

**Страховое общество с ограниченной ответственностью
«Приорлайф»**

УТВЕРЖДЕНО

Приказом СООО «Приорлайф»
от 26.08.2022 № 01-04-1/39ов
с изменениями, внесенными
приказом СООО «Приорлайф» 11.03.2024 № 01-04-1/20ов
приказом СООО «Приорлайф» 15.10.2024 № 01-04-1/65ов
приказом СООО «Приорлайф» 27.02.2025 № 01-04-1/21ов
приказом СООО «Приорлайф» 14.04.2025 № 01-04-1/34ов

**ПРАВИЛА № 8
ДОБРОВОЛЬНОГО КОМПЛЕКСНОГО
СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ**

**ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ.**

1.1. На условиях настоящих правил добровольного комплексного страхования жизни (далее – Правила) Страховое общество с ограниченной ответственностью «Приорлайф» (далее – Страховщик) заключает с лицами, указанными в пункте 2.2 настоящих Правил, договоры добровольного комплексного страхования жизни (далее – договоры страхования).

1.2. В настоящих Правилах для целей установления, изменения и прекращения отношений по страхованию, а также исполнения обязательств по договору страхования, применяются следующие основные термины и их определения:

болезнь (заболевание) – расстройство здоровья, нарушение нормальной жизнедеятельности организма Застрахованного лица, угрожающее его жизни или здоровью (далее – заболевание);

валюта страхования – валюта, в которой при заключении договора страхования устанавливается страховая сумма (лимиты ответственности, страховой взнос), а также в которой рассчитывается страховое обеспечение и начисляется дополнительная доходность (страховой бонус). Валютой страхования могут быть белорусские рубли, а также доллары США, евро, российские рубли в случаях, предусмотренных законодательством;

временная нетрудоспособность – установленная медицинским работником и (или) врачебно-консультационной комиссией организации здравоохранения невозможность временно выполнять Застрахованному лицом работу (службу, предпринимательскую или иную деятельность) в связи с возникновением у него заболевания и (или) получением им травмы (ранения, увечья или иного повреждения (далее – травма));

выкупная сумма – сумма денежных средств, выплачиваемая страховщиком Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю, Наследникам) в случае досрочного прекращения (расторжения) заключенного на срок не менее 3 (трех) лет договора страхования;

гарантированная доходность (норма доходности) – выраженный в процентах уровень гарантированного дохода от осуществления инвестиций посредством вложения средств математических резервов и их размещения, учитываемый при расчете страховых тарифов и установленный по договору страхования (далее – норма доходности);

договор страхования – соглашение между Страхователем и Страховщиком (далее вместе – Стороны), в силу которого Страховщик принимает на себя обязательства за обусловленную договором страхования плату (страховой взнос) выплатить лицу, в пользу которого заключен договор страхования (Выгодоприобретателю), страховое обеспечение при наступлении предусмотренного настоящими Правилами и договором страхового случая в пределах определенной договором страховой суммы (лимита ответственности), а Страхователь обязуется уплатить страховой взнос в установленные договором порядке, сроки и размере.

Условия страхования, к которым Страхователь присоединяется при заключении договора страхования, определяются настоящими Правилами, утвержденными Страховщиком и представленными в установленном законодательством порядке в Министерство финансов Республики Беларусь. Правила в письменной форме на бумажном носителе или в предусмотренных законодательством случаях в электронном виде прилагаются к договору страхования.

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

дополнительная доходность (страховой бонус) – часть прибыли от осуществления инвестиций посредством вложения средств страховых резервов и их размещения, направляемая Страховщиком на увеличение страховых накоплений Застрахованного лица сверх нормы доходности по договору страхования, заключенному на срок не менее 3 (трех) лет (далее – страховой бонус). В случаях, предусмотренных настоящими Правилами, начисленный страховой бонус выплачивается дополнительно к сумме страхового обеспечения;

занятие спортом на профессиональном уровне – систематические занятия каким-либо видом спорта или физическими упражнениями, предполагающие тренировки и (или) участие в спортивных соревнованиях с целью получения спортивного звания и разряда и (или) с целью получения дохода;

именной лицевой счет – индивидуальный счет, открытый Страховщиком для учета сведений о Застрахованном лице и иных сведений в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

инвалидность – состояние Застрахованного лица, обусловленное недостаточностью, связанной с нарушением здоровья (заболеванием, травмой) со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты;

нагрузка – часть базового страхового тарифа, предназначенная для покрытия затрат Страховщика на проведение страхования (расходы на ведение дела), затрат на формирование гарантийного фонда. При этом к расходам на ведение дела относятся такие расходы как выплата вознаграждения за оказанные услуги страховым агентам (страховым брокерам), заработная плата работников Страховщика, платежи в бюджет и во внебюджетные фонды, расходы, связанные с материально-техническим и транспортным обслуживанием деятельности Страховщика, эксплуатационные расходы по содержанию капитальных строений (зданий, сооружений), изолированных помещений, расходы по перечислению денежных средств (комиссия) банкам, операционные расходы, связанные с автоматизированной обработкой информации, и другие виды расходов, относящиеся в соответствии с законодательством к расходам на ведение дела. В составе нагрузки может быть предусмотрена прибыль;

несчастный случай – внезапное, непредвиденное событие, произошедшее с Застрахованным лицом в течение срока страхования, сопровождающееся травмами, повлекшими причинение вреда жизни или здоровью;

опасные (экстремальные) виды спорта и хобби, связанные с повышенным риском для жизни и здоровья: прыжки с парашютом, дайвинг (на глубину свыше 25 (двадцати пяти) метров), кайтинг, рафтинг, бейсджампинг, вейкбординг, аквабайк, «Формула-1» на воде, маунтинбайк, скайсерфинг, альпинизм, скалолазание, BMX (Modified Bike X-treme), конный спорт, гребной слалом, фристайл, прыжки на лыжах с трамплина, авиационный спорт, поло (конное поло), подводное ориентирование, подводная охота, апноэ (фридайвинг), акватлон (подводная борьба), спортивный туризм (горный, лыжный, водный) 4-5-ой категории сложности, спортивный слалом, банджи-джампинг, воздухоплавание на воздушных шарах, занятия контактными единоборствами, охота, родео, авто- и мотоспорт;

период дополнительной отсрочки – период, который предоставляется Страховщиком Страхователю для уплаты очередной части страхового взноса;

период отсрочки – период, который предоставляется Страховщиком Страхователю для уплаты просроченной очередной части страхового взноса;

период охлаждения – период времени, в течение которого Страхователь - физическое лицо вправе отказаться от договора страхования и получить уплаченный страховой взнос полностью при условии отсутствия в данном периоде события, которое впоследствии может быть признано страховым случаем по договору страхования;

противоправные деяния – неправомерные, нарушающие требования законодательства действия (бездействия), факт совершения которых устанавливает компетентный орган и за которые законодательством установлена ответственность (далее – противоправные действия);

редукция страховой суммы (лимита ответственности) – приведение размера страховой суммы (лимита ответственности) в соответствие с фактически уплаченными страховыми взносами в случаях невыполнения Страхователем обязанности по уплате очередной части страхового взноса;

срок страхования – период, в течение которого Страховщик предоставляет финансовую защиту имущественным интересам Застрахованного лица, вред которым причинен предусмотренными договором страхования страховыми случаями;

срок действия договора страхования – период со дня вступления в силу договора страхования до исполнения обязательств по договору в полном объеме, но не менее 1 (одного) года;

страховой тариф – ставка страхового взноса с единицы страховой суммы (лимита ответственности), с учетом объекта страхования и характера страхового риска;

страховая сумма (лимит ответственности) – определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязан произвести выплату страхового обеспечения при наступлении страхового случая, а также исходя из величины которой устанавливаются размеры страхового взноса и страхового обеспечения;

страховой взнос – сумма денежных средств согласно договору страхования, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за страхование в порядке, размере и сроки, установленные договором страхования;

страховой случай – предусмотренное в договоре страхования событие, при наступлении которого у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю);

страховое обеспечение – сумма денежных средств, выплачиваемая Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) при наступлении страхового случая;

травма – внезапное нарушение анатомической целостности и (или) физиологической функции органов, тканей или всего человеческого организма (расстройство здоровья), вызванное кратковременным воздействием каких-либо внешних факторов, за исключением возникших в результате необходимых хирургических вмешательств или иных лечебных манипуляций, осуществляемых в процессе оказания медицинской помощи;

третьи лица – лица, не являющиеся субъектами страхования;

диагностированное заболевание - заболевание, которое установлено (выявлено) врачом на основании проведенных медицинских осмотров, диагностических обследований (например, лабораторные, УЗИ, КТ, МРТ, рентген и т.д.).

При этом документами, на основании которых Страховщик принимает решение о наличии у застрахованного лица диагностированного заболевания, являются:

консультативные заключения врачей-специалистов любых направлений;
эпикризы;
медицинские справки;
выписки из медицинских документов;
иные медицинские документы;
документы, содержащие данные (результаты) объективного обследования, лабораторной и инструментальной диагностики (ультразвуковые, функциональные, рентгенологические, эндоскопические методы, КТ, МРТ и иные).

**ГЛАВА 2
СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель.

2.2. Страхователями по настоящим Правилам могут являться граждане Республики Беларусь, иностранные граждане и лица без гражданства, постоянно проживающие в Республике Беларусь (далее – физические лица), юридические лица, в том числе иностранные и международные, индивидуальные предприниматели, заключившие со Страховщиком договор страхования.

Договоры страхования на условиях настоящих Правил с лицами, имеющими психические заболевания (расстройства), не обладающими гражданской дееспособностью в полном объеме или ограниченными в дееспособности судом, Страховщиком не заключаются.

Республика Беларусь и ее административно-территориальные единицы, государственные органы, государственные юридические лица, а также хозяйственные общества, в отношении которых Республика Беларусь либо ее административно-территориальная единица, обладая акциями (долями в уставных фондах), может определять решения, принимаемые этими обществами, не вправе заключать договоры страхования на условиях настоящих Правил.

2.3. Застрахованное лицо – физическое лицо в возрасте от 18 (восемнадцати) до 80 (восемидесяти) лет включительно на дату заключения договора страхования, в отношении имущественных интересов которого заключен договор страхования, за исключением лиц, указанных в части второй настоящего пункта.

Застрахованными лицами по договору страхования не могут быть физические лица, которые на момент заключения договора:

а) ВИЧ-инфицированы, больны СПИДом, имеют ВИЧ-ассоциированное заболевание;
б) являются инвалидами I или II (нетрудоспособной) групп, инвалидами с детства или в течение последних 12 месяцев предпринимались действия для признания инвалидом, в том числе представление на медико-реабилитационную экспертную комиссию (далее – МРЭК) либо врачебно-консультационную комиссию;
в) госпитализированы;
г) страдают слабоумием, эпилепсией, другими тяжелыми заболеваниями (расстройствами) нервной системы;
д) имеют психические заболевания (расстройства);
е) состоят на учете в наркологическом, психоневрологическом, эндокринологическом, онкологическом диспансерах;
ж) не обладают гражданской дееспособностью в полном объеме или ограничены в дееспособности судом.

Если указанные в части второй пункта 2.2 настоящих Правил и в части второй настоящего пункта обстоятельства были известны Страхователю до даты заключения договора страхования и стали известны Страховщику после заключения договора страхования, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 180 Гражданского кодекса Республики Беларусь (далее – ГК Республики Беларусь).

2.4. Выгодоприобретатель – лицо, в пользу которого заключен договор страхования, уполномоченное на получение страхового обеспечения. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в нем не назван иной Выгодоприобретатель. В случае смерти лица, застрахованного по договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

Юридические лица и индивидуальные предприниматели вправе заключать договоры страхования в пользу физических лиц, состоящих с ними в трудовых отношениях (работающих по трудовым договорам) (далее - работники) в соответствии с законодательством.

Юридические лица заключают договоры страхования жизни в пользу работников с документально подтвержденного согласия собственника имущества (учредителей, участников) (далее – согласие собственника).

Физическое лицо вправе заключать договоры страхования как в свою пользу, так и в пользу иного Выгодоприобретателя. Страхователь, заключивший договор страхования в свою пользу, является Застрахованным лицом.

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 Застрахованного лица - по иску его наследников.

**ГЛАВА 3
ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

3.1. Объектом страхования на условиях настоящих Правил являются не противоречащие законодательству Республики Беларусь имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с:

3.1.1. достижением им определенного договора страхования возраста;
3.1.2. причинением вреда его жизни (смерть);
3.1.3. причинением вреда его здоровью, в т.ч. повлекшим установление ему инвалидности;
3.1.4. наступлением у него временной утраты трудоспособности.

**ГЛАВА 4
СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ**

4.1. Страховым(и) случаем(я)ми по настоящим Правилам являет(ют)ся следующее(ие) событие(я):
4.1.1. достижение Застрахованным лицом возраста, определенного в договоре страхования (далее – «**достижение возраста Застрахованным лицом**»);

4.1.2. причинение вреда жизни Застрахованного лица в течение срока страхования (далее – «**смерть Застрахованного лица**»);

4.2. Дополнительно к событию(ям), указанному(ым) в подпунктах 4.1.1, 4.1.2 пункта 4.1 настоящих Правил, на страхование могут быть приняты следующие события (дополнительные страховые случаи (риски)):

4.2.1. причинение вреда здоровью Застрахованного лица в течение срока страхования вследствие травмы, полученной в результате произошедшего несчастного случая и повлекшей расстройство здоровья Застрахованного лица (далее – «**вред здоровью Застрахованного лица**»).

