

**ЗАКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ЕВРОИНС»**

Утверждены

20.05.2019г.

Заместитель директора

Якубович К. С.

ПРАВИЛА № 26

**ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ**

(в редакции, согласованной Министерством финансов Республики Беларусь 07.06.2019 № 1166, с изменениями и дополнениями, утвержденными Приказом № 61 от 30.11.2020, № 62 от 17.11.2021, действуют с 22.11.2021)

Минск – 2019

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на условиях настоящих Правил добровольного страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Правила) Закрытое акционерное общество «Страховая Компания «Евроинс» (далее – Страховщик) заключает со Страхователями договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней (далее – договоры страхования).

1.2. По договору страхования Страхователями могут быть:
юридические лица;
индивидуальные предприниматели;
дееспособные физические лица.

Страхователи – физические лица вправе заключать договоры страхования, как в свою пользу, так и в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц).

В случае если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица, предусмотренные настоящими Правилами.

Застрахованным лицом может быть физическое лицо, за исключением лиц, указанных в пункте 1.5. настоящих Правил.

Договоры страхования, заключенные в отношении единственного Застрахованного лица или нескольких Застрахованных лиц, находящихся в родственной связи, признаются договорами индивидуального страхования.

Договорами коллективного страхования признаются договоры, заключенные в отношении нескольких Застрахованных лиц, при условии, что Застрахованные лица имеют общего работодателя или объединены другим общим интересом, помимо заинтересованности в заключении договора страхования.

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

Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, в том числе в пользу не являющегося Застрахованным лицом Страхователя, может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованного лица. При отсутствии такого

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

1.4. Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

1.5. Застрахованным лицом может быть физическое лицо в возрасте от 1 года, за исключением лиц, которые на момент заключения договора страхования:

- а) ВИЧ-инфицированы, больны СПИДом;
- б) имеют злокачественные новообразования, в том числе онкогематологические;
- в) являются инвалидами 1 или 2 (нетрудоспособной) групп, инвалидами с детства, детьми-инвалидами;
- г) госпитализированы;
- д) имеют тяжелые заболевания эндокринной системы;
- е) страдают слабоумием, эпилепсией, другими тяжелыми расстройствами нервной системы;
- ж) состоят на учете в организациях здравоохранения и имеют психические расстройства (заболевания) с наличием синдрома зависимости от алкоголя (алкоголизм), от наркотических средств и психотропных веществ, их аналогов (наркомания), от токсических или других одурманивающих веществ (токсикомания), а также с наличием абстинентного синдрома (синдрома отмены алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ).

Договор не заключается в отношении лиц:

- а) возраст которых превышает 65 лет – на случаи, указанные в подпунктах 3.2.8., 3.2.9., 3.2.10. пункта 3.2. настоящих Правил;
- б) неработающих и тех, чей возраст превышает законодательно установленный пенсионный возраст – на случай, указанный в подпункте 3.2.7. пункта 3.2. настоящих Правил, за исключением случая заключения договора страхования на новый срок в отношении Застрахованного лица, чей возраст на дату заключения договора страхования на новый срок не превышает 65 лет.

1.6. Основные термины, используемые в Правилах:

несчастный случай - внезапное, непреднамеренное и непредвиденное для Застрахованного лица стечение внешних обстоятельств и условий, при котором вопреки воле Застрахованного лица в результате телесных повреждений или токсического воздействия

причиняется вред здоровью Застрахованного лица или наступает его смерть.

Не являются несчастным случаем по настоящим Правилам остро возникшие или хронические заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), спровоцированные воздействием внешних факторов, в частности инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы, опухоли, функциональная недостаточность органов, врожденные аномалии органов;

болезнь - расстройство здоровья человека, нарушение нормальной жизнедеятельности его организма, в том числе в результате травм, ранений, увечий, контузий и неотложных состояний;

хирургическая операция - медицинская процедура, осуществляемая посредством рассечения тканей тела хирургом в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами;

госпитализация - помещение больного для проведения лечения в круглосуточный стационар медицинского учреждения. При этом госпитализацией не признается: помещение Застрахованного лица в стационар для проведения медицинского обследования; нахождение Застрахованного лица в лечебном учреждении или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей;

впервые диагностированное заболевание – заболевание Застрахованного лица, установленное в период действия договора страхования, симптомы которого появились не ранее даты начала действия договора страхования, либо заболевание (осложнение), явившееся следствием хирургической операции, проведенной в период действия договора страхования;

1.7. Договор страхования может быть заключен с действием как на территории Республики Беларусь, так и за её пределами. Территория, в пределах которой действует договор страхования, указывается в договоре страхования. Страховщик вправе заключать договоры страхования с действием за пределами Республики Беларусь при условии, что он имеет возможность самостоятельно или через своего представителя (при наличии заключенного с ним договора) урегулировать страховые случаи на этой территории.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования по настоящим Правилам являются имущественные интересы Застрахованного лица

(Выгодоприобретателя), связанные с причинением вреда жизни или здоровью Застрахованного лица.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

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

3.2. По настоящим Правилам страховыми случаями являются:

3.2.1. Причинение вреда жизни Застрахованного лица в результате несчастного случая (**Вариант 1 «Смерть в результате несчастного случая»**).

3.2.2. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее полную (или частичную) утрату его трудоспособности (инвалидность) (**Вариант 2 «Инвалидность в результате несчастного случая»**).

3.2.3. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее временную утрату его трудоспособности (для неработающих Застрахованных лиц, в том числе пенсионеров - временное нарушение здоровья) (**Вариант 3 «Расстройство здоровья в результате несчастного случая»**).

3.2.4. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее травму (телесные повреждения) Застрахованного лица (**Вариант 4 «Травма в результате несчастного случая»**) (Приложение № 3 к настоящим Правилам).

3.2.5. Причинение вреда жизни Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая (**Вариант 5 «Смерть в результате болезни или несчастного случая»**).

