Информация об условиях добровольного страхования по накопительной программе «Забота о будущем - комплекс»

Настоящая информация об условиях добровольного страхования (далее – Информация) предоставлена на основании Правил № 8 добровольного комплексного страхования жизни, утвержденных СООО «Приорлайф» 26.08.2022, с последующими изменениями и дополнениями (далее – Правила страхования).

Страховщик	Страховое общество с ограниченной ответственностью «Приорлайф», www.priorlife.by
Контактная информация	220113, г. Минск, ул. Белинского, 23, офис 331, тел. + 375 29 333 16 12, info@priorlife.by

Что это за программа и какие у нее преимущества? На какой случай осуществляется страхование?

«Забота о будущем - комплекс» — это накопительная программа страхования жизни и здоровья, которая:

- Позволяет накопить желаемую сумму;
- Обеспечивает сильную страховую защиту;
- Гибко настраивается по пакетам (разный уровень защиты и накоплений).

Страховыми случаями являются следующие события (в зависимости от выбранного пакета):

1. Достижение возраста Застрахованным лицом;
2. Смерть Застрахованного лица;
3. Вред здоровью Застрахованного лица;
4. Инвалидность Застрахованного лица;
5. Инвалидность Застрахованного лица вследствие несчастного случая;
6. Временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие заболевания;
7. Временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие несчастного случая.

Кто может оформить договор?

Страхователь/Застрахованное лицо – физическое лицо, постоянно проживающее в Республике Беларусь, в возрасте от 18 до 80 лет.

! Договор страхования не заключается в отношении лиц, являющихся ВИЧ-инфицированными, больными СПИДом, инвалидами I или II (нетрудоспособной) групп, инвалидами с детства, а также лиц, состоящих на учете в наркологическом, психоневрологическом, эндокринологическом, онкологическом диспансерах, страдающих слабоумием, эпилепсией, другими тяжелыми заболеваниями (расстройствами) нервной системы.

Полный перечень указан в п. 2.3 Правил страхования.

Пакеты страхования

Наименование пакета	Перечень рисков, принимаемых на страхование
Максимальная защита	• Достижение возраста Застрахованным лицом; • Вред здоровью Застрахованного лица; • Временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие заболевания; • Инвалидность Застрахованного лица; • Смерть Застрахованного лица
Оптимальная защита	• Достижение возраста Застрахованным лицом; • Вред здоровью Застрахованного лица; • Смерть Застрахованного лица
Максимальные накопления	• Достижение возраста Застрахованным лицом; • Инвалидность Застрахованного лица вследствие несчастного случая
PRO	• Достижение возраста Застрахованным лицом; • Вред здоровью Застрахованного лица
Индивидуальный	• Перечень страховых случаев по запросу Страхователя

В течение какого срока действует страхование?

Срок страхования – от 3 до 20 лет.

Как уплатить страховой взнос?

Страхователь при заключении договора определяет удобную периодичность уплаты страхового взноса - ежегодно, ежеквартально или ежемесячно.

Путь оплаты страховых взносов в мобильном приложении любого банка РБ или платежно-справочном терминале Приорбанка:

Платежи → Система «Расчет» (ЕРИП) → Банковские, финансовые услуги → Страхование → Приорлайф:

- «Первоначальный страховой взнос»-для 1-го платежа;
- «Очередной страховой взнос»- для последующих платежей.

При оплате необходимо заполнить поле «Плательщик» для получения налогового вычета.

Даты уплаты страхового взноса:

- первоначальный взнос – в день заключения договора;
- очередные части взноса – не позднее дня заключения договора страхования согласно периодичности, установленной в договоре (ежемесячно, ежеквартально, ежегодно).

В случае неуплаты просроченную часть взноса можно уплатить в течение 2 месяцев.

На какой территории действует страхование?

Действие договора страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие на территории Республики Беларусь и за ее пределами.

Налоговые вычеты по заключаемому договору страхования

В случае заключения физическим лицом договора добровольного страхования жизни сроком не менее трёх лет и при условии уплаты страховых взносов, указанное лицо вправе уменьшить налогооблагаемую базу по подоходному налогу. Для этого предоставляется право на социальный налоговый вычет, позволяющий исключить из налогооблагаемой базы суммы, уплаченные по данному договору. Указанная норма закреплена в статье 210 Налогового кодекса Республики Беларусь.

Что такое период охлаждения?

После подписания договора Страхователь вправе в течение 5 календарных дней отказаться от страхования и вернуть все уплаченные деньги (при условии отсутствия в данном периоде события, которое впоследствии может быть признано страховым случаем).

