

Утверждаю
Генеральный директор
ЗАСО «ТАСК»

И.И. Волков

« _____ » _____ 2016

ПРАВИЛА №43

добровольного страхования от несчастных случаев и болезней

(согласованы 19.07.2016 г. №645, с изм. № 815 от 20.09.2017, № 1066 от 10.12.2018, Приказ № 136 от 05.11.2019, Приказ № 35 от 27.03.2020, Приказ № 55 от 04.05.2020, Приказ № 72 от 24.06.2020, Приказ № 120 от 27.10.2020, Приказ № 13 от 10.02.2021, Приказ № 190 от 06.12.2021, Приказ № 6 от 20.01.2022, Приказ № 15 от 16.02.2022, Приказ № 43 от 28.03.2022, Приказ № 62 от 27.05.2022, Приказ № 57 от 05.06.2023, Приказ № 59 от 09.06.2023, действуют с 01.07.2023)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На условиях настоящих правил Закрытое акционерное страховое общество «ТАСК» (далее - Страховщик) заключает договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней с дееспособными физическими лицами (индивидуальное страхование), а также договоры коллективного страхования от несчастных случаев и болезней с юридическими лицами любой организационно-правовой формы и индивидуальными предпринимателями (далее - Страхователи).

По договору страхования Страховщик обязуется при наступлении предусмотренного договором страхования страхового случая возместить в пределах страховой суммы Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю причиненный вследствие этого события ущерб, а Страхователь обязуется уплатить страховой взнос.

Первичные учетные документы, подтверждающие факт оказания услуг по договору страхования, каждая из сторон оформляет единолично.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

Расстройство здоровья – патологическое состояние организма Застрахованного лица, возникшее в результате несчастного случая, заболевания, 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;

Несчастный случай – внезапное, непредвиденное и непреднамеренное для Застрахованного лица событие, произошедшее в период действия договора страхования и сопровождающееся травмами,

ранениями, увечьями или иными повреждениями, повлекшими причинение вреда жизни, здоровью Застрахованного лица;

Травма – повреждение тканей, органов или всего организма Застрахованного лица, которое возникает при внешних механических, термических, электрических, химических или иных воздействиях, в определенных условиях, превышающих по своей силе прочность покровных и внутренних тканей тела;

Болезнь (заболевание) – это состояние организма, выраженное в нарушении его нормальной жизнедеятельности, продолжительности жизни, и его способности поддерживать свою саморегуляцию. Является следствием ограниченных энергетических и функциональных возможностей живой системы в противопоставлении патогенным факторам.

Впервые диагностированное заболевание (болезнь) – заболевание Застрахованного лица, выявленное в период действия договора страхования, симптомы которого появились не ранее даты начала действия договора страхования;

Инвалидность – ограничение жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков, сопровождающееся стойким (постоянным) нарушением функций организма и необходимостью социальной помощи и защиты;

Лечение - комплекс медицинских мероприятий, направленных на восстановление здоровья, в том числе первичная хирургическая обработка раны и наложение швов на рану;

Выгодоприобретатель – лицо, в пользу которого заключен договор страхования, и которому при наступлении страхового случая должно быть выплачено страховое обеспечение;

Застрахованное лицо – физическое лицо, чьи имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни или здоровью, являются объектом страхования, и в пользу которого заключен договор страхования, если в нем не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо;

Активный отдых – посещение бассейна, нахождение на территории аквапарка; посещение парков активного отдыха, игровых зон в развлекательных центрах (пейнтбол, кидбол, лазертаг, арчеритаг, веревочная трасса, скалодром, сухой бассейн, квесты, лабиринт и т.п.); прыжки в воду, выполняемые с различных объектов; катание (езда) на водных мотоциклах, водных лыжах, развлечения на воде с использованием буксируемых надувных средств и парашютов, вейкбординг, серфинг, виндсерфинг, кайтинг, дайвинг, рафтинг, каньонинг, каноэ, каякинг; парусный спорт, катание/пребывание на лодке/маломерном судне, катамаране; катание (езда) на скейтах,

самокатах, велосипедах, мопедах, мотоциклах, мотороллерах и квадроциклах, мотогонки, автогонки; передвижение с использованием средств персональной мобильности (электровелосипед, электросамокат, электроскейтборд, гироскутер, сигвей, моноколесо и т.п.); катание (езда) на горных и беговых лыжах, сноуборде, коньках, катание на санках, тюбингах, поездки на снегоходах; теннис, гольф, прыжки на батуте, верховая езда; самодеятельный (спортивный) туризм, военный туризм, диггерство, треккинг, тарзанка, бейс, ледолазание, скалолазание, восхождение, спуск в пещеры; занятие любыми командными видами спорта (футбол, волейбол, баскетбол, гандбол, хоккей, водное поло, регби и т.п.), боевыми искусствами/единоборствами (бокс, тайский бокс, дзюдо, айкидо, вольная борьба, греко-римская борьба, джиу-джитсу, самбо, кикбоксинг, рукопашный бой, тхэквондо, хапкидо, хэндо, ушу, каратэ, ММА и т.п.), фехтование; полеты на воздушном шаре, прыжки между различными объектами, паркур, прыжки с парашютом, полеты на параплане, банджи-джампинг; маунтинбайк, ВМХ (экстремальный вид велоспорта);

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

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

Хирургическое вмешательство (хирургическая операция) – это комплекс воздействий на ткани и/или органы человека с целью диагностики или лечения, связанных с анатомическим нарушением целостности тканей;

Амбулаторное хирургическое вмешательство – хирургическое вмешательство, которое проводится в амбулаторных условиях, при отсутствии необходимости госпитализации пациента;

Карантин – комплекс административных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение распространения инфекционных заболеваний и предусматривающих особый режим проживания, работы, передвижения населения, а также

передвижения транспортных средств, товаров, грузов и животных.

1.3. Застрахованным лицом может быть любое физическое лицо, чьи имущественные интересы, связанные с причинением вреда его жизни или здоровью, являются объектом страхования.

1.4. Возраст Застрахованного лица определяется в полных годах на дату заключения договора страхования.