К травмам, повлекшим расстройство здоровья, при страховании на условиях настоящих Правил относятся травмы, потребовавшие оказания медицинской помощи, проведения лечения сроком не менее 4 (четырёх) календарных дней и (или) сопровождающиеся наступлением временной утраты трудоспособности Застрахованного лица вне зависимости от ее продолжительности.

Перечень травм, повлекших расстройство здоровья Застрахованного лица и наступление страхового случая «вред здоровью Застрахованного лица», определен в Приложении 1 к настоящим Правилам;

4.2.2. причинение вреда здоровью Застрахованного лица, повлекшее впервые в течение срока страхования установление ему группы инвалидности в соответствии с законодательством Республики Беларусь вследствие заболевания, произошедшего несчастного случая (далее – «**инвалидность Застрахованного лица**»). Событие, указанное в настоящем подпункте, также признается страховым случаем, если инвалидность Застрахованного лица установлена в течение 1 (одного) года после окончания срока страхования;

4.2.3. причинение вреда здоровью Застрахованного лица, повлекшее впервые в течение срока страхования установление ему группы инвалидности в соответствии с законодательством Республики Беларусь в результате произошедшего несчастного случая (далее – «**инвалидность Застрахованного лица вследствие несчастного случая**»). Событие, указанное в настоящем подпункте, также признается страховым случаем, если инвалидность Застрахованного лица установлена в течение 1 (одного) года после окончания срока страхования;

4.2.4. временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом, наступившая в течение срока страхования вследствие заболевания (далее – «**временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие заболевания**»);

4.2.5. временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом, наступившая в течение срока страхования по причине травмы, полученной вследствие произошедшего несчастного случая (далее – «**временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие несчастного случая**»).

4.3. Страхование событий, указанных в пункте 4.2 настоящих Правил, допускается при заключении договора страхования, предусматривающего 1 (один) либо 2 (оба) страховых случая, из указанных в пункте 4.1 настоящих Правил.

При этом не допускается одновременное принятие на страхование событий, указанных в подпунктах 4.2.2 и 4.2.3, а также 4.2.4 и 4.2.5 пункта 4.2 настоящих Правил.

ГЛАВА 5 СОБЫТИЯ, НЕ ПРИЗНАВАЕМЫЕ СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ

5.1. События «**смерть Застрахованного лица**», «**вред здоровью Застрахованного лица**», «**инвалидность Застрахованного лица**», «**инвалидность Застрахованного лица вследствие несчастного случая**», «**временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие заболевания**», «**временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие несчастного случая**» не признаются страховыми случаями, если они произошли в результате:

5.1.1. нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения либо состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ (в том числе отравления Застрахованного лица в результате добровольного применения им без назначения врача-специалиста наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ), которое явилось причиной смерти или причинения вреда здоровью Застрахованного лица и подтверждено заключением компетентного органа, за исключением случаев причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного лица в результате противоправных действий третьих лиц или стечения непредвиденных, случайных, документально подтвержденных обстоятельств, не зависящих от Застрахованного лица;

5.1.2. управления транспортным средством Застрахованным лицом, не имеющим права на управление данным транспортным средством, или в состоянии алкогольного опьянения либо в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, а также в случае отказа данного лица от прохождения в установленном порядке проверки (освидетельствования) на предмет определения состояния алкогольного опьянения либо состояния, вызванного потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;

5.1.3. передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, не имевшему права управления данным транспортным средством, или находящемуся в состоянии алкогольного опьянения либо в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, а также в случае отказа данного лица от прохождения в установленном порядке проверки (освидетельствования) на предмет определения состояния алкогольного опьянения либо состояния, вызванного потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, в том числе передвижения Застрахованного лица на транспортном средстве, которым управляло лицо, не имеющее права на управление данным транспортным средством, о чем было заранее осведомлено Застрахованное лицо;

5.1.4. совершения или попытки совершения Застрахованным лицом преступления, иных противоправных действий, участия Застрахованного лица в незаконной деятельности, которые находятся в прямой причинно-следственной связи с наступлением события, обладающего признаками страхового случая;

5.1.5. совершения или попытки совершения Застрахованным лицом самоубийства в течение первых 2 (двух) лет срока действия страхования, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до самоубийства (покушения на самоубийство) противоправными действиями третьих лиц;

5.1.6. эпилептического приступа либо иных судорожных или конвульсивных приступов;

5.1.7. занятия Застрахованным лицом в секции (клубе, центре и т.п.), в которой проводятся организованные занятия физической культурой и спортом, для поддержания физической формы, за исключением принятия Страховщиком указанного риска на страхование в соответствии с частью второй настоящего пункта;

5.1.8. занятия Застрахованным лицом спортом на профессиональном уровне, за исключением принятия Страховщиком указанного риска на страхование в соответствии с частью второй настоящего пункта;

5.1.9. занятия Застрахованным лицом опасными (экстремальными) видами спорта и хобби, связанными с повышенным риском для жизни и здоровья, за исключением принятия Страховщиком указанного риска на страхование в соответствии с частью второй настоящего пункта;

5.1.10. участия (выступления) Застрахованного лица в спортивном соревновании (олимпиаде, марафоне, кроссе и т.п.), туристическом слете, организованных государственными органами, нанимателями, профсоюзными организациями и другими организациями, когда к участникам, являющимся Застрахованными лицами, не устанавливаются требования по уровню спортивной подготовки, и участниками могут быть лица, не являющиеся спортсменами (лицами, систематически занимающимися избранным видом (видами) спорта), когда указанное мероприятие не связано с экстремальными (опасными) видами спорта, за исключением принятия Страховщиком указанного риска на страхование в соответствии с частью второй настоящего пункта.

По соглашению Сторон события, указанные в подпунктах 5.1.7-5.1.10 пункта 5.1 настоящих Правил, могут быть приняты на страхование при условии применения соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика.

5.2. Не признается страховым случаем событие «**смерть Застрахованного лица**», наступившая:

5.2.1. в течение первых 3 (трех) лет действия срока страхования в результате сердечно-сосудистого, онкологического заболевания, диагностированного до вступления договора страхования в силу. Данное условие не распространяется на договоры страхования, заключенные со Страхователями, являющимися юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями;

5.2.2. по причине травм и их последствий, а также осложнений после хирургических и терапевтических вмешательств, произошедших и зафиксированных до вступления договора страхования в силу;

5.2.3. в результате алкогольной болезни, алкогольного поражения органов и систем органов, в том числе алкогольная кардиомиопатия, алкогольные поражения печени, алкогольные поражения почек, алкогольные поражения поджелудочной железы, алкогольная энцефалопатия и все иные заболевания, возникающие при употреблении (однократном и (или) постоянном (длительном) употреблении) алкоголя и его суррогатов;

5.2.4. вследствие заболевания Застрахованного лица, прямо или косвенно связанного с ВИЧ-инфекцией, СПИДом или любым другим аналогичным синдромом, за исключением случаев заражения

Застрахованного лица ВИЧ-инфекцией в период действия договора страхования, вызванного противоправными действиями третьих лиц, за которые законодательством предусмотрена уголовная ответственность;

5.2.5. при признании Застрахованного лица судом безвестно отсутствующим, объявлении Застрахованного лица судом умершим.

5.3. Не признается страховым случаем «**инвалидность Застрахованного лица**», «**инвалидность Застрахованного лица вследствие несчастного случая**», наступившая:

5.3.1. в течение первых 3 (трех) лет действия срока страхования в результате сердечно-сосудистого, онкологического заболевания, диагностированного до вступления договора страхования в силу. Данное условие не распространяется на договоры страхования, заключенные со Страхователями, являющимися юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями;

5.3.2. по причине травм и их последствий, а также осложнений после хирургических и терапевтических вмешательств, произошедших и зафиксированных до вступления договора страхования в силу;

5.3.3. в результате алкогольной болезни, алкогольного поражения органов и систем органов, в том числе алкогольная кардиомиопатия, алкогольные поражения печени, алкогольные поражения почек, алкогольные поражения поджелудочной железы, алкогольная энцефалопатия и все иные заболевания, возникающие при употреблении (однократном и (или) постоянном (длительном) употреблении) алкоголя и его суррогатов.

5.4. Не является страховым случаем событие «**вред здоровью Застрахованного лица**», причиненный в результате травмы:

5.4.1. не потребовавшей оказания медицинской помощи или при которой достаточно однократного обращения за медицинской помощью (при этом контрольный осмотр обращением за медицинской помощью не считается);

5.4.2. не потребовавшей проведения лечения либо со сроком лечения продолжительностью менее 4 (четырёх) календарных дней;

5.4.3. при которой произошло только поверхностное повреждение кожи и (или) слизистых (образование ссадин, мозолей, водяных нетермических пузырей, потертостей кожных покровов; заноза; укус неядовитого насекомого);

5.4.4. полученной во время эпилептического приступа либо иных судорожных или конвульсивных приступов.

5.5. Не является страховым случаем событие «**временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие заболевания**», «**временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие несчастного случая**»:

5.5.1. наступившая в течение 1 (первого) года срока страхования вследствие заболеваний и их последствий, травм и их последствий, диагностированных (произошедших) до вступления договора страхования в силу;

5.5.2. связанная с пластическими или косметическим операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия страхования); с операциями по перемещению; стерилизацией или лечению бесплодия;

5.5.3. наступившая ввиду следующих причин: острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей; аборт; уход за больным; уход за больным ребенком и ребенком-инвалидом до 18 (восемнадцати) лет в связи с болезнью матери (другого ухаживающего лица); освобождение от работы в связи с карантинным и бактерионосительством; отпуск в связи с санаторно-курортным лечением (без лечения в противотуберкулезных санаториях и долечивания в отделениях медицинской реабилитации санаториев); отпуск по беременности и родам;

5.5.4. наступившая вследствие осложнений, связанных с беременностью, родами или прерыванием беременности.

5.6. События, указанные в пунктах 5.1-5.5 настоящих Правил, не признаются страховыми случаями на основании решения суда или других документов компетентных органов, подтверждающих данные факты в порядке, установленном законодательством.

5.7. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, если страховой случай, за исключением события, предусмотренного подпунктом 4.1.1 пункта 4.1 настоящих Правил, наступил вследствие:

5.7.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица, за исключением смерти Застрахованного лица, если его смерть наступила вследствие самоубийства и к этому времени договор страхования действовал уже не менее 2 (двух) лет;

5.7.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны, если международными договорами Республики Беларусь, актами законодательства или договором страхования не предусмотрено иное.

По соглашению Сторон предусмотренные подпунктом 4.1.2 пункта 4.1, пунктом 4.2 настоящих Правил события (страховые случаи), наступившие вследствие указанных в настоящем подпункте причин, могут быть приняты Страховщиком на страхование при условии применения соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика.

ГЛАВА 6 СТРАХОВАЯ СУММА (ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ)

6.1. Страховая сумма определяется по соглашению между Страховщиком и Страхователем при заключении договора страхования.

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

6.2. Для каждого из страховых событий, принимаемых на страхование, в договоре страхования в пределах страховой суммы устанавливаются лимиты ответственности.

Страховая сумма в целом по договору страхования складывается из лимитов ответственности, устанавливаемых по соглашению Сторон в отношении принятых на страхование событий.

Лимиты ответственности по всем принятым на страхование событиям определяются в одной и той же валюте и устанавливаются в валюте страховой суммы.

При этом лимиты ответственности по дополнительным страховым случаям, предусмотренным подпунктами 4.2.1, 4.2.3-4.2.5 пункта 4.2 настоящих Правил, устанавливаются в договоре на 1 (один) год действия страхования с возможностью последующего продления срока принятия указанных рисков на страхование в соответствии с пунктом 9.1 настоящих Правил. Срок страхования указанных рисков определяется оплаченным периодом страхования и продлевается на очередной календарный год (очередные 12 (двенадцать) месяцев) путем уплаты Страхователем по окончании срока страхования дополнительного риска установленного в договоре страхования страхового взноса (его частей) в отношении данного риска.

6.3. При заключении договоров страхования с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем страховая сумма и лимиты ответственности устанавливаются на каждое Застрахованное лицо.

При этом общая страховая сумма в договоре страхования определяется путем суммирования страховых сумм, установленных на каждое Застрахованное лицо.

Предельный размер страховой суммы на Застрахованное лицо устанавливается в размере, не превышающем страховую сумму, рассчитанную исходя из ежемесячного страхового взноса в размере 3 (трёх) месячных минимальных заработных плат на одного работника в месяц.

ГЛАВА 7 СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ. СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ

7.1. При определении размера страхового взноса, подлежащего уплате Страхователем по договору страхования за каждое Застрахованное лицо, применяются установленные Страховщиком страховые тарифы.

Страховой тариф включает рассчитанный Страховщиком в соответствии с законодательством базовый страховой тариф, состав которого определяется Министерством финансов Республики Беларусь, и применяемые к нему корректировочные коэффициенты, утвержденные локальным правовым актом Страховщика.

Базовые страховые тарифы, установленные Страховщиком, приведены в Приложении 2 к настоящим Правилам и размещаются с Правилами страхования на официальном сайте Страховщика в глобальной компьютерной сети Интернет (далее – официальный сайт Страховщика).

7.2. Страховой взнос является платой за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке, размере и сроки, установленные договором страхования.

Размер страхового взноса (его части) в целом по договору страхования складывается из страховых взносов (их частей) по всем принятым на страхование событиям (рискам), определенным Сторонами в договоре страхования.

