрено договором страхования, смерть Застрахованного лица, а также постоянное расстройство здоровья не признаются страховым случаем, если они наступили до истечения одного месяца с начала действия договора страхования вследствие заболеваний системы кровообращения; органического поражения центральной нервной системы; легочной (сердечно-легочной) недостаточности, обусловленной хроническим заболеванием; туберкулеза; злокачественного новообразования; заболевания крови и кроветворных органов; осложнений цирроза печени; почечной недостаточности, обусловленной нефритом, нефрозом; диабета; осложнений неспецифического язвенного колита; употребления алкоголя, наркотических и токсических веществ, осложнений алкоголизма и наркомании (токсикомании).

2.8. Перечисленные в п. 2.5. и 2.6. Правил события признаются страховыми либо нестраховыми на основании решения суда или других документов компетентных органов, подтверждающих данные факты в установленном законодательством порядке.

2.9. Страховщиком не возмещается моральный вред, а также всякого рода косвенные убытки и упущенная выгода.

3. СТРАХОВАЯ СУММА (ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ), СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВОЙ ВЗНОС

3.1. Страховая сумма – это установленная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязан произвести выплату страхового обеспечения при наступлении страхового случая. Страховая сумма определяется по соглашению Страхователя со Страховщиком.

3.2. Страховая сумма может устанавливаться как в белорусских рублях, так и в иностранной валюте.

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

При страховании группы лиц страховая сумма и лимиты ответственности по страховым рискам устанавливаются в отношении каждого Застрахованного лица в отдельности. Страховая сумма по договору страхования устанавливается путем суммирования страховых сумм, установленных на каждое Застрахованное лицо.

3.4. 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.

3.5. В период действия договора страхования, заключенного на срок один год и более, соглашением сторон на основании письменного заявления Страхователя в договор страхования могут быть внесены изменения на срок, оставшийся до конца его действия, в части увеличения размера страховой суммы, численности Застрахованных лиц (по договору, заключенному с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем). Изменения в договор добровольного страхования вносятся в письменной форме в соответствии с законодательством.

3.6. При увеличении количества Застрахованных лиц в заявлении должны быть указаны сведения о Застрахованных лицах согласно форме, определенной Страховщиком.

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.

Страховой взнос, подлежащий доплате по одному Застрахованному лицу, подлежащему включению в список Застрахованных лиц, определяется по формуле:

$$B = CC \times T \times n / t, \text{ где}$$

B – страховой взнос, подлежащий доплате;

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

T – страховой тариф по договору 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.

3.7. При увеличении страховой суммы по отдельным Застрахованным лицам и по договору страхования в целом в течение действия договора страхования Страховщик производит расчет страхового взноса, подлежащего доплате Страхователем, который рассчитывается согласно формуле:

$$ДВ = (НСС \times T2 - ПСС \times T1) \times n / t, \text{ где}$$

$ДВ$ – дополнительный страховой взнос;

$НСС$ – 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.

3.8. 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 страхового взноса, но не позднее последнего рабочего дня оплаченного периода.

3.9. Страховой взнос – сумма денежных средств, подлежащая уплате Страхователем Страховщику за страхование.

Страховой взнос определяется исходя из размера страховой суммы (лимита ответственности) и величины страхового тарифа (базового годового страхового тарифа (Приложение № 1 к Правилам) и применяемых к нему корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика).

3.10. Страховой взнос рассчитывается и уплачивается в валюте страховой суммы, если соглашением сторон и действующим законодательством Республики Беларусь не предусмотрено иное. При установлении страховой суммы в иностранной валюте страховой взнос, исчисленный в валюте страховой суммы, может быть уплачен как в иностранной валюте (в случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь), так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса (его части).

3.11. При заключении договора страхования страховой взнос может уплачиваться:

единовременно при заключении договора страхования;

при согласии Страховщика в рассрочку: в два срока, раз в полугодие, ежеквартально, ежемесячно, ежегодно по принципу предоплаты, не позднее последнего рабочего дня оплаченного периода в сроки и размере, указанные в договоре страхования с учетом следующих требований:

- при установлении ежемесячной, ежеквартальной, ежегодной рассрочки, а также рассрочки раз в полугодие первая часть страхового

взноса уплачивается при заключении договора страхования, а уплата очередных частей страхового взноса осуществляется равными долями до начала соответствующего периода;

- при установлении рассрочки в два срока первая часть страхового взноса в размере не менее 50% рассчитанного страхового взноса за весь срок страхования уплачивается при заключении договора страхования, а оставшаяся часть страхового взноса должна быть уплачена не позднее истечения половины срока действия договора страхования.