1.5. Договоры страхования от несчастных случаев и болезней не заключаются в отношении:

инвалидов I и II группы; детей-инвалидов, имеющих 3 и 4 степень утраты здоровья;

лиц, страдающих психическими (нервными) заболеваниями и/или расстройствами;

лиц, состоящих на учете в наркологических и/или психоневрологических и/или противотуберкулезных диспансерах;

лиц, находящихся на лечении, обследовании, медицинском наблюдении (в т.ч. самоизоляции) до их полного выздоровления;

лиц, находящихся под следствием или осужденных к лишению свободы.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **Объектом страхования** в рамках настоящих Правил являются не противоречащие законодательству Республики Беларусь имущественные интересы Застрахованного лица (Выгодоприобретателя), связанные с причинением вреда жизни или здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, болезни, впервые выявленной и диагностированной в период действия договора страхования, а также при проведении клинических испытаний изделий медицинского назначения, медицинской техники.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. **Страховыми случаями** признаются следующие события, произошедшие в период действия договора страхования:

3.1.1. причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая;

3.1.2. причинение вреда жизни Застрахованного лица в результате несчастного случая;

3.1.3. причинение вреда жизни, здоровью Застрахованного (испытуемого) лица при проведении клинических испытаний изделий медицинского назначения, медицинской техники;

3.1.4. причинение стойкого вреда здоровью Застрахованного лица при постоянной утрате трудоспособности (установление инвалидности) в

результате несчастного случая или болезни, впервые выявленной и диагностированной в период действия договора страхования;

3.1.5. причинение вреда жизни (смерть) в результате болезни, впервые выявленной и диагностированной в период действия договора страхования.

3.2. Договор страхования по выбору Страхователя может быть заключен с ответственностью Страховщика за страховые случаи, указанные в подпунктах 3.1.1, 3.1.2, 3.1.4., 3.1.5. пункта 3.1. настоящих Правил комплексно, либо в любой их комбинации.

Страховой риск по подпункту 3.1.3. пункта 3.1. настоящих Правил подлежит страхованию отдельно.

3.3. По соглашению сторон договор страхования может быть заключен с ответственностью Страховщика за страховые случаи, произошедшие вследствие военных действий, гражданской войны только на территории иных государств. В данном случае, при определении размера страхового взноса Страховщик применяет соответствующий корректировочный коэффициент, утвержденный нормативным правовым актом Страховщика.

3.4. События, предусмотренные подпунктами 3.1.1., 3.1.2., 3.1.4., 3.1.5. пункта 3.1. настоящих Правил и явившиеся следствием несчастного случая или болезни, произошедших в период действия договора страхования на территории Республики Беларусь и иных государств, а также события, предусмотренные подпунктом 3.1.3. настоящих Правил, произошедшие на территории Республики Беларусь и явившиеся следствием клинических испытаний изделий медицинского назначения, медицинской техники, проводимых в период действия договора страхования, также признаются страховыми случаями, если они наступили в течение одного года со дня несчастного случая, болезни или со дня начала проведения клинических испытаний, за исключением смерти Застрахованного лица от анафилактического шока, переохлаждения организма.

3.5. Не являются страховыми случаями события, предусмотренные п. 3.1. настоящих Правил, если они произошли в результате:

-самоубийства (покушения на самоубийство) Застрахованного лица, за исключением тех случаев, когда он был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, либо в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь;

- нахождения Застрахованного лица в момент несчастного случая в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения при наличии прямой причинной связи между наступлением несчастного случая и нахождением Застрахованного лица в состоянии алкогольного,

наркотического, токсического опьянения, что подтверждается заключениями компетентных органов;

- управления Застрахованным лицом в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения транспортным средством, а также передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, не имеющему прав управления, кроме лиц, проходящих и проводящих обучение по программам подготовки водителей транспортных средств в соответствии с требованиями законодательства Республики Беларусь;

- травм или увечий, полученных Застрахованным лицом в связи с совершением им действий, в которых установлены признаки противоправных действий, за исключением необходимой обороны, дорожно-транспортных происшествий (за исключением случаев, предусмотренных абзацами четвертым и пятым части первой пункта 3.5.) или производственного травматизма при отсутствии умысла Застрахованного лица в действиях, приведших к страховому случаю;

- травм или увечий, полученных Застрахованным лицом от неправомерных действий третьих лиц, если компетентными органами установлено, что Застрахованное лицо своим поведением спровоцировало данных лиц на неправомерные действия;

- заболевания (кроме заболеваний клещевым энцефалитом, энцефаломиелитом, полиомиелитом, ботулизмом), в том числе обострения хронических заболеваний (кроме риска по п.п.3.1.4 и 3.1.5. Правил в части впервые диагностированной болезни);

- смерть, в результате болезней, диагностированных до начала действия договора страхования;

- несоблюдения Застрахованным лицом карантинных мероприятий.

Перечисленные в настоящем пункте Правил деяния признаются таковыми на основании решения (определения) суда, заключения компетентных органов или иных документов, подтверждающих факты в установленном законодательством Республики Беларусь порядке.

3.6. Не являются также страховыми случаями события, предусмотренные п.3.1. настоящих Правил, если:

3.6.1. причинение вреда жизни, здоровью Застрахованного лица не находится в причинно-следственной связи с полученной травмой (осложнением от клинических испытаний изделий медицинского назначения, медицинской техники, если данный риск принят на страхование). Причинно-следственная связь устанавливается на основании медицинского заключения, полученного в результате

медицинского обследования Застрахованного лица;

3.6.2. Застрахованное лицо отказалось от медицинского обследования для установления причинно-следственной связи с полученной травмой;

3.6.3. клинические испытания проводились без письменного согласия испытуемого лица;

3.6.4. Застрахованное лицо не соблюдало требования правил техники безопасности при испытании изделий медицинского назначения, медицинской техники и правил эксплуатации изделий медицинского назначения, медицинской техники;

3.6.5. Застрахованное лицо не выполняло медицинские рекомендации, в назначенные сроки не являлось на прием к врачу или на процедуры, не выполняло процедуры в назначенном количестве, нарушало режим лечения;

3.6.6. Застрахованное лицо не соблюдало установленный врачом режим при нахождении на лечении по поводу ранее имевшегося заболевания или травмы, т.е. продолжало занятие спортом, физкультурой, выполняло другие работы, не согласованные в письменном виде с лечащим врачом, что явилось следствием нового заболевания или травмы;

3.6.7. события произошли в результате производственной травмы или болезни, полученных при выполнении Застрахованным лицом работ, связанных с увеличением страховых рисков, а также занятий Застрахованным лицом активным отдыхом, профессиональным спортом, любительским спортом, за исключением случаев, когда при заключении договора страхования был применен соответствующий корректировочный коэффициент, утвержденный нормативным правовым актом Страховщика, если иное не предусмотрено законодательством;

3.6.8. события связаны с лечением зубов, удалением зубных камней, с зубным протезированием и установкой зубных коронок; с лечением и пломбированием зубов, поврежденных Застрахованным лицом при принятии пищи, или иными нетравматическими повреждениями и переломами зубов, с повторным обращением по имевшемуся ранее страховому случаю, произошедшему в период действия договора страхования;

3.6.9. события связаны с участием в массовых беспорядках.