3.2.6. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая, повлекшее полную (или частичную) утрату его трудоспособности (инвалидность) (**Вариант 6 «Инвалидность в результате болезни или несчастного случая»**).

3.2.7. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая, повлекшее временную утрату его трудоспособности (**Вариант 7 «Расстройство здоровья в результате болезни или несчастного случая»**).

3.2.8. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, впервые диагностированной в течение действия страхования, повлекшее проведение хирургической операции. Список хирургических операций

по данному страховому событию приведен в «Таблице выплат страхового обеспечения в связи с хирургическими операциями» (Приложение № 5 к настоящим Правилам). **(Вариант 8 «Проведение хирургической операции»);**

3.2.9. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, впервые диагностированной в течение действия страхования, повлекшее экстренную госпитализацию. **(Вариант 9 «Экстренная госпитализация»).**

3.2.10. Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая, повлекшее установление ему в медицинском учреждении заключительного диагноза одного из заболеваний или проведение ему одной из хирургических операций, определённых в договоре страхования **(Вариант 10 «Критические заболевания»).**

Перечень болезней, хирургических операций и специальные условия страхования по данному страховому событию приведены в Дополнительных условиях страхования в связи с критическими заболеваниями (Приложение № 2 к настоящим Правилам).

3.3. События, перечисленные в пункте 3.2. настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если несчастный случай или болезнь, в результате которых они наступили, имели место в течение действия страхования с учетом условий пункта 6.3. настоящих Правил.

События, указанные в подпунктах 3.2.8., 3.2.9., 3.2.10 пункта 3.2. настоящих Правил, произошедшие в результате болезни, признаются страховыми событиями, если заболевание было впервые диагностировано в течение срока действия договора страхования.

События, указанные в подпунктах 3.2.1., 3.2.2., 3.2.5., 3.2.6. пункта 3.2. настоящих Правил, наступившие в результате имевшего место в течение действия страхования несчастного случая, признаются страховыми случаями, если причинение вреда жизни (смерть) или инвалидность наступили не позднее, чем в течение 6 месяцев со дня окончания действия договора страхования.

События, указанные в подпункте 3.2.6. пункта 3.2. настоящих Правил, наступившие в результате имевшей место в течение действия страхования болезни, признаются страховыми случаями, если полная постоянная утрата трудоспособности (инвалидность) Застрахованного лица установлена не позднее 6 месяцев со дня окончания действия договора страхования.

События, указанные в подпункте 3.2.7. пункта 3.2. настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если временная утрата

трудоспособности Застрахованного лица наступила в течение действия договора страхования.

События, указанные в подпункте 3.2.8. пункта 3.2. настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если проведение хирургической операции Застрахованному лицу имело место в течение действия договора страхования.

События, указанные в подпункте 3.2.9. пункта 3.2. настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если экстренная госпитализация Застрахованного лица имела место в течение действия договора страхования.

События, указанные в подпункте 3.2.10. пункта 3.2. настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если установление Застрахованному лицу в медицинском учреждении заключительного диагноза одного из заболеваний или проведение ему одной из хирургических операций, определённых в договоре страхования, имело место в течение действия договора страхования.

3.4. События, указанные в пункте 3.2. настоящих Правил, не признаются страховыми случаями, если они наступили в результате:

3.4.1. алкогольного опьянения Застрахованного лица либо состояния, вызванного потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ Застрахованным лицом;

3.4.2. совершения Застрахованным лицом противоправного действия, находящегося в прямой причинной связи с событием, обладающим признаками страхового случая;

3.4.3. самоубийства Застрахованного лица (покушения на самоубийство), за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до самоубийства (покушения на самоубийство) противоправными действиями третьих лиц и кроме случаев, предусмотренных законодательством Республики Беларусь;

3.4.4. управления транспортным средством Застрахованным лицом, не имеющим права на управление данным транспортным средством, или передвижения на транспортном средстве, которым управляло лицо, о чем было заранее осведомлено Застрахованное лицо, не имеющее права на управление данным транспортным средством; управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.4.5. полета на летательном аппарате или управления им, если Застрахованное лицо не является профессиональным пилотом, за исключением случаев полета в качестве пассажира на рейсовом самолете или вертолете гражданской авиации, управляемым профессиональным пилотом;

3.4.6. занятий Застрахованным лицом активным отдыхом, если эти условия не были оговорены в договоре страхования при его заключении и страховой взнос уплачен без применения соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика.

Активный отдых – способ проведения свободного времени, разновидность хобби, в процессе которого Застрахованное лицо занимается видами деятельности, требующими активной физической работы организма и (или) работы мышц. К активному отдыху относятся: катание на квадроцикле, скутере, мотоцикле, гироскутере, сигвейе, самокате (электросамокате), гидроцикле, аквабайке (водном мотоцикле), снегоходе, альпинизм, скалолазание, горный велотуризм, горные лыжи, сноуборд, охота, сафари, скейтбординг, кайтинг, серфинг, виндсерфинг, погружение с аквалангом, прыжки с парашютом, водные лыжи, вейкборд, автогонки, мотогонки, рафтинг, геокешинг, страйкбол, спелеотуризм, каякинг, пейнтбол, посещение аквапарка и иные виды активного отдыха, предусмотренные договором страхования;

3.4.7. профессиональных занятий Застрахованным лицом спортом.

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

3.4.8. болезни Застрахованного лица, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфекцией, СПИДом или любым другим аналогичным синдромом, за исключением случаев заражения Застрахованного лица ВИЧ-инфекцией в период действия договора страхования, вызванного действиями других лиц, за которые законодательством предусмотрена уголовная ответственность и случаев, указанных в пункте 4.12 Дополнительных условий страхования в связи с критическими заболеваниями (Приложение № 2 к настоящим Правилам), если этот риск включен в договор страхования;

3.4.9. патологического перелома;

3.4.10. врожденных заболеваний;

3.4.11. косметических и пластических операций, проводимых без медицинских показаний;

3.4.12. несчастных случаев, произошедших по причине имевшегося у Застрахованного лица заболевания, диагностированного до начала действия договора страхования;

3.4.13. травмы, полученной до начала действия договора страхования;

3.4.14. непосредственного участия в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего;

3.4.15. психических заболеваний Застрахованного лица, параличей, эпилептических припадков, а также иных расстройств поведения вне зависимости от их классификации;

3.4.16. отравления Застрахованного лица денатурами либо другими специальными веществами, исключаяющими их потребление в пищевых целях;

3.4.17. любых действий Застрахованного лица, Страхователя, Выгодоприобретателя, направленных на наступление страхового случая.