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.

Порядок и сроки уплаты страхового взноса указываются в договоре страхования.

3.12. Если Страхователь уплачивает страховой взнос в рассрочку, и страховой случай наступил до уплаты очередной части страхового взноса, то Страховщик при выплате страхового обеспечения вправе удержать сумму неуплаченного страхового взноса в отношении конкретного Застрахованного лица, о чем делается отметка в договоре страхования при его заключении.

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 пенью 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 пенью в судебном порядке.

3.13. Страховой взнос может уплачиваться Страхователем Страховщику (его уполномоченному представителю) в соответствии с законодательством путем безналичного расчета либо наличными денежными средствами.

При наличной уплате страхового взноса в иностранной валюте при расчете производится округление полученной суммы до суммы, кратной минимальному номиналу банкноты соответствующей иностранной валюты. Страховой взнос, подлежащий уплате в белорусских рублях, округляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

3.14. 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).

3.15. 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 платежа, то Страховщик вправе удержать оставшуюся неуплаченную часть страхового взноса в отношении конкретного Застрахованного лица из суммы страхового обеспечения, подлежащей выплате.

4. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

4.1. Договор страхования может быть заключен 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 на основании его устного или письменного (по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика) заявления договора страхования, подписанного ими.

Договор страхования заключается в письменной форме на основании письменного или устного заявления Страхователя или предложения Страховщика о добровольном страховании от несчастных случаев и болезней, принятого Страхователем способом, указанным в таком предложении.

Договор страхования с физическими лицами заключается на основании устного заявления. Члены одной семьи могут быть застрахованы по одному договору страхования. В этом случае перечень застрахованных членов семьи указывается в договоре страхования.

Договор страхования с юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями заключается на основании письменного заявления, к которому прилагается список Застрахованных лиц по форме, определенной Страховщиком, являющийся неотъемлемой частью договора страхования.

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

Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного лица) представить дополнительно необходимые документы для определения вероятности наступления страхового случая (выписку о состоянии его здоровья из амбулаторной карточки или т.п.). Также Страховщик может потребовать медицинского освидетельствования лица, в отношении которого заключается договор страхования. В случае отказа пройти медицинское освидетельствование Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования в отношении этого лица.

Договор страхования заключается на условиях настоящих Правил страхования, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования. Правила страхования прилагаются к договору страхования, о чем в нем делается соответствующая запись.

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 страхового взноса либо поступления ее на расчетный счет Страховщика (его уполномоченного представителя).

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

4.2. Договор страхования по соглашению сторон может быть заключен на случай наступления любого одного или нескольких событий, указанных в п. 2.3. настоящих Правил.

4.3. Договор страхования может быть заключен с действием страховой защиты по одному из следующих вариантов:

4.3.1. круглосуточно;

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

4.3.3. только в период исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей/учебы;

4.3.4. в период нахождения Застрахованного лица в быту;

4.3.5. на время проживания в гостиницах, комплексах гостиничного типа, санаториях, домах отдыха, отелях, кемпингах, базах отдыха и т.д. (далее - гостиницы). Страховая защита в этом случае начинается с момента регистрации заселения Застрахованного лица в гостиницу, но не ранее начала срока действия договора страхования, и оканчивается в момент выселения Застрахованного лица из гостиницы, но не позднее дня окончания срока действия договора страхования;

4.3.6. на время проведения культурно-массовых мероприятий. При этом Застрахованными лицами являются посетители (участники) культурных, включая культурно-зрелищные, спортивно-массовых (спортивных), включая физкультурно-оздоровительные, мероприятий, указанных в договоре страхования, и посещение которых (участие в которых) осуществляется по предварительно проданным билетам (абонементам) или иным документам. При этом юридическое лицо может выступать Страхователем только в случаях, если оно проводит или организует данное культурно-массовое мероприятие либо предоставляет площадку для его проведения.

