ПРАВИЛА № 2
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
ОТ ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
(новая редакция утверждена приказом Белгосстраха
от 13.05.2025 №13-пр,
с дополнениями и изменениями, утвержденными
приказом Белгосстраха от 17.06.2025 № 15-пр)
(вступает в силу с 01.08.2025))

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на основании настоящих Правил №2 добровольного страхования от опасных заболеваний (далее – Правила) Белорусское республиканское унитарное страховое предприятие «Белгосстрах» (далее – страховщик) заключает договоры добровольного страхования от опасных заболеваний (далее – договоры страхования) с лицами, указанными в пункте 4 настоящих Правил (далее – страхователи).

2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

2.1. **опасное заболевание** – инфекционное заболевание, диагностированное (установленное) специалистом, имеющим в установленном законодательством порядке право на такую деятельность, на основании объективных симптомов, соответствующих методов обследования и которому в установленном порядке присвоен код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (далее - МКБ-10), указанный в пункте 9 настоящих Правил;

2.2. **заражение** – проникновение в организм застрахованного лица болезнетворных микроорганизмов с последующим развитием у застрахованного лица опасного заболевания;

2.3. **страховой случай** – предусмотренное в договоре страхования событие, при наступлении которого у страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату выгодоприобретателю;

2.4. **страховая сумма** – установленная договором страхования сумма денежных средств, в пределах которой страховщик обязан произвести страховую выплату при наступлении страхового случая;

2.5. **работники здравоохранения** – лица, занимающие в установленном законодательством порядке должности медицинских, фармацевтических работников, а также иные лица, работающие в области здравоохранения.

3. Субъектами страхования являются страховщик, страхователь, застрахованное лицо, выгодоприобретатель.

4. **Страхователями** могут быть заключившие со страховщиком договор страхования и уплатившие (уплачивающие) по нему страховую премию (ее части):

4.1 физические лица;

4.2. индивидуальные предприниматели;

4.3. организации, в том числе иностранные и международные, а также Республика Беларусь и ее административно-территориальные единицы, иностранные государства (далее – организации).

5. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни или здоровью которого, являются объектом страхования.

6. **Выгодоприобретатель** – лицо, в пользу которого заключен договор страхования, и которое имеет в соответствии с договором страхования право на получение страховой выплаты.

Выгодоприобретателем является застрахованное лицо, если в договоре страхования не названо в качестве выгодоприобретателя другое лицо.

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.

Если выгодоприобретателем является несовершеннолетний, то страховая выплата производится несовершеннолетнему лицу либо его законному представителю в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

В случае смерти лица, застрахованного по договору, в котором не назван иной выгодоприобретатель, выгодоприобретателями признаются наследники застрахованного лица.

Глава 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

7. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Беларусь имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни или здоровью застрахованного лица в результате диагностированного опасного заболевания.

8. Договор страхования действует как на территории Республики Беларусь, так и за пределами Республики Беларусь.

9. Страховым случаем, в зависимости от варианта страхования, является причинение вреда жизни или здоровью застрахованного лица в результате:

9.1. следующего опасного заболевания, диагностированного в течение действия договора страхования после окончания инкубационного периода (Приложение 2 к настоящим Правилам) или диагностированного после окончания действия договора страхования в пределах инкубационного периода (Приложение 2 к настоящим Правилам):

9.1.1. туберкулеза (код по МКБ-10 A15 – A19); ВИЧ – инфекции (СПИДа) (код по МКБ-10 B20 – B24); вирусного гепатита (за исключением вирусного гепатита А) (код по МКБ-10 B16, B17);

9.1.2. вирусного гепатита А (код по МКБ-10 B15); чумы (код по МКБ-10 A20); холеры (код по МКБ-10 A00); инфекции, вызванной вирусом оспы обезьян (код по МКБ-10 B04); тифа, паратифа А,Б (код по МКБ-10 A01); сальмонеллеза (код по МКБ-10 A02); амебиаза (код по МКБ-10 A06); полиомиелита (код по МКБ-10 A80); лептоспироза (код по МКБ-10 A27); африканского трипаносомоза (код по МКБ-10 B56); бруцеллеза (код по МКБ-10 A23); дифтерии (код по МКБ-10 A36); менингококковой инфекции (код по МКБ-10 A39); сибирской язвы (код по МКБ-10 A22); бешенства (код по МКБ-10 A82); лейшманиоза (код по МКБ-10 B55); столбняка (код по МКБ-10 A33 – A35); туляремии (код по МКБ-10 A21); вирусных и вирусных геморрагических лихорадок (код по МКБ-10 A90 – A99); риккетсиоза (код по МКБ-10 A75 – A79); вирусного энцефалита (код по МКБ-10 A83 – A85); ботулизмом (код по МКБ-10 A05.1); малярии (код по МКБ-10 B50 – B54);

9.1.3. коклюша (код по МКБ-10 A37); скарлатины (код по МКБ-10 A38); паротита эпидемического («свинка») (код по МКБ-10 B26); кори (код по МКБ-10 B05); краснухи (код по МКБ-10 B06); ветряной оспы (код по МКБ-10 B01) при обязательном условии, что ветряная оспа наступила у застрахованного лица в возрасте от 20 и более лет;

9.2. опасного заболевания, на случай наступления которого осуществляется страхование застрахованного лица по подпунктам 9.1.1-9.1.3 настоящего пункта, диагностированного в течение действия договора страхования после окончания инкубационного периода (Приложение 2 к настоящим Правилам) или диагностированного после окончания действия договора страхования в пределах инкубационного периода (Приложение 2 к настоящим Правилам) и повлекшего в течение одного года после его диагностирования установление инвалидности, смерть застрахованного лица;

9.3. следующего опасного заболевания, диагностированного в течение действия договора страхования и повлекшего в течение одного года после его диагностирования смерть застрахованного лица:

грипп (код по МКБ-10 J09 – J11); пневмония (код по МКБ-10 J12–J16); коронавирусная инфекция (код по МКБ-10 B34.2, B97.2).