3.5. Страховыми случаями также не признается:

3.5.1. причинение вреда жизни Застрахованного лица, причинение вреда здоровью Застрахованного лица, повлекшее его инвалидность вследствие сердечно-сосудистого, онкологического или иного угрожающего жизни заболевания, имевшегося у Застрахованного лица на дату заключения договора страхования;

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

3.5.3. причинение вреда здоровью Застрахованного лица, повлекшее временную утрату трудоспособности в связи с заболеванием зубов и необходимостью их лечения (за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая), венерическими болезнями, любыми заболеваниями нервной системы, психическими расстройствами вне зависимости от их классификации, пищевой токсикоинфекцией (за исключением случаев, повлекших госпитализацию больного), заболеваниями, приобретенными при проведении лечения методами народной (нетрадиционной) медицины;

3.5.4. причинение вреда здоровью Застрахованного лица, повлекшее хирургические операции, связанные с лечением,

имплантацией, удалением, восстановлением зуба и другие операции на зубе (если только лечение, удаление, восстановление зуба не вызвано несчастным случаем, произошедшим в течение действия страхования); оперативное лечение ожогов I и II степени площадью менее 15% общей поверхности тела; вскрытие воспалений кожи, тканей и суставов; удаление шовного материала; пластические и косметические операции (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия страхования); хирургические операции, прямо или косвенно связанные с заболеванием СПИДом; диагностику методами эндоскопии, лапароскопии и артроскопии; удаление непролиферирующих опухолей in-situ; операции, связанные со всеми видами рака кожи за исключением пролиферирующей злокачественной меланомы; операции по смене пола, стерилизация;

3.5.5. причинение вреда здоровью Застрахованного лица, повлекшее его госпитализацию, связанную с лечением зубов, с пластическими или косметическими операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия страхования), с психическими и наркологами заболеваниями, с заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);

3.5.6. расстройство здоровья, либо смерть Застрахованного лица произошедших в результате судорожных синдромов, синдрома зависимости от алкоголя (алкоголизм), от наркотических средств и психотропных веществ, их аналогов (наркомания), от токсических или других одурманивающих веществ (токсикомания), а также абстинентного синдрома (синдрома отмены алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ), имевших место в период действия страхования и подтвержденных документами, выданными соответствующими компетентными органами (медицинскими учреждениями, МРЭК, ЗАГС, МВД и др.).

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой (лимитом ответственности) является установленная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязан произвести страховую выплату при наступлении страхового случая.

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

В рамках страховой суммы, установленной в целом по договору страхования, по соглашению сторон могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика по рискам, указанным в договоре страхования. По рискам, указанным в подпунктах 3.2.8. – 3.2.10. пункта 3.2. настоящих Правил, договором страхования устанавливаются лимиты ответственности по каждому риску.

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

4.3. Соглашением Страхователя со Страховщиком, оформленным в письменном виде, может быть изменено количество Застрахованных лиц в рамках действующего договора страхования на основании письменного заявления Страхователя.

Страховая сумма по договору страхования в случае увеличения количества лиц, подлежащих страхованию, представляет сумму первоначальной страховой суммы по договору страхования и страховой суммы, рассчитанной на увеличиваемое количество застрахованных лиц.

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

$$CB = CC \times CT \times n/t$$

CB – страховой взнос, подлежащий доплате;

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

CT – страховой тариф;

n – количество дней, оставшихся до окончания срока действия договора страхования с даты внесения изменений в условия договора;

t – срок действия договора страхования в календарных днях.

По письменному соглашению Страхователя и Страховщика в течение срока действия договора страхования может быть увеличена страховая сумма по отдельным Застрахованным лицам и по договору страхования в целом. Страховщик производит расчет страхового взноса, подлежащего доплате Страхователем, который рассчитывается согласно формуле:

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

ДСВ – дополнительный страховой взнос;

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

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

T1 – страховой тариф до внесения изменений в договор страхования;

T2 – страховой тариф с учетом внесенных изменений в договор страхования;

n – количество дней, оставшихся до окончания срока действия договора страхования с даты внесения изменений в условия договора;

t – срок действия договора страхования в календарных днях.

Дополнительный страховой взнос уплачивается Страхователем единовременно при заключении договора о внесении изменений в условия договора добровольного страхования от несчастных случаев и болезней, либо по соглашению сторон частями в сроки, установленные договором страхования при его заключении для уплаты очередных (оставшихся) частей страхового взноса, но не позднее последнего рабочего дня оплаченного периода.

Изменения в договор добровольного страхования вносятся в письменной форме.

4.4. По соглашению сторон в договоре страхования (страховом полисе) может быть установлено несколько Выгодоприобретателей с указанием их доли и/или очередности страховой выплаты. При отсутствии сведений о долях и очередности выплаты выплата осуществляется всем Выгодоприобретателям в равных долях.

4.5. Общая сумма всех выплат страхового обеспечения по всем страховым случаям по договору страхования не может превышать установленной данным договором страховой суммы. При страховании группы лиц общая сумма всех выплат страхового обеспечения по всем страховым случаям по данному договору страхования в отношении Застрахованного лица не может превышать установленной данным договором страховой суммы в отношении этого Застрахованного лица. Общая сумма всех выплат страхового обеспечения по риску не может превышать установленного по данному риску лимита ответственности.