Посетители культурно-массового мероприятия – лица, находящиеся

в месте проведения культурно-массового мероприятия (включая участников, зрителей, обслуживающий персонал).

Участники культурно-массового мероприятия – физические лица, команды, соревнующиеся или выступающие в видах программы мероприятия (включая тренеров, руководителей команд, судей по спорту, исполнителей, руководителей и иных членов коллективов художественного творчества).

Страховая защита распространяется на посетителей (участников) культурно-массового мероприятия при условии:

- наличия у посетителя билета или иного документа на посещение культурно-массового мероприятия, срок проведения которого не истек либо после окончания мероприятия прошло не более 30 минут, если иное не предусмотрено договором страхования; участие Застрахованного лица в мероприятии оформлено соответствующим документом;

- посетитель (участник) находится в месте проведения культурно-массового мероприятия;

4.3.7. иной период времени, указанный в договоре страхования.

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

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

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

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

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

4.5. В период действия договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно (в течение 3-х дней) сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при

заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в договоре страхования и в переданных Страхователю настоящих Правилах страхования.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса.

Если Страхователь (Выгодоприобретатель) не исполнил своей обязанности, предусмотренной частью первой настоящего пункта, либо возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

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

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

В случае смерти Страхователя-физического лица, 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 с их письменного согласия.

Если в период действия договора страхования Страхователь признан судом недееспособным или ограниченным в дееспособности, права и обязанности такого Страхователя переходят к его опекуну или попечителю с их письменного согласия.

4.7. Договор страхования заключается на срок, определенный по соглашению между Страхователем и Страховщиком, от 1 дня до 7 лет включительно.

4.8. Договор страхования вступает в силу со времени и даты, указанных в договоре страхования как начало срока действия договора, но не ранее времени уплаты страхового взноса (его части) Страховщику (его уполномоченному представителю).

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 даты, указанной в договоре страхования как дата окончания срока действия договора страхования.

4.9. При заключении договора страхования на новый срок до истечения действия предыдущего договора дата вступления его в силу указывается со дня, следующего за тем днем, в котором истекает срок действующего договора.

4.10. Страхователь имеет право заключить договор страхования от несчастных случаев и болезней одного и того же Застрахованного лица с другими Страховщиками при условии уведомления их о заключенных ранее таких же договорах страхования.

4.11. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик может в течение всего срока действия договора страхования осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц (Застрахованных лиц). Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц (Застрахованных лиц) на обработку их персональных данных.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях, в целях проведения анализа страховых рисков, выполнения обязательств по договору страхования.

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает свое согласие на информирование себя о других страховых продуктах и услугах, на получение рассылок, направленных на повышение уровня клиентоориентированности и лояльности, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает предоставление Страховщику права передавать персональные данные и данные о наличии других договоров страхования, необходимые для расчета суммы страхового взноса, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, включая третьих лиц, проводящих работу по передаче информации в информационную систему Страховщика.

Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели предусмотренных настоящим пунктом Правил.

Договором страхования могут быть определены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие

законодательству Республики Беларусь.

5. ФРАНШИЗА

5.1. По соглашению сторон договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Страхователя (Выгодоприобретателя) в возмещении ущерба – франшиза (условная или безусловная).

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

5.1.2. При безусловной франшизе из суммы страхового обеспечения вычитается сумма безусловной франшизы.

5.2. Франшиза может устанавливаться в отношении всех или отдельных рисков, всех или отдельных Застрахованных лиц.

5.3. Франшиза может устанавливаться в абсолютном размере, в процентах от страховой суммы или от размера ущерба. По соглашению сторон в договоре страхования может устанавливаться франшиза по видам болезней.

5.4. Договор страхования может быть заключен с применением временной франшизы. Под временной франшизой понимается установленный в днях период лечения, за который не производится выплата страхового обеспечения при наступлении событий, приведших к временному расстройству здоровья Застрахованного лица, предусмотренных настоящими Правилами. Временная франшиза начинает действовать с первого дня лечения. В случае установления временной франшизы ее период в днях и условия действия указываются в договоре страхования. При установлении временной франшизы по каждому страховому случаю Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения при наступлении временного расстройства здоровья в пределах оговоренного размера временной франшизы в днях.