3.6.10. Не являются также страховыми случаями события, предусмотренные п.п. 3.1.4. и 3.1.5. настоящих Правил, если они явились следствием следующих болезней:

-ВИЧ-инфекции (СПИДа), инфекций, передающихся половым путем (ИППП);

-онкологических (злокачественных) заболеваний, за исключением случаев, когда заболевание было впервые выявлено и диагностировано в

период действия договора страхования, заключенного по программе «Надежная»;

- почечной, печеночной недостаточностей;
- цирроза печени;
- туберкулеза;
- системных (аутоиммунных) заболеваний;
- заболеваний крови;
- психических заболеваний, эпилепсии;
- являющихся осложнениями болезней, диагностированных до заключения договора страхования;

- пневмонии в период лечения травмы или после оперативного вмешательства, проведенного по поводу травмы (за исключением повреждений грудной клетки и (или) органов грудной клетки);

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

- врожденных заболеваний, вне зависимости от времени установления диагноза и/или проявления симптома, а также заболеваний, являющихся осложнением врожденных заболеваний.

3.6.11. События, предусмотренные п.п.3.1.1. Правил, не относятся к страховым случаям, если они явились следствием следующих травм (заболеваний):

- образование ссадины, потертости кожных покровов, кроме случаев общей продолжительностью не менее 6 (шести) дней амбулаторного в сочетании со стационарным лечением не менее 3 (трех) дней, образование мозоли;

- образование гематомы, кроме не рассосавшейся в течение двух и более месяцев со дня травмы или кроме гематомы, по поводу которой производилось оперативное вмешательство (ее вскрытие);

- ожоги I степени;
- солнечные ожоги;

- поверхностные травмы (ушибы) органов и тканей тела, кроме ушиба головного мозга, ушиба спинного мозга (в т.ч. ушиба пучка нервных волокон области спинного мозга, образованной пояснично-крестцовыми нервами мозгового конуса - конского хвоста), ушиба легкого, ушиба почки и случаев общей продолжительностью не менее 6 (шести) дней амбулаторного в сочетании со стационарным лечением не менее 3 (трех) дней;

- интраоперационный, повторный, патологический или усталостный перелом;

- перелом или вывих искусственных суставов;
- электроофтальмии;
- попадание поверхностных инородных тел в глаз;

- непроникающее ранение глазного яблока, контузия глаза (ушиб), посттравматическая эрозия роговицы, посттравматический конъюнктивит, кроме случаев общей продолжительностью не менее 6 (шести) дней амбулаторного или стационарного лечения;

- потеря или перелом молочного зуба;

- потеря и перелом, вывих зуба, окружающие мягкие ткани которого поражены пародонтитом, потеря и перелом, вывих пломбированного зуба;

- образование патологической грыжи живота (в результате поднятия тяжестей, патологии);

- рецидив привычного вывиха/подвывиха плеча, а также других суставов, позвонков, челюсти;

- посттравматическое осложнение, если травма получена Застрахованным лицом до начала действия договора страхования;

- легкие внутричерепные травмы, потребовавшие лечения общей продолжительностью не менее 6 (шести) дней амбулаторного в сочетании со стационарным лечением не менее 3 (трех) дней;

- застарелых повреждений и их посттравматических осложнений;

- укуса/укусов насекомых при отсутствии аллергической реакции.

3.6.12. Не признается страховым случаем по всем вариантам страхования причинение вреда жизни (смерть) Застрахованного лица:

- в результате отравления (передозировки) алкогольными, наркотическими, токсическими веществами, механической асфиксии в связи с закрытием дыхательных путей пищей, жидкостью, рвотными массами, отравления угарным газом, продуктами горения, произошедшими с лицом, находившимся в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, что подтверждается заключениями компетентных органов, когда Застрахованное лицо добровольно привело себя в состояние алкогольного, наркотического, токсического опьянения.

3.6.13. К страховым случаям не относятся заболевания, передающиеся укусами клещей, в том числе болезнь Лайма (боррелиоз), протекающие без поражения центральной нервной системы (энцефалита, энцефаломиелита, полиомиелита).

3.6.14. Не являются страховыми случаями события, предусмотренные п.п. 3.1.4. и 3.1.5. настоящих Правил, где по медицинским документам имеется причинно-следственная связь их возникновения с употреблением алкоголя, принятием наркотических и токсикологических препаратов.

3.7. Страховым случаем признается событие, произошедшее в результате:

3.7.1. Несчастного случая, к которому относятся:

- травмы, ушибы, переломы и вывихи костей, переломы зубов, в том

числе и имплантатов, если они произошли из-за воздействия внешних факторов (удар, падение, сдавление) (за исключением событий согласно п.п.3.6.11. настоящих Правил), ранения, разрывы органов (частичные, полные), попадание инородных тел в органы и ткани, ожоги, отморожения, поражение электрическим током, в том числе молнией, асфиксия (удушьё), изнасилование;

-случайное острое отравление химическими веществами и их составами, ядовитыми растениями, лекарствами, ядами насекомых и змей в результате их укусов;

- заболевания, протекающего с поражением центральной нервной системы - энцефалит, энцефаломиелит, полиомиелит, ботулизм;

-случайные переломы, вывихи костей, зубов, ожоги, разрывы (ранения) органов (их удаление) в результате неправильных медицинских манипуляций;

-внематочная беременность, патологические роды, повлекшие за собой удаление маточной трубы, удаление обоих маточных труб, единственного яичника, обоих яичников, потерю матки;

- анафилактический шок, утопление, переохлаждение организма;

- кровотечение, эклампсия, разрывы органов матки, повлекшие смерть беременной, роженицы, родильницы.

3.7.2.Болезни, впервые выявленной и диагностированной в период действия договора страхования (за исключением болезней согласно п.п.3.6.10.настоящих Правил), которая явилась причиной инвалидности или смерти Застрахованного лица.

4.СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ И ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

4.1.Договор страхования по соглашению сторон заключается на срок от 1 дня до 10 лет включительно.