5. СТРАХОВОЙ ВЗНОС И ПОРЯДОК ЕГО УПЛАТЫ

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

5.2. Размер страхового взноса определяется Страховщиком исходя из страховой суммы и страхового тарифа с учетом объекта страхования и страхового риска.

Для расчета страхового взноса применяются базовые страховые тарифы, предусмотренные в Приложении № 1 к настоящим Правилам, и корректировочные коэффициенты, утвержденные приказом Страховщика.

5.3. Страховой взнос по договору уплачивается Страхователем путем безналичного перечисления или наличными деньгами в установленном законодательством порядке единовременно за весь срок действия договора страхования либо по соглашению сторон в рассрочку: ежегодно, в два срока, ежеквартально либо ежемесячно. Рассрочка применяется только в случае заключения договора страхования на срок не менее одного года.

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

При ежегодной уплате страхового взноса (применяется при заключении договора страхования на срок более 1 года), первая его часть в размере не менее годового взноса уплачивается Страхователем при заключении договора страхования, оставшаяся часть страхового взноса уплачивается в согласованные между Страховщиком и Страхователем сроки по принципу предоплаты до начала следующего страхового года в согласованных сторонами размерах.

При уплате страхового взноса в два срока, первая его часть в размере не менее 50 процентов исчисленной суммы страхового взноса по договору страхования уплачивается Страхователем при его заключении, оставшаяся часть страхового взноса должна быть уплачена не позднее истечения половины срока действия договора страхования, исчисляемого со дня вступления в силу договора страхования;

При ежеквартальной уплате страхового взноса, первая его часть в размере не менее 25 процентов годового страхового взноса уплачивается Страхователем при заключении договора страхования, оставшаяся часть страхового взноса уплачивается в согласованные между Страховщиком и Страхователем сроки по принципу предоплаты до начала следующего страхового квартала в согласованных сторонами размерах.

При ежемесячной уплате страхового взноса, первая его часть в размере не менее 1/12 годового страхового взноса уплачивается Страхователем при заключении договора страхования, оставшаяся часть страхового взноса уплачивается в согласованные между Страховщиком и Страхователем сроки по принципу предоплаты до начала следующего страхового месяца в согласованных сторонами размерах.

Порядок уплаты страхового взноса указывается в договоре страхования.

5.4. Если страховая сумма по договору страхования установлена в иностранной валюте, уплата страхового взноса может быть произведена в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь как в иностранной валюте, так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы на день уплаты страхового взноса.

5.5. По соглашению сторон может быть предусмотрено, что при неуплате очередной части страхового взноса в установленные договором страхования сроки, договор страхования продолжает действовать на прежних условиях при наличии письменных обязательств Страхователя погасить имеющуюся задолженность (просроченную сумму страхового взноса) не позднее 30 календарных дней со дня просрочки платежа. При неуплате просроченной части страхового взноса в течение указанного срока, договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем 30-дневного срока, в течение которого Страхователь обязан уплатить просроченную часть страхового взноса. При этом Страхователь не освобождается от уплаты страхового взноса за указанный 30-дневный срок действия договора страхования.

5.6. Если страховой случай наступил до уплаты очередной части страхового взноса, внесение которой просрочено, Страховщик при определении размера подлежащего выплате страхового обеспечения зачитывает сумму просроченной части страхового взноса.

5.7. Уплата страхового взноса производится по безналичному расчету или наличными деньгами в соответствии с законодательством Республики Беларусь - юридическим лицом; по безналичному расчету или наличными деньгами в соответствии с законодательством Республики Беларусь в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю – физическим лицом.

5.8. Если Страхователь уплачивает страховой взнос в рассрочку, и страховой случай наступил до уплаты очередной части страхового взноса, то Страховщик при определении размера подлежащего выплате страхового обеспечения вправе удержать сумму неуплаченного страхового взноса. Применение данного условия оговаривается в договоре страхования.

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на срок от одного дня до пяти лет включительно, на основании устного или письменного (по форме, утвержденной приказом Страховщика) заявления Страхователя, которое является неотъемлемой частью договора страхования. При коллективном страховании к заявлению прилагается список лиц, подлежащих страхованию (по форме, утвержденной приказом Страховщика). Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного лица) представить дополнительно необходимые документы для определения вероятности наступления страхового случая.

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

В случае если Застрахованным лицом является ребёнок до 18-ти лет, обязательное включение в договор страхования страхового случая, указанного в подпунктах 3.2.1. или 3.2.5. пункта 3.2. настоящих Правил, может быть заменено на обязательное включение страхового случая, указанного в подпунктах 3.2.2. или 3.2.6. пункта 3.2. настоящих Правил.

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

6.3. Договор страхования может быть заключен с ответственностью Страховщика (действие страхования) по одному из следующих вариантов:

А) круглосуточно;

Б) в период исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей/учебы, включая время нахождения в пути к месту исполнения служебных обязанностей/учебы;

В) только в период исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей/учебы;

Г) в период нахождения Застрахованного лица в быту;

Д) иной период времени, указанный в договоре страхования.

6.4. При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать медицинского освидетельствования лица, в отношении которого заключается договор. В случае отказа пройти медицинское освидетельствование Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования в отношении этого лица.

6.5. Договор страхования вступает в силу по соглашению сторон с 00 часов 00 минут любого дня в течение 30 календарных дней,

следующих за днем уплаты страхового взноса (первой его части при уплате в рассрочку) Страховщику или его уполномоченному представителю и указанному в договоре страхования (страховом полисе).

Днем уплаты страхового взноса считается:

при безналичной оплате - день поступления страхового взноса (первой его части при уплате в рассрочку) на расчетный счет Страховщика или его уполномоченного представителя;

при наличной оплате – день внесения страхового взноса (первой его части при уплате в рассрочку) в кассу Страховщика или уплаты его уполномоченному представителю;

с использованием банковских платежных карточек – день совершения операции по уплате страхового взноса (первой его части при уплате в рассрочку), подтверждением которой служит карт-чек (с обязательным его предъявлением Страховщику) и (или) иные документы, подтверждающие проведение операции по оплате страхового взноса (первой его части при уплате в рассрочку) с использованием банковской платежной карточки.

