



УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ЗАСО «Белнефтестрах»
А.Н.Чайчиц
12 апреля 2021 г.

ПРАВИЛА № 30 ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ

(новая редакция, вступает в силу с 16.04.2021 года)
с учетом изменений и дополнений, утвержденных 24.01.2022, 14.03.2023
(вступают в силу с 15.03.2023 – по тексту выделены).

Корректировочные коэффициенты и формы документов утверждены приказом от 12.04.2021 № 86, с учетом изменений и дополнений, утвержденных приказами от 24.01.2022 № 19, 23.03.2022 № 78, 22.02.2023 № 28 (вступает в силу с 15.03.2023).

МИНСК – 2021

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Страховщик и Страхователь

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на условиях настоящих Правил № 30 добровольного страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Правила) закрытое акционерное страховое общество «Белнефтстрах» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней (далее – договоры страхования) с лицами, указанными в пункте 1.2 Правил (далее – Страхователи).

1.2. Страхователями могут выступать заключившие со Страховщиком договор страхования:

1.2.1. дееспособные физические лица – граждане Республики Беларусь, а также иностранные граждане и лица без гражданства, постоянно проживающие в Республике Беларусь либо временно проживающие (пребывающие) в Республике Беларусь на законных основаниях (далее – Страхователи-физические лица).

Страхователь-физическое лицо имеет право заключить договор страхования как в отношении себя, так и в отношении других лиц (Застрахованных лиц). Страхователь, заключивший договор страхования в отношении себя, является Застрахованным лицом;

1.2.2. юридические лица любой организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели (далее – Страхователи-юридические лица).

Страхователи-юридические лица заключают договоры страхования в отношении Застрахованных лиц, указанных в списке Застрахованных лиц (по форме, утвержденной приказом Страховщика).

Страхователь должен уведомить Застрахованное лицо о заключении договора страхования в отношении него.

1.3. Выгодоприобретателем по договору страхования является лицо, в отношении которого заключен договор страхования и (или) которому при наступлении страхового случая должна быть произведена страховая выплата.

Застрахованным лицом может быть физическое лицо в возрасте от 1 года, за исключением лиц, указанных в пункте 1.5 Правил.

1.4. Основные термины, используемые для целей настоящих Правил:
болезнь – неожиданное изменение в состоянии организма Застрахованного лица, угрожающее его жизни или здоровью;

несчастный случай – внезапное, непредвиденное и непреднамеренное для Застрахованного лица событие, произошедшее в период действия договора страхования, сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями, повлекшими

Правила № 30 добровольного страхования от несчастных случаев и болезней
расстройство здоровья или смерть Застрахованного лица. К несчастным случаям относятся:

а) травмы – повреждения тканей, органов Застрахованного лица или всего организма в целом, которые возникают при внешних механических, термических, электрических, химических или иных воздействиях, в определенных условиях превышающих по своей силе прочность покровных и внутренних тканей тела. К травмам относятся ушибы, переломы, вывихи костей, зубов (в том числе имплантатов); ранения, разрывы органов (частичные или полные, в том числе от укусов животных); попадание инородных тел в органы и ткани. Объективными признаками травмы являются отек, кровоподтек, ссадина, кровоизлияние, гематома, растяжение, разрыв (полный, неполный);

б) ожоги, отморожения (кроме ожогов I степени, солнечных ожогов, отморожений I степени); поражение электрическим током (в том числе в результате попадания молнии); асфиксия (удушьё); изнасилование; удаление маточных труб, яичников, удаление матки, наступившие в результате внематочной беременности, патологических родов; разрыв лонного, лобкового, подвздошного сочленения (сочленений) во время родов;

в) случайное острое отравление химическими веществами и составами (промышленными и бытовыми), за исключением случаев их принятия с целью наркотического, токсического или алкогольного опьянения; отравление грибами, медикаментами; клещевой или послепрививочный энцефалит (энцефаломиелит), болезнь Лайма;

г) полиомиелит;

д) укусы змей, пауков, насекомых, воздействие растений – при развитии аллергической реакции, отравление ядовитыми растениями; отравление ядами змей, пауков, насекомых в результате их укуса;

е) заболевание бешенством (подозрение на заболевание бешенством) в случаях контакта или укусов бешеными, подозрительными на бешенство или неизвестными животными, когда проводились антирабические мероприятия;

ж) столбняк, ботулизм;

з) пищевые токсикоинфекции у детей в возрасте до 16 лет включительно;

и) случайные переломы, вывихи костей, зубов (в том числе имплантатов), ожоги, разрывы (ранения) органов или их удаление в результате неправильных медицинских манипуляций;

к) попадание в дыхательные пути инородного тела (за исключением рвотных масс, если Застрахованное лицо находилось в состоянии

алкогольного, токсического или наркотического опьянения), утопление, анафилактический шок, переохлаждение организма;

расстройство здоровья – патологическое состояние организма Застрахованного лица, возникшее в результате несчастного случая, болезни, при котором неоказание медицинской помощи и непроведение последующего лечения вызывает временное или постоянное ограничение или отсутствие физиологических функций поврежденных органов, тканей или всего организма Застрахованного лица и (или) утрату трудоспособности;

хроническое заболевание – заболевание, характеризующееся длительным, непрекращающимся, затяжным процессом, протекающим либо постоянно, либо с периодическими улучшениями состояния.

1.5. Договоры страхования со Страхователями-физическими лицами не могут быть заключены в отношении лиц:

- а) являющихся инвалидами I, II, III группы, инвалидами с детства, а также имеющих категорию «ребенок-инвалид»;
- б) больных СПИДом или ВИЧ-инфицированных;
- в) перенесших инсульт, инфаркт мозга, инфаркт миокарда;
- г) страдающих сердечной недостаточностью второй и третьей стадии, циррозом печени, почечной недостаточностью, гепатитом С, тяжелыми заболеваниями эндокринной системы (например, инсулинозависимой формой сахарного диабета, тиреотоксическим зобом);
- д) имеющих злокачественные новообразования, в том числе онкогематологические;
- е) состоящих на учете в психоневрологическом, наркологическом диспансере;
- ж) находящихся в местах лишения свободы в период отбывания наказания или нахождения под следствием;
- з) проходящих срочную военную службу.

2. Объект страхования

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда его жизни или здоровью в результате событий, предусмотренных договором страхования в соответствии с условиями Правил.

3. Страховые случаи

3.1. Страховым случаем является причинение вреда:

3.1.1. здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, произошедших в период действия договора

страхования и повлекших стойкую утрату трудоспособности – установление инвалидности I, II или III группы, категории «ребенок-инвалид»;

3.1.2. жизни (смерть) Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, произошедших в период действия договора страхования;

3.1.3. здоровью Застрахованного лица, произошедшее в период действия договора страхования и повлекшее временное расстройство здоровья, в результате случайного заражения коронавирусной инфекцией, в том числе коронавирусом COVID-19;

3.1.4. здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования, не повлекшее стойкую утрату трудоспособности.