7.3. При заключении договора страхования с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем общий размер страхового взноса (его части) определяется путем суммирования страховых взносов (их частей), установленных в отношении каждого Застрахованного лица.

7.4. Страховой взнос (его часть) определяется в валюте страховой суммы.

При установлении в договоре страхования страховой суммы (лимита ответственности) в иностранной валюте страховой взнос (его часть) уплачивается в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы (лимита ответственности), установленному Национальным банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса (его части).

7.5. Страховой взнос (его часть) уплачивается Страхователем одновременно либо по соглашению Страховщика и Страхователя в рассрочку (ежегодно, ежеквартально, ежемесячно).

Порядок и сроки уплаты страхового взноса (его части) устанавливаются в договоре страхования по соглашению Сторон.

Единовременный страховой взнос либо первая часть страхового взноса (при уплате в рассрочку) уплачивается Страхователем при заключении договора страхования либо в срок, указанный в договоре страхования, но не позднее 30 (тридцати) календарных дней, следующих за днем заключения договора страхования.

При уплате в рассрочку очередная часть страхового взноса уплачивается Страхователем в соответствии с установленной в договоре страхования периодичностью не позднее последнего дня оплаченного периода (года, квартала, месяца).

7.6. С согласия Страховщика уплата очередных частей страхового взноса может осуществляться досрочно (т.е. на несколько месяцев или лет вперед). Согласие Страховщика может быть выражено путем размещения на официальном сайте Страховщика информации о порядке и условиях уплаты и принятия очередных частей страхового взноса досрочно (публичная оферта) или согласования письменного или в электронной форме заявления Страхователя об уплате очередных частей страхового взноса досрочно.

В случае согласия Страховщика принять досрочно очередные части страховых взносов, досрочно поступившие очередные части страховых взносов учитываются Страховщиком в валюте договора и относятся на соответствующий договор страхования в суммах и сроки, установленные в договоре страхования для соответствующих очередных платежей.

При недостижении согласия о порядке и условиях уплаты очередных частей страховых взносов досрочно Страховщик вправе вернуть излишне уплаченные денежные средства (в той же валюте, в которой они были получены) на текущий (расчетный) банковский счет плательщика (Страхователя) или оставить на счете «Расчеты с прочими дебиторами и кредиторами» до выяснения в той валюте, в которой они поступили, с отнесением на договор страхования в размерах и сроки, предусмотренных для уплаты очередных частей страховых взносов (по курсам, которые будут действовать в соответствующие даты месяца и года – для эквивалентных договоров страхования). Страховщик вправе предложить иные порядок и условия принятия (непринятия) очередных частей страховых взносов досрочно, разместив их на официальном сайте Страховщика.

7.7. По договору страхования страховой взнос (его часть) уплачивается в безналичном порядке. Страховой взнос (его часть) считается уплаченным в случае поступления на текущий (расчетный) банковский счет Страховщика (его представителя) и принятия его Страховщиком к учету (отнесения на договор страхования).

Страховой взнос (его часть), поступивший на текущий (расчетный) банковский счет Страховщика (его представителя) за соответствующий период страхования в неполном размере, установленном договором страхования, считается неуплаченным Страхователем.

7.8. В случае просрочки уплаты очередной части страхового взноса Страховщик в течение 10 (десяти) календарных дней с момента ее наступления уведомляет Страхователя о наличии задолженности по уплате очередной части страхового взноса одним из возможных способов: по факсу, по электронной почте, указанным в договоре страхования; по почте, курьером (наличным, через страхового посредника) по указанному в договоре страхования адресу; с использованием мессенджеров, телефонов (в том числе СМС и USSD-запросов) по указанным в договоре страхования номерам; путем размещения в личном кабинете Страхователя на официальном сайте Страховщика, в иных системах дистанционного обслуживания.

При этом в случае неуплаты очередной части страхового взноса в установленные договором страхования сроки и размере Страховщик предоставляет Страхователю отсрочку, предусматривающую возможность уплатить просроченную очередную часть страхового взноса в течение 2 (двух) месяцев со дня, следующего за последним днем срока уплаты очередной части страхового взноса, указанного в договоре страхования. Обязательства Сторон по договору страхования в течение периода отсрочки не изменяются.

При выполнении Страхователем обязательства по уплате очередной части страхового взноса в течение предоставленного периода отсрочки, предусмотренного частью второй настоящего пункта, условия страхования и порядок исполнения обязательств Сторонами остаются прежними.

7.9. По соглашению Сторон обязательство Страхователя по уплате очередной части страхового взноса может быть прекращено зачетом обязательства Страховщика по начислению и выплате страхового бонуса посредством уменьшения начисленного страхового бонуса, указанного на именном лицевом счете, на сумму очередной части страхового взноса.

7.10. В случае неуплаты Страхователем просроченной очередной части страхового взноса по истечении предоставленного в соответствии с частью второй пункта 7.8 настоящих Правил двухмесячного периода отсрочки Страховщик вправе:

7.10.1. произвести редукцию страховой суммы (лимита ответственности) и в течение 10 (десяти) календарных дней направить Страхователю письменное уведомление об этом.

При редукции страховой суммы (лимита ответственности) договор страхования действует до окончания срока страхования в уменьшенной страховой сумме (лимите ответственности), рассчитанной исходя из размера фактически уплаченных Страхователем страховых взносов, приходящихся на риск «достижение возраста Застрахованным лицом». При этом страхование иных рисков («смерть Застрахованного лица», дополнительных рисков) при их наличии в договоре страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем осуществления редукции.

Редукция страховой суммы (лимита ответственности) производится, если такая возможность предусмотрена в договоре страхования, и не требует дополнительного акцепта со стороны Страхователя.

После редукции страховой суммы (лимита ответственности) и до наступления страхового случая по договору страхования Страхователь по соглашению со Страховщиком вправе восстановить уплату страхового взноса по договору страхования;

либо
7.10.2. прекратить страхование с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания оплаченного периода, и в течение 10 (десяти) календарных дней направить Страхователю письменное уведомление об этом.

О наступлении обстоятельств, предусмотренных подпунктами 7.10.1-7.10.2 настоящего пункта, Страховщик вправе также уведомить Страхователя одним из возможных способов, указанных в части первой пункта 7.8 настоящих Правил.

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

7.12. Страховщик вправе по договорам страхования на основании письменного заявления Страхователя предоставить дополнительную отсрочку по уплате очередной части страхового взноса.

Дополнительная отсрочка может быть предоставлена Страховщиком (с учетом соблюдения в совокупности всех условий) по договору страхования:

- включаемому событию «достижение возраста Застрахованным лицом», а также событие «смерть Застрахованного лица» и (или) 1 (один) или несколько дополнительных событий, указанных в пункте 4.2 настоящих Правил;
- срок страхования по которому составляет не менее 3 (трех) лет;
- если истекший срок страхования составляет не менее 1 (одного) года;
- если задолженность по уплате очередной части страхового взноса отсутствует.

Дополнительная отсрочка может быть предоставлена по договорам страхования, предусматривающим ежемесячную, ежеквартальную уплату очередных частей страхового взноса, на срок от 2 (двух) до 6 (шести) месяцев включительно, а по договорам страхования, предусматривающим ежегодную уплату очередных частей страхового взноса, на срок до 12 (двенадцати) месяцев включительно со дня, следующего за последним днем срока уплаты очередной части страхового взноса, определенной в

договоре страхования. При этом срок от даты окончания периода дополнительной отсрочки до окончания срока страхования должен составлять не менее 1 (одного) года. После предоставления дополнительной отсрочки изменение ее периода не допускается.

На период предоставления дополнительной отсрочки Страхователь освобождается от уплаты очередных частей страхового взноса по страховому случаю «достижение возраста Застрахованным лицом» и одновременно уплачивает страховой взнос за предоставленный период дополнительной отсрочки по другим принятым на страхование событиям.

Страховщик производит перерасчет лимита ответственности по риску «достижение возраста Застрахованным лицом» исходя из размера фактически уплаченных Страхователем страховых взносов по данному риску и срока страхования. При этом лимиты ответственности по страховому случаю «смерть Застрахованного лица», дополнительным страховым случаям не изменяются.

Предоставление дополнительной отсрочки оформляется путем заключения Сторонами договора о внесении изменений в условия страхования, изложенные в договоре страхования (далее – договор о внесении изменений в договор страхования), в котором указываются условия и сроки ее предоставления.

В случае невозобновления Страхователем уплаты очередной части страхового взноса по окончании предоставленного периода дополнительной отсрочки договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания оплаченного периода, о чем Страховщик в течение 10 (десяти) календарных дней направляет Страхователю письменное уведомление. О наступлении указанного в настоящей части обстоятельства Страховщик вправе также уведомить Страхователя одним из возможных способов, указанных в части первой пункта 7.8 настоящих Правил.

ГЛАВА 8 ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования заключается в письменной форме на условиях настоящих Правил, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования.

Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя (по форме, утвержденной Страховщиком). Письменное заявление Страхователя о заключении договора страхования (в том числе имеющийся к нему приложения) является неотъемлемой частью договора.

Договор страхования может быть заключен путем составления одного текстового документа, включая документ в электронном виде (в том числе электронный документ), или путем обмена текстовыми документами, включая документ в электронном виде (в том числе электронный документ), которые подписаны Сторонами собственноручно либо с использованием средств связи и иных технических средств, компьютерных программ, информационных систем или информационных сетей, если такой способ подписания позволяет достоверно установить, что соответствующий текстовый документ подписан Сторонами по договору (факсимильное воспроизведение собственноручной подписи с помощью средств механического или другого копирования, электронная цифровая подпись или иной аналог собственноручной подписи, обеспечивающий идентификацию Стороны по договору) и не противоречит законодательству и соглашению Сторон.

Письменная форма договора страхования считается соблюденной, если письменное Предложение Страховщика заключить договор страхования путем направления текстового документа, включая документ в электронном виде (в том числе электронный документ), принято Страхователем путем уплаты страхового взноса (его первой части) в срок, установленный в Предложении, если иное не предусмотрено законодательством или не указано в Предложении.

Договор страхования может заключаться в письменной форме способами, предусмотренными законодательством Республики Беларусь, электронном виде через интернет-сайты и (или) мобильные приложения:

Страховщика;
организации, заключающей договор страхования от имени Страховщика и имеющей право в соответствии с законодательством о предотвращении легализации доходов, полученных преступным путем, финансирования террористической деятельности и финансирования распространения оружия массового поражения проводить идентификацию обратившихся к ней Страхователей (Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей), их представителей без личного присутствия указанных лиц;
организации, заключающей договор страхования от имени Страховщика, при условии обеспечения Страховщиком в случаях, предусмотренных законодательством о предотвращении легализации доходов, полученных преступным путем, финансирования террористической деятельности и финансирования распространения оружия массового поражения, идентификации обратившихся к организации, заключающей договор страхования от имени Страховщика, Страхователь (Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей), их представителей.

8.2. К договору страхования должны быть приложены Правила страхования. Приложение к договору Правил страхования должно удостоверяться записью в этом договоре страхования. При заключении договора страхования через официальный сайт Страховщика или организации, указанной в части пятой пункта 8.1 настоящих Правил, Правила страхования прилагаются к договору в электронном виде.

8.3. Договор страхования считается заключенным, если между Страховщиком и Страхователем в письменной форме достигнуто соглашение по всем существенным условиям договора.

Существенными являются условия о предмете договора, условия, которые названы в законодательстве как существенные, необходимые или обязательные для договоров добровольного страхования, условия настоящих Правил, а также все те, относительно которых по заявлению Страхователя должно быть достигнуто соглашение.

При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком, кроме существенных условий договора страхования, установленных законодательством, должно быть достигнуто соглашение о валюте страхования, сроке страхования (в том числе его начале и окончании), размерах нормы доходности и нагрузки, входящих в состав базовых страховых тарифов по страховым случаям.

8.4. При заключении договора страхования с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем между Страховщиком и Страхователем, кроме существенных условий, предусмотренных законодательством, должно быть достигнуто соглашение о Застрахованных лицах, перечне страховых случаев, размерах страховой суммы и лимитах ответственности, сумме страхового взноса, сроке страхования (в том числе его начале и окончании) непосредственно по каждому Застрахованному лицу, о порядке изменения страховой суммы (лимита ответственности) по страховому случаю «достижение возраста Застрахованным лицом» (в случае принятия данного риска на страхование) в отношении Застрахованного лица в последний год срока страхования.

В заявлении помимо условий, предусмотренных настоящими Правилами, Страхователь указывает: вид экономической деятельности, при осуществлении которого юридическое лицо вправе заключить договор страхования;

дату и номер согласия собственника.

Заявления о заключении договоров страхования подаются Страховщику с приложением документа, подтверждающего согласие собственника.

При отсутствии документа, подтверждающего согласие собственника, договоры страхования не заключаются.

При изменении Страхователем вида экономической деятельности, включенного в перечень видов экономической деятельности, при осуществлении которых юридические лица вправе заключать договоры страхования в пользу работников, на вид экономической деятельности, не включенный в этот перечень, договор страхования подлежит досрочному прекращению (расторжению).

Страховщик на основании представленных Страхователем сведений в отношении работников, подлежащих страхованию, составляет список Застрахованных лиц (по форме, утвержденной Страховщиком) (далее – Список), являющийся неотъемлемой частью заявления о заключении договора страхования, в том числе договора.

В Списке указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), актуальные данные документа, удостоверяющего личность, и иные контактные данные Застрахованного лица, страховая сумма и лимиты ответственности, страховой взнос, срок страхования (в том числе его начало и окончание), перечень страховых случаев непосредственно по каждому Застрахованному лицу.