Договор страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в договоре страхования как дата окончания действия договора страхования.

6.6. Договор страхования заключается на условиях Правил страхования, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, а также путем обмена документами посредством почтовой, телеграфной, телетайпной, электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от стороны по договору, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного ими. К договору прилагаются настоящие Правила страхования, что удостоверяется записью в этом договоре.

При заключении договора страхования от имени Страховщика допускается использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

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

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

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

6.8. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно в течение трех рабочих дней сообщать о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными во всяком случае признаются изменения, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе) и в переданных Страхователю правилах страхования.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска в соответствии с формулой:

$$\text{ДСВ} = (\text{НСВ} - \text{ПСВ}) \times n/t$$

ДСВ – дополнительный страховой взнос;

ПСВ – страховой взнос, рассчитанный при заключении договора страхования;

НСВ – страховой взнос, рассчитанный с учетом увеличения степени страхового риска;

n – количество оставшихся календарных дней с момента подачи Страхователем заявления о внесении изменений в договор страхования до окончания срока действия договора страхования;

t – период действия договора страхования в календарных днях.

Если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с действующим законодательством.

6.9. При утрате договора страхования (страхового полиса) Страхователь должен в письменной форме известить об этом Страховщика для получения копии договора страхования (дубликата страхового полиса). Утраченный страховой полис считается недействительным и никакие выплаты по нему не производятся.

6.10. Договор страхования прекращается в случае:

6.10.1. истечения срока действия договора страхования;

6.10.2. выполнения Страховщиком своих обязательств по договору в полном объеме;

6.10.3. неуплаты Страхователем очередной части страхового взноса в установленные договором сроки и размере, а в случае, указанном в пункте 5.5. настоящих Правил – по истечении установленного срока;

6.10.4. ликвидации Страхователя – юридического лица, прекращения деятельности Страхователя – индивидуального предпринимателя, смерти Страхователя – физического лица в случае, если Застрахованное лицо не приняло на себя исполнение обязанностей Страхователя по договору страхования;

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

6.10.6. по соглашению Страхователя и Страховщика, оформленному в письменном виде. Стороны обязаны письменно уведомить друг друга не позднее, чем за 3 рабочих дня до даты предполагаемого расторжения договора;

6.10.7. отказа Страхователя от договора страхования в любое время действия договора страхования, если к моменту отказа от договора страхования возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в подпункте 6.10.5. настоящего пункта Правил;

6.10.8. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь.

6.11. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, предусмотренным подпунктом 6.10.5. пункта 6.10. настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, предусмотренным подпунктами 6.10.4., 6.10.6. пункта 6.10. настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Возврат части страхового взноса Страхователю производится в течение 5 рабочих дней со дня прекращения действия договора страхования. За несвоевременный возврат части страхового взноса по вине Страховщика Страхователю выплачивается пеня в размере 0,5% – физическому лицу и 0,1% – юридическому лицу,

индивидуальному предпринимателю от суммы, подлежащей возврату, за каждый день просрочки.

Не подлежит возврату часть страхового взноса при досрочном прекращении договора страхования, если по нему производилась выплата страхового обеспечения.

В случае отказа Страхователя от договора страхования согласно подпункту 6.10.7. пункта 6.10. настоящих Правил, уплаченный страховой взнос возврату Страхователю не подлежит.

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

в случае прекращения договора в отношении конкретных Застрахованных лиц - уплаченный за этих Застрахованных лиц страховой взнос за не истекший срок действия договора страхования;

в случае уменьшения страховых сумм в отношении конкретных Застрахованных лиц без изменения общей численности - часть уплаченного за этих Застрахованных лиц страхового взноса за не истекший срок действия договора страхования, пропорционально уменьшению страховых сумм.

6.13. В случае появления у Застрахованного лица в период действия договора страхования болезней или физических недостатков, перечисленных в пункте 1.5. настоящих Правил (кроме случаев, когда такие риски включены в договор страхования), договор страхования прекращает свое действие в отношении такого Застрахованного лица со дня постановки диагноза лечебным учреждением. В этом случае может произойти замена Застрахованного лица другим лицом в порядке, изложенном в пункте 1.4. настоящих Правил, или Страховщик возвращает Страхователю часть страхового взноса за оставшийся срок действия страхования, при условии, что выплаты страхового обеспечения в период действия договора данному Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) не производились.

6.14. В случае реорганизации Страхователя – юридического лица в период действия договора страхования права и обязанности по заключенному с ним договору страхования переходят к его правопреемнику.

О предстоящей ликвидации или реорганизации Страхователь обязан письменно, не позднее 30 календарных дней после принятия решения об этом уведомить Страховщика.

6.15. В случае смерти Страхователя, заключившего договор страхования в пользу третьих лиц, его права и обязанности переходят к

этим лицам. Если третьи лица являются недееспособными, то выполнение действий по такому договору страхования возлагается на опекуна или попечителя.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страхователь имеет право:

- 7.1.1. ознакомиться с настоящими Правилами;
- 7.1.2. получить копию договора страхования (дубликат страхового полиса) в случае его утраты;
- 7.1.3. отказаться от договора страхования в соответствии с пунктом 6.10.7. пункта 6.10. настоящих Правил;
- 7.1.4. получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством;
- 7.1.5. с согласия Страховщика изменить условия договора страхования, касающиеся размера страховой суммы (лимитов ответственности). Такие изменения должны быть оформлены дополнительным соглашением к договору страхования;
- 7.1.6. изменить состав Застрахованных лиц в соответствии с пунктом 1.4. настоящих Правил, исключив из списка одних Застрахованных лиц и включив других, при условии, что с исключаемыми Застрахованными лицами в период действия договора страхования не происходило страховых случаев. Для этого Страхователь в письменной форме сообщает Страховщику необходимые данные о Застрахованных лицах, как об исключаемых, так и о включаемых в список;
- 7.1.7. требовать выполнения Страховщиком иных условий договора страхования в соответствии с настоящими Правилами.

