

**УНИТАРНОЕ СТРАХОВОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ «БЕЛВНЕШСТРАХ»
ОТКРЫТОГО АКЦИОНЕРНОГО ОБЩЕСТВА
«БЕЛВНЕШЭКОНОМБАНК»**

ПРАВИЛА № 12

**ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ
РАСХОДОВ**

(в редакции, согласованной Министерством финансов Республики Беларусь
30.06.2015 № 464)

Минск 2015

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на условиях настоящих Правил добровольного страхования медицинских расходов (далее - Правила) УСП «Белвнешстрах» (далее - Страховщик) заключает договоры добровольного страхования медицинских расходов (далее – договор страхования) с дееспособными физическими лицами, а также с юридическими лицами любой организационно-правовой формы и индивидуальными предпринимателями (далее - Страхователь).

Договор страхования действует на территории Республики Беларусь.

1.2. Для целей настоящих Правил применяются следующие термины:

внезапное расстройство здоровья - резкое ухудшение состояния соматического здоровья Застрахованного лица;

несчастный случай - внезапное, непредвиденное событие, происшедшее с Застрахованным лицом в период действия договора страхования, сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями здоровья;

хроническое заболевание – соматическое заболевание, симптомы которого проявились и (или) в связи с которыми имело место хотя бы одно обращение застрахованного лица за медицинской помощью на протяжении шести месяцев до заключения договора страхования;

обострение хронического заболевания – стадия течения хронического соматического заболевания, характеризующаяся усилением имеющихся симптомов или появлением новых;

острое заболевание – внезапно и ярко проявляющееся, развивающееся за короткий промежуток времени изменение в состоянии организма Застрахованного лица, угрожающее его соматическому здоровью, жизни, требующее срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, острых тяжелых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний и т.д.);

медицинские услуги – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику (вакцинация) заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное значение и определенную стоимость;

медикаментозное обеспечение – лекарственные препараты, перевязочные материалы, назначенные врачом организации здравоохранения, с которой Страховщик заключил договор на оказание медицинской помощи застрахованным лицам, и приобретенные Застрахованным лицом на территории Республики Беларусь по поводу

заболевания, являющегося страховым случаем, за исключением пункта 3.7 Правил;

программа добровольного страхования медицинских расходов (далее - Программа страхования) - неотъемлемая часть Правил, содержащая перечень медицинских мероприятий определенного объема, предоставление которого гарантировано Застрахованному лицу договором страхования при его обращении в организацию здравоохранения за медицинской помощью вследствие внезапного расстройства здоровья или несчастного случая;

индивидуальная карточка Застрахованного лица - карточка, содержащая индивидуальную информацию о Застрахованном лице, договоре страхования, сроке его действия, программе страхования.

1.3. Страхователями могут выступать юридические лица - коммерческие организации независимо от организационно-правовой формы или индивидуальные предприниматели, а также дееспособные физические лица, в том числе иностранные граждане и лица без гражданства.

Страхователь - физическое лицо, которое имеет право заключить договор страхования как в свою пользу, так и в пользу третьих лиц. Страхователь, заключивший договор страхования в свою пользу, является Застрахованным лицом.

Страхователь - юридическое лицо, индивидуальный предприниматель, которые заключают договоры страхования в пользу своих работников и/или третьих лиц (Застрахованные лица).

Работник - субъект трудового права, физическое лицо, работающее по трудовому договору либо по гражданско-правовому договору у Страхователя-работодателя (нанимателя).

Третьи лица - иные лица за исключением субъектов страхования (Страховщика, Страхователя, Выгодоприобретателя, Работников Страхователя).

Страхователями по настоящим Правилам не могут быть государственные юридические лица, а также юридические лица, на решения которых может влиять государство, владея контрольным пакетом акций (долей, вкладов, паев) или иным не противоречащим законодательству образом.

Застрахованное лицо - физическое лицо в возрасте от 1 (одного) месяца, в пользу которого заключен договор страхования. Застрахованными лицами могут быть граждане Республики Беларусь, иностранные граждане, временно или постоянно проживающие на территории Республики Беларусь, лица без гражданства.

Выгодоприобретатели - государственные, негосударственные

организации здравоохранения, индивидуальные предприниматели, аптеки, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Республики Беларусь, имеющие специальное разрешение (лицензию) на осуществление медицинской, фармацевтической деятельности, с которыми Страховщик заключил договоры на оказание медицинских услуг, и которые произвели расходы в связи с их оказанием Застрахованному лицу.

Выгодоприобретателем может быть Застрахованное лицо (Страхователь), самостоятельно оплатившее медикаменты в соответствии с назначениями врача по страховому случаю, если медикаментозное обеспечение предусмотрено Программой страхования.

1.4. Договоры страхования не заключаются в отношении лиц:

- состоящих на учете в психоневрологическом, наркологическом, туберкулезном, кожно-венерологическом диспансерах;
- инвалидов 1 и 2 (нерабочей) группы, инвалидов детства;
- страдающих онкологическими заболеваниями (злокачественные новообразования, в том числе онкологические заболевания кроветворной и лимфатической систем);
- ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;
- находящихся на стационарном лечении при заключении договора страхования;
- имеющих тяжелые формы заболевания эндокринной системы (инсулинозависимый сахарный диабет, тиреотоксический зоб).

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.

2.1. Объектом добровольного страхования медицинских расходов являются не противоречащие законодательству Республики Беларусь имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с компенсацией расходов организации здравоохранения, вызванных его обращением за оказанием медицинской помощи согласно Программе страхования, вследствие внезапного расстройства соматического здоровья, обострения хронических соматических заболеваний, несчастного случая.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является факт понесенных организацией здравоохранения расходов, вызванных обращением Застрахованного лица в организацию здравоохранения за оказанием медицинской помощи согласно Программе страхования по поводу внезапного расстройства соматического здоровья, острого или обострения хронического

соматического заболевания, несчастного случая, наступившего в период действия договора добровольного страхования.

3.2. Страховщик заключает договоры страхования исходя из следующих Программ страхования:

3.2.1. Программа «Амбулаторно-поликлиническая помощь» (А).

Страховщик организует и оплачивает расходы на оказание медицинской помощи Застрахованному лицу в амбулаторных условиях при его обращении в организацию здравоохранения вследствие внезапного расстройства соматического здоровья, острого или обострения хронического соматического заболевания, травмы, ожога, отравления и других несчастных случаев.

Амбулаторно-поликлиническая помощь – это консультативно-диагностические и лечебно-профилактические медицинские услуги, в том числе малые и диагностические оперативные вмешательства, реабилитационно-восстановительное лечение по медицинским показаниям в пределах их перечня, предусмотренного данной программой страхования, пребывание в дневном стационаре (однократно в период действия Договора страхования), оказание неотложной медицинской помощи, экстренная транспортировка в стационар.