Инкубационный период исчисляется отдельно в отношении каждого застрахованного лица. Для заболевания, диагностированного в течение действия в отношении застрахованного лица договора страхования, инкубационный период исчисляется с первого дня действия в отношении застрахованного лица договора страхования. Для заболевания, диагностированного после окончания действия в отношении застрахованного лица договора страхования, инкубационный период исчисляется с последнего дня действия в отношении застрахованного лица договора страхования.

Если инкубационный период по заболеванию не установлен, то заболевание обязательно должно быть диагностировано у застрахованного лица в течение действия в отношении его договора страхования.

Вред жизни или здоровью застрахованного лица, причиненный в результате заболевания туберкулезом (код по МКБ-10 A15 – A19), ВИЧ – инфекцией (СПИДом) (код по МКБ-10 B20 – B24), вирусным гепатитом (за исключением вирусного гепатита А) (код по МКБ-10 B16, B17), может быть признан страховым случаем только при соблюдении условия, что хотя бы на одну из указанных дат: дату заключения в отношении его договора страхования; дату начала его страхования по договору страхования; дату диагностирования у него заболевания, застрахованное лицо являлось:

- лицом рядового и (или) начальствующего состава органов внутренних дел Республики Беларусь;
- работником здравоохранения;
- студентом, учащимся медицинских ВУЗов, ССУЗов.

10. Договор страхования может заключаться по следующим вариантам страхования:

10.1. Вариант «Здоровье 1» страхование осуществляется по подпунктам 9.1.1, 9.2, 9.3 пункта 9 настоящих Правил.

При этом страхование по подпункту 9.2 осуществляется исключительно в отношении опасных заболеваний, указанных в подпункте 9.1.1 пункта 9 настоящих Правил.

10.2. Вариант «Здоровье 2» страхование осуществляется по подпунктам 9.1.2, 9.2, 9.3 пункта 9 настоящих Правил.

При этом страхование по подпункту 9.2 осуществляется исключительно в отношении опасных заболеваний, указанных в подпункте 9.1.2 пункта 9 настоящих Правил.

10.3. Вариант «Здоровье 3» страхование осуществляется по подпунктам 9.1.3, 9.2, 9.3 пункта 9 настоящих Правил.

При этом страхование по подпункту 9.2 осуществляется исключительно в отношении опасных заболеваний, указанных в подпункте 9.1.3 пункта 9 настоящих Правил.

10.4. Вариант «Здоровье 4» страхование осуществляется по подпунктам 9.1.2, 9.1.3, 9.2, 9.3 пункта 9 настоящих Правил.

При этом страхование по подпункту 9.2 осуществляется исключительно в отношении опасных заболеваний, указанных в подпунктах 9.1.2, 9.1.3 пункта 9 настоящих Правил.

10.5. Вариант «Здоровье 5» страхование осуществляется по пункту 9 настоящих Правил.

11. Не признается страховым случаем причинение вреда жизни или здоровью застрахованного лица, в результате:

11.1. заболевания, указанного в подпунктах 9.1.1-9.1.3 пункта 9 настоящих Правил, если период с первого дня действия в отношении застрахованного лица договора страхования по дате установления ему диагноза заболевания меньше или равен по продолжительности инкубационному периоду, установленному для данного заболевания согласно Приложению 2 к настоящим Правилам;

11.2. когда заражение (независимо от даты установления диагноза) согласно имеющимся у страховщика документам наступило до начала действия в отношении застрахованного лица договора страхования;

11.3. туберкулеза, вирусного гепатита, тифа, паратифа, если данное заболевание в любой форме (виде) было диагностировано у застрахованного лица до начала действия в отношении его договора страхования;

11.4. заболевания, указанного в подпунктах 9.1.1-9.1.3 пункта 9 настоящих Правил, диагностированного после окончания действия в отношении застрахованного лица договора страхования, за исключением, когда период с последнего дня действия в отношении застрахованного лица договора страхования по дате установления ему диагноза заболевания меньше или равен по продолжительности инкубационному периоду, установленному для данного заболевания согласно Приложению 2 к настоящим Правилам;

11.5. заболевания, диагностированного в период действия отсрочки по уплате части страховой премии (льготного периода), уплата которой не состоялась, в связи с чем договор страхования был досрочно прекращен (за исключением, когда период с даты окончания последнего оплаченного дня страхования застрахованного лица по договору страхования по дате установления ему диагноза заболевания, указанного в подпунктах 9.1.1-9.1.3 пункта 9 настоящих Правил, меньше или равен по продолжительности инкубационному периоду, установленному для данного заболевания согласно Приложению 2 к настоящим Правилам).

Глава 3. СТРАХОВАЯ СУММА

12. Размер страховой суммы устанавливается по соглашению сторон в белорусских рублях.

Если по договору страхования застрахованных лиц несколько, то в договоре страхования указывается общая страховая сумма по всем застрахованным лицам.

Общая страховая сумма представляет собой величину, равную сумме страховых сумм всех застрахованных лиц по договору страхования. Страховая сумма, установленная в отношении застрахованного лица, указывается в договоре страхования или списке застрахованных лиц, а при страховании без составления списка застрахованных лиц (без пофамильного (поименного) указания застрахованных лиц) может определяться расчетным путем.

При заключении договора страхования со страхователем – организацией, индивидуальным предпринимателем без составления списка застрахованных лиц (без пофамильного (поименного) указания застрахованных лиц) страховые суммы в отношении застрахованных лиц устанавливаются в равных размерах. Страховая сумма на каждое застрахованное лицо определяется как отношение общей страховой суммы по договору страхования к общему количеству застрахованных лиц по договору страхования.

4. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

13. Размер страховой премии определяется исходя из страховой суммы и страхового тарифа.

Страховой тариф определяется путем умножения базового годового страхового тарифа (Приложение 1 к настоящим Правилам) на соответствующие корректировочные коэффициенты, утвержденные локальным правовым актом страховщика, и округляется до двух знаков после запятой.