4.2.При заключении договора индивидуального страхования устанавливается страховое покрытие 24 часа в сутки.

4.3.При заключении договоров коллективного страхования с юридическими лицами Страхователь может выбирать один из трех вариантов страховой защиты с применением соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных нормативными правовыми актами Страховщика:

- страховое покрытие 24 часа в сутки;
- страховое покрытие, ограниченное периодом нахождения при исполнении служебных обязанностей и временем в пути к месту исполнения служебных обязанностей и обратно;

•страховое покрытие, ограниченное периодом нахождения при исполнении служебных обязанностей или иным периодом, указанным в договоре страхования.

4.4.Договор страхования может быть заключен (только с ответственностью по п.п.3.1.1., 3.1.2., 3.1.4 настоящих Правил):

- по системе мест;
- по паушальной системе.

4.5.Договор добровольного страхования от несчастных случаев и болезней действует как на территории Республики Беларусь, так и на территории иных государств. Страховщик вправе заключать договоры страхования с ответственностью Страховщика на территории иных государств при наличии договорных соглашений об оказании услуг в оформлении документов по страховым случаям, возникшим на территории этих государств в результате страховых случаев, а также их урегулированию.

5.СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВОЙ ВЗНОС И ПОРЯДОК ЕГО УПЛАТЫ

5.1.**Страховая сумма** - это установленная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить страховое обеспечение при наступлении страхового случая. Страховая сумма определяется соглашением Страхователя со Страховщиком и может устанавливаться как в белорусских рублях, так и в иностранной валюте.

По всем рискам, указанным в п.п. 3.1.1., 3.1.2, 3.1.4, 3.1.5. пункта 3.1. настоящих Правил, может быть установлена общая страховая сумма. В пределах общей страховой суммы по каждому риску, указанному в п.п. 3.1.1., 3.1.2, 3.1.4, 3.1.5. пункта 3.1. настоящих Правил, может быть установлена отдельная страховая сумма (сублимит), которая является максимальным размером выплачиваемого страхового обеспечения по каждому риску за весь период страхования.

При заключении договоров коллективного страхования с юридическим лицом страховая сумма устанавливается на каждое Застрахованное лицо, при этом общая страховая сумма равна суммарной величине страховых сумм на каждое Застрахованное лицо.

При заключении договора страхования по системе мест, страховая сумма устанавливается для каждого Застрахованного лица исходя из общего количества мест в транспортном средстве, зрительном зале, спортивно-оздоровительном учреждении, стадионе, гостинице и т.п.

При заключении договора страхования по паушальной системе, страховая сумма устанавливается для всех пассажиров и водителя

автотранспортного средства. Каждый из пассажиров и водитель, находящиеся в автотранспортном средстве в момент наступления страхового случая, считается застрахованным в определенной доле, указанной в пункте 9.12. настоящих Правил, от общей страховой суммы.

5.2. Страховой тариф рассчитывается на основании базовых тарифов (Приложение №1 к настоящим Правилам) с применением корректировочных коэффициентов к ним, утвержденных нормативными правовыми актами Страховщика.

5.3. Страховой взнос по договору страхования определяется исходя из страховой суммы и страхового тарифа.

5.4. Страховой взнос может быть уплачен наличными денежными средствами или путем безналичных расчетов в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь. По договорам страхования, заключенным на срок менее года со Страхователем-физическим лицом и на срок менее 3 месяцев со Страхователем-юридическим лицом любой формы собственности, страховой взнос уплачивается единовременно при заключении договора страхования за весь срок действия договора страхования.

По договору страхования, заключенному на год и более Страхователем-физическим лицом, страховой взнос может уплачиваться единовременно или в два этапа: первая часть страхового взноса в размере не менее 50% исчисленного по договору страхового взноса при заключении договора страхования, оставшаяся часть страхового взноса - не позднее половины срока, прошедшего со дня вступления договора страхования в силу.

Для юридических лиц любой формы собственности при заключении договоров страхования на срок 3 и более месяцев по согласованию со Страхователем может быть установлена единовременная, в два срока или в четыре этапа оплата страхового взноса. При уплате страхового взноса в два срока первая его часть в размере не менее 50 процентов суммы страхового взноса, исчисленного по договору страхования, уплачивается при заключении договора страхования. Оставшаяся часть страхового взноса должна быть уплачена не позднее истечения половины срока действия договора страхования. При уплате страхового взноса в четыре этапа первая его часть в размере не менее 25 процентов страхового взноса, исчисленного по договору страхования, уплачивается при заключении договора страхования. Оставшаяся часть страхового взноса, уплачивается в согласованные между Страховщиком и Страхователем сроки ежеквартально по принципу предоплаты (до начала следующего оплачиваемого квартала срока действия договора страхования) в согласованных сторонами размерах.

5.5. При установлении страховой суммы в иностранной валюте

страховой взнос, исчисленный в валюте страховой суммы, уплачивается 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), если иное не предусмотрено Законодательством Республики Беларусь.

5.6. При заключении договора страхования с юридическим лицом, уплачивающим страховой взнос за счет бюджетных средств, Страховщик вправе предоставить Страхователю отсрочку по уплате страхового взноса на 30 календарных дней со дня заключения договора страхования. В этом случае Страхователь при заключении договора страхования заполняет заявление на страхование с указанием данного условия и представляет документы, подтверждающие бюджетное финансирование (платежное поручение с отметкой Управления государственного казначейства Министерства финансов Республики Беларусь). Условие об отсрочке уплаты страхового взноса и срок уплаты страхового взноса указывается в договоре страхования (страховом полисе).

По страховым случаям, наступившим в течение вышеуказанного 30-ти дневного срока рассрочки, Страховщик производит выплату страхового обеспечения, при этом, при определении размера подлежащего выплате страхового обеспечения, Страховщик вправе удержать сумму подлежащего уплате страхового взноса по договору страхования. О применении данного условия делается отметка в договоре страхования (страховом полисе) при заключении договора страхования.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления (по форме, утвержденной Страховщиком) Страхователя - физического лица. Если физическое лицо заключает договор добровольного страхования от несчастных случаев и болезней на группу лиц, к договору страхования прикладывается заявление и список группы Застрахованных лиц (по форме, утвержденной Страховщиком). В списке группы Застрахованных лиц указывается: фамилия, имя, отчество Застрахованного лица, число, месяц, год рождения, место жительства, данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, идентификационный номер, дата выдачи); фамилия, имя, отчество Выгодоприобретателя, его число, месяц, год рождения, место жительства, данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, идентификационный номер, дата выдачи); страховая сумма, страховой взнос.