3.2.2. Программа «Стационарная помощь» (С).

Страховщик организует и оплачивает расходы на оказание медицинской помощи Застрахованному лицу в условиях стационара по медицинским показаниям (острые заболевания, обострение хронических соматических заболеваний, травмы, ожоги, отравления и другие несчастные случаи).

Стационарная помощь включает консервативное и/или хирургическое лечение в условиях стационара, в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, консультативные услуги, диагностические исследования, пребывание в маломестной палате (в зависимости от возможностей организации здравоохранения, в которое осуществляется госпитализация Застрахованного лица), питание, уход медицинского персонала, медикаментозное, реабилитационно-восстановительное лечение.

По направлению врача возможен перевод застрахованного лица в другую организацию здравоохранения, с которой у Страховщика заключен договор на оказание медицинских услуг Застрахованным лицам.

3.2.3. Унифицированная программа добровольного страхования медицинских расходов (Приложение №5).

3.3. По соглашению между Страховщиком и Страхователем могут быть разработаны индивидуальные программы страхования в рамках предлагаемых настоящими правилами программ страхования

«Амбулаторно-поликлиническая помощь» и «Стационарная помощь», с включением дополнительных медицинских услуг с учетом условий, изложенных в пунктах 3.5 – 3.7 настоящих Правил.

Дополнительные медицинские услуги:

- медикаментозное обеспечение;
- стоматологическое лечение;
- ведение беременности и родовспоможение;
- оперативная и лазерная офтальмокоррекция;
- лечение доброкачественных новообразований;
- лечение инфекций, передающихся половым путем.

Страховщик может устанавливать в пределах страховой суммы по договору страхования отдельную страховую сумму в отношении дополнительных медицинских услуг. При этом при расчете страхового взноса, подлежащего уплате по договору страхования, к базовым страховым тарифам применяются корректировочные коэффициенты, утвержденные Страховщиком.

3.4. Не относятся к страховым случаям расходы, связанные с:

3.4.1. травмой, ожогом, отравлением или другим расстройством здоровья, которое наступило в результате суицида, умысла, противоправных действий Застрахованного лица;

3.4.2. травмами, полученными Застрахованным лицом при управлении им транспортным средством, не имеющим удостоверения на право управления транспортным средством соответствующей категории, в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или при передаче им управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо лицу, не имеющему прав на управление транспортным средством соответствующей категории;

3.4.3. предоставлением организациями здравоохранения услуг парикмахера, косметолога и иных услуг, не связанных со страховым случаем, приобретением и прокатом кондиционера, увлажнителя воздуха, испарителя, спортивных тренажеров и иного оборудования подобного рода;

3.4.4. обращением Застрахованного лица в организацию здравоохранения без согласования со Страховщиком, за исключением случаев, оговоренных в пункте 7.6.6 настоящих Правил;

3.4.5. лечением членов семьи Застрахованного лица;

3.4.6. лечением у медицинского работника, состоящего в родственных отношениях с Застрахованным лицом;

3.4.7. получением Застрахованным лицом медицинской помощи после истечения срока действия страхования;

3.4.8. получением Застрахованным лицом медицинских услуг и в тех организациях здравоохранения, которые не предусмотрены программой страхования;

3.4.9. получением Застрахованным лицом справок, не имеющих отношения к страховому случаю; обязательным медицинским осмотром с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий;

3.4.10. санаторно–курортным лечением, проведением оздоровительных мероприятий (тренажеры, солярий, бассейн, коррекция веса и т.д.).

3.5. Не подлежат возмещению медицинские расходы, связанные с:

3.5.1. лечением алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений, подтвержденных документом организации здравоохранения, независимо от сроков их выявления, а также любых травм и заболеваний, полученных в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.5.2. лечением острых и хронических лучевых поражений;

3.5.3. лечением травм и заболеваний, возникших в связи с заболеванием психической природы, в том числе эпилепсией, психотерапевтическим лечением;

3.5.4. лечением врожденных аномалий (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения), наследственных заболеваний, ДЦП, ортопедических нарушений, последствий родовых травм;

3.5.5. лечением хронической печеночной и почечной недостаточности, требующей проведения гемодиализа или других экстракорпоральных методов лечения;

3.5.6. сеансы литотрипсии за исключением оказания скорой и неотложной медицинской помощи при впервые выявленном заболевании в период действия договора страхования;

3.5.7. лечением профессиональных заболеваний;

3.5.8. искусственным прерыванием беременности, за исключением оказания скорой и неотложной медицинской помощи в результате несчастного случая, возникшего в период действия договора страхования;

3.5.9. ведением беременности и родов, если иное не предусмотрено программой страхования и договором страхования;

3.5.10. половыми расстройствами и бесплодием, импотенцией, экстракорпоральным оплодотворением, внутриматочной инсеминацией, вазэктомией и стерилизацией женщин, изменением пола;

3.5.11. проведением любых генетических исследований;

3.5.12. коррекцией слуха техническими средствами, стоимостью слуховых аппаратов;

3.5.13. коррекцией зрения с помощью контактных линз; лечения косоглазия, глаукомы, катаракты; стоимостью очков, контактных линз;

3.5.14. оперативной и лазерной офтальмокоррекцией близорукости, дальнозоркости и астигматизма, если иное не предусмотрено Программой страхования и Договором страхования;

3.5.15. стоматологическим терапевтическим и хирургическим лечением острых и обострений хронических заболеваний зубов и периодонта, проводимыми при этом диагностическими исследованиями, заменой старых пломб с косметической или профилактической целью, хирургическим и аппаратным лечением пародонтита, депофорезом, терапевтическим лечением пародонтита (свыше пяти процедур при локальных формах), зубопротезированием, микропротезированием, имплантацией и ортодонтией и подготовкой к ним, эстетической стоматологией, снятием зубных отложений, отбеливанием зубов, если иное не предусмотрено программой страхования;

3.5.16. лечением сердечно-сосудистых заболеваний, требующих аорто-коронарного шунтирования, ангиопластики, стентирования сосудов и подготовкой к ним, за исключением случая оказания скорой и неотложной медицинской помощи при впервые выявленном заболевании в период действия договора страхования;

3.5.17. трансплантацией, аутооттрансплантацией, имплантацией, эндопротезированием, всеми видами пластических и реконструктивных операций в целях устранения косметических дефектов, улучшения внешнего вида, за исключением случаев, связанных с восстановлением и/или коррекцией после несчастного случая, возникшего в период действия договора страхования;

3.5.18. ортопедическим лечением плоскостопия (супинаторы, вкладыши для коррекции стопы), лечением деформированных ногтей конечностей, приобретения костылей, протезов, инвалидных колясок;