Указанный Список подписывается Сторонами (руководителем юридического лица или уполномоченным им должностным лицом, индивидуальным предпринимателем) и заверяется оттиском печати (при наличии). Список составляется в 2 (двух) экземплярах, один из которых остается у Страховщика, второй - у Страхователя.

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

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования или в письменном заявлении Страхователя.

Сообщение Страхователем обстоятельств, имеющих существенное значение для оценки страхового риска, может производиться путем заполнения и подписания Страхователем (Застрахованным лицом) соответствующих анкет (по форме, утвержденной Страховщиком).

Ответственность за достоверность и подлинность предоставленных Страховщику сведений несет Страхователь (Застрахованное лицо).

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

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в части первой настоящего пункта, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 180 ГК Республики Беларусь.

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

8.6. После заключения договора страхования Страховщик открывает на каждое Застрахованное лицо именной лицевой счет, на котором отражаются сведения, установленные законодательством, а также другие сведения, определенные Страховщиком и необходимые для ведения именного лицевого счета и назначения страховых выплат.

8.7. Экземпляр договора страхования с приложением к нему Правил страхования вручается (направляется) Страхователю в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня поступления страхового взноса (его первой части) на текущий (расчетный) банковский счет Страховщика (его представителя).

8.8. В случае утраты договора страхования Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает копию договора страхования.

8.9. Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования без объяснения причин (статья 391 ГК Республики Беларусь).

ГЛАВА 9 СРОК СТРАХОВАНИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПЕРИОД ОХЛАЖДЕНИЯ. ПОРЯДОК ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ТЕРРИТОРИЯ ЕГО ДЕЙСТВИЯ

9.1. Срок страхования устанавливается по соглашению Сторон. Если Страхователем является физическое лицо, то срок страхования может составлять от 1 (одного) года до 20 (двадцати) лет включительно. Если Страхователем является юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, то срок страхования может составлять от 3 (трёх) лет до 20 (двадцати) лет включительно.

Срок страхования, его начало и окончание указываются в договоре страхования.

При заключении договора страхования с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем срок страхования, его начало и окончание для каждого Застрахованного лица указываются в Списке.

Срок страхования, как правило, устанавливается в целом количестве лет (количество месяцев, кратном 12 (двенадцати)). При установлении срока страхования в нецелом количестве лет для определения страхового тарифа используются корректировочные коэффициенты, утвержденные локальными правовыми актами Страховщика.

9.2. При заключении договора страхования со Страхователем – физическим лицом устанавливается период охлаждения, за исключением случая, когда Страхователь, являющийся физическим лицом, отказался в письменном виде от включения в договор страхования условия о периоде охлаждения.

Срок периода охлаждения устанавливается в договоре страхования и составляет 5 (пять) календарных дней со дня заключения договора независимо от момента уплаты страхового взноса по нему.

9.3. Действие страхования начинается с 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования как дата начала срока страхования (но не ранее дня вступления договора страхования в силу), и заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в договоре страхования как дата окончания срока страхования.

9.4. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страхового взноса (его первой части) на текущий (расчетный) банковский счет Страховщика (его представителя), либо с 00 часов 00 минут любого указанного в договоре страхования дня в течение 30 (тридцати) календарных дней, следующих за днем уплаты страхового взноса (его первой части) на текущий (расчетный) банковский счет Страховщика (его представителя).

Днем уплаты страхового взноса (его части) считается день списания денежных средств с текущего (расчетного) банковского счета Страхователя, а при уплате его с использованием банковских пластиковых карточек, через автоматизированные платежные системы, а также при внесении денежных средств непосредственно в кассы банков с последующим их зачислением на текущий (расчетный) банковский счет Страховщика – день совершения операции по приему страхового взноса (его части) от Страхователя для последующего перечисления Страховщику.

Истечение срока страхования, установленного в договоре страхования в соответствии с настоящими Правилами, не прекращает обязательства Сторон по этому договору страхования.

Договор страхования прекращается со дня выполнения Сторонами своих обязательств по договору страхования в полном объеме.

Срок действия договора страхования не может быть менее 1 (одного) года.

9.5. Действие договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил, распространяется на страховые случаи, произошедшие на территории Республики Беларусь и за ее пределами.

ГЛАВА 10 ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страхователь имеет право:

10.1.1. проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования;

10.1.2. получать информацию о Страховщике, за исключением информации, являющейся коммерческой тайной;

10.1.3. получить копию договора страхования в соответствии с пунктом 8.8 настоящих Правил;

10.1.4. по соглашению со Страховщиком уплачивать очередные части страхового взноса досрочно;

10.1.5. досрочно прекратить (расторгнуть) договор страхования в случаях, предусмотренных законодательством и главой 17 настоящих Правил;

10.1.6. требовать соблюдения Страховщиком условий законодательства, настоящих Правил и договора страхования;

10.1.7. по соглашению со Страховщиком изменять условия страхования в порядке и случаях, предусмотренных главой 12 настоящих Правил;

10.1.8. в течение периода охлаждения, составляющего 5 (пять) календарных дней со дня заключения договора страхования, отказаться от договора (подпункт 17.1.12 пункта 17.1 настоящих Правил) и получить уплаченный страховой взнос полностью при условии отсутствия в данном периоде события, которое впоследствии может быть признано страховым случаем по договору страхования. Страхователь вправе отказаться в письменном виде от включения в договор страхования условия о периоде охлаждения.

Права, указанные в настоящем подпункте, имеет только Страхователь, являющийся физическим лицом;

10.1.9. на иные права, предусмотренные законодательством, настоящими Правилами и договором страхования.

10.2. Страхователь обязан:

10.2.1. уплачивать страховые взносы (их части) в размере, сроки и порядке, установленные договором страхования;

10.2.2. при заключении договора страхования сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику, в том числе полные и достоверные сведения (информацию), необходимые в соответствии с законодательством для заключения, изменения, исполнения, прекращения (расторжения) договора страхования;

10.2.3. в период действия договора страхования в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, когда Страхователю стало об этом известно, сообщать Страховщику о ставших ему известными

значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

10.2.4. ознакомить Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) с настоящими Правилами и договором страхования, а также предоставлять им информацию об изменении условий страхования в период действия договора страхования;

10.2.5. в случае изменения данных документа, удостоверяющего личность, контактных (адрес местонахождения, номер телефона, адрес электронной почты) или иных данных, в том числе данных Застрахованных лиц, письменно уведомлять об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты их изменения;

10.2.6. предоставлять Страховщику все необходимые сведения по Застрахованным лицам, сообщать обо всех изменениях в Списках Застрахованных лиц в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты их изменения;

10.2.7. по запросу Страховщика предоставлять информацию, необходимую для целей идентификации и анкетирования в рамках законодательства по предотвращению легализации доходов, полученных незаконным путем, финансирования террористической деятельности и финансирования распространения оружия массового поражения;

10.2.8. для возврата денежных средств в случае досрочного прекращения (расторжения) договора страхования предоставить Страховщику заявление с указанием необходимых сведений, предусмотренных пунктом 18.6 настоящих Правил, и при необходимости по требованию Страховщика подтвердить (путем предоставления выписки с текущего (расчетного) банковского счета и т.п.) принадлежность указанных в заявлении на возврат денежных средств платежных реквизитов надлежащему получателю.

Заявление может быть предоставлено иным лицом, имеющим право на получение указанных денежных средств;

10.2.9. сообщить Страховщику (по его требованию) все известные ему сведения, связанные с обстоятельствами и причинами наступления смерти Застрахованного лица;

10.2.10. совершать иные действия, предусмотренные законодательством, настоящими Правилами и договором страхования.

10.3. Страховщик обязан:

10.3.1. при заключении договора страхования ознакомить Страхователя с Правилами страхования;

10.3.2. оформить и вручить Страхователю договор страхования с приложением к нему Правил страхования в установленные пунктом 8.7 настоящих Правил сроки;

10.3.3. в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения письменного заявления Страхователя о внесении изменений в договор страхования и достижения согласия Сторон о внесении изменений подготовить проект договора о внесении соответствующих изменений в договор страхования;

10.3.4. при наступлении страхового случая после получения всех необходимых документов произвести выплату страхового обеспечения в установленном пунктом 15.8 настоящих Правил срок;

10.3.5. в случае принятия решения об отказе в выплате страхового обеспечения в сроки, установленные пунктом 15.7 настоящих Правил, письменно с обоснованием причин отказа направить соответствующую информацию Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю);

10.3.6. в случае досрочного прекращения (расторжения) договора страхования по основаниям, предусмотренным главой 17 настоящих Правил, произвести выплату денежных средств в соответствии с главой 18 настоящих Правил;

10.3.7. соблюдать конфиденциальность в отношениях со Страхователем;

10.3.8. не разглашать тайну сведений о страховании, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

10.3.9. вести персональный учет Застрахованных лиц, для чего на каждое Застрахованное лицо открыть именную лицевой счет и отражать на нем суммы уплаченных страховых взносов, начисление инвестиционных доходов (нормы доходности, страхового бонуса), суммы произведенных страховых выплат, а также иные сведения в соответствии с законодательством;

10.3.10. размещать на своем официальном сайте и по письменному запросу Страхователя сообщать информацию по именному лицевому счету Застрахованного лица. Указанная информация за отчетный год предоставляется по письменному запросу Страхователя не ранее 01 февраля года, следующего за отчетным;

10.3.11. в случае изменения адреса места нахождения и (или) реквизитов уведомить об этом Страхователя в течение 7 (семи) календарных дней с даты их изменения путем размещения актуальных данных на официальном сайте Страховщика;

10.3.12. совершать иные действия, предусмотренные законодательством, настоящими Правилами и договором страхования.

10.4. Страховщик имеет право:

10.4.1. запрашивать у Страхователя информацию, имеющую значение для определения степени риска и размера страхового тарифа, а также установления факта страхового случая и расчета размера страховых выплат;

10.4.2. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем требований и условий договора страхования;

10.4.3. при заключении договора страхования, изменении условий договора страхования потребовать от Страхователя предоставить справку организации здравоохранения о состоянии здоровья лица, подлежащего страхованию либо события (риски) жизни (здоровья) которого уже застрахованы Страховщиком.

При этом на момент предоставления Страховщику срок давности указанной справки не должен превышать 30 (тридцати) календарных дней с даты ее выдачи;

10.4.4. при необходимости направлять на обследование лицо, подлежащее страхованию, а также Застрахованное лицо для оценки фактического состояния его здоровья;

10.4.5. по результатам рассмотрения заявления, анкеты Страхователя, справок, предоставленных из организаций здравоохранения, иных документов лица, подлежащего страхованию, Застрахованного лица, а также в случае непредоставления указанных документов:

- отказать в принятии на страхование риска(ов) в отношении лица, подлежащего страхованию;

- отказать в изменении условий договора страхования в отношении Застрахованного лица;

- применить утвержденные локальными правовыми актами Страховщика соответствующие корректировочные коэффициенты к базовому страховому тарифу;

10.4.6. для принятия решения о выплате страхового обеспечения при необходимости привлечь врача-эксперта, организацию здравоохранения и (или) иную компетентную организацию за счет Страховщика для вынесения медицинского заключения, запрашивать и получать информацию с места работы, учебы и т.д., документы и сведения от компетентных органов и должностных лиц об обстоятельствах наступления страхового случая;

10.4.7. отложить составление Акта о страховом случае и выплате страхового обеспечения (далее – Акт о страховом случае) в случаях, когда в связи с событием, которое может быть признано страховым случаем:

- Страховщику не представлены все необходимые документы, предусмотренные пунктами 15.2-15.4 настоящих Правил – до их предоставления;

- предоставленные документы содержат противоречивые сведения об обстоятельствах события и у Страховщика имеются обоснованные сомнения в самом факте наступления страхового случая – до тех пор, пока не будут установлены все обстоятельства события;

- у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности предоставленных документов, подтверждающих наступление страхового случая (в частности, порядке оформления, регистрации документов, подлинности печатей, подписей на документах, наличии незавершенных исправлений и т.п.) – до подтверждения подлинности документов;

- возбуждено уголовное дело по факту насильственной смерти Застрахованного лица – до вынесения приговора судом или прекращения производства по делу;

- по факту противоправных действий Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) проводится дознание, предварительное следствие, возбуждено уголовное дело – до прекращения дознания, предварительного следствия, производства по делу или до вынесения приговора судом;

10.4.8. отложить возврат денежных средств, предусмотренных главой 18 настоящих Правил, в случаях:

- непредоставления Страховщику всех необходимых документов, предусмотренных пунктом 18.6 настоящих Правил – до их предоставления;

- наличия у Страховщика мотивированных сомнений в подлинности предоставленных для возврата денежных средств документов (в частности, подлинности подписей, принадлежности надлежащему получателю текущих (расчетных) банковских счетов, реквизиты которых указаны для перечисления; отсутствии подтверждения, что заявление подписано собственноручно в присутствии представителя

Страховщика, если это может повлиять на выплаты надлежащему получателю и др.) – до подтверждения подлинности документов;

- возбуждения уголовного дела по факту насильственной смерти Застрахованного лица – до вынесения приговора судом или прекращения производства по делу;

- возбуждения уголовного дела по факту противоправных действий Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) (например, мошенничества при страховании) или подачи Страховщиком заявления в правоохранительные органы – до получения Страховщиком отказа в возбуждении уголовного дела либо в случае возбуждения уголовного дела – до вынесения приговора судом или прекращения производства по делу;

- обращения Страховщика в суд для решения вопроса о признании договора страхования недействительным или его расторжении (прекращении) – до вынесения решения судом;

10.4.9. при определении размера подлежащего выплате страхового обеспечения зачесть сумму просроченной очередной части страхового взноса;

10.4.10. потребовать изменения условий страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска при получении уведомления от Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) или из других источников об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;

10.4.11. потребовать прекращения (расторжения) договора страхования и возмещения убытков, причиненных прекращением (расторжением) договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 ГК Республики Беларусь, в случае если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса.