14. Если по договору страхования застрахованных лиц несколько, то в договоре страхования указывается общая страховая премия по всем застрахованным лицам.

Общая страховая премия по договору страхования определяется путем суммирования страховых премий, рассчитанных в отношении каждого застрахованного лица (за исключением страхования по договору страхования, заключенному со страхователем – организацией, индивидуальным предпринимателем без составления списка застрахованных лиц (без пофамильного (поименного) указания застрахованных лиц)).

При заключении договора страхования страхователем – организацией, индивидуальным предпринимателем без составления списка застрахованных лиц (без пофамильного (поименного) указания

застрахованных лиц) общая страховая премия на дату заключения договора страхования определяется путем умножения величины страховой премии, рассчитанной в отношении одного застрахованного лица на количество застрахованных лиц по договору страхования.

15. Страховая премия исчисляется и устанавливается в белорусских рублях.

16. Страховая премия уплачивается путем безналичного перечисления на счет страховщика (его представителя) либо наличными денежными средствами страховщику (его представителю) в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

17. Страховая премия уплачивается единовременно (за весь срок действия договора страхования) либо по соглашению сторон в рассрочку в два срока, ежеквартально, а если договор страхования заключается со страхователем – организацией, индивидуальным предпринимателем также ежемесячно.

18. Страховая премия (ее первая часть) уплачивается при заключении договора страхования либо в срок, установленный в договоре страхования, но не позднее дня вступления договора страхования в силу.

Размер первой части страховой премии должен составлять не менее величины, полученной путем деления суммы страховой премии на количество платежей по договору страхования.

Сроки уплаты и размеры очередной(ых) части(ей) страховой премии по договору страхования при уплате в рассрочку устанавливаются в договоре страхования. Уплата каждой последующей части страховой премии производится не позднее последнего дня оплаченного периода страхования.

19. Днем уплаты страховой премии (ее части) по договору страхования считается:

- при безналичных расчетах, в том числе при перечислении наличных денежных средств через банк или иное учреждение, осуществляющее перевод денежных средств (за исключением использования при расчетах банковской платежной карточки, расчета посредством платежной системы в едином расчетном и информационном пространстве, платежных систем, обеспечивающих осуществление операций с электронными деньгами (далее – платежная система)), – день поступления денежных средств на счет страховщика (его представителя);

- при наличных расчетах – день уплаты денежных средств страховщику (его представителю);

- при расчетах с использованием банковской платежной карточки, расчетах посредством платежной системы – день совершения операции, подтверждением которой служит карт-чек и (или) иной документ, подтверждающий проведение операции (с обязательным предъявлением

карт-чека (иного документа) по первому требованию страховщику (его представителю), в случае неисполнения указанного требования страховщик вправе указать днем уплаты страховой премии по договору страхования день поступления денежных средств на счет страховщика (его представителя)).

20. В случае неуплаты страховой премии (ее части) по договору страхования в установленный договором страхования срок и (или) размере страховщик вправе:

20.1. прекратить договор страхования с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем установленного срока уплаты страховой премии (ее части) по договору страхования;

20.2. не прекращать договор страхования и предоставить страхователю отсрочку (льготный период) по уплате страховой премии (ее части). Срок предоставляемой отсрочки (льготного периода) для погашения задолженности устанавливается страховщиком, но не более 30 календарных дней со дня просрочки платежа. При неуплате просроченной страховой премии (ее части) в течение предоставленного страховщиком срока (льготного периода) договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем срока предоставленной отсрочки (льготного периода).

Страховщик вправе не уведомлять страхователя о досрочном прекращении договора страхования.

21. Если страховой случай наступил до уплаты очередной части страховой премии, внесение которой просрочено, страховщик вправе при определении размера, подлежащего выплате страхового обеспечения зачесть сумму просроченной страховой премии (ее части).

Глава 5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

22. Договор страхования заключается в письменной форме (включая документ в электронном виде (в том числе электронный документ)) всеми способами, предусмотренными законодательством. Заключение договора страхования в электронном виде осуществляется с соблюдением порядка и условий, установленных законодательными актами и (или) в соответствии с ними.

Наличие договора страхования может подтверждаться уведомлением о заключении договора страхования, содержащим информацию о договоре страхования, которое страховщик направляет страхователю с приложением настоящих Правил. Уведомление с приложением настоящих Правил может быть направлено страхователю в электронном виде.

Договор страхования заключается на условиях настоящих Правил, принятых страхователем путем присоединения к договору страхования.

Правила страхования, на условиях которых заключается договор страхования, должны прилагаться к договору страхования (включая в электронном виде). Приложение к договору страхования правил страхования должно удостоверяться записью в этом договоре.

Условия, содержащиеся в правилах страхования, в том числе не включенные в текст договора страхования или страхового полиса, обязательны для страховщика и страхователя или выгодоприобретателя.

В случае утраты страхового полиса в период действия договора страхования страхователю на основании его письменного заявления может быть выдан дубликат страхового полиса, после чего утраченный страховой полис считается недействительным и страховые выплаты по нему не производятся.

23. Для заключения договора страхования, внесения в договор страхования изменений и (или) дополнений страховщик вправе применять определенные им формы заявлений, списков застрахованных лиц, анкет (опросников). Страховщик вправе требовать, чтобы заявление, анкету (опросник) по определенной им форме заполнило непосредственно застрахованное лицо (его законный представитель). Указанные документы, в случае если они применяются, прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

24. Договор страхования со страхователем – физическим лицом заключается на основании устного или письменного заявления страхователя. Письменное заявление страхователем – физическим лицом предоставляется по требованию страховщика.

Договор страхования со страхователем – организацией, индивидуальным предпринимателем заключается на основании письменного заявления. К заявлению может прилагаться список застрахованных лиц.

Застрахованное(ые) лицо(а) указывае(ю)тся в договоре страхования или в списке застрахованных лиц.