Договор страхования от несчастных случаев и болезней со Страхователем – юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем заключается на основании письменного заявления с приложением списка Застрахованных лиц (по форме, утвержденной Страховщиком). В списке группы Застрахованных лиц указывается: фамилия, имя, отчество Застрахованного лица, число, месяц, год рождения, место жительства, данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, идентификационный номер, дата выдачи); фамилия, имя, отчество Выгодоприобретателя, его число, месяц, год рождения, место жительства, данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, идентификационный номер, дата выдачи); страховая сумма, страховой взнос.

Договор страхования от несчастных случаев и болезней по системе мест и по паушальной системе заключается на основании письменного заявления (по форме, утвержденной Страховщиком) с ответственностью Страховщика только по рискам согласно п.п.3.1.1., 3.1.2., 3.1.4 настоящих Правил.

Для заключения договора страхования в отношении риска по подпункту 3.1.3. настоящих Правил Страхователь представляет документы, содержащие сведения об испытуемом изделии медицинского назначения, медицинской технике.

Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, а также путем обмена документами посредством почтовой (телетайпной, телеграфной), электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от стороны по договору, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного ими.

Договор страхования заключается на условиях Правил страхования, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования. Приложение к договору Правил страхования должно удостоверяться записью в договоре страхования.

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

6.2. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные 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 или страховом полисе на основании письменного заявления Страхователя.

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

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

6.3. В период действия договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно, но не позднее 5 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 (страховом полисе) и в переданных Страхователю Правилах страхования.

При неисполнении Страхователем данной обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещение убытков, причиненных расторжением договора.

В случае, если новый договор страхования заключается до окончания срока действия предыдущего договора страхования (полиса) и при этом, при расчете страхового тарифа применен соответствующий корректировочный коэффициент повторного страхования, утвержденный нормативным правовым актом Страховщика, а в период с момента выписки нового договора страхования (полиса) до окончания срока страхования по предыдущему договору (полису), происходит страховой случай, Страхователь обязан уведомить об этом Страховщика и произвести доплату по новому договору (полису) в размере разницы с учетом пересчитанного взноса.

6.4. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска. Дополнительный страховой взнос рассчитывается согласно формуле:

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

ДВ – дополнительный страховой взнос;

ПСС – страховая сумма до внесения изменений в договор страхования ;

НСС - страховая сумма после внесения изменений в договор страхования;

T1 – страховой тариф на дату заключения договора страхования с учетом

корректировочных коэффициентов;

T_2 – страховой тариф на дату увеличения страховой суммы с учетом корректировочных коэффициентов;

n – срок действия договора страхования в месяцах, оставшихся до окончания договора страхования с даты увеличения страховой суммы (неполный месяц считается за полный);

t – срок действия договора страхования (в месяцах) .

Если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования.

Изменение условий договора страхования в части увеличения страховой суммы или страхового риска с уплатой дополнительного страхового взноса производится до наступления страхового случая.

6.5.Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика, на основании письменного заявления Страхователя Страховщику и при условии отсутствия заявленных и (или) урегулированных страховых случаев в отношении ранее названного Застрахованного лица, а также отсутствия наступившего страхового случая у вновь принимаемого на страхование лица на дату уведомления Страховщика.

6.6.Договор страхования вступает в силу

-при уплате страхового взноса наличными деньгами - с 00 часов 00 минут любого дня, в течение 30 календарных дней со дня уплаты страхового взноса (его первой части) Страховщику или его уполномоченному Представителю;

-при уплате страхового взноса путем безналичного расчета - с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем списания суммы страхового взноса с расчетного счета Страхователя, если иное не предусмотрено в договоре страхования.

6.6.1.Днем уплаты страхового взноса (его части) считается:

-при уплате наличными деньгами через банк или иное учреждение, осуществляющее перевод денег - день совершения расчетной (кассовой) операции по приему наличных денежных средств в пользу Страховщика (его Представителя) банком или иным учреждением, осуществляющим перевод денег;

-при осуществлении операций с использованием банковских платежных карточек - день совершения операции держателем с применением карточки либо ее реквизитов действий, в результате которых осуществляются безналичные расчеты, с отражением данных операций по банковскому счету (счету по учету кредитов, депозитов) в пользу Страховщика (его Представителя);

При этом день уплаты страхового взноса (день совершения операции, использование карточки) должен подтверждаться Страхователем документально.

-при безналичных расчетах при отсутствии документального подтверждения Страхователем дня уплаты при безналичных расчетах-день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика (его Представителя);

-при наличных расчетах - день уплаты денежных средств в кассу Страховщика либо его Представителю.

6.7. 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 страхования, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателем признаются наследники Застрахованного лица.

Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, может быть заключен только 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.

6.8. 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.

6.9. Страховой полис (договор страхования) с приложением настоящих Правил выдается:

- одновременно с уплатой страхового взноса (первой его части) наличными деньгами;
- в течение 5-ти рабочих дней со дня уплаты страхового взноса (первой его части) безналичным путем.

6.10. В случае утраты Страхователем договора страхования (страхового полиса) в период его действия, Страховщик выдает Страхователю на основании его письменного заявления копию договора страхования (дубликат страхового полиса).

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

О принятом решении о ликвидации или реорганизации

юридического лица (индивидуального предпринимателя) Страхователь обязан предварительно за 15 рабочих дней с момента его принятия письменно уведомить Страховщика.

6.12. 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.

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.

6.13. В период действия договора страхования Страхователь имеет право внести изменения в договор страхования, в случае:

- изменения размера страховой суммы в сторону увеличения по ранее заключенному договору;
- изменения численности лиц, подлежащих страхованию;
- увеличения страхового риска.

Внесение изменений в условия страхования, изложенные в договоре добровольного страхования, совершается путем заключения договора о внесении изменений в условия страхования, изложенные в договоре добровольного страхования, в письменной форме с указанием даты его заключения, вступления в силу, который является неотъемлемой частью договора добровольного страхования, в условия которого внесены изменения.

Дополнительный страховой взнос исчисляется в соответствии с п.6.4. и Приложением №1 к настоящим Правилам.

Если договор страхования заключен на группу лиц согласно списку, Страхователь имеет право, с письменного согласия Застрахованного лица и Страховщика, заменить это лицо другим, если выбывшему лицу не производились выплаты страхового обеспечения и не заявлен страховой случай. При одинаковых условиях страхования страховой взнос при замене одного лица другим дополнительно не уплачивается.