Для отказа нужно в течение этих 5 дней подать письменное заявление с указанием реквизитов для перечисления средств.

Возврат осуществляется в течение 5 рабочих дней с даты получения Страховщиком заявления.

Какие обязанности у Страхователя, Застрахованного лица?

Страхователь обязан:

- Уплачивать страховые взносы в размере, сроки и порядке, указанные в договоре страхования;
- При заключении договора страхования (а также в период действия в течение 30 календарных дней с момента, когда стало об этом известно) сообщать Страховщику известные обстоятельства (значительные изменения), имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая;
- Ознакомить Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) с правилами страхования и условиями договора, а также информировать их об изменениях условий страхования;
- Сообщить Страховщику об изменении личных и контактных данных (своих и Застрахованного лица) в течение 30 дней с даты их изменения;
- Совершать иные действия, предусмотренные законодательством, настоящими Правилами и договором страхования.

Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) обязано:

- При предъявлении требования о выплате страхового обеспечения выполнять обязанности по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им;
- Для получения страхового обеспечения предоставить Страховщику документы в порядке и объеме, установленных пунктами 15.2-15.4 Правил страхования.

Полный перечень обязанностей указан в главе 10 Правил страхования.

Как осуществляется выплата страхового обеспечения?

Для получения страхового обеспечения лицо, имеющее право на его получение (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель), представляет следующие документы:

- заявление о выплате страхового обеспечения;
- документ, удостоверяющий личность лица, имеющего право на получение страхового обеспечения;
- оригинал (копию) договора страхования.

♦ При наступлении страхового случая «Достижение возраста Застрахованным лицом» предоставляются только документы, указанные выше.

♦ При наступлении страхового случая «Вред здоровью Застрахованного лица»:

– официальный документ учреждения здравоохранения о лечении застрахованного Ребёнка с указанием даты и обстоятельств травмы, развёрнутого клинического диагноза травматического повреждения и

его шифра в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем со здоровьем (далее – МКБ), описанием оказанной помощи, результата алкотеста (если он проводился), срока лечения с датами обращений за его получением и кратким описанием. Официальными документами учреждения здравоохранения являются листок нетрудоспособности, справка, выписка из медицинских документов, амбулаторной карты, истории болезни, эпикриз, выданные и удостоверенные в установленном порядке.

♦ При наступлении страхового случая «Смерть Застрахованного лица»:

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

– копия врачебного свидетельства о смерти Застрахованного лица.

♦ Страховое обеспечение выплачивается в размере лимита ответственности для данного страхового события.

♦ При наступлении страхового случая «Инвалидность Застрахованного лица/ Инвалидность Застрахованного лица вследствие несчастного случая»:

– заключение медико – реабилитационной экспертной комиссии (далее – МРЭК) об установлении инвалидности Застрахованному лицу (копия с предъявлением оригинала или нотариально заверенная копия) либо удостоверение инвалида (копия с предъявлением оригинала);

– выписка из медицинских документов учреждения здравоохранения, направившего Застрахованное лицо на МРЭК, с указанием даты диагностирования заболевания (получения травмы), повлекшего(ей) установление инвалидности.

♦ Страховое обеспечение выплачивается в пределах лимита ответственности для данного страхового события в зависимости от установленной группы инвалидности: I группа – 100%, II – 75%, III– 50% от лимита ответственности.

♦ При наступлении страхового случая «Временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие заболевания»/ «Временная нетрудоспособность Застрахованного лица вследствие несчастного случая»:

– копию листка 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 с указанием: даты и обстоятельств получения травмы; развернутого окончательного клинического диагноза и его шифра в соответствии с МКБ-10; описания объема оказанной медицинской помощи; срока лечения с датами обращений за его получением и кратким описанием.

♦ Страховое обеспечение выплачивается в течение каждого года действия страхования:

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

– в размере 0,3 % от страховой суммы (лимита ответственности) - за каждый календарный день периода временной нетрудоспособности в пределах срока страхования (свыше 70 календарных дней).

Более подробно об условиях осуществления выплаты страхового обеспечения можно ознакомиться в главе 15 Правил страхования.

Особенности предоставления документов на выплату страхового обеспечения через страховых посредников.

1) Банки осуществляют прием пакета документов на выплату страхового обеспечения исключительно по страховым случаям «Достижение возраста Застрахованным лицом» и «Смерть Застрахованного лица».
По остальным страховым случаям полный пакет документов необходимо лично представить в офис Приорлайф либо направить почтовым отправлением через РУП «Белпочта» на почтовый адрес 220002, Минск-2, а/я 150.

2) Брокеры и страховые агенты принимают документы на выплату страхового обеспечения по договорам страхования, заключенным через данные каналы продаж, по всем страховым случаям.