7.2. Страхователь обязан:

- 7.2.1. своевременно уплачивать страховой взнос либо его части в размере и порядке, предусмотренном договором страхования;
- 7.2.2. передавать Страховщику сообщения, предусмотренные Правилами и договором страхования, в письменной форме либо способами связи, обеспечивающими фиксирование текста и даты сообщений, либо вручением под расписку;
- 7.2.3. предоставлять Страховщику всю доступную информацию и документацию для установления факта наступления страхового случая;
- 7.2.4. при наступлении страхового случая незамедлительно, но не позднее 30 календарных дней, уведомить Страховщика о случившемся;

7.2.5. предоставить Страховщику необходимые документы для получения страхового обеспечения согласно пункту 8.2. настоящих Правил;

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

7.2.7. совершать другие действия, предусмотренные законодательством, условиями страхования.

7.3. Страховщик имеет право:

7.3.1. проверять сообщенную Страхователем, Застрахованным лицом и Выгодоприобретателем информацию, а также выполнение ими условий договора, в частности, вправе требовать предоставления медицинского отчета о состоянии здоровья Застрахованного лица при причинении вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни, повлекшего временную утрату его трудоспособности;

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

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

7.3.4. отсрочить страховую выплату в случаях, когда ему не представлены все необходимые документы – до их представления, а также, если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай - до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов лицом, представившим такой документ (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения такого документа), либо самим Страховщиком (на основании запроса Страховщика в орган, его выдавший, направленный в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения такого документа), а также в случае возбуждения уголовного дела по факту наступления страхового случая в отношении Страхователя (Выгодоприобретателя) или Застрахованного лица – до вступления в силу приговора суда, приостановления или прекращения производства по делу.

7.4. Страховщик обязан:

7.4.1. ознакомить Страхователя с условиями страхования и вручить Правила страхования вместе с договором страхования;

7.4.2. при наступлении страхового случая выплатить страховое обеспечение в соответствии с пунктами 8.4. – 8.11., 8.15. настоящих Правил;

7.4.3. обеспечить конфиденциальность в отношении здоровья Застрахованного лица.

8. ПОРЯДОК РАСЧЕТА И ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

8.1. Выплата страхового обеспечения осуществляется Страховщиком на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) и документов, указанных в пункте 8.2. Правил, подтверждающих факт наступления страхового случая.

8.2. Для получения страхового обеспечения необходимо предоставить Страховщику договор страхования (страховой полис) – по требованию Страховщика, заявление на выплату страхового обеспечения с подробным описанием обстоятельств страхового случая и с указанием способа получения страхового обеспечения (через кассу Страховщика или перечислением с указанием полных реквизитов) и документы (или их копии, заверенные в порядке, запрошенном Страховщиком), подтверждающие факт наступления страхового случая, конкретный перечень которых определяется Страховщиком в зависимости от произошедшего страхового случая из перечня, приведенного ниже:

а) при наступлении событий, указанных в подпунктах 3.2.1., 3.2.5. пункта 3.2. настоящих Правил:

- копия свидетельства органов ЗАГС о смерти Застрахованного лица, заверенная в установленном порядке;
- акт (заключение) судебно-медицинской экспертизы с результатами судебно-химических и других исследований, заверенный печатью органов МВД или прокуратуры;
- акт о несчастном случае на производстве или акт расследования несчастного случая по пути на работу (с работы);
- справка (постановление) соответствующего органа МВД, МЧС, прокуратуры, заверенная печатью МВД, МЧС, прокуратуры;
- свидетельство о праве на наследство, если в договоре страхования не указан Выгодоприобретатель;
- выписка из медицинских документов, заверенная в установленном порядке.

б) при наступлении событий, указанных в подпунктах 3.2.2., 3.2.6. пункта 3.2. настоящих Правил:

- заключение соответствующего органа, определенного законодательством Республики Беларусь, об установлении группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид», заверенное данным органом в установленном порядке;
- выписка из истории болезни (медицинской карты) Застрахованного лица, закрытые листки нетрудоспособности (справка лечебного учреждения для учащихся), заключение врача;
- акт о несчастном случае на производстве или акт расследования несчастного случая по пути на работу (с работы);
- справка (постановление) соответствующего органа МВД, МЧС, прокуратуры.

в) при наступлении событий, указанных в подпунктах 3.2.2., 3.2.6. пункта 3.2. (страховая выплата по Варианту Б) настоящих Правил или подпунктах 3.2.3., 3.2.7. пункта 3.2. настоящих Правил в результате несчастного случая:

- выписка (или выписной эпикриз) из истории болезни стационарного больного; а в случае амбулаторного лечения – выписка (справка) из медицинской карты Застрахованного лица или копия медицинской карты Застрахованного лица, заверенная печатью лечебного учреждения или копия справки о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве, заверенная подписью уполномоченного лица и печатью организации;
- закрытые листки нетрудоспособности (справка лечебного учреждения для учащихся, неработающих лиц);
- акт о несчастном случае на производстве или акт расследования несчастного случая по пути на работу (с работы);
- справка (постановление) соответствующего органа МВД, МЧС, прокуратуры.

г) при наступлении событий, указанных в подпункте 3.2.7. пункта 3.2. настоящих Правил, в результате болезни:

- выписка (или выписной эпикриз) из истории болезни стационарного больного, а в случае амбулаторного лечения – выписка (справка) из медицинской карты Застрахованного лица или копия медицинской карты Застрахованного лица, заверенная печатью лечебного учреждения (данные документы представляются только при непрерывном периоде временной утраты трудоспособности Застрахованного лица сроком 15 календарных дней и более, в других

случаях – по запросу Страховщика в соответствии с подпунктом 7.3.1. пункта 7.3. настоящих Правил);

- закрытые листки нетрудоспособности.