Если список Застрахованных лиц не пополняется другим лицом, оставшаяся часть страхового взноса не возвращается Страхователю, если Застрахованному лицу производились страховые выплаты.

7. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования прекращается в случаях:

7.1.1. истечения срока действия;

7.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств в полном

объеме;

7.1.3.неуплаты Страхователем очередной части страхового взноса в установленные договором сроки и размере;

Для юридических лиц и физических лиц по соглашению сторон в договоре страхования может быть предусмотрено, что при неуплате очередной части страхового взноса в установленный срок договор страхования продолжает действовать при наличии письменных обязательств Страхователя погасить имеющуюся задолженность по уплате взноса в течение 30 календарных дней со дня просрочки платежа. При неуплате просроченной суммы страхового взноса в течение указанного срока договор страхования прекращает действовать с 00 часов дня, следующего за последним днем тридцатидневного срока, в течение которого Страхователь обязан уплатить просроченную сумму страхового взноса. При этом Страхователь не освобождается от уплаты страхового взноса за указанный 30-тидневный срок действия договора страхования.

7.1.4.смерти Страхователя, за исключением случаев, указанных в пункте 6.12. настоящих Правил;

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

7.1.6. по соглашению Страхователя и Страховщика, оформленному в письменном виде;

7.1.7.по инициативе Страхователя в любое время действия договора, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по причинам иным, чем наступление страхового случая;

7.1.8.в случае, когда после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и страхование прекратилось по причинам иным, чем наступление страхового случая;

7.1.9.по требованию Страховщика, если это обусловлено невыполнением Страхователем Правил страхования.

7.1.10. по требованию Страхователя, если это обусловлено невыполнением Страховщиком условий договора страхования.

7.2.При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п.п.7.1.4-7.1.6, 7.1.8., 7.1.9., 7.1.10. настоящих Правил Страховщик имеет право на часть страхового взноса и возвращает Страхователю (Выгодоприобретателю) часть страхового взноса за полные месяцы со дня, следующего за днем подачи заявления, до окончания срока страхования.

Часть страхового взноса, подлежащая возврату Страхователю (Выгодоприобретателю) определяется по формуле

$$Ч = В \times \frac{п-р}{х}$$

п

Где Ч-часть страхового взноса, подлежащая возврату;

В - фактически уплаченный страховой взнос;

п - фактически оплаченный срок страхования в месяцах;

р - число месяцев, прошедших с даты начала действия договора страхования до даты подачи заявления о досрочном прекращении договора страхования (при этом неполный месяц принимается за полный месяц).

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования (п. п.7.1.7. настоящих Правил) уплаченный Страховщику страховой взнос возврату не подлежит.

Страховой взнос (его часть) по договору страхования не подлежит возврату, если Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) производились выплаты страхового обеспечения, либо на дату подачи заявления о прекращении договора Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) заявлены события, по которым впоследствии будет сделана выплата страхового обеспечения.

Часть страхового взноса, подлежащая возврату в случае прекращения договора страхования ранее установленного срока, выплачивается Страховщиком в течение 5 рабочих дней со дня поступления заявления о прекращении договора страхования. За несвоевременный возврат вышеуказанной суммы Страхователю выплачивается пеня в размере 0,1% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей возврату.

8.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1.Страховщик обязан:

8.1.1.после уплаты страхового взноса вручить Страхователю страховой полис (договор страхования) с приложением настоящих Правил в срок, установленный п. 6.9. настоящих Правил;

8.1.2.возвратить страховой взнос при досрочном прекращении договора страхования в срок, установленный п. 7.2.настоящих Правил;

8.1.3.при признании случая страховым составить акт о страховом случае и выплатить страховое обеспечение в срок, установленный п. 9.7. и 9.16. настоящих Правил;

8.2.Страховщик имеет право:

8.2.1.потребовать признания договора недействительным, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможного

ущерба от его наступления;

8.2.2. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в компетентные органы о факте и причинах страхового случая;

8.2.3. отсрочить составление акта о страховом случае, если у него имеются сомнения в подлинности документов (а именно в порядке оформления и регистрации документа, в подлинности печати, подписи на документе, наличии незаверенных исправлений), подтверждающих факт страхового случая и размер ущерба, до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов лицами, представившими такой документ, либо самим Страховщиком на основании его запроса в орган выдавший документ в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа.

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. уплатить страховой взнос в размерах и порядке, предусмотренных договором страхования;

8.3.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможного ущерба от его наступления, если эти обстоятельства неизвестны и не должны быть известны Страховщику;

8.3.3. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованное лицо с условиями страхования.

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. инициировать процедуру досрочного расторжения договора страхования в соответствии с настоящими Правилами и законодательством Республики Беларусь;

8.4.2. заменить Выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика до момента выполнения Выгодоприобретателем каких-либо обязанностей по договору страхования или предъявления требования о выплате страхового обеспечения.

9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

9.1. При наступлении страхового случая Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан не позднее 35 календарных дней (со дня наступления страхового случая или дня, когда стало известно о наступлении страхового случая), уведомить Страховщика о его наступлении любым доступным способом либо обратиться к нему с письменным заявлением о выплате страхового

обеспечения (по форме, утвержденной Страховщиком).

9.2. При наступлении страхового случая Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан предоставить в каждом конкретном случае следующие документы:

- оригинал документа, удостоверяющего личность;
- договор страхования (страховой полис);
- заявление о выплате страхового обеспечения;
- оригиналы документов (либо заверенные в установленном порядке копии), подтверждающие факт, обстоятельства, причины страхового случая и его связи с причинением вреда жизни, здоровью Застрахованного лица (справка надзорных органов, милиции, медучреждений, выписка из медицинской карты, листок нетрудоспособности, справка для неработающих и несовершеннолетних, заключение врача и другие официальные медицинские документы), акт о несчастном случае на производстве, зрительном мероприятии, заключение МРЭК, справку о смерти или свидетельство о смерти);
- оригиналы и (или) копии документов, необходимых для выплаты страхового обеспечения третьим лицам (дающие право осуществлять права и выполнять обязанности опекуна, попечителя, официального представителя Застрахованного лица, в т.ч. несовершеннолетнего).