3.5.19. лечением глубоких микозов, заболеваний волос и микозов ногтевых пластинок, чесотки и педикулеза;

3.5.20. обследованием и лечением методами нетрадиционной медицины (иридодиагностика, биорезонансная диагностика, апитерапия, ароматерапия, гирудотерапия, гипноз, гомеопатия, электракупунктура и др.);

3.5.21. лечением, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским (услуги, связанные с телемедициной; экстракорпоральные методы лечения, в т.ч. гидроколоноскопия, ударно-волновая терапия, внутривенное лазерное и УФ облучение крови, озонотерапия, гипербарическая оксигенация, плазмаферез, гемосорбация,

криотерапия), если стандартные методы лечения не дают результата и иное не предусмотрено программой страхования;

3.5.22. иммунизацией, за исключением экстренной профилактики по жизненным и эпидемическим показаниям, и если иное не предусмотрено программой страхования;

3.5.23. лечением синдрома приобретенного иммунодефицита и инфицирования ВИЧ, установленного в период действия договора страхования;

3.5.24. лечением осложнений заболеваний, явившихся следствием нарушения курса лечения, назначенного лечащим врачом;

3.5.25. лечением осложнений, явившихся следствием терапевтического или хирургического лечения по поводу заболевания или травмы, имеющих место до начала действия договора страхования;

3.5.26. лечением заболеваний, по которым в период действия договора страхования установлена инвалидность 1-й , 2-й (нерабочей) группы;

3.5.27. лечением заболеваний, по которым установлена 2-ая (рабочая) группа;

3.5.28. медикаментозным обеспечением, если иное не предусмотрено программой страхования;

3.5.29. медицинскими услугами или препаратами, не являющимися необходимыми с точки зрения выставленного диагноза или лечения болезни, примененными по желанию застрахованного, а не по медицинским показаниям.

3.6. При выявлении у Застрахованного лица в период действия договора страхования заболеваний из числа, указанных в настоящем пункте, Страховщик оплачивает медицинскую помощь, оказанную Застрахованному лицу в соответствии с программой страхования, только до установления окончательного диагноза, а именно:

3.6.1. демиелинизирующих заболеваний нервной системы (рассеянный склероз, сирингомиелия), прогрессирующих мышечных дистрофий, эпилепсии, церебрального паралича;

3.6.2. хронических кожных заболеваний (псориаз, экзема, нейродермит);

3.6.3. системных заболеваний соединительной ткани, в том числе ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, системная склеродермия, красная волчанка;

3.6.4. неспецифических заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвенный колит, болезнь Крона и др.);

3.6.5. туберкулеза, муковисцидоза, саркоидоза независимо от клинической формы и стадии процесса;

3.6.6. особо опасных инфекционных заболеваний (оспа, чума, малярия, холера, сибирская язва, сыпной тиф);

3.6.7. заболеваний и инфекций, передающихся половым путем, их осложнений, если иное не предусмотрено программой страхования;

3.6.8. онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. заболеваний лимфатической системы и онкогематологической природы, доброкачественных новообразований со значительным нарушением функций органов и систем) и их осложнений;

3.6.9. доброкачественных новообразований с умеренным и незначительным нарушением функций органов и систем, их осложнений, если иное не предусмотрено договором страхования;

3.6.10. сахарного диабета 1 типа и тяжелых форм 2 типа, их осложнений;

3.6.11. гепатита В, С, D, G, цирроза печени вирусной этиологии.

3.7. Страховщик не оплачивает следующие препараты по дополнительной услуге Медикаментозное обеспечение:

- биологически активные добавки (БАД), гомеопатические препараты;

- витамины, минералы и их комплексы, если иное не предусмотрено программой страхования;

- гормональные препараты, используемые в контрацептивных целях;

- питательные смеси и препараты для лечебного питания; лечебную косметику;

- используемые для профилактики заболеваний;

- для лечения заболеваний, указанных в пунктах 3.5, 3.6 Правил страхования, если иное не предусмотрено программой страхования и договором страхования;

- лекарственные препараты, приобретенные за рубежом;

- изделия и препараты медицинского назначения, в т.ч. средства личной гигиены, медицинскую технику, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантаты и др.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ВЗНОС (СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ) И ПОРЯДОК УПЛАТЫ.

4.1. Страховая сумма - это сумма денежных средств, в пределах которой Страховщик обязан произвести Выгодоприобретателю оплату страхового обеспечения при наступлении страхового случая в течение срока действия договора страхования.

Страховая сумма по договору добровольного страхования

определяется сторонами по их усмотрению и устанавливается как в белорусских рублях, так и в иностранной валюте (евро, доллар США, российский рубль).

Страховая сумма устанавливается отдельно на каждое Застрахованное лицо по каждой Программе страхования, а также по каждой дополнительной медицинской услуге, предусмотренной настоящими Правилами.

При заключении договора страхования на группу лиц в договоре страхования указывается общая страховая сумма. Страховая сумма, установленная на каждое застрахованное лицо, указывается в списке Застрахованных лиц в соответствии с пунктом 5.2 Правил.

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

4.3. Размер страхового вноса (страховой премии) по договору страхования определяется исходя из страховой суммы, срока действия договора страхования и рассчитанного страхового тарифа в соответствии с выбранной Программой страхования, который определяется базовым страховым тарифом (Приложение №1 к настоящим Правилам) с учетом корректировочных коэффициентов, утвержденных приказом Страховщика.

4.4. Страховой тариф рассчитывается путем умножения базового страхового тарифа на соответствующие корректировочные коэффициенты, определяемые в зависимости от факторов, влияющих на степень риска, а также перечня дополнительных медицинских услуг, предусмотренных договором страхования;

Договор страхования группы лиц может быть заключен по разным программам страхования для каждого Застрахованного лица. В этом случае страховой взнос по договору страхования определяется путем суммирования страховых взносов по каждому Застрахованному лицу.

4.5. Страховой взнос (страховая премия) по договору страхования со Страхователем – физическим лицом уплачивается единовременно.

Страховой взнос (страховая премия) по договору страхования со Страхователем – юридическим лицом может быть уплачен как единовременно при заключении договора, так и в рассрочку.

4.5.1. По договорам страхования, заключаемым на срок менее 6 месяцев, страховой взнос (страховая премия) уплачивается единовременно.

4.5.2. При заключении договора страхования на срок от 6 месяцев до 1 года страховой взнос (страховая премия) может уплачиваться единовременно или в два срока. По договорам страхования, заключаемым на срок 1 год, страховой взнос (страховая премия) может уплачиваться единовременно, в два срока, ежеквартально, ежемесячно.