3.2. Страхование событий, предусмотренных подпунктами 3.1.3, 3.1.4 пункта 3.1 Правил, осуществляется только в дополнение к рискам, предусмотренным подпунктами 3.1.1 и 3.1.2 пункта 3.1 Правил.

3.3. События, указанные в подпунктах 3.1.1, 3.1.2 и 3.1.4 пункта 3.1 Правил, признаются страховыми случаями, если они наступили в период действия договора страхования или в течение одного года после наступления события, признанного страховым случаем, и находятся в прямой причинной связи со страховым случаем, наступившим в период действия договора страхования.

Событие, указанное в подпункте 3.1.3 пункта 3.1 Правил, признается страховым случаем, если оно наступило в период действия договора страхования.

3.4. Страховщиком в соответствии с условиями настоящих Правил могут быть разработаны и утверждены определенные программы страхования, в которых могут быть определены размер страховой суммы, принимаемые на страхование риски и иные условия договора страхования.

4. Случаи, не относящиеся к страховым

4.1. Не являются страховыми случаями причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, произошедших вследствие:

4.1.1. управления транспортным средством (например, водным, воздушным судном) Застрахованным лицом, не имевшим соответствующего удостоверения на право управления транспортом данной категории, либо в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других

одурманивающих веществ, либо передавшим управление транспортным средством (например, водным, воздушным судном) лицу, не имевшему соответствующего удостоверения на право управления транспортом данной категории, или находившемуся в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;

4.1.2. сознательного совершения или попытки совершения Застрахованным лицом противоправного действия (в том числе драки и других хулиганских действий, когда Застрахованное лицо было их инициатором, зачинщиком), находящегося в прямой причинной связи с наступившим событием;

4.1.3. самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного лица, за исключением случаев, когда он был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.1.4. пребывания Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения, в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, находящегося в прямой причинной связи с наступившим событием, и (или) отравления Застрахованного лица в результате потребления им наркотических, сильнодействующих, психотропных веществ и (или) лекарственных средств без предписания врача;

4.1.5. хронического заболевания, травмы, по поводу которых Застрахованное лицо обращалось за медицинской помощью на протяжении года, предшествующего началу действия договора страхования, за исключением случаев, когда смерть или установление группы инвалидности (стойкая утрата трудоспособности) наступили по причине, не связанной с имеющимся хроническим заболеванием или травмой, полученной до начала действия договора страхования.

4.2. Кроме того, не является страховым случаем по договорам, заключенным со Страхователями-юридическими лицами, причинение вреда жизни (смерть) Застрахованного лица, причинение вреда здоровью Застрахованного лица, повлекшее его инвалидность (изменение группы инвалидности), вследствие заболевания, предусмотренного пунктом 1.5 Правил, имевшегося у Застрахованного лица на дату заключения договора страхования, даже если Страхователю не было известно о наличии такого заболевания, а факт его наличия на дату заключения договора страхования подтверждается медицинскими заключениями, предоставленными Страховщику учреждениями здравоохранения.

4.3. При включении в договор страхования риска, предусмотренного подпунктом 3.1.3 пункта 3.1 Правил, также не являются страховым случаем:

4.3.1. события, на случай которых осуществляется страхование, если:

- диагностика заболевания, на основании которой в период действия договора страхования установлен диагноз, начата до заключения договора страхования или в период от заключения договора страхования до вступления его в силу;

- лечение с последующим установлением диагноза начато до заключения договора страхования или в период от заключения договора страхования до вступления его в силу;

- вред жизни или здоровью (в том числе побочные эффекты, реакции и осложнения) возникли от применения вакцины от коронавирусной инфекции, в том числе коронавируса COVID-19, в сроки, установленные инструкцией по применению вакцины;

- диагностика заболевания и (или) установление диагноза произошли в течение периода временной франшизы, установленной договором страхования в соответствии с пунктом 8.2 Правил;

4.3.2. бессимптомная форма течения коронавирусной инфекции, в том числе коронавируса COVID-19.

4.4. При включении в договор страхования риска, предусмотренного подпунктом 3.1.4 пункта 3.1 Правил, также не является страховым случаем причинение вреда здоровью Застрахованного лица, произошедшее в результате:

4.4.1. вывихов (переломов) искусственных суставов, травм мягких тканей, полученных роженицей в процессе родоразрешения (надрывы, разрывы и т.п.), а также возникшей в результате поднятия тяжести грыжи живота (пупочной, белой линии, паховой и пахово-мошоночной);

4.4.2. занятий Застрахованным лицом в спортивных клубах, секциях, участия в сборах, спортивных соревнованиях (кроме интеллектуальных видов спорта), если иное не предусмотрено договором страхования с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика;

4.4.3. повреждения, не предусмотренного Таблицей размеров страхового обеспечения (Приложение 2 к Правилам).

4.5. Также не признается страховым случаем причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, если Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) при обращении за выплатой страхового обеспечения были сообщены недостоверные сведения об обстоятельствах

наступления события, что будет выявлено в процессе рассмотрения документов в связи с наступлением события.

4.6. События признаются или не признаются страховым случаем на основании соответствующих документов компетентных органов (медицинских, судебных и др.), подтверждающих указанный факт в установленном законодательством порядке.

4.7. Страхование не распространяется на требования о возмещении морального вреда, упущенной выгоды.

5. Страховая сумма

5.1. Страховая сумма – установленная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязан произвести страховую выплату при наступлении страхового случая. Страховая сумма определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком и указывается в договоре страхования.

Страховая сумма устанавливается на каждое Застрахованное лицо и определяется:

5.1.1. путем сложения страховой суммы по рискам, предусмотренным подпунктами 3.1.1 и 3.1.2 пункта 3.1 Правил, и страховых сумм по рискам, предусмотренным подпунктами 3.1.3 и 3.1.4 пункта 3.1 Правил, при принятии их на страхование. Страховая сумма по каждому дополнительному риску (подпункт 3.1.3 или 3.1.4 пункта 3.1 Правил) не может превышать 60% от страховой суммы по рискам, предусмотренным подпунктами 3.1.1 и 3.1.2 пункта 3.1 Правил;

5.1.2. как общая страховая сумма на Застрахованное лицо, в пределах которой устанавливаются лимиты возмещения (максимальные суммы страхового возмещения в целом по договору страхования) по рискам, предусмотренным подпунктами 3.1.3 и 3.1.4 пункта 3.1 Правил, при принятии их на страхование, в следующем размере:

а) не более 40% от общей страховой суммы на Застрахованное лицо – по риску, предусмотренному подпунктом 3.1.3 пункта 3.1 Правил;

б) не более 50% от общей страховой суммы на Застрахованное лицо – по риску, предусмотренному подпунктом 3.1.4 пункта 3.1 Правил.