Страховщик не вправе требовать прекращения (расторжения) договора страхования по страховому случаю «смерть Застрахованного лица» и дополнительным страховым случаям, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали;

10.4.12. требовать от Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) при предъявлении им требований о выплате страхового обеспечения выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им;

10.4.13. на иные права, предусмотренные законодательством, настоящими Правилами и договором страхования.

10.5. Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель):

10.5.1. при наступлении страхового случая имеет право требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по договору страхования, заключенному в его пользу;

10.5.2. при предъявлении требования о выплате страхового обеспечения обязано выполнять обязанности по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им;

10.5.3. для получения страхового обеспечения предоставить Страховщику документы в порядке и объеме, установленных пунктами 15.2-15.4 настоящих Правил;

10.5.4. для возврата денежных средств в случае досрочного прекращения (расторжения) договора страхования предоставить Страховщику заявление с указанием необходимых сведений, предусмотренных пунктом 18.6 настоящих Правил;

10.5.5. при необходимости по требованию Страховщика подтвердить (путем предоставления выписки с текущего (расчетного) банковского счета и т.п.) принадлежность указанных в заявлении на выплату страхового обеспечения (возврат денежных средств) платежных реквизитов надлежащему получателю;

10.5.6. имеет права и обязано совершать иные действия, предусмотренные законодательством, настоящими Правилами и договором страхования.

**ГЛАВА 11
ИЗВЕЩЕНИЯ. ОБМЕН ТЕКСТОВЫМИ ДОКУМЕНТАМИ**

11.1. Все соглашения, извещения, подтверждения, заявления и объяснения, относящиеся к договору страхования, должны быть выполнены в письменной форме, за исключением случаев, предусмотренных законодательством и (или) настоящими Правилами.

11.2. Текстовые документы (заявления, запросы, объяснения и др.), поступающие в адрес Страховщика от Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) или их представителей, должны быть собственноручно подписаны Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) или их представителями.

Текстовые документы (заявления, соглашения, уведомления и др.), служащие основаниями для проведения страховых выплат, возврата денежных средств, изменения условий страхования, должны быть собственноручно подписаны Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) или их представителями.

Датой получения Страховщиком документов, указанных в частях первой-второй настоящего пункта и пунктах 15.2-15.4 настоящих Правил, считается дата регистрации таких документов как входящей документации Страховщика.

11.3. Текстовые документы, относящиеся к договору страхования и направленные в адрес Страховщика, должны быть составлены на русском или белорусском языке либо иметь нотариально заверенный перевод на русский или белорусский язык.

11.4. Документы (заявления, запросы, сообщения, соглашения и др.), относящиеся к договору страхования и исходящие от Страховщика, отправляются Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) или их представителям одним из способов: по факсу, по электронной почте, указанным в договоре страхования; по почте, курьером (наличным, через страхового посредника) по указанному в договоре страхования адресу; с использованием мессенджеров, телефонов (в том числе СМС и USSD-запросов) по указанным в договоре страхования номерам; путем размещения на официальном сайте Страховщика, в личном кабинете Страхователя на официальном сайте Страховщика, в иных системах дистанционного обслуживания.

11.5. Обязанность Страховщика по направлению Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) или их представителям текстовых документов или информации считается исполненной с момента регистрации таких документов (информации) как исходящей документации Страховщика (если такая регистрация предусмотрена локальными правовыми актами Страховщика) и отправления их адресу по почте, в том числе электронной, факсу или доставки наличным (курьерской службой, страховым посредником, иным лицом), а в случае использования мессенджеров (Viber и др.), телефона или размещения на официальном сайте, в личном кабинете Страхователя на официальном сайте Страховщика, в системах дистанционного обслуживания – с момента отправки сообщения в мессенджер, телефоне, размещения на официальном сайте Страховщика, в личном кабинете Страхователя на официальном сайте Страховщика, в иных системах дистанционного обслуживания.

11.6. Вся корреспонденция, связанная с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) договора страхования, направляется по адресам, которые указаны в договоре страхования. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой Стороны, то вся корреспонденция, направленная по адресу, указанному в договоре страхования (в том числе по электронному адресу, номеру телефона, указанному в договоре страхования), будет считаться надлежащим образом отправленной.

11.7. Страховщик вправе изменить способ извещения Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), их представителей, направив им уведомление одним из доступных способов коммуникаций, предусмотренных договором страхования: по почте, в том числе электронной, по телефону (в том числе СМС и USSD-запросов), факсу, с использованием мессенджеров, разместив информацию на официальном сайте, в личном кабинете Страхователя на официальном сайте Страховщика, в иных системах дистанционного обслуживания.

Предложенный Страховщиком способ извещения считается принятым, если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель), их представители не направили Страховщику в течение 30 (тридцати) календарных дней уведомление об отсутствии у них технической возможности использовать предложенный Страховщиком способ извещения.

**ГЛАВА 12
ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

12.1. Внесение изменений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, совершается по соглашению Сторон, за исключением случаев, предусмотренных законодательством, путем заключения договора о внесении изменений в договор страхования, в той же форме, в которой был заключен договор страхования, если иное не установлено соглашением Сторон, с указанием даты его заключения,

вступления в силу, который является неотъемлемой частью договора страхования, в условия которого внесены изменения.

При наличии оснований единовременный дополнительный страховой взнос или первая часть дополнительного страхового взноса (при уплате в рассрочку) уплачивается Страхователем при заключении договора о внесении изменений в договор страхования. Очередные части дополнительного страхового взноса уплачиваются в порядке и сроки, установленные договором о внесении изменений в договор страхования с учетом порядка, предусмотренного пунктом 7.5 настоящих Правил.

Внесенные в договор страхования изменения вступают в силу с 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре о внесении изменений в договор страхования, но не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты дополнительного страхового взноса (его первой части) на текущий (расчетный) банковский счет Страховщика (его представителя), либо с 00 часов 00 минут любого указанного в договоре о внесении изменений в договор страхования дня в течение 30 (тридцати) календарных дней, следующих за днем уплаты дополнительного страхового взноса (его первой части) на текущий (расчетный) банковский счет Страховщика (его представителя).

Договор о внесении изменений в договор страхования заключается в порядке, определенном пунктом 8.1 настоящих Правил, и вручается (направляется) Страхователю в сроки, указанные в пункте 8.7 настоящих Правил.

12.2. В период действия договора страхования Страхователь обязан в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента, когда ему стало об этом известно, сообщить 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 в обстоятельствах, оговоренных в договоре страхования, заявлениях, анкетах.

12.3. В течение срока страхования Страхователь вправе до наступления любого страхового случая заметить:

12.3.1. Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика;

12.3.2. Выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Замена Выгодоприобретателя по договору страхования, 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 страховой выплате.

12.4. Страхователь вправе по согласованию со Страховщиком в течение срока страхования изменить:

12.4.1. перечень страховых случаев, предусмотренный в договоре страхования. При этом исключение дополнительного страхового случая возможно только до наступления исключаемого страхового случая;

12.4.2. страховую сумму (лимит ответственности), страховой взнос по страховому случаю «достижение возраста Застрахованным лицом» – вне зависимости от наступления иных страховых случаев.

При этом по договору страхования, заключенному с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, страховая сумма (лимит ответственности) по страховому случаю «достижение возраста Застрахованным лицом» в отношении Застрахованного лица в течение последнего года срока страхования может быть увеличена с учетом положений, предусмотренных частями второй-третьей настоящего пункта, а также при соблюдении следующих условий:

очередная часть страхового взноса в течение оставшегося срока страхования не может превышать сумму последней оплаченной части страхового взноса, проиндексированной с применением индекса потребительских цен, исчисленного нарастающим итогом за последние 12 (двенадцать) месяцев, предшествующих месяцу увеличения очередной части страхового взноса;

если сумма последней уплаченной части страхового взноса меньше суммы очередной части страхового взноса, установленной в договоре страхования при его заключении, то очередная часть страхового взноса в течение оставшегося срока страхования не может превышать сумму очередной части страхового взноса, установленной в договоре страхования при его заключении, проиндексированной с применением индекса потребительских цен, исчисленного нарастающим итогом за последние 12 (двенадцать) месяцев, предшествующих месяцу увеличения очередной части страхового взноса.

Указанные в части второй настоящего подпункта ограничения не распространяются на страховые суммы (лимиты ответственности) по страховому случаю «достижение возраста Застрахованным лицом», выраженные в иностранной валюте, и увеличение размера страхового взноса, подлежащего уплате, обусловленное изменением (ростом) иностранной валюты;

12.4.3. страховую сумму (лимит ответственности), страховой взнос по страховому случаю «смерть Застрахованного лица». Увеличение страховой суммы (лимита ответственности), страхового взноса производится только до наступления страхового случая «инвалидность Застрахованного лица», «инвалидность Застрахованного лица вследствие несчастного случая» (в случае принятия данных рисков на страхование);

12.4.4. лимиты ответственности, страховые взносы по дополнительным страховым случаям – до наступления соответствующего дополнительного страхового случая. Увеличение лимита ответственности по страховым случаям «инвалидность Застрахованного лица» и «инвалидность Застрахованного лица вследствие несчастного случая» допускается только до наступления страхового случая «вред здоровью Застрахованного лица» (в случае принятия данного риска на страхование);

12.4.5. периодичность уплаты страхового взноса в рассрочку на оставшийся срок страхования.

При этом изменение размера страховой суммы (лимита ответственности), страховых взносов может производиться не чаще 1 (одного) раза в 3 (три) месяца, но не ранее истечения 3 (трех) месяцев действия страхования (внесенных в договор страхования изменений).

Не допускается увеличение страховой суммы (лимита ответственности), страховых взносов, если до окончания срока действия страхования осталось менее 3 (трех) месяцев.

В случае изменения по принятиям на страхование рискам страховой суммы (лимита ответственности) в сторону уменьшения ее размер не может быть меньше размера страховой суммы (лимита ответственности), рассчитанного исходя из фактически уплаченного Страхователем страхового взноса.

При внесении по инициативе Страхователя изменений в договор страхования, касающихся изменения страховой суммы (лимита ответственности), страхового взноса, как правило, применяется норма доходности, действующая на дату внесения соответствующих изменений, если иное не установлено соглашением Сторон.

В случае изменения условий договора страхования, касающихся размера страховой суммы (лимита ответственности), страхового взноса, пересчет указанных в настоящей части стоимостных показателей осуществляется в соответствии с Приложением 3 к настоящим Правилам.

12.5. Для изменения условий страхования Страхователь направляет Страховщику письменное заявление об изменении условий договора страхования (по форме, утвержденной Страховщиком), а также при необходимости анкету (по форме, утвержденной Страховщиком). О намерении изменить договор страхования Страхователь сообщает Страховщику не менее чем за 15 (пятнадцать) календарных дней до даты предполагаемого изменения.

12.6. В течение срока действия договора страхования, заключенного с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, Страхователь вправе вносить изменения по количеству Застрахованных лиц (исключение работников из Списка).

При исключении из Списка Застрахованных лиц Страхователь предоставляет Страховщику заявление, содержащее необходимые сведения для внесения изменений в договор страхования с указанием исключаемого Застрахованного лица и платежные реквизиты Страхователя либо Застрахованного лица (в последнем случае только если исключение из Списка Застрахованных лиц происходит по причине увольнения Застрахованного лица) (например, наименование банка, текущий (расчетный) банковский счет и др.) (в зависимости от способа перечисления (перевода)), необходимые для возврата Страхователю (Застрахованному лицу) денежных средств (страховых взносов, уплаченных Страхователем за указанное исключаемое Застрахованное лицо, иных выплат) в размерах, определяемых в соответствии с пунктом 18.3 настоящих Правил. Страхование в отношении исключаемого Застрахованного лица досрочно прекращается с даты вступления в силу соответствующих изменений в договор страхования.

В случае изменения размеров страховых сумм (общих) или в отношении Застрахованных лиц, страховых взносов ((общих) или в отношении Застрахованных лиц) соответствующие изменения вносятся в договор страхования и Список. Изменение страховой суммы, страховых взносов в отношении каждого Застрахованного лица может быть произведено только в течение срока страхования данного Застрахованного лица и до наступления страхового случая не чаще 1 (одного) раза в 3 (три) месяца, но не ранее истечения 3 (трех) месяцев действия страхования (внесенных в договор страхования изменений). При этом не допускается увеличение страховой суммы, страховых взносов в отношении каждого Застрахованного лица, если до окончания срока действия страхования осталось менее 3 (трех) месяцев.

Страхование новых работников осуществляется путем заключения отдельного договора страхования.

ГЛАВА 13 ПЕРЕХОД ПРАВ И ОБЯЗАННОСТЕЙ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

13.1. По договору страхования права и обязанности Страхователя, являющегося физическим лицом, могут переходить только к Застрахованному лицу с его согласия и по соглашению со Страховщиком.

Если в период действия договора страхования Страхователь – физическое лицо признан судом недееспособным или ограниченным в дееспособности, права и обязанности такого Страхователя осуществляются опекуном или попечителем с их согласия.