9.3. При наступлении страхового случая, произошедшего на территории иных государств за пределами Республики Беларусь и связанного с военными рисками и риском гражданской войны, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан предоставить документы согласно п.9.2. настоящих Правил. Страховщик производит урегулирование страхового случая с помощью Ассистанской Компании БАЛТ АССИСТАНС, уполномоченной Страховщиком. Ассистанская Компания оказывает при необходимости помощь Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) в сборе необходимых для страховой выплаты документов (справки надзорных органов, рапорты полиции, документы из медицинских учреждений с диагнозами и проведенным лечением, справка о причинах смерти Застрахованного лица);

9.4. При решении вопроса о выплате страхового обеспечения по пунктам 1 – 111 Таблицы размеров страховых выплат (Приложение №9 к настоящим Правилам) в связи со страховыми случаями при временном расстройстве здоровья Застрахованного лица в результате несчастного случая (в процентах от страховой суммы) (далее – Таблица) обязательным является предоставление информации о выполнении Застрахованным лицом назначенного лечения, о явках на прием к врачу, на процедуры, выполнение процедур в назначенный срок и в количестве, определенном врачом, что подтверждается выпиской из амбулаторной карты

Застрахованного лица.

Невыполнение медицинских рекомендаций и неявка в назначенный срок к врачу на прием, а также неявка на процедуры расцениваются как нарушение режима лечения, являются способствующими условиями для удлинения сроков лечения и служат основанием для отказа в страховой выплате.

Выплата страхового обеспечения производится исходя из сроков лечения согласно пункту 111 Таблицы Приложения №9 к настоящим Правилам за весь срок лечения, т.е. за период проведения предписанных врачом медицинских манипуляций (массаж, физиотерапия, медикаментозное, хирургическое лечение, инъекции), что подтверждается медицинскими документами, и за период лечения по назначению врача без участия медицинского работника (прием лекарств, нанесение мазей, наложение компрессов, соблюдение гигиены повязки) в домашних условиях, что подтверждается выпиской из амбулаторной карты Застрахованного лица с назначениями врача и общими сроками лечения, указанными в предоставляемых медицинских документах.

Если период между первым обращением Застрахованного лица к врачу с целью констатации факта полученной травмы и заключительным контрольным осмотром врача составляет без уважительной причины 5 и более календарных дней и нет данных, подтвержденных медицинскими документами о проведении лечения в этот период, то данная травма не может расцениваться, как страховой случай и не может оплачиваться по пункту 111 Таблицы Приложения №9 к настоящим Правилам.

Однократное посещение врача Застрахованным лицом для установления факта несчастного случая не является страховым случаем, и выплата страхового обеспечения по нему не производится.

9.4.1. При проведении страховой выплаты, размер которой определяется в соответствии с пунктом 111 Таблицы Приложения №9 к настоящим Правилам срок лечения определяется следующим образом:

- в срок лечения засчитывается период временной нетрудоспособности Застрахованного лица, включая медикаментозную терапию в соответствии с диагнозом, период проведения перевязок, период иммобилизации, период от наложения швов на рану до их снятия, физиотерапевтическое лечение, назначенное не позднее пяти календарных дней с даты травмы, при этом, в срок лечения при прохождении физиотерапевтического лечения включаются только дни проведения процедур, если они по назначению врача продолжались после периода временной нетрудоспособности;

- физиотерапевтическое лечение, назначенное по истечении пяти дней со дня травмы, в срок лечения не включается, кроме случаев, когда оно назначено не позднее трех календарных дней после окончания

гипсовой иммобилизации либо шинирования.

9.4.2.Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) обязан возвратить Страховщику полученную сумму страховой выплаты (или ее соответствующую часть), если обнаружатся такие обстоятельства, которые по Правилам полностью или частично лишают Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) права на ее получение;

9.5.При страховании пассажиров и водителей средств транспорта от несчастных случаев и болезней (только по рискам согласно п.п.3.1.1, 3.1.2. и 3.1.4. настоящих Правил) Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) при наступлении страхового случая должен дополнительно представить:

- акт Государственной автомобильной инспекции Министерства внутренних дел Республики Беларусь, районных управлений (отделов) внутренних дел Республики Беларусь или полиции о происшествии (копию акта);

При страховании по системе мест (только по рискам согласно п.п.3.1.1 , 3.1.2.,3.1.4. настоящих Правил) Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) предоставляет документы, подтверждающие посещение Застрахованным лицом культурно-зрелищного (развлекательного), спортивного мероприятия и спортивно - оздоровительного учреждения, проживание в гостинице (билет, абонемент, квитанцию либо иной документ). В медицинских документах должно быть указано время, когда был причинен вред жизни, здоровью Застрахованного лица.

9.6.В случае смерти Застрахованного лица, Страхователь (Выгодоприобретатель) дополнительно обязан предоставить:

- копию свидетельства о смерти Застрахованного лица, заверенную нотариально, документы, подтверждающие право на наследство (если при заключении договора Выгодоприобретатель не был указан);

- документ, удостоверяющий личность.

- выписку из истории болезни с подтверждением факта впервые диагностированного заболевания, послужившего причиной смерти Застрахованного лица (при страховании по п.п.3.1.5.настоящих Правил).

9.7.Страховщик в течение 10 рабочих дней с момента получения заявления о страховом случае и всех необходимых документов составляет акт о страховом случае (по форме, утвержденной Страховщиком).

Страховщику передаются оригиналы документов или их копии, оформленные и заверенные в установленном порядке. По решению Страховщика выплата страхового обеспечения может быть произведена на основании электронных (сканированных) копий документов.

9.8.Общая сумма выплат страхового обеспечения по всем страховым случаям не может превышать установленной при заключении договора

страхования страховой суммы или суммы установленных сублимитов по каждому риску (п.п.3.1.1., 3.1.2., 3.1.4., 3.1.5. настоящих Правил).

9.9. В случае, когда в соответствии с договором страхования страховой взнос уплачивается поэтапно, а страховой случай наступил до уплаты очередной части страхового взноса, Страховщик при определении размера подлежащего выплате страхового обеспечения вправе удержать сумму подлежащего уплате страхового взноса по договору страхования. О применении данного условия делается отметка в страховом полисе (договоре страхования) при заключении договора страхования.

В случае, когда Страховщиком произведена выплата страхового обеспечения без удержания неуплаченной части (частей) страхового взноса, а Страхователь в установленные договором страхования сроки не уплатил страховой взнос (часть взноса) в соответствии с п.п. 8.3.1. настоящих Правил, Страховщик вправе требовать всю неуплаченную часть страхового взноса по договору страхования и пеню в размере 0,1% от суммы выставленной задолженности за каждый день просрочки, в досудебном и судебном порядке.