При страховании группы лиц страховые суммы определяются на каждое Застрахованное лицо и указываются в списке Застрахованных лиц. Общая страховая сумма по договору страхования определяется путем суммирования страховых сумм по каждому Застрахованному лицу и указывается в договоре страхования.

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

При установлении страховой суммы в иностранной валюте страховой взнос, исчисленный в валюте страховой суммы, может быть уплачен как в иностранной валюте (в случаях, предусмотренных 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).

5.3. В период действия договора страхования, заключенного со Страхователем-юридическим лицом на один год и более, по соглашению сторон на основании письменного заявления Страхователя договор страхования может быть изменен на срок, оставшийся до конца его действия, в части увеличения страховой суммы, изменения численности Застрахованных лиц. Порядок изменения договора страхования и уплата дополнительного страхового взноса производятся в соответствии с условиями пунктов 6.8 и 11.2 Правил.

При внесении изменений в договор страхования в части изменения численности Застрахованных лиц – включение в договор страхования новых Застрахованных лиц осуществляется с обязательным соблюдением условий, определенных пунктом 8.2 Правил.

5.4. Договор страхования, по которому произведена страховая выплата, продолжает действовать до конца срока, указанного в договоре страхования, в размере разницы между страховой суммой (лимитом возмещения), установленной договором страхования для Застрахованного лица, и произведенной страховой выплатой этому Застрахованному лицу.

6. Страховой тариф и страховой взнос

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

Страховой взнос определяется исходя из страховой суммы и страхового тарифа.

Страховой тариф определяется исходя из базового годового страхового тарифа (Приложение 1 к Правилам) и корректировочных коэффициентов, утвержденных приказом Страховщика.

6.2. Страховой взнос по договору страхования рассчитывается и уплачивается в валюте страховой суммы, если законодательством Республики Беларусь и соглашением сторон не предусмотрено иное.

При установлении страховой суммы в иностранной валюте, страховой взнос, исчисленный в валюте страховой суммы, может быть уплачен как в иностранной валюте (если это не противоречит законодательству 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).

6.3. Страховой взнос по договору страхования, заключенному на срок менее 1 года, уплачивается единовременно.

По договору страхования, заключенному со Страхователем-юридическим лицом сроком на 1 год и более, страховой взнос может быть уплачен единовременно за весь срок действия договора страхования либо по соглашению сторон в рассрочку: поэтапно, ежеквартально или ежемесячно.

По договору страхования, заключенному со Страхователем-физическим лицом сроком на 1 год и более, страховой взнос может быть уплачен единовременно за весь срок действия договора страхования либо по соглашению сторон в рассрочку: поэтапно или ежеквартально.

6.4. При единовременной уплате страховой взнос уплачивается Страхователем при заключении договора страхования.

При уплате страхового взноса в рассрочку первая часть страхового взноса в размере не менее $1/n$ (где n – соответственно количество этапов, кварталов, месяцев) от исчисленного страхового взноса по договору уплачивается при его заключении, а оставшиеся части уплачиваются не позднее последнего дня оплаченного периода (этапа, квартала, месяца).

Порядок, размер и сроки уплаты страхового взноса указываются в договоре страхования. При этом Страховщик не обязан дополнительно уведомлять Страхователя о сроках уплаты очередных частей страхового взноса.

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 всего неуплаченного страхового взноса по этому Застрахованному лицу или его очередной части.

6.5. В случае неуплаты очередной части страхового взноса в установленный договором страхования срок Страховщик вправе по соглашению со Страхователем, оформленному в письменном виде, 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 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 наступит до уплаты очередной части страхового взноса, по которой предоставлена отсрочка платежа, то Страховщик вправе удержать эту часть страхового взноса из суммы страхового обеспечения.

6.6. Если по договору страхования Страховщиком произведена страховая выплата, Страхователь, в порядке выполнения своих обязательств по договору, обязан уплатить страховой взнос, определенный договором страхования по этому Застрахованному лицу, в полном объеме. При неуплате Страхователем страхового взноса в установленные договором страхования сроки и размере Страхователь обязан уплатить Страховщику пеню за каждый день просрочки в размере 0,1% от суммы, подлежащей уплате, а Страховщик вправе взыскать всю неуплаченную часть страхового взноса, определенного договором страхования по этому Застрахованному лицу, и пеню в судебном порядке.

6.7. Страховой взнос по договору страхования может уплачиваться Страхователем путем безналичного перечисления или наличными денежными средствами в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Днем уплаты страхового взноса считается:

а) день поступления страхового взноса (его частей) на расчетный счет Страховщика (его уполномоченного представителя) – при уплате страхового взноса путем безналичного перечисления;

б) день списания денежных средств по уплате страхового взноса (его частей) со счета Страхователя (день совершения операции по перечислению страхового взноса или его частей) – при безналичной форме расчетов с использованием банковской платежной карточки и (или) ее реквизитов, через автоматизированные платежные системы (в т.ч. через систему ЕРИП (АИС «Расчет»)), день внесения денежных средств непосредственно в кассы банков с последующим их зачислением на счет Страховщика или его уполномоченного представителя в случае предоставления Страхователем соответствующего документа (карт-чека), иного документа, подтверждающего совершение соответствующей операции, либо день поступления страхового взноса (его частей) на расчетный счет Страховщика, если Страхователем такой документ не предоставлен;

в) день уплаты страхового взноса (его частей) в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю – при уплате наличными денежными средствами.

6.8. При внесении изменений в договор страхования (пункты 5.3 и 11.2 Правил) дополнительный страховой взнос определяется следующим образом:

6.8.1. при увеличении страховой суммы на Застрахованное лицо, а также при внесении изменений в договор страхования в соответствии с пунктом 11.2 Правил Страхователь уплачивает за каждое Застрахованное лицо дополнительный страховой взнос, рассчитанный по следующей формуле:

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

Вдоп. – дополнительный страховой взнос;

НСС – страховая сумма на Застрахованное лицо после внесения изменений в договор страхования;

T2 – страховой тариф для Застрахованного лица на дату изменения договора страхования;

ПСС – страховая сумма на Застрахованное лицо до внесения изменений в договор страхования;

T1 – страховой тариф для Застрахованного лица до внесения изменений в договор страхования;

n – оставшийся срок действия договора страхования (в днях);

t – срок действия договора страхования (в днях);

6.8.2. при увеличении численности Застрахованных лиц Страхователь уплачивает дополнительный страховой взнос, определяемый путем суммирования страховых взносов за каждое включаемое в договор страхования Застрахованное лицо исходя из устанавливаемой для него страховой суммы и страхового тарифа, рассчитанных по следующей формуле:

$$\text{Вдоп.} = \text{СС} \times \text{T} \times n/t, \text{ где}$$

Вдоп. – страховой взнос по Застрахованному лицу;

СС – страховая сумма на Застрахованное лицо;

T – страховой тариф, рассчитанный по Застрахованному лицу;

n – оставшийся срок действия договора страхования (в днях);

t – срок действия договора страхования в днях.