В случае смерти Страхователя – физического лица, не являющегося Застрахованным лицом все права и обязанности Страхователя и Выгодоприобретателя, в случае если Выгодоприобретателем является Страхователь, по договору страхования могут переходить только к Застрахованному лицу с его согласия и по соглашению со Страховщиком.

Если Застрахованное лицо является недееспособным или ограниченным в дееспособности, то его права и обязанности по договору страхования осуществляются опекуном или попечителем с их согласия.

Переход прав и обязанностей Страхователя – физического лица по договору страхования осуществляется по сделке перемены лиц в обязательстве, оформленной соответствующим договором (соглашением) с письменного согласия Страховщика.

13.2. В случае реорганизации Страхователя – юридического лица в период действия договора страхования права и обязанности по договору страхования могут переходить с согласия Страховщика к его правопреемнику.

Права и обязанности Страхователя – юридического лица или индивидуального предпринимателя в период действия договора страхования могут переходить на Застрахованное лицо в случае его исключения из Списка по причине увольнения.

Переход прав и обязанностей Страхователя – юридического лица или индивидуального предпринимателя по договору страхования осуществляется по сделке перемены лиц в обязательстве, оформленной соответствующим договором (соглашением) с письменного согласия Страховщика.

13.3. В случае если Застрахованное лицо приняло обязательства Страхователя, являющегося физическим лицом, по договору страхования, в т.ч. по уплате страховых взносов, но не исполнило их в течение 2 (двух) месяцев со дня их принятия и не обратилось с заявлением к Страховщику об изменении страховой суммы, или не приняло указанные обязательства в течение 2 (двух) месяцев со дня прекращения уплаты страховых взносов Страхователем-физическим лицом и не обратилось с заявлением к Страховщику об изменении страховой суммы, то договор страхования в отношении Застрахованного лица прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем истечения двухмесячного срока.

Страховщик в соответствии с договором страхования, предусматривающим страховой случай «достижение возраста Застрахованным лицом», Страхователю или Застрахованному лицу производит возврат денежных средств:

- в течение первых 3 (трех) лет действия договора страхования – в размере страховых взносов, фактически уплаченных за страхование события «достижение возраста Застрахованным лицом», за вычетом расходов на ведение дела Страховщика по такому договору, но не более размера нагрузки, заложенного в расчет базового страхового тарифа в целом по договору страхования;

- по истечении 3 (трех) лет действия договора страхования – в размере страховых взносов, фактически уплаченных за страхование события «достижение возраста Застрахованным лицом» с учетом начисленной за период действия договора страхования совокупной доходности, включающей норму доходности и страховой бонус, за вычетом расходов на ведение дела Страховщика по такому договору, но не более размера нагрузки, заложенного в расчет базового страхового тарифа в целом по договору страхования.

13.4. В случае если Застрахованное лицо приняло обязательства Страхователя, являющегося юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, по договору страхования, в т.ч. по уплате страховых взносов, но не исполнило их в течение 2 (двух) месяцев со дня их принятия и не обратилось с заявлением к Страховщику об изменении страховой суммы, или не приняло указанные обязательства в течение 2 (двух) месяцев со дня прекращения уплаты страховых взносов Страхователем-юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем и не обратилось с заявлением к Страховщику об изменении страховой суммы, то договор страхования в отношении Застрахованного лица прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем истечения двухмесячного срока.

Страховщик в соответствии с договором страхования, предусматривающим страховой случай «достижение возраста Застрахованным лицом», Страхователю или Застрахованному лицу производит возврат денежных средств:

- в течение первых 3 (трех) лет действия договора страхования – в размере страховых взносов, фактически уплаченных в отношении указанного Застрахованного лица за страхование события «достижение возраста Застрахованным лицом», за вычетом расходов на ведение дела Страховщика по такому договору, но не более размера нагрузки, заложенного в расчет базового страхового тарифа;

- по истечении 3 (трех) лет действия договора страхования – в размере страховых взносов, фактически уплаченных в отношении указанного Застрахованного лица за страхование события «достижение возраста Застрахованным лицом», с учетом начисленной совокупной доходности, включающей норму доходности и страховой бонус, за вычетом расходов на ведение дела Страховщика по такому договору, но не более размера нагрузки, заложенного в расчет базового страхового тарифа.

13.5. Возврат страховых взносов, уплаченных Страхователем по страховому случаю «смерть Застрахованного лица» и всем дополнительным страховым случаям, принятым на страхование, в случаях, предусмотренных пунктами 13.3 и 13.4 настоящих Правил, осуществляется Страхователю или Застрахованному лицу в порядке, предусмотренном пунктом 18.1 настоящих Правил.

ГЛАВА 14 УВЕДОМЛЕНИЕ О НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

14.1. О наступлении событий, указанных в подпункте 4.1.2 пункта 4.1 и пункте 4.2 настоящих Правил, Страхователь обязан не позднее 60 (шестидесяти) календарных дней со дня, как ему стало известно об их наступлении, уведомить Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт уведомления.

Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления смерти Застрахованного лица может быть исполнена Выгодоприобретателем.

14.2. За выплатой страхового обеспечения лицо, имеющее право на его получение (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель), вправе обратиться в любое время со дня наступления страхового случая в пределах общего срока исковой давности, установленного законодательством.

ГЛАВА 15 ПОРЯДОК ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

15.1. Страховое обеспечение выплачивается после наступления страхового случая и предоставления Страховщику всех необходимых документов.

15.2. Для получения страхового обеспечения лицо, имеющее право на его получение (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель), наряду с заявлением о выплате страхового обеспечения (по форме, утвержденной Страховщиком), содержащем актуальные данные документа, удостоверяющего личность, адрес проживания и (или) платежные реквизиты получателя (например, наименование банка, текущий (расчетный) банковский счет и др.) для перечисления (перевода) причитающегося страхового обеспечения, документом, удостоверяющим личность лица, имеющего право на получение страхового обеспечения (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), договором страхования (его копией) (за исключением случая, предусмотренного пунктом 15.6 настоящих Правил), предоставляет Страховщику (его представителю) следующие документы (в зависимости от наступившего страхового случая):

15.2.1. при наступлении страхового случая «**достижение возраста Застрахованным лицом**» документы, помимо указанных в части первой настоящего пункта, не представляются.

При наступлении страхового случая «достижение возраста Застрахованным лицом» страховое обеспечение выплачивается в размере страховой суммы (лимита ответственности), определенной Сторонами в договоре страхования по страховому случаю. Дополнительно к сумме страхового обеспечения выплачивается начисленный страховой бонус;

15.2.2. при наступлении страхового случая «**смерть Застрахованного лица**»:

- свидетельство (справка) о смерти Застрахованного лица (копия с предъявлением оригинала либо нотариально заверенная копия);

- копия врачебного свидетельства о смерти Застрахованного лица или заключения патологоанатомической (судебно-медицинской) экспертизы о причинах смерти.

Если Выгодоприобретатель не был назначен, то выплата страхового обеспечения производится наследникам Застрахованного лица. Наследники Застрахованного лица в дополнение к вышеуказанным документам предоставляют свидетельство о праве на наследство (копия с предъявлением оригинала либо нотариально заверенная копия) либо справку, содержащую информацию о круге наследников.

Если Выгодоприобретатель был назначен и умер, не успев получить причитающуюся ему сумму страхового обеспечения, то выплата производится его наследникам. Наследники Выгодоприобретателя в дополнение к вышеуказанным документам предоставляют свидетельство (справку) о смерти Выгодоприобретателя (копия с предъявлением оригинала либо нотариально заверенная копия) и свидетельство о праве на наследство (копия с предъявлением оригинала либо нотариально заверенная копия) либо справку, содержащую информацию о круге наследников.

При наступлении страхового случая «смерть Застрахованного лица» страховое обеспечение выплачивается в размере страховой суммы (лимита ответственности), определенной Сторонами в договоре страхования по страховому случаю;

15.2.3. при наступлении страхового случая «**вред здоровью Застрахованного лица**»:

- официальные документы организации здравоохранения, оказавшей Застрахованному лицу первую медицинскую помощь, и (или) организации здравоохранения, лечившей его впоследствии, с указанием: даты и обстоятельств получения травмы;

- развернутого окончательного клинического диагноза и его шифра в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем со здоровьем десятого пересмотра (до 4-х символов), принятый 43-ей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (далее – МКБ-10);

- описания объема оказанной медицинской помощи;

- информации о прохождении проверки (освидетельствования) на предмет определения состояния алкогольного опьянения либо состояния, вызванного потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, а также результатах проверки (освидетельствования) в случае ее (его) проведения;

- срока лечения с датами обращений за его получением и кратким описанием;

- копию листа нетрудоспособности или справки о временной нетрудоспособности – для травм, сопровождающихся временной нетрудоспособностью.

Официальными документами организации здравоохранения являются листок нетрудоспособности, справка, выписка из медицинских документов, амбулаторной карты, истории болезни, эпикриз, выданные и удостоверенные в установленном порядке.

Виды травм, относящихся к страховому случаю «вред здоровью Застрахованного лица», и размер выплачиваемого по ним страхового обеспечения определяются в соответствии с Приложением 1 к настоящим Правилам.

Выплата страхового обеспечения при наступлении страхового случая «вред здоровью Застрахованного лица» производится по каждой из полученных травм, предусмотренных Приложением 1 к настоящим Правилам, не более 2 (двух) раз в течение 1 (одного) года действия страхования. При этом:

- если травмы, полученные в результате одного несчастного случая, захватывают несколько областей тела и имеют неоднородный характер поражения (например, черепно-мозговая травма тяжелой степени, внутримозговое кровоизлияние, множественные ушибы и ссадины головы и туловища), то выплата страхового обеспечения производится в размере, соответствующем наиболее тяжелой и (или) опасной для жизни травме в соответствии с Приложением 1 к настоящим Правилам;

- если травмы, полученные в результате одного несчастного случая, захватывают несколько областей тела и имеют однородный характер поражения (например, перелом плечевой кости и ребер), то выплата страхового обеспечения производится в размере, соответствующем разделу «Травмы, захватывающие несколько областей тела», предусмотренному Приложением 1 к настоящим Правилам;

15.2.4. при наступлении страхового случая «**инвалидность Застрахованного лица**»,

«**инвалидность Застрахованного лица вследствие несчастного случая**»:

- заключение МРЭК об установлении инвалидности Застрахованному лицу (копия с предъявлением оригинала или нотариально заверенная копия) либо удостоверение инвалида (копия с предъявлением оригинала);

- выписку из медицинских документов организации здравоохранения, направившей Застрахованное лицо на МРЭК, с указанием даты диагностирования заболевания (получения травмы), повлекшего(ей) ему установление инвалидности.

Размер страхового обеспечения, выплачиваемого по страховому случаю «инвалидность Застрахованного лица», «инвалидность Застрахованного лица вследствие несчастного случая», определяется в процентах от страховой суммы, установленной по этому страховому случаю:

- 100 % от страховой суммы (лимита ответственности) – при установлении I группы инвалидности;

- 75 % от страховой суммы (лимита ответственности) – при установлении II группы инвалидности;

- 50 % от страховой суммы (лимита ответственности) – при установлении III группы инвалидности.

При этом в случае установления группы инвалидности Застрахованному лицу выплата страхового обеспечения осуществляется за вычетом сумм страховых выплат, произведенных ранее в связи с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, послужившего причиной (одной из причин) установления группы инвалидности.

Если после страховой выплаты по этому страховому случаю Застрахованному лицу устанавливают более тяжелую группу инвалидности, последующая выплата страхового обеспечения производится за вычетом ранее выплаченной суммы страхового обеспечения по этому страховому случаю. При изменении установленной Застрахованному лицу группы инвалидности перерасчет назначенной страховой выплаты производится с даты ее изменения;

15.2.5. при наступлении страхового случая «**временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие заболевания**», «**временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие несчастного случая**»:

- копию листа нетрудоспособности или справки о временной нетрудоспособности, выданных в соответствии с требованиями законодательства Республики Беларусь;

- для временной нетрудоспособности, наступившей в течение первого года страхования, – выписку из медицинских документов организации здравоохранения с указанием даты диагностирования заболевания, даты получения травмы, даты хирургического или терапевтического вмешательства;

- для временной нетрудоспособности, наступившей вследствие несчастного случая, – официальные документы организации здравоохранения, оказавшей Застрахованному лицу первую медицинскую помощь, и (или) организации здравоохранения, лечившей его впоследствии, с указанием: даты и обстоятельств получения травмы; развернутого окончательного клинического диагноза и его шифра в соответствии с МКБ-10; описания объема оказанной медицинской помощи; информации о прохождении проверки (освидетельствования) на предмет определения состояния алкогольного опьянения либо состояния, вызванного потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, а также результатах проверки (освидетельствования) в случае ее (его) проведения; срока лечения с датами обращений за его получением и кратким описанием.

Временная нетрудоспособность удостоверяется листком нетрудоспособности или справкой о временной нетрудоспособности, выданными и оформленными в установленном законодательством Республики Беларусь порядке, и характеризуется числом календарных дней временной нетрудоспособности.

Страховое обеспечение при наступлении страховых случаев «временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие заболевания», «временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие несчастного случая» выплачивается в течение каждого 1 (одного) года действия страхования:

- в размере 0,5 % от страховой суммы (лимита ответственности), установленной договором страхования, за каждый календарный день периода временной нетрудоспособности в пределах срока страхования (за первые 70 (семьдесят) календарных дней нетрудоспособности включительно);

- в размере 0,3 % от страховой суммы (лимита ответственности), установленной договором страхования, за каждый календарный день периода временной нетрудоспособности в пределах срока страхования (в случае, если период нетрудоспособности превышает 70 (семьдесят) календарных дней).