5.5. Франшиза применяется по каждому страховому случаю, если иное не оговорено договором страхования.

5.6. Если в договоре страхования установлена франшиза и не указано, какой вид франшизы (условная или безусловная) и в отношении каких рисков и каких Застрахованных лиц, считается, что договором страхования установлена безусловная франшиза в отношении каждого страхового риска и в отношении каждого Застрахованного лица.

6. ДОСРОЧНОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования прекращается до окончания срока, на

который он был заключен, в случае:

6.1.1. выполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

6.1.2. неуплаты Страхователем страхового взноса или очередной его части в установленные договором сроки (с учетом условия п. 3.15. Правил). Данное положение не распространяется на случаи, указанные в части второй п. 3.12. настоящих Правил;

6.1.3. ликвидации Страхователя-юридического лица, прекращения деятельности Страхователя-индивидуального предпринимателя, смерти Страхователя-физического лица, не являющегося Застрахованным лицом, за исключением случаев, предусмотренных п. 4.6. настоящих Правил;

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

6.1.5. соглашения между Страховщиком и Страхователем, оформленного в письменном виде. Договор страхования прекращается не позднее 3 рабочих дней, следующих за днем получения Страховщиком от Страхователя письменного уведомления о прекращении договора;

6.1.6. 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.п. 6.1.4. Правил;

6.1.7. в других случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь.

6.2. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в п.п. 6.1.3-6.1.5. Правил, Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и возвращает Страхователю (его наследникам в случаях, указанных в п.п. 6.1.3. Правил) часть уплаченного страхового взноса (при отсутствии страховых выплат и заявленных убытков по договору страхования).

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в п.п. 6.1.6. Правил, уплаченный страховой взнос возврату не подлежит (если иное не определено соглашением между Страховщиком и Страхователем и не отражено в договоре страхования), за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящего пункта Правил.

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

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.

6.3. Возврат части страхового взноса (рассчитанной пропорционально времени, оставшемуся со дня досрочного прекращения договора до окончания срока действия договора страхования) производится в течение 5 рабочих дней со дня прекращения договора страхования:

в валюте уплаты страхового взноса, если страховой взнос (каждая его часть) уплачен в иностранной валюте, а в случаях, если возврат в иностранной валюте в соответствии с законодательством Республики Беларусь не допускается, – в белорусских рублях. При этом пересчет части страхового взноса, подлежащей возврату Страхователю в иностранной валюте, осуществляется исходя из официального курса белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленного Национальным банком Республики Беларусь на дату прекращения договора страхования;

в белорусских рублях, если страховой взнос (любая его часть) уплачен в белорусских рублях.

6.4. За каждый день просрочки возврата страхового взноса (его части) по вине Страховщика Страхователю выплачивается пеня в размере 0,1% юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю и 0,5% физическому лицу от суммы, подлежащей возврату.

6.5. Обязательства Страховщика по выплате страхового обеспечения, возникшие до прекращения договора страхования, продолжают действовать до их исполнения в предусмотренном настоящими Правилами порядке.

6.6. При изменении условий договора коллективного страхования, уменьшающих объем ответственности Страховщика (прекращение договора в отношении конкретных Застрахованных лиц, уменьшение страховых сумм), Страхователю возвращаются:

в случае прекращения договора в отношении конкретных Застрахованных лиц – уплаченный за этих Застрахованных лиц страховой взнос за неистекший срок действия договора страхования;

в случае уменьшения страховых сумм в отношении конкретных Застрахованных лиц без изменения общей численности – часть уплаченного за этих Застрахованных лиц страхового взноса за неистекший срок действия договора страхования, пропорциональную уменьшению страховых сумм.

6.7. В случае появления у Застрахованного лица в период действия договора страхования таких болезней, как ВИЧ, СПИД, злокачественные

новообразования, в том числе онкогематологические, тяжелые заболевания эндокринной системы, психические расстройства, хронический алкоголизм и наркомания, договор страхования с учетом условий страхования продолжает свое действие со дня постановки диагноза лечебным учреждением в отношении такого Застрахованного лица только по рискам причинения вреда его здоровью и (или) жизни, не связанным с наличием вышеуказанных заболеваний и их осложнений.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ И СТРАХОВЩИКА

7.1. Страхователь имеет право:

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

7.1.2. ознакомиться с настоящими Правилами;

7.1.3. заменить Выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом в соответствии с п. 1.6. настоящих Правил;

7.1.4. заменить Застрахованное лицо с согласия этого лица и Страховщика;

7.1.5. отказаться от договора страхования в соответствии с п.п. 6.1.6. настоящих Правил;

7.1.6. изменить состав Застрахованных лиц в соответствии с п. 1.5. 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.