6.9. Внесение изменений и (или) дополнений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, осуществляется в письменном виде путем заключения договора о внесении изменений в условия страхования в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Дополнительный страховой взнос уплачивается Страхователем одновременно 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.

Условия договора страхования считаются измененными с даты, определенной соглашением сторон об изменении договора, но не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты дополнительного страхового взноса (его части), за исключением случаев, когда по соглашению сторон Страхователю предоставляется право уплаты дополнительного страхового взноса (его частей) одновременно с уплатой очередной части страхового взноса в срок, установленный договором страхования.

II. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

7. Условия заключения договора страхования

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

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

7.2. Основанием для заключения договора страхования со Страхователем-физическим лицом является устное заявление.

Договор страхования со Страхователем-юридическим лицом заключается на основании письменного заявления Страхователя (по форме, утвержденной приказом Страховщика). В этом случае к заявлению о страховании прилагается список Застрахованных лиц (по форме, утвержденной приказом Страховщика), составляемый в двух экземплярах – по одному для каждой из сторон.

Страхователь-юридическое лицо обязано к заявлению о страховании приложить следующие документы (их копии):

- сведения о юридическом лице (нанимателе), в пользу работников которого заключается договор страхования, на последнюю отчетную дату (например сведения о среднесписочной численности работников);
- по требованию Страховщика иные документы, необходимые для заключения договора страхования и определения степени страхового риска.

Письменное заявление о страховании со всеми прилагаемыми к нему документами является неотъемлемой частью договора страхования.

Ответственность за достоверность предоставленной информации, содержащейся в заявлении о страховании, несет Страхователь.

7.3. Договор страхования заключается на условиях круглосуточного страхования.

7.4. Страховщик имеет право направить Застрахованное лицо на медицинское обследование для оценки фактического состояния его

здоровья либо потребовать у Страхователя (Застрахованного лица) предоставить медицинскую справку (медицинское заключение) о состоянии здоровья из организации здравоохранения, в которой данное лицо наблюдается либо наблюдалось. Медицинское обследование проводится за счет средств Страхователя (Застрахованного лица) в медицинских учреждениях, определяемых Страховщиком.

В случае отказа Застрахованного лица пройти медицинское обследование договор страхования в отношении него не заключается.

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

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

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

7.7. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в пункте 7.5 Правил, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 180 Гражданского кодекса Республики Беларусь.

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

7.8. Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

Договор страхования может быть заключен путем:

а) составления одного текстового документа, подписанного сторонами по договору;

б) обмена текстовыми документами, которые подписаны сторонами собственноручно либо с использованием средств связи и иных технических средств, компьютерных программ, информационных систем или информационных сетей, если такой способ подписания позволяет

достоверно установить, что соответствующий текстовый документ подписан сторонами по договору (факсимильное воспроизведение собственноручной подписи с помощью средств механического или другого копирования, электронная цифровая подпись или другой аналог собственноручной подписи, обеспечивающий идентификацию стороны по договору) и не противоречит законодательству и соглашению сторон.

Письменное предложение Страховщика заключить договор страхования путем направления текстового документа принимается Страхователем путем уплаты страхового взноса (его части) в срок, установленный в предложении, если иное не предусмотрено законодательством или не указано в предложении.

Договор страхования может быть заключен в письменной форме способами, предусмотренными законодательством Республики Беларусь, в электронном виде через официальный сайт Страховщика либо организации, заключающей договор страхования от имени Страховщика и имеющей право в соответствии с законодательством проводить идентификацию обратившихся к ней Страхователей, их представителей без личного присутствия указанных лиц. При этом договоры страхования могут заключаться без применения электронной цифровой подписи.

К договору страхования должны прилагаться Правила страхования (в том числе путем их направления в электронном виде), что удостоверяется записью в этом договоре.

7.9. Застрахованное лицо может быть заменено другим лицом с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика. Такая замена может быть произведена только в случаях, если исключаемому Застрахованному лицу не производились страховые выплаты (отсутствуют заявленные события, которые могут быть признаны страховым случаем, до принятия решения по таким случаям). Замена Застрахованных лиц осуществляется на основании письменного заявления Страхователя о внесении изменений в список Застрахованных лиц.

В случае уменьшения количества Застрахованных лиц по договору страхования, заключенному со Страхователем-юридическим лицом, согласно прилагаемому к договору страхования списку Застрахованных лиц, в договор страхования вносятся изменения в части уменьшения страховой суммы в связи с исключением из списка Застрахованных лиц. В этом случае:

- при отсутствии выплат страхового обеспечения и (или) заявленных событий, которые могут быть признаны страховым случаем, по исключаемым из договора страхования Застрахованным лицам Страхователю возвращается часть страхового взноса, уплаченного за этих Застрахованных лиц, пропорционально времени со дня внесения

изменений в договор страхования до окончания оплаченного срока его действия;

- при наличии выплат страхового обеспечения по исключаемым из договора страхования Застрахованным лицам, Страхователь обязан выполнить условие, определенное пунктом 6.6 Правил;

- при наличии заявленных событий, которые, согласно Правилам, могут быть признаны страховым случаем, по исключаемым из договора страхования Застрахованным лицам решение о возврате части страхового взноса принимается после принятия Страховщиком решения о признании/непризнании заявленного случая страховым и выплате страхового обеспечения с учетом условий, определенных пунктом 6.6 Правил.

Возврат части страхового взноса производится в порядке, предусмотренном пунктом 13.4 Правил.

Изменения в договор страхования вносятся в письменной форме в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

7.10. Страхователь до истечения срока действия договора страхования, заключенного сроком один год и более, вправе обратиться к Страховщику с письменным заявлением о заключении договора страхования на новый срок с предоставлением права уплаты страхового взноса (первой его части) в течение 30 календарных дней со дня вступления договора в силу. По соглашению сторон уплата страхового взноса (первой его части) может быть произведена в течение 30 календарных дней со дня вступления в силу нового договора страхования, что должно быть отражено в договоре страхования. Страховщик обязан оформить договор страхования на новый срок до вступления его в силу. В этом случае договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания предыдущего договора.