4.5.3. При уплате страхового взноса (страховой премии) в два срока первая его часть в размере не менее 50 % от исчисленного по договору страхового взноса уплачивается при заключении договора страхования, а вторая часть - не позднее половины срока, прошедшего со дня вступления договора страхования в силу.

При уплате страхового взноса (страховой премии) ежеквартально первая его часть в размере не менее 25 % от исчисленной по договору страховой премии уплачивается при заключении договора страхования, а оставшаяся часть - равными долями ежеквартально по принципу предоплаты до начала следующего неоплаченного квартала.

При ежемесячной уплате страхового взноса (страховой премии) первая его часть в размере не менее 10 % от исчисленной по договору страховой премии уплачивается при заключении договора страхования, а оставшаяся часть – равными долями ежемесячно по принципу предоплаты до начала следующего неоплаченного месяца.

4.6. В случае неуплаты Страхователем очередной части страхового взноса (страховой премии) в установленный договором страхования срок Страховщик вправе:

а) прекратить действие договора страхования с 00 часов дня, следующего за последним днем установленного срока уплаты очередной части страхового взноса (страховой премии);

б) начислить Страхователю пеню в размере 0,1% от неуплаченной в срок суммы страхового взноса (страховой премии) за каждый день просрочки при продолжении договора страхования и при наличии письменных обязательств Страхователя погасить имеющуюся задолженность (просроченную сумму страховой премии и пеню) в течение 30 календарных дней со дня просрочки платежа. При неуплате просроченной суммы страхового взноса (страховой премии) и пени в течение указанного срока договор страхования прекращает действовать с 00 часов дня, следующего за последним днем тридцатидневного срока, в течение которого Страхователь обязан уплатить просроченную сумму и пеню. При этом Страхователь не освобождается от уплаты страхового взноса (страховой премии) за указанный 30-тидневный срок действия договора и начисленной пени.

Страховщик извещает Страхователя о принятом решении, касающемся последствий неуплаты части страхового взноса (страховой

премии), в трехдневный срок со дня его принятия.

4.7. Страховой взнос (страховая премия) может быть уплачен Страхователем безналичным путем, в том числе с использованием банковской платежной карточки, или наличным путем, в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

4.8. Днем уплаты считается:

4.8.1. день уплаты страхового взноса (его частей, установленных договором страхования) в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю – при уплате наличными денежными средствами;

4.8.2. день поступления страхового взноса (его частей, установленных договором страхования) на расчетный счет Страховщика – при безналичной форме расчетов;

4.8.3. день списания денежных средств по уплате страхового взноса (его частей, установленных договором страхования) со счета Страхователя – при безналичной форме расчета с использованием банковской платежной карточки.

4.9. При установлении страховой суммы в иностранной валюте страховой взнос (страховая премия), исчисленный в валюте страховой суммы, может быть уплачен как в иностранной валюте (в случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь), так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса (страховой премии).

Для Страхователя - физического лица страховой взнос (страховая премия), подлежащий уплате наличными денежными средствами в иностранной валюте, округляется до ближайшего целого значения. Страховой взнос, подлежащий уплате в белорусских рублях, округляется с точностью до целого числа в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя (Приложение № 2), являющегося неотъемлемой частью договора страхования.

Условия, содержащиеся в Правилах страхования, в том числе не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страховщика и Страхователя.

Договор страхования заключается в письменной форме на условиях настоящих Правил страхования, принятых Страхователем путем

присоединения к договору страхования, подписывается сторонами и скрепляется их печатями (при их наличии). Дата заключения договора страхования указывается в договоре страхования.

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 неизвестны и не должны быть известны Страховщику.

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

К договору страхования прилагаются настоящие Правила страхования, что удостоверяется записью в этом договоре, программы страхования, индивидуальные карточки Застрахованных лиц. Объем медицинских услуг по договору страхования, предусмотренных программами, может быть расширен указанием в договоре страхования дополнительных медицинских услуг, предусмотренных настоящими Правилами.

5.2. При коллективном страховании Страхователь предоставляет письменное заявление и список Застрахованных лиц, являющиеся неотъемлемой частью договора страхования, по форме, утвержденной Страховщиком в Приложении №2а к настоящим Правилам.

5.3. В договоры страхования со сроком действия не менее 6 месяцев по соглашению сторон могут быть внесены следующие изменения и (или) дополнения:

5.3.1. замена Застрахованного лица;

5.3.2. уменьшение количества Застрахованных лиц;

5.3.3. увеличение количества Застрахованных лиц;

5.3.4. включение в Договор страхования дополнительных медицинских услуг;

5.3.5. увеличение страховой суммы по договору страхования, в том числе в связи с увеличением объема включенных в договор страхования дополнительных медицинских услуг;

5.3.6. увеличение страхового риска, увеличение размера страхового взноса;

При заключении договора страхования Страхователем – физическим лицом, в том числе при страховании группы физических лиц, замена и увеличение количества Застрахованных лиц не допускается.

Заявление об изменении (дополнении) условий договора страхования направляется Страхователем не позднее 5 (пяти) рабочих

дней до даты их внесения.

Изменения и (или) дополнения в договор страхования вносятся не позднее 60 (шестидесяти) календарных дней до даты окончания срока его действия. Внесение изменений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, совершается путем заключения договора о внесении изменений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, в письменной форме с указанием даты его заключения, вступления в силу, который является неотъемлемой частью договора страхования, в условия которого внесены изменения.

5.4. Страхователь имеет право, с согласия Застрахованного лица и Страховщика, заменить Застрахованное лицо. Замена применяется в том случае, если по договору страхования не производились страховые выплаты в пользу исключаемого из списка Застрахованного лица, и на условиях договора страхования, заключенного с исключаемым Застрахованным лицом (программа страхования, страховая сумма, дополнительные медицинские услуги, порядок уплаты страхового взноса).

По решению страховщика возможна замена Застрахованного лица и при наличии страховых выплат в отношении заменяемого Застрахованного лица. В таком случае договор страхования продолжает действовать в отношении нового Застрахованного лица в пределах остатка страховой суммы, о чем новое Застрахованное лицо должно быть уведомлено страхователем. Для замены Застрахованного лица Страхователь предоставляет Страховщику письменное заявление (Приложение № 3).

5.5. В случае сокращения списка Застрахованных лиц при коллективном страховании Страхователь предоставляет Страховщику заявление произвольной формы с приложением списка исключаемых из договора страхования лиц, на основании которого по согласованию сторон вносятся соответствующие изменения в договор страхования.

Страховщик производит перерасчет страхового взноса (страховой премии) и производит возврат части уплаченной по договору страхования страховой премии в соответствии с частью 4 пункта 6.4 Правил страхования.