7.2. Страхователь обязан:

7.2.1. при заключении договора страхования выполнить условия п. 4.4. настоящих Правил;

7.2.2. при заключении договора страхования сообщать обо всех заключенных или заключаемых договорах страхования в отношении принимаемых на страхование имущественных интересов;

7.2.3. незамедлительно, не позднее 3 рабочих дней, сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

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

7.2.5. уплачивать страховые взносы в размере, порядке и в сроки,

установленные договором страхования;

7.2.6. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованных лиц (Выгодоприобретателей) с правами и обязанностями по договору страхования, предоставлять им информацию об изменении условий договора страхования;

7.2.7. при наступлении страхового случая в установленные сроки уведомить об этом Страховщика и представить ему все необходимые документы для установления факта, причины страхового случая и определения размера страхового обеспечения;

7.2.8. предоставить Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю;

7.2.9. совершать другие действия, предусмотренные законодательством Республики Беларусь, Правилами и договором 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;

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

7.3.3. 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;

7.3.4. потребовать признания договора недействительным, если при заключении договора страхования Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая;

7.3.5. потребовать доплаты страхового взноса соразмерно увеличению риска или изменения условий договора страхования согласно п. 4.5. Правил;

7.3.6. потребовать расторжения договора страхования в случае, предусмотренном п. 4.5. Правил;

7.3.7. требовать от Выгодоприобретателя при предъявлении им требования о выплате страхового обеспечения выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им;

7.3.8. отсрочить 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.

7.4. Страховщик обязан:

7.4.1. ознакомить Страхователя с условиями страхования и выдать ему договор и Правила страхования;

7.4.2. обеспечить конфиденциальность информации, касающейся здоровья Застрахованного лица;

7.4.3. при наступлении страхового случая выплатить страховое обеспечение в соответствии с настоящими Правилами;

7.4.4. совершать другие действия, предусмотренные законодательством Республики Беларусь, Правилами страхования.

8. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

8.1. При наступлении события, которое по условиям договора страхования может быть признано страховым случаем, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель или лицо, представляющее его интересы) обязан незамедлительно, но не позднее 30 календарных дней (со дня его наступления или того дня, когда стало известно о его наступлении), за исключением случаев, когда Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) находился в бессознательном состоянии, уведомить Страховщика о его наступлении, обратившись к нему с письменным заявлением о выплате страхового обеспечения.

8.2. Решение вопроса о признании заявленного случая страховым и выплате страхового обеспечения Страховщик принимает на основании:

8.2.1. заявления о выплате страхового обеспечения с подробным описанием обстоятельств события и с указанием способа получения страхового обеспечения (через кассу Страховщика или перечислением на

счет с указанием полных реквизитов) по форме, определенной Страховщиком;

8.2.2. договора страхования – по требованию Страховщика (для физических лиц);

8.2.3. документов (или их копий, заверенных в порядке, запрошенном Страховщиком), подтверждающих факт, причины, обстоятельства наступления заявленного события, предусмотренных п. 8.4. Правил.

8.3. С заявлением о выплате страхового обеспечения в свою пользу к Страховщику вправе обратиться:

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

Страхователь – если он является Застрахованным лицом.