При этом в случае принятия на страхование рисков «вред здоровью Застрахованного лица» и «временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие несчастного случая» и их одновременном наступлении страховое обеспечение по страховому случаю «временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие несчастного случая» выплачивается в размере 0,3 % от страховой суммы (лимита ответственности), установленной договором страхования на дату наступления страхового события, за каждый календарный день, включенный в период временной нетрудоспособности в пределах срока страхования в течение каждого 1 (одного) года действия страхования.

15.3. В случае если заявленное событие наступило в результате несчастного случая, к документам, предусмотренным пунктом 15.2 настоящих Правил, дополнительно предоставляются:

- при дорожно-транспортном происшествии (далее – ДТП) – копия документа, выданного компетентным органом, с указанием даты и обстоятельств ДТП, пострадавших и виновных в ДТП лиц;

- при несчастном случае на производстве – копия акта о несчастном случае на производстве либо акта о служебном расследовании по форме, утвержденной законодательством Республики Беларусь;

- в результате противоправных действий третьих лиц, а также при совершении или попытке совершения Застрахованным лицом преступления – копия документа, выданного правоохранительным органом, судом или иным компетентным органом, подтверждающего противоправность совершенных указанных действий третьих лиц, Застрахованного лица.

15.4. При необходимости Страховщик вправе для принятия обоснованного решения по заявленному событию о признании его страховым случаем, помимо определенных пунктами 15.2 и 15.3 настоящих Правил документов, с учетом характера наступившего события запросить у Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), компетентных органов, организаций здравоохранения и других организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, иные документы, необходимые для признания заявленного случая страховым и определения размера страховых выплат.

15.5. Документы, составленные за пределами Республики Беларусь в соответствии с законодательством иностранного государства, принимаются Страховщиком при наличии их легализации или проставления апостиля, если иное не предусмотрено международными договорами Республики Беларусь, и должны сопровождаться переводом на один из государственных языков Республики Беларусь, заверенным в установленном порядке.

15.6. Для получения страхового обеспечения по договору страхования, заключенному между Страховщиком и Страхователем, являющимся юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, предоставление договора страхования не требуется.

Страхователь - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель вправе в порядке, предусмотренном договором страхования, предоставить Страховщику необходимые документы для перечисления причитающегося Застрахованному лицу страхового обеспечения.

15.7. Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения последнего из всех необходимых документов, определенных пунктами 15.2-15.4 настоящих Правил для заявленного страхового случая, в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет Акт о страховом случае, за исключением случаев, указанных в частях второй-третьей настоящего пункта, либо в случае непризнания его таковым принимает решение об отказе в выплате страхового обеспечения, которые оформляются в письменном виде по формам, утвержденным Страховщиком.

При принятии решения о выплате страхового обеспечения при наступлении страхового случая «достижение возраста Застрахованным лицом» Акт о страховом случае не составляется.

Акт о страховом случае также не составляется в случае несоответствия представленных Страховщику документов предъявляемым к ним законодательством или настоящими Правилами требованиям до момента предоставления Страховщику или получения Страховщиком самостоятельно недостающих надлежащим образом оформленных документов.

Составление Акта о страховом случае может быть отложено Страховщиком в случаях, предусмотренных подпунктом 10.4.7 пункта 10.4 настоящих Правил.

Страховщик в письменном виде направляет заявителю информацию об отказе в выплате страхового обеспечения с указанием причин отказа в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты принятия Страховщиком такого решения.

15.8. Выплата страхового обеспечения производится одновременно в течение 5 (пяти) рабочих дней: - после получения Страховщиком всех необходимых документов, предусмотренных пунктами 15.2-15.4 настоящих Правил, и принятия решения о выплате страхового обеспечения (при наступлении страхового случая «достижение возраста Застрахованным лицом»); - с даты составления Акта о страховом случае (при наступлении страхового случая «смерть Застрахованного лица», а также дополнительных страховых случаев).

15.8'. По соглашению Страховщика и Страхователя, являющегося юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, выплата страхового обеспечения по страховому случаю «достижение возраста Застрахованным лицом» может осуществляться одновременно или в рассрочку.

В случае достижения согласия о выплате страхового обеспечения в рассрочку между Страховщиком и Страхователем, являющимся юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, после наступления страхового случая «достижение возраста Застрахованным лицом» заключается Соглашение о выплате страхового обеспечения в рассрочку (далее – Соглашение о выплате), в котором определяются размер, период, периодичность и срок выплат страхового обеспечения, размер периодической части страхового обеспечения, а также порядок выплаты страхового бонуса.

При выплате страхового обеспечения в рассрочку его размер определяется исходя из размера страховой суммы, установленной в договоре страхования.

Соглашение о выплате страхового обеспечения в рассрочку составляется, подписывается Страховщиком в 2 (двух) экземплярах и направляется Страхователю - юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю для подписания в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком документов, подтверждающих наступление страхового случая «достижение возраста Застрахованным лицом». Полученное соглашение должно быть подписано Страхователем, являющимся юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, и возвращено Страховщику в 1 (одном) экземпляре в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента его получения.

Установленный в Соглашении о выплате порядок выплаты страхового обеспечения в рассрочку по страховому случаю «достижение возраста Застрахованным лицом» остается неизменным до полного исполнения Сторонами своих обязательств. При этом «смерть Застрахованного лица», дополнительные страховые случаи (риски) в период выплаты страхового обеспечения в рассрочку не являются страховыми случаями, предусмотренными подпунктом 4.1.2 пункта 4.1, подпунктами 4.2.1-4.2.5 пункта 4.2 настоящих Правил, за исключением признания страховым случаем событий, указанных в подпунктах 4.2.2-4.2.3 пункта 4.2, в течение 1 (одного) года после окончания срока страхования.

Выплата страхового обеспечения в рассрочку производится равными платежами в соответствии с определенными в Соглашении о выплате периодичностью и периодом выплаты. Периодичность может быть один раз в месяц, один раз в 3 (три) месяца, один раз в 6 (шесть) месяцев, один раз в год. Период выплаты может быть от 1 (одного) до 10 (десяти) лет.

Первая выплата страхового обеспечения в рассрочку производится не позднее 5 (пяти) рабочих дней после получения Страховщиком подписанного Страхователем, являющимся юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, экземпляра Соглашения о выплате. Последующие выплаты страхового обеспечения в рассрочку осуществляются в порядке, предусмотренном Соглашением о выплате, не позднее последнего рабочего дня каждого месяца, начиная с месяца, следующего за месяцем первой выплаты.

В случае смерти Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) в период выплаты страхового обеспечения в рассрочку оставшаяся часть страхового обеспечения выплачивается наследникам Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) одновременно в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента предоставления Страховщику необходимых документов, предусмотренных абзацем первым пункта 15.2, подпунктом 15.2.2 пункта 15.2, пунктами 15.3-15.4 настоящих Правил.

15.9. Если одно событие повлекло наступление более чем одного страхового случая, страховое обеспечение выплачивается по каждому страховому случаю независимо от выплат по другим страховым случаям, за исключением случая, предусмотренного частью четвертой подпункта 15.2.5 пункта 15.2 настоящих Правил.

15.10. Общая сумма страхового обеспечения по одному страховому случаю не может превышать страховую сумму (лимит ответственности), установленную для этого случая на дату наступления страхового случая.

При страховании нескольких Застрахованных лиц общая сумма всех выплат страхового обеспечения по всем страховым случаям по договору страхования в отношении одного Застрахованного лица не может превышать установленной договором страховой суммы в отношении данного Застрахованного лица.

15.11. Страховое обеспечение выплачивается в белорусских рублях. Если валютой страхования в договоре страхования установлена иностранная валюта, то страховое обеспечение выплачивается в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страхования, установленному Национальным банком Республики Беларусь на дату выплаты.

15.12. Выплата страхового обеспечения в пределах Республики Беларусь производится путем перечисления (перевода) на указанные в заявлении о выплате страхового обеспечения платежные реквизиты Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) (например, наименование банка, текущий (расчетный) банковский счет и др.) в банковском учреждении Республики Беларусь, адрес получателя путем перечиски суммы страхового обеспечения почтовым переводом (если такой способ получения денежных средств был указан в заявлении о выплате страхового обеспечения) либо иными способами,

предусмотренными законодательством Республики Беларусь. Расходы по перечислению (переводу) страхового обеспечения несет Страховщик.

Датой выплаты страхового обеспечения является дата списания денежных средств с текущего (расчетного) банковского счета Страховщика.

15.13. Обязательства Страховщика по выплате страхового обеспечения считаются выполненными даже в случае возврата денежных средств из банковского учреждения Республики Беларусь, почты или иного органа (организации) в связи с их неустребованностью, если выплата производилась путем перечисления (перевода) на указанные в заявлении о выплате страхового обеспечения платежные реквизиты получателя (например, наименование банка, текущий (расчетный) банковский счет и др.) в банковском учреждении Республики Беларусь либо адрес получателя путем перечиски суммы страхового обеспечения почтовым переводом. В этом случае вернувшиеся денежные средства учитываются на счетах до выяснения как ошибочно зачисленные (в той валюте, в которой они вернулись), не участвуют в составе и в формировании страховых взносов и страховых резервов, инвестиционный доход по ним не начисляется и списывается с баланса Страховщика в соответствии с действующим законодательством.

15.14. Для получения страхового обеспечения или выплаты при досрочном прекращении (расторжении) договора страхования лицо, имеющее право на его (ее) получение, может выдать доверенность любому другому лицу.

Доверенность удостоверяется в порядке, предусмотренном законодательством Республики Беларусь.

ГЛАВА 16 ДОХОДНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

16.1. Страховщик в соответствии с законодательством при страховании события «достижение возраста Застрахованным лицом» производит по каждому Застрахованному лицу начисление доходов, получаемых от осуществления инвестиций посредством вложения средств страховых резервов и их размещения.

Размер начисленных доходов по каждому Застрахованному лицу по договору страхования, заключенному на срок менее 3 (трех) лет, определяется нормой доходности, а по договору страхования, заключенному на срок не менее 3 (трех) лет, - совокупной доходностью, складывающейся из нормы доходности, установленной договором страхования, и ставки страхового бонуса, объявляемой Страховщиком в установленные им сроки и порядке.

16.2. Начисление и выплата страхового бонуса осуществляется в порядке, установленном Страховщиком в соответствии с законодательством и условиями договора страхования.

По договору страхования с единовременной уплатой страхового взноса начисление нормы доходности производится с даты заключения договора.

По договору страхования, в соответствии с которым страховой взнос уплачивается в рассрочку, начисление нормы доходности производится с даты, установленной в договоре страхования, до которой подлежит уплате очередная часть страхового взноса.

При уплате очередной части страхового взноса досрочно (т.е. на несколько месяцев или лет вперед) начисление нормы доходности на эту досрочно уплаченную очередную часть страхового взноса осуществляется с даты того периода (соответствующего месяца и года), до которой в соответствии с договором страхования подлежит уплате соответствующая очередная часть страхового взноса.

16.3. Размер прибыли, подлежащей направлению на увеличение накоплений Застрахованного лица (страхового бонуса), определяется Страховщиком в соответствии с законодательством по результатам работы за отчетный период.

Источником выплаты дополнительных страховых накоплений (страхового бонуса) является резерв дополнительных страховых выплат Страховщика.

16.4. Страховщик ежегодно информирует Страхователя о начисленной совокупной доходности за предыдущий год и о плановом размере совокупной доходности на текущий год.

Информирование может осуществляться посредством официального сайта Страховщика, в письменном виде, если это предусмотрено договором страхования, а также по письменному запросу Страхователя.

ГЛАВА 17 ПРЕКРАЩЕНИЕ (РАСТОРЖЕНИЕ) ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

17.1. Договор страхования прекращается (расторгается) досрочно в случаях:

17.1.1. прекращения деятельности Страхователя - индивидуального предпринимателя, ликвидации (реорганизации) Страхователя - юридического лица, если права и обязанности по договору страхования не перешли в установленном законодательством порядке к иному лицу в соответствии с главой 13 настоящих Правил, а также изменения Страхователем - юридическим лицом вида экономической деятельности, включенного в перечень видов экономической деятельности, при осуществлении которых юридические лица вправе заключать договоры страхования в пользу работников, на вид экономической деятельности, не включенный в этот перечень.

О предстоящей реорганизации или ликвидации Страхователь-юридическое лицо, а в случае прекращения деятельности Страхователь-индивидуальный предприниматель обязаны письменно не позднее 30 (тридцати) календарных дней после принятия решения об этом уведомить Страховщика. При этом порядок прекращения договора страхования определяется соглашением Сторон.

При изменении Страхователем - юридическим лицом вида экономической деятельности, включенного в перечень видов экономической деятельности, при осуществлении которых юридические лица вправе заключать договоры страхования в пользу работников, на вид экономической деятельности, не включенный в этот перечень, Страхователь обязан уведомить Страховщика не позднее 5 (пяти) рабочих дней, следующих за днем изменения вида экономической деятельности. При этом страхование прекращается с даты изменения вида экономической деятельности, указанной в уведомлении Страхователя - юридического лица;

17.1.2. признания судом недееспособным или ограниченным в дееспособности Страхователя, за исключением случая перехода прав и обязанностей Страхователя по договору страхования к иному лицу в соответствии с главой 13 настоящих Правил.