5.6. В случае увеличения количества Застрахованных лиц при коллективном страховании Страхователь предоставляет Страховщику заявление (Приложение № 2), список Застрахованных лиц (Приложение № 2а) и производит доплату страховой премии.

Страховщик производит расчет страхового взноса (страховой премии), подлежащего доплате Страхователем, который рассчитывается за период со дня внесения изменений в договор страхования и до последнего дня срока действия договора страхования.

Страховая защита по договору добровольного страхования для вновь внесенных в список Застрахованных лиц наступает с 00 часов дня, следующего за днем поступления доплаты страхового взноса (страховой премии) на расчетный счет Страховщика (его представителя) либо в кассу Страховщика (его представителя) и действует до окончания срока страхования.

Доплата страхового взноса (страховой премии) производится одновременно при внесении соответствующих изменений и (или) дополнений в договор страхования.

5.7. При увеличении по письменному соглашению Страхователя и Страховщика в течение срока действия договора страхования страховой суммы по договору страхования, а также при включении дополнительных медицинских услуг Страховщик производит расчет страхового взноса (страховой премии), подлежащего доплате Страхователем, который рассчитывается за период со дня внесения изменений в договор страхования и до последнего дня срока действия договора страхования.

При включении в программу страхования дополнительных медицинских услуг доплата страхового взноса (страховой премии) производится Страхователем одновременно при внесении соответствующих изменений (дополнений) в договор страхования.

5.8. При заключении договора страхования Застрахованное лицо оформляет «Карту здоровья» (Приложение № 7), на основании которой Страховщик относит его к определенной группе здоровья, используемой для расчета страхового тарифа.

5.8.1. Если число Застрахованных лиц больше 10, то «Карта здоровья» ими не заполняется, а при расчете страховой премии указанные лица относятся к группе здоровья II.

5.8.2. После заполнения «Карты здоровья» и ее оценки Страховщиком для Застрахованного лица определяется одна из пяти групп здоровья:

- I группа - практически здоровые лица с отсутствием жалоб, наследственных хронических соматических заболеваний в анамнезе, редкими (не чаще одного раза в год) острыми соматическими заболеваниями.

- II группа - лица с наличием хронических соматических заболеваний в стадии стойкой ремиссии с редкими обострениями без нарушения функций органов и систем, наличием в анамнезе острых соматических заболеваний не чаще двух раз в год.

- III группа - лица, страдающие хроническими соматическими заболеваниями в стадии компенсации (с нарушениями функций органов и систем не выше 1 степени) с редкими обострениями (не чаще одного раза

в год);

- лица с наличием в анамнезе острых соматических заболеваний чаще двух раз в год;

- лица, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

- лица, проживающие либо проживавшие на территории, подвергшейся радиоактивному загрязнению;

- лица, выкуривающие более 20 сигарет в сутки;

- лица, употребляющие алкоголь чаще 1 раза в неделю.

IV группа – лица с наличием хронических соматических заболеваний в стадии обострения с умеренным (не выше 2-й стадии) или выраженным нарушением функций органов (систем), высокий риск острых заболеваний.

V группа - профессиональные спортсмены, работники наиболее опасных профессий.

По результатам заполнения Застрахованным лицом «Карты здоровья» Страховщик вправе потребовать у Страхователя (Застрахованного лица) дополнительную медицинскую документацию.

В зависимости от установления Застрахованному лицу группы здоровья страховой взнос по договору исчисляется с применением корректировочных коэффициентов.

5.9. Если договор страхования заключён 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 страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 180 Гражданского кодекса Республики Беларусь.

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

5.10. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице), о состоянии их здоровья, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

5.11. В случае утраты договора страхования (страхового полиса) Страховщик на основании письменного заявления Страхователя

(Застрахованного лица) произвольной формы выдает дубликат договора страхования (страхового полиса). Утерянные договора страхования (страховые полисы) признаются недействительными с момента их утраты и выплаты по ним не производятся.

При утрате индивидуальной карточки Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования Застрахованное лицо уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости её изготовления, после чего выдаётся дубликат индивидуальной карточки Застрахованного лица.

5.12. Иностранцы граждане и лица без гражданства, проживающие в Республике Беларусь, вправе заключать договор добровольного страхования медицинских расходов в соответствии с Правилами.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования может заключаться на срок от одного месяца до одного года включительно.

С гражданами Республики Беларусь договор страхования заключается на срок не менее одного года, с иностранными гражданами и лицами без гражданства – на срок пребывания в Республике Беларусь, но не менее одного месяца. Срок действия договора указывается в страховом полисе.

6.2. Договор страхования по соглашению сторон вступает в силу с 00 часов 00 минут любого дня в течение 30 календарных дней со дня уплаты страхового взноса (страховой премии) или его первой части Страховщику или его уполномоченному представителю.

При заключении договора страхования на новый срок до истечения срока действия предыдущего договора (но не ранее чем за один месяц), дата вступления его в силу указывается со дня, следующего за днем окончания срока действующего договора страхования.

6.3. Договор страхования прекращается в случаях:

6.3.1. окончания срока действия договора;

6.3.2. выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме;

6.3.3. неуплаты Страхователем очередной части страхового взноса (страховой премии) в установленные договором сроки и размере, за исключением случая, предусмотренного подпунктом «б» пункта 4.6 настоящих Правил;

6.3.4. ликвидации Страхователя - юридического лица, прекращения деятельности индивидуального предпринимателя, смерти Страхователя - физического лица, кроме случая, предусмотренного пунктом 6.5. настоящих Правил;

6.3.5. когда после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и страхование прекратилось по причинам иным, чем наступление страхового случая;

6.3.6. по требованию Страховщика в отношении Застрахованного лица при обнаружении обстоятельств, перечисленных в пункте 1.4. Правил, в период действия договора страхования;

6.3.7. соглашения Страхователя и Страховщика, оформленного в письменном виде;

6.3.8. отказа Страхователя в любое время действия договора, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по причинам иным, чем наступление страхового случая;

6.3.9. по требованию Страховщика в отношении Застрахованного лица в случае, если будет установлено, что это Застрахованное лицо передало другому лицу договор страхования и/или индивидуальную карточку с целью получения последним услуг по договору страхования;

6.3.10. по требованию Страховщика, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления

6.4. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с подпунктами 6.3.4 - 6.3.7 настоящих Правил Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

Если по договору страхования производились страховые выплаты, то в случае прекращения договора по обстоятельствам, указанным выше, страховой взнос (страховая премия) не возвращается.

В случае уменьшения количества Застрахованных лиц согласно пункту 5.5 настоящих Правил Страховщик имеет право на часть страховой премии, уплаченной в отношении исключенного Застрахованного лица, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование в отношении данного лица.