8.4. Для получения страхового обеспечения Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель или лицо, представляющее его интересы) к заявлению о выплате страхового обеспечения обязан приложить следующие документы (их копии, заверенные в порядке, запрошенном Страховщиком):

8.4.1. документ, удостоверяющий личность получателя и (или) полномочия данного лица (при коллективном страховании необходимо представить копию приказа по предприятию, учреждению и т.п. о зачислении Застрахованного лица на работу, копию листа трудовой книжки Застрахованного лица с последней записью о приеме на работу); документ, подтверждающий наличие договора между Страхователем и Застрахованным лицом, при страховании Страхователем (юридическим лицом) своих клиентов;

8.4.2. заключение судебно-медицинской экспертизы, подтверждающее отсутствие алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения Застрахованного лица на момент страхового случая – по требованию Страховщика;

8.4.3. при наступлении событий, указанных в п.п. 2.3.1., 2.3.4. настоящих Правил:

8.4.3.1. свидетельство о смерти Застрахованного лица, выданное органами ЗАГС;

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

8.4.3.3. акт о несчастном случае на производстве или акт

расследования несчастного случая по пути на работу (с работы);

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

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

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

8.4.4. при наступлении событий, указанных в п.п. 2.3.2., 2.3.5. настоящих Правил:

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

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

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

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

8.4.5. при наступлении событий, указанных в п.п. 2.3.3., 2.3.6. настоящих Правил:

8.4.5.1. 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;

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

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

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

8.4.6. документы, подтверждающие нахождение Застрахованного лица на соответствующих мероприятиях или объектах (проездной документ, счет гостиницы за проживание, билет, абонемент, пропуск и др.).

8.4.7. иные документы по требованию Страховщика.

8.5. 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.

8.6. После получения всех необходимых документов Страховщик принимает решение о признании или непризнании заявленного случая страховым или об отказе в выплате страхового обеспечения. Решение о признании заявленного случая страховым оформляется путем составления Акта о страховом случае (по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика). В случае непризнания заявленного случая страховым или отказа в выплате страхового возмещения решение Страховщика в письменном виде направляется заявителю с обоснованием причин отказа в течение 5 рабочих дней после получения всех документов, необходимых для принятия решения.

8.7. В случае возникновения споров между сторонами о размере страхового обеспечения и обстоятельствах наступления страхового случая Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) либо Страховщик имеет право потребовать проведения экспертизы. Экспертиза проводится за счет лица, потребовавшего ее проведения.

Если результатами экспертизы будет установлено, что отказ Страховщика в выплате страхового обеспечения был необоснованным, Страховщик принимает на себя долю расходов по экспертизе, соответствующую соотношению суммы, в выплате которой было первоначально отказано, к сумме страхового обеспечения, выплаченного после проведения экспертизы.

8.8. Страховое обеспечение выплачивается в соответствии с условиями договора страхования в размере, не превышающем страховой суммы, установленной договором страхования в отношении Застрахованного лица.

Если договором страхования установлены лимиты ответственности по рискам для Застрахованного лица, то страховое обеспечение выплачивается в размере, не превышающем лимита ответственности по конкретному риску, установленного договором страхования в отношении Застрахованного лица. В случае, если договором страхования не установлены лимиты ответственности по рискам, расчет страхового обеспечения производится исходя из страховой суммы для конкретного

Застрахованного лица, установленной по договору страхования.

8.9. При наступлении страхового случая, указанного в п.п. 2.3.1. или п.п. 2.3.4. настоящих Правил, страховое обеспечение выплачивается в размере 100% страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица (за вычетом ранее выплаченного страхового обеспечения по данному Застрахованному лицу по данному договору страхования с учетом лимитов ответственности по отдельным рискам).

8.10. При наступлении страхового случая, указанного в п.п. 2.3.2. настоящих Правил, страховое обеспечение рассчитывается по одному из следующих вариантов:

Вариант А:

I группа инвалидности – 100% от страховой суммы, установленной для Застрахованного лица;

II нерабочая группа инвалидности – 85% от страховой суммы, установленной для Застрахованного лица;

III рабочая группа инвалидности – 75% от страховой суммы, установленной для Застрахованного лица;

III группа инвалидности – 65% от страховой суммы, установленной для Застрахованного лица.

Вариант Б:

по «Таблице размеров выплат страхового обеспечения в связи с постоянной утратой трудоспособности в результате несчастного случая» (Приложение № 5 к настоящим Правилам) исходя из страховой суммы (лимита ответственности) по этому риску, установленной для Застрахованного лица.

При наступлении событий, указанных в п.п. 2.3.5. настоящих Правил, страховое обеспечение выплачивается в порядке, указанном в Варианте А настоящего пункта.