д) при наступлении событий, указанных в подпункте 3.2.4. пункта 3.2. настоящих Правил:

- выписка (или выписной эпикриз) из истории болезни стационарного больного, а в случае амбулаторного лечения – выписка (справка) из медицинской карты Застрахованного лица или копия медицинской карты Застрахованного лица, заверенная печатью лечебного учреждения или справка о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве;

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

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

е) при наступлении событий, указанных в подпункте 3.2.8. пункта 3.2. настоящих Правил:

- выписка (или выписной эпикриз) из истории болезни стационарного больного, а в случае амбулаторного лечения – выписка (справка) из медицинской карты Застрахованного лица или копия медицинской карты Застрахованного лица, заверенная печатью лечебного учреждения или копия справки о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве;

- закрытые листки нетрудоспособности (справка лечебного учреждения для учащихся).

ж) при наступлении событий, указанных в подпункте 3.2.9. пункта 3.2. настоящих Правил:

- выписка (или выписной эпикриз) из истории болезни стационарного больного, заверенная печатью лечебного учреждения;

- закрытые листки нетрудоспособности (справка лечебного учреждения для учащихся).

8.3. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания заявленного случая страховым и определения размеров страховой выплаты.

При необходимости Страховщик запрашивает сведения, связанные со страховым случаем: у Страхователя, Застрахованного

лица, Выгодоприобретателя, правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая.

8.4. При наступлении страхового случая, указанного в подпункте 3.2.1. или 3.2.5. пункта 3.2. настоящих Правил, страховое обеспечение выплачивается в размере 100% страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица.

8.5. При наступлении страхового случая, указанного в подпункте 3.2.2. или 3.2.6. пункта 3.2. настоящих Правил, страховое обеспечение рассчитывается по одному из следующих вариантов:

Вариант А:

I группа инвалидности – 100%,

II группа инвалидности – 75%,

III группа инвалидности – 50%

страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица;

Вариант Б:

При наступлении событий, указанных в подпунктах 3.2.2., 3.2.6. пункта 3.2. настоящих Правил в результате несчастного случая – по «Таблице размеров выплат страхового обеспечения в связи с постоянной утратой трудоспособности в результате несчастного случая» (Приложение № 4) исходя из страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица. При наступлении событий, указанных в подпункте 3.2.6. настоящих Правил в результате болезни – страховое обеспечение выплачивается в порядке, указанном в Вариантах А, Б настоящего пункта Правил.

Вариант В:

I группа инвалидности – 100 %,

II группа инвалидности – 85 %,

III группа инвалидности – 65 %

страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица.

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

При установлении застрахованному ребенку до 18-ти лет:

категории «ребенок–инвалид до достижения возраста 18 лет» страховое обеспечение составляет 100% страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного лица;

категории «ребенок–инвалид на срок пять лет» страховое обеспечение составляет 85% страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного лица;

категории «ребенок–инвалид на срок два года» страховое обеспечение составляет 75% страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного лица;

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

8.6. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в подпунктах 3.2.3., 3.2.4. или 3.2.7. пункта 3.2. настоящих Правил, страховое обеспечение рассчитывается по одному из следующих вариантов:

Вариант А (подпункты 3.2.3. и 3.2.4. пункта 3.2. настоящих Правил):

по «Таблице размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» (Приложение № 3) в зависимости от тяжести травмы, исходя из страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица;

Вариант Б (подпункты 3.2.4. или 3.2.7. пункта 3.2. настоящих Правил):

подпункт 3.2.4. пункта 3.2. настоящих Правил - 0,3 % от страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица, за каждый день временной нетрудоспособности вне зависимости от того, закончился ли период временной нетрудоспособности до или после окончания срока действия договора страхования, но не больше, чем 30% страховой суммы (лимита ответственности). Период временной нетрудоспособности должен начинаться в период действия страхования.

подпункт 3.2.7. пункта 3.2. настоящих Правил - 0,5 % от страховой суммы (лимита ответственности) по этим рискам, установленной для Застрахованного лица, за каждый день временной нетрудоспособности вне зависимости от того, закончился ли период временной нетрудоспособности до или после окончания срока действия договора страхования, но не больше, чем 30% страховой суммы (лимита ответственности). Период временной нетрудоспособности должен начинаться в период действия страхования.

По соглашению сторон расчет страховой выплаты может производиться по двум вариантам:

1 вариант - исходя из количества рабочих дней нетрудоспособности за исключением официально объявленных выходных (суббота, воскресенье) и праздничных дней;

2 вариант - исходя из количества календарных дней нетрудоспособности.

Вариант (в т.ч. иные условия при страховании по Варианту Б, предусмотренные настоящими Правилами), по которому при наступлении страхового случая будет рассчитываться размер страхового обеспечения, указывается в договоре страхования.

8.7. При наступлении страхового случая, указанного в подпункте 3.2.8. пункта 3.2. настоящих Правил, страховое обеспечение выплачивается по «Таблице выплат страхового обеспечения в связи с хирургическими операциями» (Приложение № 5 к настоящим Правилам), исходя из страховой суммы (лимита ответственности) по этому риску, установленной для Застрахованного лица.

При наступлении страхового случая, указанного в подпункте 3.2.9. пункта 3.2. настоящих Правил, страховое обеспечение выплачивается в размере 0,15 % от лимита ответственности по данному риску за каждый день пребывания на стационарном лечении. В случае, когда Застрахованное лицо, на момент окончания действия договора страхования находится на стационарном лечении, количество дней пребывания в стационаре определяется, как промежуток времени, начинающийся со дня определения Застрахованного лица в стационар и заканчивающийся одновременно с окончанием действия договора страхования.

8.8. Если несчастный случай или болезнь Застрахованного лица обусловила наступление последовательности событий, указанных в подпунктах 3.2.1. - 3.2.7. пункта 3.2. настоящих Правил, признанных страховыми случаями, то размер страховой выплаты по каждому очередному страховому случаю из этой последовательности уменьшается на сумму страхового обеспечения, ранее выплаченного Страховщиком в связи с данным несчастным случаем или данной болезнью.