Договор страхования со страхователем – организацией, индивидуальным предпринимателем может заключаться без составления списка застрахованных лиц (без пофамильного (поименного) указания застрахованных лиц). В этом случае застрахованные лица могут быть определены в договоре страхования путем установления признака(ов) для их идентификации (например, списочная численность работников, члены профсоюзной организации, и т.п.).

При страховании без составления списка застрахованных лиц (без пофамильного (поименного) указания застрахованных лиц) путем установления для идентификации такого признака, как списочная численность работников, члены профсоюзной организации, застрахованными признаются физические лица, состоящие на дату

заключения договора страхования в трудовых отношениях со страхователем либо в членах профсоюза, соответственно. При этом страхователь вправе указать в заявлении о страховании категорию(и) (признак(и)) работников, членов профсоюзной организации, на которых действие страхования не распространяется.

При страховании без составления списка застрахованных лиц страховщик вправе затребовать от страхователя документы, обосновывающие количество застрахованных лиц как при заключении договора страхования, так и во время его действия.

25. Договор страхования может быть заключен по следующим вариантам страхования: «Здоровье 1», «Здоровье 2», «Здоровье 3», «Здоровье 4», «Здоровье 5».

26. Договор страхования заключается сроком на 1 (один) год.

27. Договор страхования вступает в силу:

27.1. по соглашению сторон с 00 часов 00 минут любого дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первой ее части);

27.2. при заключении договора страхования на новый срок до истечения действия предыдущего договора страхования - с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания срока действия предыдущего договора страхования при условии уплаты страховой премии (первой ее части) не позднее дня окончания срока действия предыдущего договора страхования (заключаемый договор страхования не является продлением предыдущего договора).

28. В договор страхования по соглашению сторон могут быть внесены изменения и (или) дополнения с учетом особенностей, установленных в части второй настоящего пункта, пунктах 29, 30 настоящих Правил.

Замена застрахованного лица по договору страхования не допускается.

Внесение изменений и (или) дополнений в договор страхования, инициатором которых является страхователь – организация, индивидуальный предприниматель, осуществляется на основании его письменного заявления. К заявлению может прилагаться список застрахованных лиц с указанием соответствующих сведений исходя из характера изменений (дополнений).

29. В период действия договора страхования со страхователем – организацией, индивидуальным предпринимателем по соглашению сторон допускается увеличение количества застрахованных лиц по договору страхования.

Не допускается увеличение количества застрахованных лиц по договору страхования, заключенному без составления списка застрахованных лиц (без пофамильного (поименного) указания застрахованных лиц).

При увеличении количества застрахованных лиц по договору страхования производится расчет страховой премии, подлежащей доплате страхователем, за включение застрахованного лица (увеличение количества застрахованных лиц). Расчет производится пропорционально времени действия договора страхования в отношении включаемого застрахованного лица.

30. В период действия договора страхования со страхователем – организацией, индивидуальным предпринимателем по соглашению сторон допускается исключение (уменьшение количества) застрахованных лиц.

Исключение (уменьшение количества) застрахованных лиц допускается в случае прекращения страхователем с застрахованным лицом трудовых отношений либо в иных случаях по согласованию со страховщиком.

В случае достижения согласия сторон страхование в отношении исключаемого застрахованного лица прекращается с 00 часов 00 минут даты исключения застрахованного лица из договора страхования.

При этом, если договор страхования заключен без составления списка застрахованных лиц (без пофамильного (поименного) указания застрахованных лиц) датой исключения является день, следующий за днем окончания оплаченного периода страхования по договору страхования на дату предоставления страхователем соответствующего заявления страховщику. Исключение (уменьшение количества) допускается при условии, что по договору страхования имеются неоплаченные периоды страхования. Иное допускается только с согласия страховщика.

Страховщик возвращает страхователю часть уплаченной страховой премии в отношении исключаемого застрахованного лица за оставшиеся неиспользованные оплаченные дни действия договора страхования со дня исключения застрахованного лица из договора страхования (дня прекращения его страхования) по день окончания оплаченного за него срока страхования.

Возврат части страховой премии производится в течение 5 рабочих дней с даты заключения соглашения об изменении и (или) дополнении условий договора страхования (договора о внесении изменений и (или) дополнений в условия договора страхования). По соглашению сторон возврат может быть отложен до окончания действия договора страхования или начисленная к возврату сумма может быть зачтена в уплату страховой премии (ее части(ей)) по договору(ам) страхования.

Возврат страховой премии (ее части) за исключаемое застрахованное лицо не производится, если по исключаемому застрахованному лицу заявлен страховой случай, имеются сведения о наступлении страхового

случая, если иное не установлено соглашением сторон, и (или) произведена страховая выплата.

31. Соглашение об изменении и (или) дополнении условий договора страхования (договор о внесении изменений и (или) дополнений в условия договора страхования) является неотъемлемой частью договора страхования, в условия которого внесены изменения. Внесение изменений в условия страхования, изложенные в страховом полисе, может совершаться путем оформления взамен нового страхового полиса.

Если изменения и (или) дополнения в условия договора страхования влекут доплату страховой премии, доплата производится одновременно до вступления в силу изменений и (или) дополнений либо, если страхователем является организация, индивидуальный предприниматель, доплата допускается одновременно с уплатой очередной части страховой премии. Если страхователем является организация, индивидуальный предприниматель, доплата страховой премии может также производиться в рассрочку: первая часть – до вступления в силу изменений и (или) дополнений либо одновременно с уплатой очередной части страховой премии, а последующие части - одновременно с уплатой очередных частей страховой премии по договору страхования.

Изменения и (или) дополнения вступают в силу с даты указанной в соглашении об изменении и (или) дополнении условий договора страхования (договоре о внесении изменений и (или) дополнений в условия договора страхования, нового страхового полиса).