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 5 лет» страховое обеспечение составляет 85% от страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного лица;

категории «ребенок-инвалид на срок 2 года» страховое обеспечение составляет 75% страховой суммы по риску инвалидности, установленной

для Застрахованного лица;

категории «ребенок-инвалид на срок 1 год» страховое обеспечение составляет 50% страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного лица.

Из указанных сумм удерживаются суммы, ранее выплаченные в связи со страховым случаем, приведшим к инвалидности, а также суммы, выплаченные по более низкой группе инвалидности, в случае последующего перевода на более высокую группу.

Если до наступления инвалидности Застрахованному лицу уже производились выплаты страхового обеспечения в связи с временной утратой трудоспособности (не имеющей отношения к страховому случаю, приведшему к инвалидности), размер выплаты страхового обеспечения в связи с инвалидностью производится с учетом ранее выплаченных сумм страхового обеспечения и не может превышать страховой суммы (лимита ответственности) для конкретного Застрахованного лица.

Если в результате полученных травм у Застрахованного лица наступит смерть или инвалидность в течение 1 года со дня наступления страхового случая, Страховщик производит доплату страхового обеспечения с учётом ранее выплаченных сумм за вред, причинённый жизни или здоровью Застрахованного лица, но не более страховой суммы, установленной для Застрахованного лица.

8.11. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п.п. 2.3.3. настоящих Правил, страховое обеспечение рассчитывается по одному из следующих вариантов:

Вариант А:

по «Таблице размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» (Приложение № 5 к настоящим Правилам), исходя из страховой суммы (лимита ответственности) по этому риску, установленной для Застрахованного лица;

Вариант Б:

- 0,5% от страховой суммы (лимита ответственности), за каждый день временной нетрудоспособности вне зависимости от того, закончился ли период временного расстройства здоровья до или после окончания срока действия договора страхования, в течение первых 20-ти календарных дней;

- 0,3% от страховой суммы (лимита ответственности), за каждый день лечения вне зависимости от того, закончился ли период временного расстройства здоровья до или после окончания срока действия договора страхования, с 21-го дня до окончания срока лечения, но не более 50% от страховой суммы (лимита ответственности) по одному страховому случаю

(если иное не указано в договоре страхования).

При наступлении событий, указанных в п.п. 2.3.6. настоящих Правил, страховое обеспечение выплачивается в порядке, указанном в Варианте Б настоящего пункта.

Период временной нетрудоспособности должен начинаться в период действия страхования.

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

В случае, если у Застрахованного лица отсутствует листок временной нетрудоспособности или справка о нахождении на лечении, но имеется заключение врача об оказании медицинской помощи в результате несчастного случая, страховое обеспечение выплачивается в размере 1% от страховой суммы (лимита ответственности), установленной для Застрахованного лица, только один раз в течение действия договора страхования.

8.12. Если несчастный случай или болезнь Застрахованного лица обусловила наступление последовательности событий, указанных в п.п. 2.3.1.-2.3.6. настоящих Правил, признанных страховыми случаями, то размер страховой выплаты по каждому очередному страховому случаю из этой последовательности уменьшается на сумму страхового обеспечения, ранее выплаченного Страховщиком в связи с данным несчастным случаем или данной болезнью.

8.13. Из суммы страхового обеспечения, подлежащей выплате, Страховщик вправе удержать всю оставшуюся сумму неуплаченного, в том числе просроченного, страхового взноса (его часть) в отношении конкретного Застрахованного лица. При расчете размера страхового обеспечения учитывается франшиза, если договор страхования был заключен с применением франшизы.

8.14. Страховщик составляет Акт о страховом случае и производит выплату страхового обеспечения Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) с учетом условий п. 3.4. настоящих Правил в течение 10 рабочих дней со дня, следующего за днем получения всех необходимых документов.

8.15. 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.

Несовершеннолетнему лицу выплата страхового обеспечения

производится путем перечисления во вклад на его имя в отделении банка с одновременным уведомлением об этом родителей (органа опеки и попечительства), либо выплачивается одному из родителей (усыновителю, опекуну, попечителю), проживающему совместно с несовершеннолетним, согласно его письменному заявлению. Выплата страхового обеспечения несовершеннолетнему может производиться в случае признания его полностью дееспособным (эмансипация).