Если по договору страхования в отношении исключаемого из списка Застрахованных лиц страховые выплаты составили не более 1% от страховой суммы, установленной в отношении исключаемого Застрахованного лица, Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней возвращает часть уплаченной страховой премии пропорционально времени со дня внесения изменений в договор страхования до окончания срока действия договора страхования.

В случаях, указанных в подпунктах 6.3.8, 6.3.9, 6.3.10, 6.3.11, уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит.

Сторона, заинтересованная в расторжении договора страхования, обязана уведомить другую сторону не менее чем за 5 рабочих дней до предполагаемой даты расторжения, указанной в этом уведомлении. Договор страхования расторгается с даты, достигнутой соглашением сторон.

Часть страхового взноса (страховой премии), подлежащая возврату в случае прекращения договора ранее установленного срока, выплачивается Страховщиком Страхователю в течение 5 рабочих дней со дня прекращения договора страхования. За несвоевременный возврат вышеуказанной суммы Страхователю выплачивается пеня в размере 0,1% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей возврату.

Возврат части страхового взноса (страховой премии) осуществляется в валюте уплаты страхового взноса (страховой премии):

в иностранной валюте в случаях, предусмотренных законодательством;

с согласия Страхователя, в белорусских рублях по курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страхового взноса на дату уплаты страхового взноса (страховой премии).

6.5. В случае смерти Страхователя физического лица, заключившего договор страхования в пользу третьих лиц, его права и обязанности переходят к этим лицам. Если третьи лица являются недееспособными, то выполнение действий по такому договору страхования возлагается на опекуна или попечителя.

Если в период действия договора страхования Страхователь признан судом недееспособным или ограниченным в дееспособности, права и обязанности такого Страхователя переходят к его опекуну или попечителю.

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

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, СТРАХОВЩИКА И ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

7.1. Страхователь обязан:

7.1.1. своевременно и в полном объеме уплачивать страховой взнос (страховую премию);

7.1.2. при заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих

значение для определения вероятности наступления страхового случая, а также обо всех заключенных аналогичных договорах страхования.

7.1.3. в период действия договора страхования незамедлительно, но не позднее пяти рабочих дней, 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.

Значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в договоре страхования и в переданных Страхователю Правилах страхования.

При неисполнении Страхователем (Выгодоприобретателем) данной обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения ему убытков, причиненных расторжением договора.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса (страховой премии) соразмерно увеличению риска. Дополнительный страховой взнос (страховая премия) рассчитывается согласно формуле:

$$\text{ДСП} = (\text{НСС} * \text{T2} - \text{ПСС} * \text{T1}) * n/t, \text{ где}$$

ДСП – дополнительная страховая премия;

ПСС – прежняя страховая сумма;

НСС - новая страховая сумма;

T1 – тариф на момент заключения договора страхования с учетом корректировочных коэффициентов;

T2 – тариф на момент увеличения страхового риска с учетом корректировочных коэффициентов;

n – срок действия договора страхования в днях, оставшихся до окончания договора страхования с момента увеличения страхового риска;

t – срок действия договора страхования в днях.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса (страховой премии), Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования. В этом случае договор страхования расторгается с момента получения такого отказа. К отказу приравнивается неполучение ответа от Страхователя на надлежаще отправленное (заказное, с уведомлением и т.п.) письменное предложение Страховщика об изменении условий страхования или доплате дополнительного страхового взноса в срок, указанный в таком предложении. До уплаты Страхователем дополнительного страхового взноса или изменения условий договора страхования Страховщик не несет ответственности за случаи причинения

вреда, вызванные увеличением степени риска.

Страховщик не вправе требовать расторжения договора, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали;

7.1.4. в случае расстройства здоровья Застрахованного лица своевременно уведомить об этом Страховщика любым доступным способом и сообщить все запрашиваемые Страховщиком сведения для установления факта и причины наступления страхового случая;

7.1.5. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования, их правами и обязанностями по договору предоставлять им информацию об изменении условий договора страхования;

7.1.6. обеспечить сохранность договора страхования и не передавать его другим лицам для получения медицинской помощи;

7.1.7. надлежащим образом исполнять обязанности, определенные договором страхования и настоящими Правилами.

7.2. Страхователь имеет право:

7.2.1. выбрать по своему желанию Программы страхования;

7.2.2. ознакомиться с условиями договора страхования и настоящими Правилами;

7.2.3. внести изменения и дополнения в договор страхования с представлением Страховщику необходимых сведений в соответствии с пунктом 5.3 настоящих Правил;

7.2.4. отказаться от договора страхования в соответствии с подпунктом 6.3.8 настоящих Правил;

7.2.5. получить копию (дубликат) договора страхования в случае его утери.

7.2.6. получить дубликат индивидуальной карточки Застрахованного лица в случае её утери.

7.3. Страховщик обязан:

7.3.1. ознакомить Страхователя с условиями добровольного страхования медицинских расходов;

7.3.2. выдать Страхователю в установленный настоящими Правилами срок страховой полис и Правила страхования;

7.3.3. надлежащим образом исполнять условия договора добровольного страхования медицинских расходов, определенного Правилами страхования;

7.3.4. соблюдать тайну сведений о страховании, не разглашать полученные от Страхователя и Застрахованного лица сведения.

7.3.5. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с программой страхования;

7.3.6. контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, предоставленной Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования;

7.4. Страховщик имеет право:

7.4.1. проверять информацию, сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) при заключении Договора страхования и требовать при необходимости дополнительную медицинскую информацию;

7.4.2. получать от правоохранительных, судебных органов, организаций здравоохранения и других компетентных лиц документы, необходимые для решения вопросов о выплате страхового обеспечения (за исключением информации, не подлежащей разглашению этими лицами в соответствии с законодательством Республики Беларусь), выяснять причины и обстоятельства страхового случая;

7.4.3. отсрочить составление акта о страховом случае и выплату страхового обеспечения в случаях, когда ему не представлены все необходимые документы – до их представления, а также если имеются сомнения в подлинности документов, подтверждающих факт страхового случая и размер ущерба, до того времени, пока не будет подтверждена их подлинность лицами, представившими такой документ (по требованию страховщика, предъявленному в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа), либо самим Страховщиком (на основании запроса страховщика в орган, его выдавший, направленный в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа);

7.4.4. осуществлять медико-экономический контроль объемов и экспертизу качества оказываемой медицинской помощи в соответствии с условиями договора на оказание медицинских услуг с организациями здравоохранения;

7.4.5. затребовать от Застрахованного лица компенсацию понесенных Выгодоприобретателем и оплаченных Страховщиком расходов, превышающих страховую сумму по Программе страхования согласно Договору страхования;

7.4.6. отказать в оплате медицинских услуг, а также досрочно прекратить действие договора страхования в отношении Застрахованного лица, передавшего именную карточку другому лицу с целью получения им медицинских услуг по договору страхования.