32. Договор страхования прекращается в случаях:

32.1. истечения срока его действия;

32.2. выполнения страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме;

32.3. смерти страхователя – физического лица, за исключением случаев, когда застрахованное лицо и страхователь являются разными лицами или застрахованных лиц несколько;

32.4. неуплаты страхователем страховой премии (ее части) в установленный договором страхования срок и (или) размере, а в случае, указанном в подпункте 20.2 пункта 20 настоящих Правил, – неуплаты страховой премии (ее части) по договору страхования по истечении срока отсрочки (льготного периода), предоставленного страховщиком страхователю для погашения задолженности;

32.5. если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и страхование прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай (в том числе в случае смерти страхователя – физического лица, являющегося единственным застрахованным лицом, когда смерть не является страховым случаем);

32.6. по письменному соглашению сторон.

33. В случаях прекращения договора страхования по основаниям, указанным в подпунктах 32.5, 32.6 пункта 32 настоящих Правил, страховщик возвращает страхователю уплаченную страховую премию (ее часть) за оставшиеся неиспользованные оплаченные дни срока действия договора страхования со дня прекращения договора страхования по день окончания оплаченного срока действия договора страхования.

Днем прекращения действия договора страхования по подпункту 32.5 пункта 32 настоящих Правил является день, следующий за днем подачи заявления о прекращении договора страхования вместе с документами, подтверждающими обоснованность требования, но не ранее дня, следующего за днем наступления обстоятельств, указанных в подпункте 32.5 пункта 32 настоящих Правил.

При досрочном прекращении договора страхования по подпункту 32.6 пункта 32 настоящих Правил, дата прекращения действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон.

В остальных случаях прекращения договора страхования страховая премия возврату не подлежит.

Страховщик вправе требовать предоставления копии документа, удостоверяющего личность страхователя (его представителя), или копии отдельных его страниц с необходимой страховщику информацией.

34. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

Договор страхования прекращается с момента получения страховщиком письменного отказа страхователя от договора страхования.

При досрочном отказе страхователя от договора страхования уплаченная страховщику страховая премия по договору страхования возврату не подлежит.

35. Во всех случаях прекращения договора страхования страховая премия (ее часть) не подлежит возврату, если по договору страхования заявлен страховой случай, имеются сведения о наступлении страхового случая, если иное не установлено соглашением сторон, и (или) производилась страховая выплата.

36. Возврат страховой премии (ее части) производится страховщиком в течение 5 рабочих дней со дня прекращения договора страхования, а в случае прекращения по соглашению сторон со дня достижения соглашения.

Возврат страховой премии (ее части) осуществляется в безналичном порядке на счет в банке Республики Беларусь, если стороны не пришли к иному соглашению о порядке возврата и данный порядок не противоречит законодательству Республики Беларусь.

Страхователь несет ответственность за достоверность, полноту предоставленных (сообщенных) страховщику сведений для осуществления возврата страховой премии (ее части) в безналичном порядке.

37. За несвоевременный возврат части страховой премии по договору страхования страховщик уплачивает страхователю пеню в размере 0,1% от несвоевременно возвращенной суммы за каждый день просрочки.

38. Обязательства страховщика по страховой выплате, возникшие до прекращения договора страхования, продолжают действовать до их исполнения в предусмотренном настоящими Правилами порядке.

Глава 6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

39. Страховщик имеет право:

39.1. проверять выполнение страхователем (выгодоприобретателем) требований настоящих Правил и договора страхования;

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

39.3. при уведомлении о значительных изменениях в обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, потребовать изменения условий договора страхования и (или) доплаты страховой премии соразмерно увеличению страхового риска;

39.4. отказать в заключении договора страхования;

39.5. отсрочить принятие решения о признании или не признании случая страховым, когда необходимы дополнительные сведения для установления причин, обстоятельств, даты (времени) и (или) характера события, которое может быть признано страховым случаем, определения размера страховой выплаты – до предоставления такой информации по запросу страховщика, направленного в компетентные органы, организации, в том числе медицинские, иным лицам.

По событию, наступившему в период действия отсрочки по уплате страховой премии (ее части) (льготного периода), решение о признании или непризнании случая страховым принимается страховщиком не раньше дня, следующего за днем поступления страховщику отсроченной части страховой премии по договору страхования, или в случае неуплаты – со дня, следующего за днем окончания действия отсрочки (льготного периода);

39.6. отсрочить принятие решения о признании или не признании случая страховым в случае, когда ему не предоставлены все необходимые документы – до их предоставления, а также если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих

страховой случай – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов лицом, предоставившим такой документ (по требованию страховщика, предъявленному в течение 7 рабочих дней со дня получения такого документа), либо самим страховщиком (на основании запроса страховщика в орган, его выдавший, направленный в течение 7 рабочих дней со дня получения такого документа), а также в случае возбуждения уголовного дела по факту наступления страхового случая в отношении страхователя (застрахованного лица, выгодоприобретателя) или его работников – до вынесения приговора судом, приостановления или прекращения производства по делу;

39.7. оспорить требования страхователя (застрахованного лица, выгодоприобретателя) о страховой выплате, в т.ч. ее размере, в установленном законодательством порядке;

39.8. привлекать за свой счет независимых экспертов для установления причин, характера заявленного случая и (или) размера страховой выплаты;

39.9. отказать в страховой выплате в случаях:

39.9.1. предусмотренных пунктом 54 настоящих Правил;

39.9.2. когда необходимые сведения, в том числе запрашиваемые страховщиком в соответствии с подпунктом 39.5 настоящего пункта, не были предоставлены страховщику в течение 3 (трех) или более месяцев с даты подачи заявления о страховом случае;

39.10. выплатить (в том числе в период, когда действует отсрочка без ее прерывания) страхователю (застрахованному лицу, выгодоприобретателю) по его заявлению до полного определения размера подлежащего возмещению вреда часть страховой выплаты, соответствующей фактическому определенному и подтвержденному документально размеру вреда;

39.11. потребовать у выгодоприобретателя возврата выплаченной суммы страховой выплаты (или её соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по законодательству или по настоящим Правилам полностью или частично лишает выгодоприобретателя права на её получение;

39.12. потребовать признания договора страхования недействительным в случаях и порядке, предусмотренных законодательством;

39.13. запрашивать у страхователя – физического лица контактные данные (номер телефона, адрес электронной почты);

39.14. информировать страхователя, застрахованное лицо, выгодоприобретателя о заключении договора страхования, условиях страхования, сроках уплаты страховой премии (ее части), ходе исполнения, прекращения договора страхования, в том числе посредством

мобильной связи, сети интернет.