Если договором страхования предусмотрена рассрочка уплаты страхового взноса, то первая часть страхового взноса уплачивается в соответствии с частью первой настоящего пункта, а остальные части страхового взноса уплачиваются в порядке, предусмотренном пунктом 6.4 Правил.

В случае неуплаты страхового взноса (первой его части) в течение указанного срока договор страхования при отсутствии выплат страхового обеспечения и (или) заявленных событий, которые могут быть признаны страховым случаем, досрочно прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем 30-дневного срока, в течение которого Страхователь обязан его уплатить. При этом Страхователь не освобождается от уплаты части страхового взноса за указанный 30-дневный срок действия договора страхования.

При наступлении страхового случая до уплаты страхового взноса (первой его части) в течение данного 30-дневного срока Страховщик при определении суммы страхового обеспечения вправе удержать неуплаченную сумму страхового взноса (первую его часть).

7.11. Составление первичных учетных документов по договору страхования, подтверждающих оказание услуг, осуществляется каждой из сторон единолично.

8. Вступление договора страхования в силу

8.1. Договор страхования вступает в силу со времени и даты, указанных в договоре страхования как время и дата начала срока его действия, но не ранее уплаты страхового взноса (первой его части), за исключением случаев, предусмотренных пунктом 7.10 Правил, и не позднее 30 календарных дней после его заключения. 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 как дата окончания срока его действия, если конкретное время окончания срока действия договора страхования не указано в договоре страхования.

8.2. При заключении договора страхования с включением риска, предусмотренного подпунктом 3.1.3 пункта 3.1 Правил, а также при заключении договора страхования в электронном виде через официальный сайт Страховщика либо организации, заключающей договор страхования от имени Страховщика, с включением риска, предусмотренного подпунктом 3.1.4 пункта 3.1 Правил, договором страхования устанавливается временная франшиза.

Временная франшиза, установленная договором страхования, применяется при внесении изменений в договор страхования в течение срока его действия в части включения новых лиц в список Застрахованных лиц (пункты 5.3 и 7.9 Правил).

Временная франшиза подразумевает, что страхование в отношении оговоренного обстоятельства (подпункты 3.1.3, 3.1.4 пункта 3.1 Правил) начинает действовать по истечении времени (периода), определенного договором страхования, с даты вступления в силу договора страхования, за исключением случаев заключения договора страхования на новый срок, когда договоры страхования заключаются без перерыва.

Временная франшиза устанавливается в календарных днях сроком:

- от 10 до 21 дня включительно – при заключении договора страхования с включением риска, предусмотренного подпунктом 3.1.3 пункта 3.1 Правил;
- от 3 до 21 дня включительно – при заключении договора страхования в электронном виде через официальный сайт Страховщика либо организации, заключающей договор страхования от имени Страховщика, с включением риска, предусмотренного подпунктом 3.1.4 пункта 3.1 Правил.

При временной франшизе страховое обеспечение не выплачивается, если страховой случай происходит в течение периода временной франшизы. Застрахованное лицо (Страхователь) имеет право на страховую выплату только при наступлении страхового случая после окончания установленного договором страхования периода временной франшизы.

8.3. Страхование, обусловленное договором, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу (с учетом условий, определенных пунктом 3.3 Правил).

9. Срок и территория действия договора страхования

9.1. Договор страхования может быть заключен на срок от 1 месяца до 3 лет включительно.

9.2. Договоры страхования, заключенные на условиях настоящих Правил, действуют как на территории Республики Беларусь, так и на территории других государств.

Договоры страхования с действием на территории других государств заключаются при наличии у Страховщика возможности самостоятельно или через своего представителя урегулировать ущерб.

10. Выдача копии договора страхования

10.1. При утрате договора страхования в период его действия Страхователю на основании письменного заявления выдается копия договора страхования (за исключением случаев заключения договора страхования в соответствии с частью четвертой пункта 7.8 Правил).

11. Увеличение страхового риска

11.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно, но 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.

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

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

Порядок изменения договора страхования и уплаты дополнительного страхового взноса производятся в соответствии с условиями пункта 6.8 Правил.

Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения договора. В этом случае договор страхования расторгается с момента получения такого отказа. К отказу приравнивается неполучение ответа от Страхователя на надлежаще отправленное письменное предложение Страховщика (заказное, с уведомлением) об изменении условий страхования или уплате дополнительного страхового взноса в срок, указанный в таком предложении. До уплаты Страхователем дополнительного страхового взноса или изменения условий договора страхования Страховщик не несет ответственности за случаи причинения вреда, вызванные обстоятельствами, влекущими увеличение страхового риска.

11.3. Если Страхователь (Застрахованное лицо) не исполнил своей обязанности, предусмотренной пунктом 11.1 Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в соответствии с законодательством Республики Беларусь и возмещения убытков, причиненных расторжением договора. В этом случае договор страхования расторгается с момента увеличения страхового риска.

11.4. Страховщик не вправе требовать расторжения договора, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

11.5. Независимо от того, наступило ли повышение страхового риска или нет, Страховщик имеет право в период действия договора страхования проверять достоверность сообщенных ему Страхователем сведений.

11.6. В случае расторжения договора страхования по инициативе Страховщика:

11.6.1. в соответствии с пунктом 11.3 Правил страховой взнос, уплаченный Страхователем, возврату не подлежит;

11.6.2. при расторжении договора страхования в соответствии с пунктом 11.2 Правил Страховщик возвращает Страхователю при отсутствии выплат страхового обеспечения и (или) заявленных событий,

которые могут быть признаны страховым случаем, часть страхового взноса пропорционально времени, оставшемуся со дня, следующего за днем расторжения договора страхования, до окончания оплаченного периода действия договора страхования, за вычетом убытков, причиненных расторжением договора страхования.

Возврат причитающейся части страхового взноса производится в соответствии с пунктом 13.4 Правил.

12. Выгодоприобретатель

12.1. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в договоре не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти Застрахованного лица по договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица по закону.

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

12.3. 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.

12.4. Страховщик вправе требовать от Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о выплате страхового обеспечения. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель.