9.10. При постоянном расстройстве здоровья (установление группы инвалидности) Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, впервые выявленной и диагностированной в период действия договора страхования, Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) выплачивается страховое обеспечение в размере:

- при установлении Застрахованному лицу в возрасте до 18 лет включительно: IV степени утраты здоровья – 90%, III степени – 70%, II степени – 50%, I степени – 30% от страховой суммы, установленной в отношении данного Застрахованного лица;

- при установлении инвалидности Застрахованному лицу в возрасте старше 18 лет: I группы – 90%, II группы (с медицинскими противопоказаниями к труду) – 70%, II группы инвалидности (при отсутствии медицинских противопоказаний к труду) – 50%, III группы инвалидности – 30% от страховой суммы, установленной в отношении данного Застрахованного лица.

При этом, в связи с установлением группы инвалидности Застрахованному лицу страховая выплата производится за вычетом сумм ранее произведенных выплат, если они были произведены в связи с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, послужившего причиной (одной из причин) установления группы инвалидности.

Страховое обеспечение не выплачивается, если сумма указанных выплат в связи с причинением вреда здоровью Застрахованного лица превышает сумму возмещения, подлежащего выплате в связи с установлением группы инвалидности.

9.11. В случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного

случая, Выгодоприобретателю выплачивается полная страховая сумма за вычетом ранее выплаченного страхового возмещения.

9.11.1. В случае смерти Застрахованного лица вследствие причиненного вреда жизни в результате впервые выявленной болезни, Страховщик выплачивает Выгодоприобретателю (наследникам по закону) возмещение в размере 100% страховой суммы за вычетом ранее выплаченного страхового возмещения;

9.12. При страховании пассажиров и водителя по паушальной системе страховое обеспечение каждому пострадавшему рассчитывается согласно пунктам 9.8. - 9.10. настоящих Правил, но не более следующих пределов:

-если в момент наступления страхового случая в автотранспортном средстве находился 1 пострадавший - не более 40% от страховой суммы, установленной по договору страхования.

-если в момент страхового случая в автотранспортном средстве находилось 2 пострадавших - не более 35% от страховой суммы на каждое Застрахованное лицо, установленной по договору страхования.

-если в момент страхового случая в автотранспортном средстве находилось 3 пострадавших - не более 30% от страховой суммы на каждое Застрахованное лицо, установленной по договору страхования.

При нахождении в момент страхового случая в автотранспортном средстве более 3 пострадавших страховое обеспечение каждому пострадавшему рассчитывается согласно п. 9.8 - 9.10 настоящих Правил, но не более страховой суммы по договору, установленной пропорционально количеству находящихся пострадавших лиц в автотранспортном средстве в момент страхового случая (например: 4 человека – не более 25%, 5 человек - не более 20% от страховой суммы).

9.13. Договор страхования, по которому страховое обеспечение выплачено в размере меньшем, чем страховая сумма, сохраняет силу до конца срока действия договора страхования в размере разницы между страховой суммой по договору, и суммой выплаченного страхового возмещения.

9.14. В случае, если Застрахованное лицо имеет два и более договоров страхования по добровольному страхованию от несчастных случаев и болезней, выплата страхового обеспечения по одному и тому же страховому случаю производится по всем действующим на момент страхового случая договорам страхования.

9.15. В случае, когда страховая сумма по договору страхования установлена в иностранной валюте, а страховой взнос уплачен в белорусских рублях, выплата страхового обеспечения производится в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным

банком Республики Беларусь на дату страхового случая.

В случае, если страховая сумма по договору страхования установлена в иностранной валюте и страховой взнос уплачивается поэтапно, при этом один из взносов уплачен в иностранной валюте, а другой (другие) - в белорусских рублях, выплата страхового обеспечения при наступлении страхового случая производится в белорусских рублях по официальному курсу Национального банка Республики Беларусь на дату страхового случая.

9.16. Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком в течение 5-ти рабочих дней с момента составления акта о страховом случае.

10.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТРАХОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗА НЕСВОЕВРЕМЕННУЮ ВЫПЛАТУ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

За несвоевременную выплату страхового обеспечения по вине Страховщика Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) выплачивается пеня за каждый день просрочки в размере 0,5% от суммы, подлежащей выплате.

11.ОТКАЗ В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

11.1.Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения если:

11.1.1.Страхователь (Застрахованное лицо):

-умышленно или по небрежности скрыл обстоятельства, препятствующие заключению договора страхования (п.1.5. настоящих Правил) (за исключением страховых случаев при страховании от несчастных случаев и болезни по паушальной системе и системе мест).

-обратился за оказанием медицинской помощи по истечении 10 (десяти) календарных дней с момента получения травмы или начала заболевания, за исключением случаев, когда такое обращение было невозможным и это связано с ухудшением состояния здоровья из-за полученной травмы или заболевания, что должно быть отражено в представленном медицинском документе;

11.1.2.Страховой случай наступил вследствие:

-умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица;

-воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны (за исключением страховых случаев, наступивших вследствие военных действий, гражданской войны на территории иных государств за пределами

Республики Беларусь, если при заключении договора страхования был применен соответствующий корректировочный коэффициент, утвержденный нормативным правовым актом Страховщика);

-производственных травм или заболеваний, полученных при выполнении Застрахованным лицом работ, связанных с увеличением страховых рисков, занятий Застрахованным лицом активным отдыхом, профессиональным спортом, любительским спортом, (согласно п.п.3.6.7. настоящих Правил), за исключением случаев, когда при заключении договора страхования были применены соответствующие корректировочные коэффициенты, утвержденные нормативными правовыми актами Страховщика;

11.1.3.Страхователь отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные Страховщиком, или осуществление этого права стало невозможным по вине Страхователя (Выгодоприобретателя).

11.2.Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения, если Страхователь не исполнил возложенной на него обязанности уведомить в установленные п.9.1.настоящих Правил сроки любым доступным способом Страховщика или его Представителя о наступлении страхового случая, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое обеспечение.

Решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной форме с мотивацией причины отказа в десятидневный срок со дня его принятия.

12.ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ, ВЫТЕКАЮЩИХ ИЗ ОТНОШЕНИЙ ПО СТРАХОВАНИЮ

12.1.Споры, вытекающие из отношений по страхованию, разрешаются в судебном порядке в соответствии с законодательством Республики Беларусь.