|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Приложение 13  к приказу от 22.03.2022 № 77  (в ред. приказов от 26.08.2022 № 225, от 17.03.2023 № 50, 26.07.2024 № 184, 27.12.2024 № 314, 30.01.2025 № 12)  **ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_**  **ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ** | | | | | | | | |
| СТРАХОВЩИК | Закрытое акционерное страховое общество «Белнефтестрах»  Республика Беларусь, 220069, г. Минск, ул. Щорса 3-я, 9-11, УНП 101143603  (наименование филиала, место нахождения, тел./факс) | | | | | | |
| СТРАХОВАТЕЛЬ |  | | | | | | |
| на условиях Правил № 17 добровольного страхования медицинских расходов, утвержденных Страховщиком 22.03.2022, действующих в редакции на дату заключения договора страхования (далее – Правила), которые принимаются Страхователем путем присоединения к настоящему договору страхования, в соответствии со специальным разрешением (лицензией) на право осуществления страховой деятельности от 26.02.2004г. №02200/13-00011, на основании устного заявления от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ заключили договор страхования о нижеследующем: | | | | | | | | |
| ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО |  | | | | | | |
| ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ | медицинские организации, с которыми Страховщик заключил договор на предоставление медицинской помощи Застрахованному лицу и которые предоставили Застрахованному лицу медицинскую помощь, а также Застрахованное лицо (его законный представитель) или Страхователь (его законный представитель), оплативший оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь. | | | | | | |
| ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ | не противоречащие законодательству имущественные интересы Страхователя либо Застрахованного лица, связанные с компенсацией расходов медицинской организации, Страхователя или Застрахованного лица, вызванных обращением Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, предусмотренной договором страхования (индивидуальной программой добровольного страхования), при наступлении страхового случая. | | | | | | |
| СРОК ДЕЙСТВИЯ  ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ |  | | с |  | | по |  |
| ТИПОВАЯ ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ |  | | | | | | |
| СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ |  | | | | | | |
| ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, в которых можно получить медицинские услуги |  | | | | | | |
| ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ | Республика Беларусь | | | | | | |
| СТРАХОВАЯ СУММА  ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ |  | | | | | | |
| СТРАХОВОЙ ВЗНОС  по договору страхования (БЕЗ НДС) |  | | | | | | |
| При заключении договора страхования страховой взнос уплачен единовременно в сумме: |  | | | | | | |
| ПОРЯДОК УПЛАТЫ  СТРАХОВОГО ВЗНОСА |  | | | | | | |
| ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ОСНОВАНИЯ РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ  РАНЕЕ УСТАНОВЛЕННОГО СРОКА | 1. выполнение Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме;  2. если после вступления его в силу возможность наступления страхового случая отпала и страхование прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;  3. смерть Страхователя, кроме случая, предусмотренного пунктом 13.1 Правил;  4. отказ Страхователя от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по причинам иным, чем наступление страхового случая;  5. по соглашению сторон, оформленному в письменном виде. Договор страхования прекращается с даты, определенной соглашением сторон;  6. в других случаях, предусмотренных законодательством. | | | | | | |
| ПОРЯДОК ВОЗВРАТА СТРАХОВАТЕЛЮ СТРАХОВОГО ВЗНОСА В СЛУЧАЕ НЕИСПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ИЛИ РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ РАНЕЕ УСТАНОВЛЕННОГО СРОКА | При досрочном прекращении договора страхования (в том числе при уменьшении количества Застрахованных лиц по договору – прекращение договора страхования в отношении исключаемого Застрахованного лица) по обстоятельствам, указанным в пунктах 2, 3, 5 раздела «Основания расторжения договора страхования ранее установленного срока», Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и возвращает Страхователю (наследникам по закону – пункт 3 раздела «Основания расторжения договора страхования ранее установленного срока») при отсутствии выплат страхового обеспечения (заявленных событий, которые могут быть признаны страховым случаем) часть уплаченного страхового взноса пропорционально времени, оставшемуся со дня досрочного прекращения договора страхования до окончания срока его действия.  При досрочном отказе Страхователя от договора страхования (пункт 4 раздела «Основания расторжения договора страхования ранее установленного срока») страховой взнос возврату не подлежит.  Возврат причитающейся части страхового взноса в случае прекращения договора страхования ранее установленного срока производится Страхователю в течение 5 рабочих дней со дня расторжения договора страхования наличными денежными средствами из кассы Страховщика или путем перечисления на счет Страхователя в банке. | | | | | | |
| ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕИСПОЛНЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ | За несвоевременный возврат причитающейся части страхового взноса по вине Страховщика Страхователю выплачивается пеня за каждый день просрочки в размере 0,1% от суммы, подлежащей возврату. Соответствующая часть страхового взноса по договору страхования возвращается в той валюте, в которой уплачен страховой взнос.  За несвоевременную выплату страхового обеспечения по вине Страховщика он уплачивает пеню за каждый день просрочки от суммы, подлежащей выплате, в размере:  - Выгодоприобретателю-юридическому лицу – 0,1%;  - Выгодоприобретателю-физическому лицу – 0,5%. | | | | | | |
| ИНЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ |  | | | | | | |
| Условия, содержащиеся в Правилах, в том числе не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страховщика, Страхователя, Застрахованного лица и Выгодоприобретателя.  Настоящий договор страхования составлен на \_\_\_\_\_\_ стр. в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон. | | | | | | | | |
| Дата заключения  договора страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | С условиями страхования ознакомлен и согласен.  ⬜ Согласен на получение правил страхования и индивидуальной программы добровольного страхования в электронном виде на электронный адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ⬜ Согласен на получение правил страхования и индивидуальной программы добровольного страхования в мобильном приложении. | | | | | |
| **Страховщик**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О., подпись) | | | | | **Страхователь**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О., подпись) | | | |