40. Страховщик обязан:

40.1. приложить к договору страхования Правила страхования;

40.2. по случаям, признанным страховыми:

40.2.1. составить акт о страховом случае в срок, установленный в пункте 49 настоящих Правил. В случае поступления в один рабочий день от 150 и более заявлений о страховом случае по добровольному страхованию от опасных заболеваний сроки принятия решения о признании или непризнании заявленного случая страховым продлеваются страховщиком до одного месяца;

40.2.2. произвести страховую выплату в срок, установленный в пункте 51 настоящих Правил;

40.3. не разглашать тайну сведений о страховании, а также сведений, полученных при исполнении договора страхования, в частности составляющих врачебную тайну, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

40.4. совершать другие действия, предусмотренные законодательством, настоящими Правилами, договором страхования.

41. Страхователь имеет право:

41.1. ознакомиться с настоящими Правилами;

41.2. получить информацию о страховщике в соответствии с законодательством.

42. Страхователь обязан:

42.1. уведомить застрахованное лицо о заключении договора страхования в его пользу, если соглашением сторон не установлено, что это является обязанностью страховщика;

42.2. своевременно уплачивать страховую премию в размере и порядке, предусмотренных договором страхования;

42.3. при заключении договора страхования сообщать страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны страховщику. Такая же обязанность лежит на застрахованном лице.

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования или страховом полисе на основании письменного или устного заявления страхователя (застрахованного лица);

42.4. в период действия договора страхования в течение 3 рабочих дней письменно сообщать страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут

существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными признаются изменения сведений, указанных в договоре страхования (страховом полисе) и в переданных страхователю Правилах страхования;

42.5. при наступлении события, которое по условиям договора страхования может быть признано страховым случаем, в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента наступления события уведомить о его наступлении страховщика в письменной форме (в том числе в электронном виде) удобным для страхователя способом исходя из контактных данных страховщика. Такая же обязанность лежит на выгодоприобретателе, которому известно о заключении договора страхования в его пользу, если он намерен воспользоваться правом на получение страхового обеспечения.

42.6. передавать страховщику сообщения, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования, в письменной форме (в том числе в электронном виде).

Страховщик не несет ответственность за риски, возникающие при передаче ему сведений в электронном виде;

42.7. ознакомить застрахованное лицо с условиями его страхования по договору страхования, предоставлять ему информацию об изменении условий его страхования по договору страхования, если соглашением сторон не установлено, что это является обязанностью страховщика;

42.8. совершать другие действия, предусмотренные законодательством и договором страхования.

43. Застрахованное лицо имеет право:

43.1. запрашивать у страхователя и страховщика информацию об изменении условий договора страхования;

43.2. при наступлении страхового случая требовать исполнения страховщиком принятых обязательств по договору страхования, заключенному в его пользу;

43.3. в случае смерти страхователя – физического лица, когда застрахованное лицо и страхователь являются разными лицами или когда застрахованных лиц несколько выполнять обязанности страхователя по договору страхования по уплате страховой премии (ее оставшейся части). В этом случае договор страхования продолжает действовать. Указанные обязанности так же вправе выполнять выгодоприобретатель.

44. Для целей бухгалтерского учета первичные учетные документы, подтверждающие факт оказания услуг по договору страхования, каждая из сторон договора страхования вправе составить единолично.

Глава 7. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

45. Для решения вопроса о страховой выплате по событию, которое по условиям договора страхования может быть признано страховым случаем, выгодоприобретатель (застрахованное лицо, наследники застрахованного лица, страхователь) должен предоставить страховщику следующие документы:

45.1. заявление о страховом случае (по форме, определенной страховщиком);

45.2. в зависимости от характера случая (события):

45.2.1. медицинский документ, выданный в установленном порядке, в котором указываются:

диагноз, в том числе код по МКБ-10, и дата его установления;

срок лечения и перечень конкретных проведенных медицинских мероприятий, если лечение проводилось;

срок беременности у застрахованной женщины – если заявитель претендует на страховую выплату в повышенном размере, установленном для беременных по заболеванию, указанному в подпункте 9.1.3 пункта 9 настоящих Правил.

По согласованию со страховщиком допускается предоставление копии медицинского документа;

45.2.2. в случае заболевания туберкулезом (код по МКБ-10 A15 – A19); ВИЧ – инфекций (СПИДом) (код по МКБ-10 B20 – B24); вирусным гепатитом (за исключением вирусного гепатита А) – документ, подтверждающий, что застрахованное лицо хотя бы на одну из указанных дат: дату заключения в отношении его договора страхования; дату начала его страхования по договору страхования; дату диагностирования у него заболевания, являлось:

- лицом рядового и (или) начальствующего состава органов внутренних дел Республики Беларусь;

- работником здравоохранения;

- студентом, учащимся медицинских ВУЗов, ССУЗов.

По согласованию со страховщиком допускается предоставление копии документа;

45.2.3. в случае заболевания туберкулезом, вирусным гепатитом, тифом, паратифом – медицинский документ, выданный в установленном порядке, подтверждающий в зависимости от диагностированного заболевания, что застрахованному лицу до начала его страхования по договору страхования не выставлялся диагноз туберкулез, вирусный гепатит, тиф, паратиф в любой форме (виде).