Страхование прекращается с даты вынесения судом решения о признании Страхователя недееспособным или ограниченным в дееспособности;

17.1.3. смерти Страхователя, не являющегося Застрахованным лицом, за исключением случая перехода прав и обязанностей Страхователя по договору страхования к иному лицу в соответствии с главой 13 настоящих Правил.

Страхование прекращается с даты смерти Страхователя, указанной в документах, подтверждающих факт смерти;

17.1.4. если после вступления в силу договора страхования возможность наступления страхового случая отпала и страхование прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай (в том числе, в связи со смертью Застрахованного лица, не являющейся страховым случаем).

Страхование прекращается с даты наступления события, в связи с которым возможность наступления страхового случая отпала. В случае смерти Застрахованного лица страхование прекращается с даты наступления смерти Застрахованного лица, указанной в документах, подтверждающих факт смерти;

17.1.5. отказа Страхователя от договора страхования в одностороннем порядке, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

По договору страхования, заключенному со Страхователем - физическим лицом, страхование прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем получения Страховщиком письменного заявления Страхователя о прекращении (расторжении) договора страхования.

Порядок прекращения (расторжения) договора страхования, заключенного со Страхователем - юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем, определяется соглашением Сторон;

17.1.6. по соглашению Страхователя и Страховщика, оформленному в письменной форме.

Порядок прекращения (расторжения) договора страхования определяется соглашением Сторон;

17.1.7. неуплаты Страхователем просроченной очередной части страхового взноса по истечении предоставленного срока для ее уплаты в соответствии с пунктом 7.8 настоящих Правил, за исключением случая, предусмотренного подпунктом 7.10.1 пункта 7.10 настоящих Правил.

Страхование прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания оплаченного периода;

17.1.8. невозобновления Страхователем уплаты очередной части страхового взноса по окончании предоставленного периода дополнительной отсрочки в соответствии с пунктом 7.12 настоящих Правил.

Страхование прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания оплаченного периода;

17.1.9. отказа Страхователя от изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска в случае получения информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

Страхование прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания оплаченного периода;

17.1.10. отказа Страхователя от договора страхования по причине установления Застрахованному лицу инвалидности.

Страхование прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем получения Страховщиком письменного заявления о прекращении (расторжении) договора страхования;

17.1.11. по решению суда.

Страхование прекращается с даты, указанной в решении суда. Возврат страховых взносов осуществляется в соответствии с решением суда;

17.1.12. направления Страхователем Страховщику в срок, установленный для периода охлаждения, письменного заявления о его досрочном прекращении (расторжении).

Договор страхования считается прекращенным (расторгнутым) в течение периода охлаждения со дня получения Страховщиком в срок, установленный для периода охлаждения, указанного заявления от Страхователя.

Основания прекращения (расторжения) договора страхования ранее срока, на который он заключен, а также порядок возврата денежных средств регулируются договором страхования (соглашением) в соответствии с настоящими Правилами.

17.2. По договору страхования, заключенному со Страхователем, являющимся юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, страхование в отношении Застрахованного лица прекращается при его исключении из Списка Застрахованных лиц, за исключением случая перехода прав и обязанностей Страхователя по договору страхования к иному лицу в соответствии с главой 13 настоящих Правил.

17.3. Обязательство Страховщика по выплате страхового обеспечения, возникшее в результате наступления страхового случая до даты прекращения страхования, но не исполненное к моменту прекращения (расторжения) договора страхования, продолжают действовать до их полного исполнения в порядке, установленном договором страхования и настоящими Правилами.

ГЛАВА 18

ВЫПЛАТЫ ПРИ ДОСРОЧНОМ ПРЕКРАЩЕНИИ (РАСТОРЖЕНИИ) ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

18.1. При досрочном прекращении (расторжении) договора страхования (в т.ч. при исключении Застрахованного лица из Списка) часть страховых взносов, фактически уплаченных Страхователем по страховому случаю «смерть Застрахованного лица» и всем дополнительным страховым случаям, принятым на страхование, не возвращается, за исключением уплаченных за период с даты досрочного прекращения (расторжения) договора страхования до даты окончания оплаченного периода (пропорционально времени, в течение которого действовало страхование), за исключением случая, предусмотренного частью второй настоящего пункта.

При досрочном прекращении (расторжении) договора страхования не подлежит возврату страховой взнос, уплаченный Страхователем по страховому случаю «смерть Застрахованного лица» и дополнительным страховым случаям, принятым на страхование, если по договору страхования по указанным страховым случаям или одному из них производилась выплата страхового обеспечения или Страховщику заявлен страховой случай (представлены на рассмотрение документы или имеются сведения о наступлении страхового случая).

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

18.2. В случае досрочного прекращения (расторжения) договора страхования, заключенного со Страхователем, являющимся физическим лицом, и предусматривающего страховой случай «достижение возраста Застрахованным лицом», возврат денежных средств производится в следующем размере:

18.2.1. по основаниям, предусмотренным подпунктами 17.1.2-17.1.4, 17.1.6 (за исключением случая, предусмотренного частью второй настоящего подпункта) и 17.1.10 пункта 17.1 настоящих Правил, Страховщик возвращает Страхователю, а в случае его смерти – его наследникам страховые взносы, фактически уплаченные за страхование события «достижение возраста Застрахованным лицом», с учетом начисленной за период действия договора страхования совокупной доходности, включающей норму доходности и страховой бонус, за вычетом расходов на ведение дела Страховщика по такому договору, но не более размера нагрузки, заложенного в расчет базового страхового тарифа в целом по договору страхования.

В случае досрочного прекращения (расторжения) договора страхования, указанного в настоящем пункте, в течение первых 3 (трех) лет его действия по основанию, предусмотренному подпунктом 17.1.6 пункта 17.1 настоящих Правил, выплата страхового бонуса не осуществляется;

18.2.2. по основаниям, предусмотренным подпунктами 17.1.5, 17.1.7-17.1.9 пункта 17.1 настоящих Правил, в течение первых 3 (трех) лет его действия, Страховщик возвращает Страхователю страховые взносы, фактически уплаченные за страхование события «достижение возраста Застрахованным лицом», за вычетом расходов на ведение дела Страховщика по такому договору, но не более размера нагрузки, заложенного в расчет базового страхового тарифа в целом по договору страхования;

18.2.3. по основаниям, предусмотренным подпунктами 17.1.5, 17.1.7-17.1.9 пункта 17.1 настоящих Правил, по истечении 3 (трех) лет его действия Страховщик возвращает Страхователю страховые взносы, фактически уплаченные за страхование события «достижение возраста Застрахованным лицом», с учетом начисленной за период действия договора страхования совокупной доходности, включающей норму доходности и страховой бонус, за вычетом расходов на ведение дела Страховщика по такому договору, но не более размера нагрузки, заложенного в расчет базового страхового тарифа в целом по договору страхования.

18.3. В случае досрочного прекращения (расторжения) договора страхования, заключенного со Страхователем, являющимся юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, и предусматривающего страховой случай «достижение возраста Застрахованным лицом», а также прекращения страхования по такому договору в отношении Застрахованного лица в связи с исключением его из Списка:

18.3.1. по основаниям, предусмотренным подпунктами 17.1.1, 17.1.5, 17.1.7-17.1.9 пункта 17.1 настоящих Правил, в течение первых 3 (трех) лет его действия Страховщик возвращает Страхователю страховые взносы, фактически уплаченные в отношении данных Застрахованных лиц за страхование события «достижение возраста Застрахованным лицом», за вычетом расходов на ведение дела Страховщика по такому договору, но не более размера нагрузки, заложенного в расчет базового страхового тарифа;

18.3.2. по основаниям, предусмотренным подпунктами 17.1.1, 17.1.5, 17.1.7-17.1.9 пункта 17.1 настоящих Правил, по истечении 3 (трех) лет его действия Страховщик возвращает Страхователю страховые взносы, фактически уплаченные в отношении данных Застрахованных лиц за страхование события «достижение возраста Застрахованным лицом», с учетом начисленной за период действия договора страхования совокупной доходности, включающей норму доходности и страховой бонус, за вычетом расходов на ведение дела Страховщика по такому договору, но не более размера нагрузки, заложенного в расчет базового страхового тарифа;

18.3.3. по основаниям, предусмотренным подпунктами 17.1.4 и 17.1.6 пункта 17.1 настоящих Правил, в течение первых 3 (трех) лет его действия Страховщик возвращает Страхователю страховые взносы, фактически уплаченные в отношении данных Застрахованных лиц за страхование события «достижение возраста Застрахованным лицом», с учетом начисленной за период действия договора страхования нормы доходности, за вычетом расходов на ведение дела Страховщика по такому договору, но не более размера нагрузки, заложенного в расчет базового страхового тарифа. При этом, по основанию, предусмотренному подпунктом 17.1.6 пункта 17.1 настоящих Правил, возврат страховых взносов с согласия Страхователя может быть осуществлен Застрахованному лицу в случае его исключения из Списка по причине увольнения;

18.3.4. по основаниям, предусмотренным подпунктами 17.1.4 и 17.1.6 пункта 17.1 настоящих Правил, по истечении 3 (трех) лет его действия Страховщик возвращает Страхователю страховые взносы, фактически уплаченные в отношении данных Застрахованных лиц за страхование события «достижение возраста Застрахованным лицом», с учетом начисленной за период действия договора страхования совокупной доходности, включающей норму доходности и страховой бонус, за вычетом расходов на ведение дела Страховщика по такому договору, но не более размера нагрузки, заложенного в расчет базового страхового тарифа. При этом, по основанию, предусмотренному подпунктом 17.1.6 пункта 17.1

настоящих Правил, возврат страховых взносов с согласия Страхователя может быть осуществлен Застрахованному лицу в случае его исключения из Списка по причине увольнения.

18.4. В случае принятия судом решения о прекращении (расторжении) договора страхования или признании договора страхования недействительным (подпункт 17.1.11 пункта 17.1 настоящих Правил) Страховщик осуществляет возврат денежных средств на основании решения суда.

18.5. В случае досрочного прекращения (расторжения) договора страхования (подпункт 17.1.12 пункта 17.1 настоящих Правил) Страховщик возвращает Страхователю страховой взнос в сумме, фактически уплаченной при заключении договора, в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня расторжения (прекращения) договора страхования (в случае предоставления Страхователем письменного заявления, содержащего указанные в пункте 18.6 настоящих Правил реквизиты для перечисления (перевода) страхового взноса) либо в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня расторжения (прекращения) договора страхования путем перевода по почте (в случае неполучения необходимых реквизитов для перечисления (перевода) страхового взноса).

Перечисление (перевод) денежных средств в случае, предусмотренном в настоящем пункте, осуществляется за счет Страховщика.

18.6. Возврат денежных средств при досрочном прекращении (расторжении) договора страхования (подпункты 17.1.1-17.1.11 пункта 17.1 Правил) производится в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты прекращения страхования (договора страхования) и предоставления Страховщику заявления Страхователя или иного лица, имеющего право на получение денежных средств согласно Правилам и договору страхования (по форме, утвержденной Страховщиком), содержащего актуальные данные документа, удостоверяющего личность, адрес проживания и (или) платежные реквизиты получателя (например, наименование банка, текущий (расчетный) банковский счет и др.) (в банковском учреждении Республики Беларусь (за счет Страховщика) либо адрес получателя путем пересылки почтовым переводом (за счет получателя), если такой способ возврата денежных средств предусмотрен в заявлении (соглашении)). Возврат денежных средств осуществляется в белорусских рублях.

Если валютой страхования в договоре страхования установлена иностранная валюта, то возврат денежных средств производится в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страхования, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день совершения операции.

Датой возврата денежных средств является дата списания денежных средств с текущего (расчетного) банковского счета Страховщика.

ГЛАВА 19

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

19.1. За неисполнение (ненадлежащее) исполнение договорных обязательств Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

19.2. За каждый день просрочки страховой выплаты по вине Страховщика ее получателю Страховщиком выплачивается пеня в размере 0,5% от суммы, подлежащей выплате.

19.3. За несвоевременный возврат денежных средств в связи с прекращением (расторжением) договора страхования, предусмотренных главой 18 настоящих Правил, по вине Страховщика их получателю выплачивается пеня за каждый день просрочки в размере 0,1% от суммы, подлежащей возврату, но не более неовозвращенной в срок суммы.

19.4. Ответственность Страховщика за неисполнение денежного обязательства по основаниям, предусмотренным статьей 366 ГК Республики Беларусь, устанавливается в размере 0,01% за каждый день просрочки, но не более 10% от несвоевременно выплаченной суммы.

ГЛАВА 20

РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

20.1. Споры, вытекающие из отношений по страхованию, разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия – судом Республики Беларусь в соответствии с установленной законодательством компетенцией (при условии соблюдения досудебного претензионного порядка урегулирования спора).

ГЛАВА 21

ИНЫЕ УСЛОВИЯ

21.1. Во всем остальном, что не оговорено настоящими Правилами, Стороны и субъекты страхования руководствуются законодательством Республики Беларусь и договором страхования, заключенным между Страховщиком и Страхователем.

21.2. При изменении законодательства Республики Беларусь настоящие Правила действуют в части, не противоречащей законодательству.

Настоящая редакция Правил вступает в силу с 23.04.2025.

Договоры страхования, заключенные до вступления в силу настоящей редакции Правил, действуют на тех условиях, на которых они были заключены, если Стороны не пришли к соглашению о приведении договоров страхования, заключенных до вступления в силу настоящей редакции Правил, в соответствие с условиями настоящей редакции Правил.

Примечание: Приложения 1–3 к Правилам размещены на сайте www.priorlife.by.



Заместитель директора

А.И.Борисевич