8.16. При наступлении событий, указанных в п.п. 2.3.1., 2.3.4. настоящих Правил, соблюдается следующий приоритет по выплате страхового обеспечения:

в первую очередь – указанному в договоре страхования Выгодоприобретателю. Если в договоре указано несколько Выгодоприобретателей, но не указаны их доли и/или порядок выплаты (п. 1.4. настоящих Правил), выплата осуществляется всем Выгодоприобретателям в равных долях;

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.

8.17. Выплата страхового обеспечения производится в валюте уплаты страхового взноса, если иное не предусмотрено соглашением сторон и законодательством Республики Беларусь.

В случае, когда страховая сумма по договору страхования установлена в иностранной валюте, а страховой взнос уплачивался 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 Республики Беларусь.

8.18. 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.

8.19. За несвоевременную выплату страхового обеспечения по вине Страховщика он уплачивает пенью Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) за каждый день просрочки в размере:

юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю – 0,1% и физическому лицу – 0,5% от суммы, подлежащей выплате.

8.20. Договор страхования, по которому выплачено страховое обеспечение, сохраняет силу до конца его срока действия в размере разницы между страховой суммой (лимитом ответственности) и произведенными выплатами.

8.21. Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) обязано возвратить Страховщику полученную сумму страховой выплаты (или ее соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по настоящим Правилам полностью или частично лишает Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) права на ее получение.

Возврат суммы страховой выплаты (ее соответствующей части) осуществляется Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) не позднее 5 рабочих дней со дня получения уведомления от Страховщика об обнаружении такого обстоятельства, которое по закону или по настоящим Правилам полностью или частично лишает Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) права на получение страховой выплаты.

В случае несвоевременного возврата Страховщику суммы страховой выплаты (ее соответствующей части) Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) уплачивает Страховщику пеню в размере 0,1% от невозвращенной суммы за каждый день просрочки.

9. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

9.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, если страховой случай наступил вследствие:

9.1.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения; военных действий; гражданской войны, если международными договорами Республики Беларусь, законодательством Республики Беларусь или договором страхования не предусмотрено иное;

9.1.2. умысла Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), за исключением случаев, предусмотренных законодательством Республики Беларусь;

9.1.3. других случаев, предусмотренных законодательством Республики Беларусь.

9.2. Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения, если Страхователь (Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель), которому известно о заключении договора страхования в его пользу:

9.2.1. после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, не уведомил Страховщика в предусмотренный настоящими

Правилами срок указанным в них способом, 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;

9.2.2. создал препятствия Страховщику в определении обстоятельств, характера и размера ущерба.

9.3. Решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком в срок, не позднее пяти рабочих дней после получения всех необходимых документов, и сообщается Страхователю в письменной форме с мотивацией причины отказа.

9.4. Отказ в выплате страхового обеспечения может быть обжалован в судебном порядке.

10. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры, вытекающие из отношений по страхованию, разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия – судами в соответствии с их компетенцией, установленной законодательством Республики Беларусь.

Настоящие Правила вступают в силу с даты, указанной в лицензии на право осуществления страховой деятельности для такой составляющей страховую деятельность работы и услуги как добровольное страхование от несчастных случаев и болезней.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Правилам № 26 добровольного
страхования от несчастных
случаев и болезней

Страховые тарифы
по добровольному страхованию от несчастных случаев и болезней

1. Базовые годовые страховые тарифы

№ п/п	Страховой случай	Базовый годовой страховой тариф, в %
1.1	Причинение вреда жизни Застрахованного лица в результате несчастного случая («Смерть в результате несчастного случая»)	0,13
1.2	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее за собой постоянную полную (или частичную) утрату его трудоспособности (инвалидность) («Инвалидность в результате несчастного случая»)	0,06
1.3	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее за собой временную утрату его трудоспособности (для неработающих Застрахованных лиц, в том числе пенсионеров - временное нарушение здоровья) («Расстройство здоровья в результате несчастного случая»)	1,36
1.4	Причинение вреда жизни Застрахованного лица в результате болезни («Смерть в результате болезни»)	0,78
1.5	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни, повлекшее за собой постоянную полную (или частичную) утрату его трудоспособности (инвалидность) («Инвалидность в результате болезни»)	0,45
1.6	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни, повлекшее за собой временную утрату его трудоспособности («Расстройство здоровья в результате болезни»)	11,1