По согласованию со страховщиком допускается предоставление копии документа;

45.2.4. копию заключения МРЭК, а также документа, подтверждающего установление группы инвалидности (степень утраты

здоровья), выданного в установленном порядке (в случае установления инвалидности);

45.2.5. копию официального документа, подтверждающего смерть (например, копию свидетельства о смерти застрахованного лица, выданного органами ЗАГС), а также по требованию страховщика, если проводилось патологоанатомическое вскрытие – копию заключения патологоанатомического вскрытия (в случае смерти);

45.2.6. по требованию страховщика – если договор страхования заключен без составления списка застрахованных лиц (без пофамильного (поименного) указания застрахованных лиц) – документ, позволяющий идентифицировать физическое лицо, которому причинен вред жизни или здоровью, как застрахованное лицо по договору страхования (например, при страховании списочная численность работников – документ от страхователя со сведениями о дате начале трудовых отношений с физическим лицом);

45.3. копию документа, подтверждающего, что лицо является наследником застрахованного лица (в случае страховой выплаты наследнику);

45.4. копию документа, подтверждающего полномочия представителя (в случае, когда заявление подает и (или) когда, получателем страховой выплаты является представитель);

45.5. предъявить документ, удостоверяющий личность заявителя – физического лица (при личном обращении), по требованию страховщика предоставить копию документа, удостоверяющего личность застрахованного лица, выгодоприобретателя, или копию отдельных его страниц с необходимой страховщику информацией.

Предоставляемые выгодоприобретателем (застрахованным лицом, наследниками застрахованного лица, страхователем) документы, составленные на иностранном языке, должны сопровождаться переводом на белорусский или русский язык. Страховщик вправе принять документы на иностранном языке и перевести их своими силами и (или) направить их на перевод за свой счет.

46. Настоящими Правилами устанавливаются следующие размеры и условия осуществления страховых выплат по страховым случаям, исходя из варианта страхования:

46.1. диагностирование опасного заболевания – размер страховой выплаты определяется в процентах от страховой суммы, установленной в отношении застрахованного лица, в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат в связи с диагностированием опасного заболевания (в процентах от страховой суммы) (Приложение 2 к настоящим Правилам);

46.2. установление инвалидности застрахованному лицу (подпункт 9.2 пункта 9 настоящих Правил) – размер выплаты зависит от группы инвалидности (степени утраты здоровья):

- I первой группы инвалидности или IV степени утраты здоровья – 100% от страховой суммы, установленной в отношении застрахованного лица;

- II группы инвалидности (с недопустимостью труда) или III степени утраты здоровья – 70% от страховой суммы, установленной в отношении застрахованного лица;

- II группы инвалидности (с возможностью трудоустройства) или II степени утраты здоровья – 60% от страховой суммы, установленной в отношении застрахованного лица;

- III группы инвалидности или I степени утраты здоровья – 50% от страховой суммы, установленной в отношении застрахованного лица;

46.3. смерть застрахованного лица (подпункты 9.2, 9.3 пункта 9 настоящих Правил) – 100% от страховой суммы, установленной в отношении застрахованного лица.

46.4. Если застрахованному лицу установлена новая форма (вид) заболевания, которая дает основание для выплаты страхового обеспечения в большем размере, то страховая выплата производится за вычетом ранее выплаченных сумм по данному заболеванию в другой форме (виде).

При наступлении у застрахованного лица более тяжелых последствий по заболеванию, которые дают основание для выплаты страхового обеспечения в большем размере, страховая выплата производится за вычетом ранее выплаченных сумм страховых обеспечений.

Во всех случаях, если одно заболевание застрахованного лица повлекло несколько страховых выплат, выплата производится с учетом ранее произведенных страховых выплат в отношении застрахованного лица по договору страхования.

46.5. Сумма страховых выплат по договору страхования по всем страховым случаям, наступившим с застрахованным лицом, не может превышать страховой суммы, установленной в отношении застрахованного лица.

47. Страховая выплата производится после того, как будет установлен факт наступления страхового случая, его причины и обстоятельства, определен размер страховой выплаты и составлен акт о страховом случае.

48. В случае возникновения споров об обстоятельствах, характере заявленного случая и размере страховой выплаты страхователь (застрахованное лицо, выгодоприобретатель) имеет право потребовать проведения экспертизы. Экспертиза проводится за счет ее инициатора (инициаторов).

49. На основании полученных необходимых документов, в том числе информации, полученной по запросу страховщика, страховщик обязан в течение 7 рабочих дней с даты получения последнего необходимого документа принять решение о признании или непризнании заявленного случая страховым (за исключением случая продления срока принятия решения в соответствии с подпунктом 40.2.1. пункта 40 настоящих Правил).

Датой предоставления документа, составленного на иностранном языке, считается дата получения страховщиком его перевода на белорусский или русский язык.

Решение о признании заявленного случая страховым оформляется путем составления акта о страховом случае (по форме, определенной страховщиком).

50. При непризнании заявленного случая страховым отказ направляется заявителю в письменном (электронном) виде с указанием причин отказа в течение 5 рабочих дней со дня принятия страховщиком соответствующего решения.

Отказ может направляться заявителю в электронном виде, без досыла документа на бумажном носителе, одним из нижеуказанных способов:

- в «личный кабинет» на официальном сайте страховщика;
- по электронной почте, указанной в заявлении о страховом случае;
- по номеру телефона, указанному в заявлении о страховом случае.

Отказ на бумажном носителе направляется в обязательном порядке заявителю, если:

- в заявлении о страховом случае отсутствуют необходимые сведения для направления отказа в электронном виде;
- заявитель в своем заявлении просит направить письменный ответ по почте либо направить ответ по почте и в электронном виде.

Отказ должен содержать фамилию и инициалы представителя страховщика, подписавшего отказ о признании заявленного случая страховым.

Страховщик вправе использовать для подписания отказа факсимильное воспроизведение собственноручной подписи с помощью средств механического или другого копирования, электронную цифровую подпись или другой аналог собственноручной подписи.