8.9. В случае если договором страхования не установлены страховые суммы (лимиты ответственности) по рискам, расчет страхового обеспечения производится исходя из страховой суммы, установленной по договору страхования.

8.10. Условия осуществления страховой выплаты по риску «Критическое заболевание» (подпункт 3.2.10. пункта 3.2. Правил) указаны в Дополнительных условиях страхования на случай критических заболеваний (Приложение № 2 к Правилам).

8.11. Предусмотренные договором страхования выплаты страхового обеспечения, при признании заявленного случая страховым, производятся Выгодоприобретателю (Застрахованному и (или) иному лицу) с учетом условий пункта 4.4. настоящих Правил на основании Акта о страховом случае (по форме, утвержденной приказом Страховщика), который составляется в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня поступления от Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) заявления о выплате страхового обеспечения и всех необходимых документов, для признания Страховщиком данного случая страховым.

Выплата страхового обеспечения производится Выгодоприобретателю, указанному в договоре страхования.

Если договором страхования не установлено лицо в качестве Выгодоприобретателя, то выплата страхового обеспечения производится Застрахованному лицу, либо наследникам Застрахованного лица, в случае его смерти.

8.12. При непризнании заявленного случая страховым решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения всех документов, предусмотренных пунктом 8.2. настоящих Правил, и сообщается Страхователю (Застрахованному лицу) в письменной форме с мотивацией причины отказа в течение 5 рабочих дней со дня его принятия.

8.13. Страховое обеспечение по желанию получателя может быть выплачено либо наличными деньгами из кассы Страховщика, либо путем перечисления на банковский счет получателя или переводом по почте или иным способом по согласованию сторон. Расходы по перечислению страхового обеспечения на банковский счет получателя и переводу его по почте несет получатель.

8.14. При наступлении событий, указанных в подпунктах 3.2.1., 3.2.5. пункта 3.2. настоящих Правил, соблюдается следующий приоритет по выплате страхового обеспечения:

а) в первую очередь - указанному в договоре страхования Выгодоприобретателю. Если в договоре указано несколько Выгодоприобретателей, но не указаны их доли и/или порядок выплаты (пункт 1.3. настоящих Правил), выплата осуществляется всем Выгодоприобретателям в равных долях;

б) при отсутствии Выгодоприобретателя (не был назначен, умер ранее Застрахованного лица, умер одновременно с Застрахованным лицом) – наследникам по закону.

Если получатель страхового обеспечения умирает, не получив причитающееся ему страховое обеспечение, право на получение

страхового обеспечения переходит к наследникам умершего получателя.

8.15. Выплата страхового обеспечения производится не позднее 5 рабочих дней с момента составления Акта о страховом случае.

В случае, когда страховая сумма по договору страхования установлена в иностранной валюте, а страховой взнос уплачивался в белорусских рублях, то страховое обеспечение выплачивается в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день составления акта о страховом случае или по соглашению сторон в иностранной валюте, если это не противоречит действующему законодательству Республики Беларусь.

8.16. Предусмотренная договором страхования выплата страхового обеспечения осуществляется Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) по другим договорам страхования, а также по социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

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

8.18. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения если:

8.18.1. страховой случай наступил в результате умышленных действий Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;

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

8.19. Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения, если Страхователь (или Выгодоприобретатель, которому известно о заключении договора страхования в его пользу) после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, не уведомил Страховщика в предусмотренный договором страхования срок (пункт 7.2.4. пункта 7.2. настоящих Правил), если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое обеспечение.

9. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

9.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, разрешаются путем переговоров. При не достижении соглашения споры разрешаются судом в соответствии с его компетенцией, установленной законодательством Республики Беларусь.

Настоящие Правила вступают в силу с даты, указанной в лицензии на осуществление страховой деятельности для такого вида добровольного страхования как добровольное страхование от несчастных случаев и болезней.

Заместитель директора

К. С. Якубович

Приложение № 1
к Правилам добровольного
страхования от несчастных
случаев и болезней
ЗАО «СК «Евроинс»

БАЗОВЫЕ ГОДОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

№ п/п	Страховой случай	Базовый страховой тариф, в % от страховой суммы
1	Причинение вреда жизни Застрахованного лица в результате несчастного случая (Вариант 1 «Смерть в результате несчастного случая»)	0,5
2	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее полную (или частичную) утрату его трудоспособности (инвалидность) (Вариант 2 «Инвалидность в результате несчастного случая»)	0,27
3	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее временную утрату его трудоспособности (для неработающих Застрахованных лиц, в том числе пенсионеров - временное нарушение здоровья) (Вариант 3 «Расстройство здоровья в результате несчастного случая»)	0,7
4	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая, повлекшее травму (телесные повреждения) Застрахованного лица (Вариант 4 «Травма в результате несчастного случая»)	0,7
5	Причинение вреда жизни Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая (Вариант 5 «Смерть в результате болезни или несчастного случая»)	1,0
6	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая, повлекшее полную (или частичную) утрату его трудоспособности	0,4

	(инвалидность) (Вариант 6 «Инвалидность в результате болезни или несчастного случая»)	
7	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая, повлекшее временную утрату его трудоспособности (Вариант 7 «Расстройство здоровья в результате болезни или несчастного случая»)	10,0
8	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая, повлекшее проведение хирургической операции (Вариант 8 «Проведение хирургической операции»)	3,0
9	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни, впервые диагностированной в течение действия страхования, повлекшее экстренную госпитализацию. (Вариант 9 «Экстренная госпитализация»)	1,55
10	Причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни или несчастного случая, повлекшее установление ему в медицинском учреждении заключительного диагноза одного из заболеваний или проведение ему одной из хирургических операций, определённых в договоре страхования (Вариант 10 «Критические заболевания»)	0,5

Заместитель директора

К.С. Якубович