7.4.7. определять организации здравоохранения для оказания медицинской помощи Застрахованным лицам в соответствии с программами добровольного страхования, предусмотренными договором страхования;

7.5. Застрахованное лицо обязано:

7.5.1. при заключении Договора страхования заполнить «Карту здоровья» за исключением случая установленного в пункте 5.8.1. настоящих Правил;

7.5.2. выполнять условия Договора страхования;

7.5.3. незамедлительно, в течение суток, до обращения за медицинской помощью при наступлении страхового случая обратиться по телефонам, указанным в индивидуальной карточке Застрахованного лица, к представителю Страховщика, который своевременно организует оказание медицинской помощи, за исключением случая установленного в п.п. 7.6.6 настоящих Правил.

7.5.4. при обращении в организацию здравоохранения за медицинской помощью предъявлять страховой полис (индивидуальную карточку Застрахованного лица), а также документ, удостоверяющий личность;

7.5.5. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный организацией здравоохранения;

7.5.6. возместить Страховщику понесенные расходы, превышающие страховую сумму, установленную по Программе страхования и отдельным дополнительным медицинским услугам согласно Договору страхования, либо за оказанные медицинские услуги и в тех организациях здравоохранения, не предусмотренные программой страхования;

7.5.7. заботиться о сохранности страхового полиса добровольного страхования медицинских расходов и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинской помощи. При утрате полиса незамедлительно сообщить об этом Страховщику;

7.5.8. пользоваться индивидуальной карточкой Застрахованного лица лично и не передавать другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования;

7.5.9. способствовать предоставлению Страховщику необходимой для выплаты страхового обеспечения информации либо получать ее лично у правоохранительных, судебных органов, организаций здравоохранения и других компетентных лиц и предоставлять Страховщику;

7.5.10. надлежащим образом исполнять условия договора добровольного страхования медицинских расходов, определенного Правилами страхования.

7.6. Застрахованное лицо имеет право на:

7.6.1. получение информации о Правилах страхования и Программах страхования, порядке предоставления медицинских услуг;

7.6.2. требование исполнения Страховщиком принятых обязательств по Договору страхования при наступлении страхового случая;

7.6.3. самостоятельную оплату, по согласованию со Страховщиком, медицинских услуг, в том числе приобретение медикаментов, предусмотренных Программой страхования;

7.6.4. получение медицинской помощи в соответствии с условиями договора добровольного страхования, требование возмещения медицинских расходов, оплаченных по согласованию со Страховщиком самостоятельно;

7.6.5. обращение устно или письменно к Страховщику по всем спорным вопросам, предъявление претензий при нарушении страховщиком, организацией здравоохранения условий страхования.

7.6.6. В экстренных случаях, требующих оказания скорой и неотложной медицинской помощи, когда промедление может угрожать жизни или здоровью Застрахованного лица, оно имеет право обращаться за медицинской помощью без предварительного согласования со Страховщиком. Однако Застрахованное лицо (Страхователь или представитель Застрахованного лица) должно при первой же возможности, но не позднее 3 (трех) рабочих дней, связаться по телефону со Страховщиком и сообщить о факте наступления события, которое может быть признано страховым случаем.

8. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

8.1. Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком организации здравоохранения (Выгодоприобретатель), с которой Страховщик заключил договор на оказание медицинских услуг и, которая в соответствии с Программой страхования предоставила Застрахованному лицу медицинскую помощь по предварительному письменному согласованию со Страховщиком, на основании Акта о страховом случае (Приложение № 6).

8.2. Для составления Акта о страховом случае Выгодоприобретатель предоставляет Страховщику:

- счет, заверенный печатью и подписью ответственного лица Выгодоприобретателя, в котором указывается общая сумма расходов, понесенных по всем оказанным Застрахованному лицу (Застрахованным лицам) медицинским услугам;

- акт оказанных медицинских услуг, в котором указывается полное имя Застрахованного лица, номер и срок действия договора страхования, диагноз, сроки лечения, перечень оказанных медицинских услуг, их

стоимость и общая сумма, подлежащая оплате;

- при включении в программу страхования дополнительной медицинской услуги - медикаментозного обеспечения, организация здравоохранения представляет сводный реестр приобретенных Застрахованными лицами лекарственных препаратов и рецепты (их заверенные копии).

Если Застрахованное лицо является Выгодоприобретателем, для решения вопроса выплаты страхового обеспечения Застрахованное лицо предоставляет следующие документы:

- заявление о страховом случае (Приложение № 4);
- оригинал рецепта или его копию, а при невозможности его представления заверенную по форме выписку из медицинского документа, подтверждающую факт назначения препарата;
- документ, подтверждающий факт оплаты назначенного препарата;
- выписка из истории болезни, консультативное заключение или другой документ, подтверждающий факт обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, оформленный в установленном законодательством порядке.

8.3. Страховщик составляет Акт о страховом случае в течение 10 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов.

8.4. Выплата страхового обеспечения Выгодоприобретателю осуществляется в пределах установленной договором страхования страховой суммы.

8.4.1. Выплата страхового обеспечения производится в белорусских рублях.

8.4.2. Договор страхования, по которому произведена выплата страхового обеспечения, действует в размере разницы между страховой суммой, установленной на каждую Программу страхования, и суммой выплаченного страхового обеспечения. Размер оставшейся страховой суммы, в пределах которой продолжает действовать договор страхования, рассчитывается по следующей формуле:

$$S1 = S - (SO/K)$$

S1 – оставшаяся страховая сумма;

S- страховая сумма, установленная по программе страхования;

SO – сумма выплаченного страхового обеспечения;

K – официальный курс белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленный Национальным банком Республики Беларусь на дату составления акта о страховом случае.

8.5. Выплата страхового обеспечения Выгодоприобретателю осуществляется в течение 10 рабочих дней со дня составления Страховщиком Акта о страховом случае.

8.6. За несвоевременную выплату страхового обеспечения Страховщик уплачивает Выгодоприобретателю пеню за каждый день просрочки в размере 0,1 процента юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю и 0,5 процента физическому лицу от суммы, подлежащей выплате.

8.7. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, когда страховой случай наступил вследствие:

- а) умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица);
- б) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны, если международными договорами Республики Беларусь, актами законодательства Республики Беларусь не предусмотрено иное.

Решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком в течение пяти рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, и сообщается Страхователю в письменной форме с мотивацией причины отказа в течение десяти рабочих дней со дня его принятия.