13. Прекращение договора страхования

13.1. Договор страхования прекращается в случаях:

13.1.1. истечения срока его действия;

13.1.2. выполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

13.1.3. неуплаты Страхователем очередной части страхового взноса в установленные договором сроки и размере (с учетом условий, предусмотренных пунктами 6.5 и 7.10 Правил) – с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем, установленным договором страхования для его уплаты. Данное положение не распространяется на случаи, когда по договору страхования была произведена выплата страхового обеспечения, с учетом условий, предусмотренных пунктом 6.6 Правил, а также случаи, когда Страхователем не уплачена установленная договором страхования часть страхового взноса, а Страховщик удерживает ее при выплате страхового обеспечения согласно части четвертой пункта 6.4 Правил;

13.1.4. если после вступления его в силу возможность наступления страхового случая отпала и страхование прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай (например, установление Застрахованному лицу инвалидности либо его смерть в результате нестрахового случая);

13.1.5. ликвидации Страхователя-юридического лица, прекращения в установленном порядке деятельности Страхователя-индивидуального предпринимателя;

13.1.6. смерти Страхователя-физического лица, за исключением случаев перехода прав и обязанностей по договору страхования к Застрахованным лицам, если договор страхования заключен в пользу третьих лиц;

13.1.7. отказа Страхователя от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в подпункте 13.1.4 настоящего пункта Правил;

13.1.8. по соглашению сторон, оформленному в письменном виде. Договор страхования расторгается с даты, достигнутой соглашением сторон;

13.1.9. в других случаях, предусмотренных законодательством.

13.2. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в подпунктах 13.1.4, 13.1.5, 13.1.6 и 13.1.8 пункта 13.1 Правил, при отсутствии выплат страхового обеспечения и (или) заявленных событий, которые могут быть признаны страховым случаем, Страховщик возвращает Страхователю (наследникам по закону – подпункт 13.1.6 пункта 13.1 Правил) на основании письменного заявления последнего часть страхового взноса пропорционально времени, оставшемуся со дня досрочного прекращения договора страхования (но

не ранее дня, следующего за днем подачи заявления) до окончания оплаченного периода по договору страхования.

Если по договору страхования была произведена выплата страхового обеспечения и (или) заявлено событие, которое может быть признано страховым случаем, страховой взнос по этому Застрахованному лицу возврату не подлежит.

Если по заявленному событию Страховщиком принято решение об отказе в выплате страхового обеспечения, то Страхователю производится возврат части страхового взноса. При этом расчет подлежащей возврату части страхового взноса производится в соответствии с условиями пункта 13.4 Правил.

13.3. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования (подпункт 13.1.7 пункта 13.1 Правил) страховой взнос возврату не подлежит.

При отказе Страхователя от договора страхования (в том числе заключенного в электронном виде), полученном Страховщиком до вступления договора в силу, уплаченный страховой взнос подлежит возврату в полном объеме.

13.4. Возврат причитающейся части страхового взноса в случае прекращения договора страхования ранее установленного срока производится в течение 5 рабочих дней со дня расторжения договора страхования путем безналичного перечисления на счет Страхователя или наличными денежными средствами из кассы Страховщика. За несвоевременный возврат причитающейся части страхового взноса по вине Страховщика Страхователю выплачивается пеня за каждый день просрочки в размере 0,1% от суммы, подлежащей возврату. Соответствующая часть страхового взноса по договору страхования возвращается в той валюте, в которой уплачен страховой взнос, если иное не предусмотрено законодательством или соглашением сторон.

14. Переход прав и обязанностей по договору страхования

14.1. В случае реорганизации Страхователя в период действия договора страхования права и обязанности по договору страхования переходят к его правопреемнику.

14.2. В случае смерти Страхователя, заключившего договор страхования в пользу третьих лиц, права и обязанности по договору страхования переходят к этим лицам.

14.3. 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.

15. Двойное страхование

15.1. Страхователь имеет право заключить договор страхования одного и того же объекта с другими страховщиками при условии их уведомления о том, что объект уже застрахован.

16. Права и обязанности Страховщика и Страхователя

16.1. Страховщик имеет право:

16.1.1. проверять достоверность сообщенных Страхователем сведений, а также выполнение Застрахованным лицом требований Правил и договора страхования;

16.1.2. направить Застрахованное лицо на медицинское обследование для оценки фактического состояния его здоровья;

16.1.3. направлять запросы в компетентные органы по вопросам, связанным с установлением факта наступления страхового случая и определением размера вреда, получать информацию у компетентных органов;

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

16.1.5. потребовать расторжения договора страхования в случаях, предусмотренных пунктами 11.2, 11.3 Правил;

16.1.6. при уведомлении об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению страхового риска;

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

16.1.8. отсрочить страховую выплату в случае, 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 рабочих дней со дня получения такого документа), либо самим Страховщиком (на основании запроса Страховщика в орган, его выдавший, направленного в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа);

16.1.9. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных пунктом 19.2 Правил.

16.2. Страховщик обязан:

16.2.1. выдать Страхователю договор страхования с приложением настоящих Правил;

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

16.2.3. при признании события страховым – в установленные сроки составить акт о страховом случае и произвести выплату страхового обеспечения. В случае отказа в выплате страхового обеспечения в установленный срок письменно сообщить Страхователю (Выгодоприобретателю).

16.3. Страхователь имеет право:

16.3.1. ознакомиться с настоящим Правилами;

16.3.2. получить копию договора страхования в случае его утраты на основании письменного заявления;

16.3.3. отказаться от договора страхования по обстоятельствам, указанным в подпункте 13.1.7 пункта 13.1 Правил;

16.3.4. уплачивать страховые взносы в рассрочку с согласия Страховщика, а также получить отсрочку уплаты страхового взноса (первой его части) в соответствии с пунктом 7.10 Правил;

16.3.5. получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством;

16.3.6. с согласия Застрахованного лица в период действия договора страхования заменить Выгодоприобретателя;

16.3.7. требовать выполнения Страховщиком иных условий договора страхования.

16.4. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

16.4.1. при заключении договора страхования выполнить условия пункта 7.5 Правил и сообщить Страховщику обо всех имеющихся в отношении принимаемого на страхование объекта договорах страхования, заключенных с другими Страховщиками;

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

16.4.3. выполнить условия пункта 11.1 Правил при ставших известными Страхователю в период действия договора страхования значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования;

16.4.4. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованных лиц с условиями страхования, правами и обязанностями по договору, предоставлять информацию об изменении условий договора страхования;

16.4.5. исключен;

16.4.6. 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;

16.4.7. передавать Страховщику сообщения, касающиеся изменения степени риска, наступления страхового случая, в письменной форме либо способами связи, обеспечивающими фиксирование текста и даты сообщений, либо вручением под расписку.

16.5. Стороны имеют право и обязаны совершать другие действия, предусмотренные законодательством, настоящими Правилами и договором страхования.

III. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

17. Обязанности сторон при наступлении страхового случая

17.1. При наступлении события, которое по условиям договора страхования может быть признано страховым случаем, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно, но не позднее 35 календарных дней (со дня его наступления или того дня, когда стало известно о его наступлении), за исключением случаев, когда Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) находилось в бессознательном состоянии либо на лечении, уведомить Страховщика о его наступлении, обратившись к нему посредством электронной связи или лично с письменным заявлением о выплате страхового обеспечения по форме, утвержденной приказом Страховщика, с подробным описанием обстоятельств события и времени произошедшего события.