Выплата страхового обеспечения производится единовременно в течение 5 (пяти) рабочих дней:

- после получения Страховщиком всех необходимых документов, предусмотренных Правилами страхования, и принятия решения о выплате страхового обеспечения (при наступлении страхового случая «достижение возраста Застрахованным лицом»);

- с даты составления Акта о страховом случае (при наступлении остальных страховых случаев).

Документы, составленные за пределами Республики Беларусь:

- Принимаются только если они легализованы или имеют апостиль (если иное не предусмотрено международными договорами);
- Должны сопровождаться переводом на белорусский или русский язык, заверенный в установленном порядке.

Какие есть особенности осуществления выплаты страхового обеспечения по риску «Вред здоровью Застрахованного лица»?

К травмам, повлекшим расстройство здоровья, относятся ушибы, переломы, растяжения и вывихи костей, все разновидности ранений, разрывов органов, термические и химические ожоги, отморожения, поражения электротоком (в том числе молнией), отравления химическими веществами, лекарствами, ядовитыми растениями, грибами, ядами насекомых и змей вследствие их укусов, анафилактический шок. Полный перечень травм указан в Приложении 1 к Правилам страхования.

Не являются страховым случаем события, если они произошли в результате:

- травмы, не потребовавшей оказания медицинской помощи или при которой достаточно однократного обращения за медицинской помощью (при этом контрольный осмотр обращением за медицинской помощью не считается), либо имевшие незначительные, скоропроходящие последствия со сроком лечения продолжительностью менее 4 (четырех) календарных дней.

Страховое обеспечение выплачивается в пределах лимита ответственности для данного страхового события согласно Таблице травм, которая является Приложением 1 к Правилам страхования (легкие травмы – 3% от ЛО, травмы средней тяжести – 10%, тяжелые травмы – 15%, особо тяжелые травмы – 24-25%).

Когда выплата не производится?

События не признаются страховыми случаями, если они произошли в результате:

- занятия Застрахованным лицом спортом;
- нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения (за исключением противоправных действий третьих лиц);
- совершения или попытки совершения Застрахованным лицом преступления, иных противоправных действий;
- самоубийства в течение первых 2 (двух) лет действия договора страхования;
- события «Инвалидность/Инвалидность вследствие несчастного случая» и «Смерть» произошли в течение первых 3 (трех) лет действия срока страхования в результате сердечно-сосудистого, онкологического заболевания, диагностированного до вступления договора страхования в силу.

Полный перечень нестраховых случаев указан в Главе 5 Правил страхования.

Как осуществляется выплата денежных средств при досрочном прекращении (расторжении) договора страхования?

Договор страхования прекращается в случаях:

- если после вступления в силу договора страхования возможность наступления страхового случая отпала и страхование прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай;
- отказа Страхователя от договора страхования в одностороннем порядке;
- по соглашению Страхователя и Страховщика, оформленному в письменной форме;
- неуплаты Страхователем просроченной очередной части страхового взноса по истечении предоставленного срока для ее уплаты (2 месяца);
- направления Страхователем Страховщику в срок, установленный для периода охлаждения, письменного заявления о его досрочном прекращении (расторжении).

Полный перечень указан в главе 16 Правил страхования.

Что возвращается?

При досрочном расторжении договора Страхователю возвращаются:

– Фактически уплаченные страховые взносы (это те суммы, которые Страхователь перечислил) за вычетом расходов на ведение дела (не более размера нагрузки, заложенного в расчет базового страхового тарифа);

– Накопленная доходность (возвращается не всегда, а в зависимости от оснований прекращения) — это доход, который был начислен за время действия договора.

В Приложении 1 к заявлению на страхование указаны конкретные суммы возврата. Срок возврата: до 10 рабочих дней с даты получения Страховщиком всех необходимых документов.

Важно знать!

Все условия подробно описаны в Правилах страхования, доступных на официальном сайте в разделе «Накопительная программа «Забота о будущем-комплекс».

Настоящая Информация носит информационно-справочный характер, приведена для разъяснения отдельных условий добровольного страхования жизни.

Если у вас остались вопросы, вы всегда можете обратиться:
По телефону: +375 29 333 16 12
По email: info@priorlife.by
Лично — в головной офис по адресу: г. Минск, ул. Белинского, 23, офис 331 либо в офис продаж и сопровождения по адресу: г. Минск, ул. Немига, 30

Для авторизации в вашем личном кабинете на сайте Страховщика отсканируйте QR-код.

В личном кабинете вы можете оперативно получать важную информацию по вашему договору страхования, совершать платежи, отслеживать состояние лицевого счета и подавать запросы.