51. Страховая выплата производится выгодоприобретателю в течение 5 рабочих дней со дня утверждения страховщиком акта о страховом случае.

Страховая выплата осуществляется в безналичном порядке на счет в банке Республики Беларусь, если стороны не пришли к иному соглашению о порядке выплаты и данный порядок не противоречит законодательству Республики Беларусь.

Выгодоприобретатель несет ответственность за достоверность, полноту предоставленных (сообщенных) страховщику сведений для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке.

52. Выгодоприобретатель обязан возратить страховщику полученную сумму страховой выплаты (или её соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по законодательству или по настоящим Правилам полностью или частично лишает выгодоприобретателя права на её получение.

53. Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда страховой случай наступил вследствие:

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

53.2. умысла страхователя (выгодоприобретателя, застрахованного лица).

54. Страховщик вправе отказать выгодоприобретателю в страховой выплате, если страхователь (выгодоприобретатель, которому известно о заключении договора страхования в его пользу) после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, не уведомил о его наступлении страховщика в срок и порядке, указанными в подпункте 42.5 пункта 42 настоящих Правил, если не будет доказано, что страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату.

55. Решение страховщика о непризнании заявленного случая страховым или об отказе произвести страховую выплату может быть обжаловано страхователем (выгодоприобретателем) в судебном порядке.

56. Страховщик несет ответственность, предусмотренную законодательством, за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств.

Страховщик за каждый день просрочки страховой выплаты по его вине уплачивает пеню в размере 0,1 % юридическому лицу и 0,5 % физическому лицу, в том числе индивидуальному предпринимателю, от суммы, подлежащей выплате.

Глава 8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

57. Споры по договору страхования между страховщиком и страхователем (выгодоприобретателем), не разрешенные путем переговоров, разрешаются в судебном порядке.».

Приложение 1
к Правилам № 2
добровольного страхования от
опасных заболеваний

Базовые годовые страховые тарифы

Название варианта страхования	Базовый годовой тариф в % страховой сумме
«Здоровье 1»	0,3
«Здоровье 2»	0,5
«Здоровье 3»	0,8
«Здоровье 4»	1,0
«Здоровье 5»	1,5

Приложение 2
к Правилам №2
добровольного страхования от
опасных заболеваний

ТАБЛИЦА
размеров страховых выплат в связи с диагностированием опасного
заболевания (в процентах от страховой суммы)

№ п/п	Заболевание (код по МКБ-10)	Размер страховой выплаты в % от страховой суммы	Продолжительность инкубационного периода (календарных дней)
1	Туберкулез (код по МКБ-10 A15 – A19):		21 день
	а) с лекарственной устойчивостью	70,0	
	б) в открытой форме (БК+)	50,0	
	в) в закрытой форме (БК-) и иными формами туберкулеза	30,0	
2	ВИЧ – инфекция (СПИД) (код по МКБ-10 B20 – B24)	50	14 дней
3	Вирусный гепатит (за исключением вирусного гепатита А) (код по МКБ-10 B16, B17)	35	В – 50 дней С – 14 дней D – 14 дней Е – 14 дней
4	Вирусный гепатит А (код по МКБ-10 B15)	25	7 дней
5	Чума (код по МКБ-10 A20)	40	нет
6	Холера (код по МКБ-10 A00)	40	нет
7	Инфекция, вызванная вирусом оспы обезьян (код по МКБ-10 B04)	30	5 дней
8	Тиф, паратиф А,Б (код по МКБ-10 A01)	20	2 дня
9	Сальмонеллез (код по МКБ-10 A02)	10	1 день
10	Амебиаз (код по МКБ-10 A06)	10	7 дней

11	Полиомиелит (код по МКБ-10 A80)	25	2 дня
12	Лептоспироз (код по МКБ-10 A27)	15	2 дня
13	Африканский трипаносомоз (код по МКБ-10 B56)	20	7 дней
14	Бруцеллез (код по МКБ-10 A23)	20	7 дней
15	Дифтерия (код по МКБ-10 A36)	10	2 дня
16	Менингококковая инфекция (код по МКБ-10 A39)	20	1 день
17	Сибирская язва (код по МКБ-10 A22)	20	нет
18	Бешенство (код по МКБ-10 A82)	100	7 дней
19	Лейшманиоз (код по МКБ-10 B55)	5	14 дней
20	Столбняк (код по МКБ-10 A33 – A35)	40	1 день
21	Туляремия (код по МКБ-10 A21)	10	1 день
22	Вирусные и вирусные геморрагические лихорадки (код по МКБ-10 A90 – A99)	25	3 дня
23	Риккетсиозы (код по МКБ-10 A75 – A79)	15	7 дней
24	Вирусные энцефалиты (код по МКБ-10 A83 – A85)	20	4 дня
25	Ботулизм (код по МКБ-10 A05.1)	20	нет
26	Малярия (код по МКБ-10 B50 – B54)	20	7 дней
27	Коклюш (код по МКБ-10 A37)		2 дня
	а) у застрахованной беременной женщины	7	
	б) у иного застрахованного лица	5	
28	Скарлатина (код по МКБ-10 A38)		1 день
	а) у застрахованной беременной женщины	12	
	б) у иного застрахованного лица	10	

29	Паротит эпидемический («свинка») (код по МКБ-10 В26)		11 дней
	а) у застрахованной беременной женщины	12	
	б) у иного застрахованного лица	10	
30	Корь (код по МКБ-10 В05)		9 дней
	а) у застрахованной беременной женщины	20	
	б) у иного застрахованного лица	15	
31	Краснуха (код по МКБ-10 В06)		11 дней
	а) у застрахованной беременной женщины	20	
	б) у иного застрахованного лица	15	
32	Ветряная оспа (код по МКБ-10 В01) при обязательном условии, что ветряная оспа наступила у застрахованного лица в возрасте от 20 и более лет		11 дней
	а) у застрахованной беременной женщины	8	
	б) у иного застрахованного лица	5	