17.2. С заявлением о выплате страхового обеспечения к Страховщику вправе обратиться Застрахованное лицо или лицо, представляющее его интересы (например, наследники по закону в случае смерти Застрахованного лица).

17.3. Вместе с заявлением о выплате страхового обеспечения предоставляются следующие документы (их копии, заверенные в порядке, определяемом Страховщиком), подтверждающие факт, причины, обстоятельства наступления заявленного события:

17.3.1. документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (Застрахованного лица) и (или) полномочия обратившегося лица;

17.3.2. договор страхования (его копию) либо индивидуальное уведомление Застрахованного лица о заключении в отношении него договора страхования (для физических лиц, когда договор страхования заключен Страхователем-юридическим лицом);

17.3.3. в связи с причинением вреда здоровью:

17.3.3.1. при временном расстройстве здоровья в результате события, предусмотренного подпунктом 3.1.3 пункта 3.1 Правил:

- документ, выданный медицинской организацией, подтверждающий факт установления заболевания (медицинский документ, подтверждающий установление заболевания, выданный в установленном порядке), в котором обязательно указываются диагноз, дата установления диагноза, период амбулаторного и (или) стационарного лечения. В медицинских документах допускается указание заболеваний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (далее – МКБ-10);

- справка лечебно-профилактического учреждения с указанием анамнеза (обстоятельств наступления несчастного случая), диагноза, срока лечения, либо другой медицинский документ, содержащий аналогичные сведения и заверенный в установленном порядке (выписка из истории болезни, амбулаторной карты за 3 года, предшествующие началу действия договора страхования, и за период действия договора страхования);

- документ, подтверждающий временное расстройство здоровья Застрахованного лица (листок временной нетрудоспособности), справку-освобождение от работы, учебы, посещения дошкольного учреждения (при их наличии);

17.3.3.2. в результате события, предусмотренного подпунктом 3.1.4 пункта 3.1 Правил:

- медицинский документ, подтверждающий факт страхового случая (медицинский документ, выданный в установленном порядке) – справка лечебно-профилактического учреждения с указанием анамнеза (обстоятельств наступления несчастного случая), заключительного диагноза, срока лечения, оперативных данных, либо другой медицинский документ, содержащий аналогичные сведения и заверенный в установленном порядке (выписку из истории болезни, амбулаторной карты, выписной эпикриз и т.п.); копия листка временной нетрудоспособности, справка-освобождение от работы, учебы, посещения дошкольного учреждения (при их наличии). Если страховой случай произошел за пределами Республики Беларусь, предоставляются аналогичные документы, выдаваемые в соответствии с законодательством той страны, где произошел страховой случай;

17.3.3.3. при установлении группы инвалидности:

- заключение МРЭК об установлении Застрахованному лицу группы инвалидности (категории «ребенок-инвалид») – справка с перечнем диагнозов, на основе которых установлена группа инвалидности;

- выписку из амбулаторной карты (из истории болезни) по месту жительства (наблюдения, лечения) за 3 года, предшествующих началу действия договора страхования, и за период действия договора страхования;

17.3.4. при наступлении смерти Застрахованного лица:

- копию свидетельства о смерти Застрахованного лица (копию свидетельства о праве на наследство, если выплата страхового обеспечения производится Выгодоприобретателям-наследникам Застрахованного лица), заверенную в нотариальном порядке, либо предъявляется оригинал указанного свидетельства и его копия заверяется Страховщиком;

- выписку из амбулаторной карты (из истории болезни) Застрахованного лица по месту жительства (наблюдения, лечения) за 3 года, предшествующих началу действия договора страхования, и за период действия договора страхования;

17.3.5. Страховщик вправе потребовать иные документы, необходимые для решения вопроса о страховой выплате. Страховщик вправе проверить правильность и обоснованность составления документов, а также аргументированно отказаться от их использования при расчете размера вреда.

Необходимость представления документов определяется характером наступившего события в соответствии с настоящими Правилами и требованиями законодательства Республики Беларусь.

Непредставление требуемых Страховщиком документов без объективных причин дает ему право не принимать решение о признании заявленного события страховым случаем в части вреда, не подтвержденного такими документами.

17.4. При непредставлении Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) документов, подтверждающих факт, причину и обстоятельства наступления события (например, выписки из истории болезни; протокол правоохранительных органов, если смерть Застрахованного лица наступила в результате дорожно-транспортного происшествия или преступления; медицинское заключение о смерти Застрахованного лица (или посмертный эпикриз), выдаваемое медицинским учреждением, где была зарегистрирована смерть, или иной документ, устанавливающий причину и обстоятельства наступления смерти Застрахованного лица; данные органов ЗАГС о рождении Застрахованного лица – в случае необходимости дополнительного

подтверждения личности) Страховщик обязан самостоятельно в течение 5 рабочих дней со дня получения уведомления о наступлении события направить в компетентные органы запрос по указанным вопросам.

17.5. Страховщик в течение 7 рабочих дней со дня, следующего за днем получения необходимых для принятия решения документов, принимает решение о признании или непризнании заявленного случая страховым.

Решение о признании случая страховым оформляется актом о страховом случае (по форме, утвержденной приказом Страховщика), который является основанием для выплаты страхового обеспечения.

В случае непризнания заявленного случая страховым или отказа в выплате страхового обеспечения решение Страховщика в письменном виде направляется заявителю с обоснованием причины отказа в порядке, оговоренном в пункте 19.3 Правил.

17.6. Если по заявленному событию компетентными органами проводится проверка или возбуждено уголовное дело, то акт о страховом случае составляется или решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком в течение 7 рабочих дней со дня, следующего за днем получения от компетентных органов документа о принятом решении (постановление об отказе в возбуждении уголовного дела, постановление о прекращении либо приостановлении производства по делу, приговор суда).

17.7. 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, и суммы страхового обеспечения, выплаченной после проведения экспертизы.

18. Порядок определения и выплата страхового обеспечения

18.1. Общая сумма выплат страхового обеспечения одному Застрахованному лицу по всем (одному) страховым случаям, произошедшим в период действия договора страхования, не может превышать установленной при заключении (изменении) договора страхования соответствующей страховой суммы (лимита возмещения) на

это Застрахованное лицо (с учетом условий, оговоренных в пункте 5.4 Правил).

18.2. Размер страхового обеспечения определяется в следующем порядке:

18.2.1. при причинении вреда жизни (смерть) Застрахованного лица – в размере 100% страховой суммы, установленной договором страхования по рискам, предусмотренным подпунктами 3.1.1 и 3.1.2 пункта 3.1 Правил, для Застрахованного лица, за минусом ранее произведенных выплат в связи с установлением группы инвалидности, а также за минусом ранее произведенных выплат в связи с причинением вреда здоровью в соответствии с подпунктом 18.2.4 настоящего пункта Правил, если таковые производились, при установлении общей страховой суммы на Застрахованное лицо (подпункт 5.1.2 пункта 5.1 Правил);

18.2.2. при причинении вреда здоровью Застрахованного лица, повлекшего стойкую утрату трудоспособности и установление ему группы инвалидности:

18.2.2.1. при установлении страховой суммы в соответствии с подпунктом 5.1.1 пункта 5.1 Правил:

а) I группа инвалидности – в размере 100% страховой суммы, установленной договором страхования по рискам, предусмотренным подпунктами 3.1.1 и 3.1.2 пункта 3.1 Правил, для Застрахованного лица, за минусом ранее произведенных выплат в связи с установлением групп инвалидности (абзацы б), в) настоящего подпункта Правил), если таковые производились;

б) II группа инвалидности – в размере 80% страховой суммы, установленной договором страхования по рискам, предусмотренным подпунктами 3.1.1 и 3.1.2 пункта 3.1 Правил, для Застрахованного лица, за минусом ранее произведенных выплат в связи с установлением группы инвалидности (абзац в) настоящего подпункта Правил), если таковые производились;

в) III группа инвалидности – в размере 50% страховой суммы, установленной договором страхования по рискам, предусмотренным подпунктами 3.1.1 и 3.1.2 пункта 3.1 Правил, для Застрахованного лица;

г) при установлении категории «ребенок-инвалид» – в размере 90% страховой суммы, установленной договором страхования по рискам, предусмотренным подпунктами 3.1.1 и 3.1.2 пункта 3.1 Правил, для Застрахованного лица;

18.2.2.2. при установлении общей страховой суммы на Застрахованное лицо (подпункт 5.1.2 пункта 5.1 Правил) – в размерах, предусмотренных подпунктами а) – г) настоящего подпункта Правил, за минусом ранее произведенных выплат в связи с причинением вреда

здоровью в соответствии с подпунктом 18.2.4 настоящего пункта Правил, если таковые производились;

18.2.3. при временном расстройстве здоровья в результате события, предусмотренного подпунктом 3.1.3 пункта 3.1 Правил – в размере 0,2% от страховой суммы (лимита возмещения) по данному риску, установленной для Застрахованного лица, за каждый день временной нетрудоспособности (лечения), но не более:

- при прохождении лечения в стационарных условиях – 8% от страховой суммы (лимита возмещения), установленной договором страхования по указанному риску для Застрахованного лица, по каждому страховому случаю в течение срока действия договора страхования;

- при прохождении лечения в амбулаторно-поликлинических условиях – 5% от страховой суммы (лимита возмещения), установленной договором страхования по указанному риску для Застрахованного лица, по каждому страховому случаю в течение срока действия договора страхования.

Если в связи с расстройством здоровья лечение Застрахованного лица производилось в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях, то выплата страхового обеспечения производится в порядке, определенном для лечения в стационарных условиях;

18.2.4. при причинении вреда здоровью в результате события, предусмотренного подпунктом 3.1.4 пункта 3.1 Правил – в процентах от страховой суммы (лимита возмещения) по данному риску, установленной для Застрахованного лица, в соответствии с Таблицей размеров страхового обеспечения (Приложение 2 к Правилам).

18.2.5. Если после произведенной страховой выплаты в связи с расстройством здоровья Застрахованному лицу в течение 1 года со дня наступления страхового случая, произошедшего в период действия договора страхования, установлена группа инвалидности либо наступила смерть Застрахованного лица, являющиеся основанием для выплаты страхового обеспечения в большем размере, то страховая выплата осуществляется с учетом требований подпунктов 18.2.1 или 18.2.2 настоящего пункта Правил.

18.3. Из суммы страхового обеспечения Страховщик вправе удержать сумму всего неуплаченного страхового взноса по Застрахованному лицу или его очередной части (просроченной части).

Пересчет подлежащей удержанию суммы страхового взноса по Застрахованному лицу, установленной в валюте страховой суммы, в валюту выплаты страхового обеспечения производится по официальному курсу валюты выплаты по отношению к валюте страхового взноса,

Правила № 30 добровольного страхования от несчастных случаев и болезней
установленному Национальным банком Республики Беларусь на дату
составления акта о страховом случае.

18.4. Расчет страхового обеспечения производится в валюте, в которой установлена страховая сумма.

Страховая выплата производится Застрахованному лицу, а в случае его смерти – Выгодоприобретателю в валюте уплаты страхового взноса, если законодательством Республики Беларусь или соглашением между Страховщиком и Страхователем не предусмотрено иное.

Если страховая сумма по договору страхования установлена в иностранной валюте с уплатой страхового взноса в белорусских рублях, то выплата страхового обеспечения производится 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.

18.5. Страховщик обязан произвести выплату страхового обеспечения в течение 5 рабочих дней со дня, следующего за днем составления акта о страховом случае.

Страховое обеспечение может быть выплачено путем перечисления на текущий (расчетный) счет Выгодоприобретателя либо наличными денежными средствами из кассы Страховщика.

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

18.7. За несвоевременную выплату страхового обеспечения по вине Страховщика он уплачивает Выгодоприобретателю-физическому лицу пеню в размере 0,5% от суммы, подлежащей выплате, за каждый день просрочки.

19. Основания освобождения Страховщика от выплаты страхового обеспечения

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

19.1.1. умысла Страхователя (Застрахованного лица) или Выгодоприобретателя, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

19.1.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны, если

международными договорами Республики Беларусь, актами законодательства не предусмотрено иное.

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

19.2.1. не исполнил возложенной на него обязанности в установленный договором срок установленным способом незамедлительно уведомить Страховщика или его представителя о наступлении страхового случая (пункт 17.1 Правил), если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое обеспечение;

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

19.3. Решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком в течение 7 рабочих дней со дня, следующего за днем получения необходимых для принятия решения документов, и в течение 5 рабочих дней со дня принятия решения сообщается Страхователю в письменной форме с мотивацией причины отказа.

За необоснованный отказ в выплате страхового обеспечения Страховщик несет ответственность в порядке, установленном законодательством.

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

20. Прочие условия

20.1. Споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем), не разрешенные путем переговоров, разрешаются в судебном порядке в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Настоящая редакция Правил вступает в силу в силу с 16 апреля 2021 года.

Договоры страхования, заключенные до вступления в силу настоящей редакции Правил, действуют до их прекращения в установленном порядке на тех условиях, на которых они были заключены.



Правила № 30 добровольного страхования от несчастных случаев и болезней

Заместитель генерального
директора

Хозяева И.В.