При обнаружении обстоятельств, которые по закону или по настоящим Правилам полностью или частично лишают Застрахованное лицо права на страховое обеспечение, Застрахованное лицо обязано в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения письменного уведомления возвратить Страховщику выплаченное страховое обеспечение (или его соответствующую часть). За каждый день просрочки возврата страхового обеспечения (его части) со дня, следующего за истечением указанного для оплаты срока, Страховщик вправе начислить пеню в размере 0,1 процента от суммы, подлежащей возврату.

8.8. Споры, возникающие из отношений по добровольному страхованию медицинских расходов, разрешаются в судебном порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.».

2. Приложения №№1-7 к Правилам изложить в новой редакции (прилагаются).

Настоящие Изменения и дополнения в Правила добровольного страхования медицинских расходов вступают в силу со дня их согласования Министерством финансов Республики Беларусь. Договоры страхования, заключенные до вступления в силу настоящих Изменений и дополнений в Правила добровольного страхования медицинских расходов, действуют до конца срока, на который они заключены, на прежних условиях.

к Правилам №12 добровольного страхования
медицинских расходов

Базовые годовые страховые тарифы

| Программа добровольного страхования | Базовый годовой страховой тариф в % от страховой суммы |
|--|--|
| Амбулаторно-поликлиническая помощь (А) | 4,5 |
| Стационарная помощь (С) | 5 |

Для унифицированной программы добровольного страхования медицинских расходов страховой взнос составляет - 300 долларов США в год, страховая сумма составляет – 5 000 долларов США.

**Унифицированная программа
добровольного страхования медицинских расходов**

Страховой взнос - 300 долларов США в год.

Страховая сумма – 5 000 долларов США.

Оплата страхового взноса производится единовременно при заключении договора страхования.

Страховой взнос может уплачиваться страхователем, как в иностранной валюте в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь, так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь к доллару США на дату уплаты страхового взноса.

Если страховой взнос уплачивается в белорусских рублях, то страховая сумма по договору устанавливается в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь, по отношению к доллару США на дату уплаты страхового взноса.

Территория действия – Республика Беларусь.

Срок действия договора страхования – один год.

Страхователь – физическое лицо (гражданин Республики Беларусь, а также лицо, имеющее вид на жительство в Республике Беларусь).

Застрахованное лицо - физическое лицо (гражданин Республики Беларусь, а также лицо, имеющее вид на жительство в Республике Беларусь).

Объем медицинских услуг, предоставляемых застрахованному лицу в рамках Унифицированной программы добровольного страхования медицинских расходов по медицинским показаниям (оплата медицинских услуг по настоящей программе производится только при обращении Застрахованного лица в государственные учреждения здравоохранения за исключением республиканских медицинских и научных центров и учреждений):

- консультативно-диагностические приемы и наблюдение специалистов (терапевта, гинеколога, уролога, гастроэнтеролога, кардиолога, оториноларинголога, офтальмолога, хирурга, травматолога, эндокринолога, невролога, физиотерапевта и др.), но не более 5-ти

приемов в совокупности на каждое застрахованное лицо в период действия договора страхования.

Исключение составляют:

- выезд медицинских работников на дом к застрахованному лицу;
- оформление и выдача листка нетрудоспособности;
- профилактические медицинские осмотры с выдачей справок о состоянии здоровья, проводимые с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещения бассейна, санаторно-курортной карты и т.п.;
- прием, наблюдение и лечение у стоматолога, психотерапевта, психиатра, нарколога, врачей нетрадиционной медицины;
- лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические, цитологические, но не более 5-ти исследований в совокупности на каждое застрахованное лицо в период действия договора страхования;
- функциональная диагностика (ЭКГ, РВГ, РЭГ, ЭЭГ, исследование функции внешнего дыхания);
- ультразвуковые исследования, но не более 3-х исследований на каждое застрахованное лицо в период действия договора страхования;
- эндоскопические исследования органов пищеварения, дыхания, мочеполовых органов, за исключением капсульной эндоскопии, но не более 2-х исследований в совокупности на каждое застрахованное лицо в период действия договора страхования;
- диагностическая биопсия;
- рентгенологические исследования.

Исключение составляют:

- высокоточные методы исследования (МРТ, компьютерная томография);
- радиоизотопные исследования;
- маммография;
- снимки 3D и 4D форматах;
- малые оперативные и диагностические вмешательства в амбулаторно-поликлинических условиях:
- диагностическая биопсия органов, тканей, лимфатических узлов;
- пункции (стерильные пункции, пункции суставов с эвакуацией содержимого и введением лекарственных препаратов, брюшной полости, люмбальные, пункции под контролем УЗИ);
- блокады;
- обработка ран или инфицированных тканей в случаях травматических и термических повреждений, включая ожоги и обморожения;

- наложение и снятие швов;
- оперативное лечение гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, панариций, нагноившаяся атерома, нагноившаяся гематома, гидрадениты);
- резекция ногтевой пластинки, удаление вросших ногтей.

Исключение составляют:

- оториноларингологические операции: септопластика, удаление полипов носа лазером, лазерная коагуляция небных миндалин, радиоволновая (лазерная) деструкция носовых раковин, вазотомия;
- проктологические операции: лазерная коагуляция геморроя и питающих узлы артерий, легирование геморроидальных узлов и питающих узлы артерий;
- флебологические операции: эндовенозная лазерная коагуляция варикозных вен, склеротерапия варикозных вен;
- урологические операции по поводу: сужения наружного отверстия уретры и полипов уретры, фимоза, парауретральных кист, гидроцеле, варикоцеле;
- офтальмокоррекция с помощью лазерных аппаратов и оперативного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях;
- хирургическое удаление любых новообразований кожи и подкожной клетчатки;
- лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностика бесплодия, импотенции, прерывание беременности.

•восстановительное лечение: физиотерапевтические процедуры (электро-, свето-, теплолечение, магнитотерапия, микроволновая терапия) не более 10 сеансов по каждому виду воздействия процедуры в период действия договора страхования на каждое застрахованное лицо;

Исключение составляют:

- лечебные души всех видов, лечебные ванны, бассейн, баня/сауна, грязелечение, ручной и механический массаж, рефлексотерапия и ИРТ, мануальная терапия;
- услуги лаборатории сна;
- лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.

Страховая выплата осуществляется только организации здравоохранения. Застрахованному лицу не возмещаются расходы по оказанию медицинской помощи, предоставленной в соответствии с Унифицированной программой добровольного страхования медицинских расходов, и оплаченной им самостоятельно организации

здравоохранения.

По настоящей Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов хронические заболевания и обострения хронических заболеваний не являются страховым случаем.

При заключении договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) представляет сведения о состоянии здоровья по следующей форме:

Сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица

Фамилия, имя, отчество _____
Дата рождения _____
Паспорт _____ выдан _____
Серия № _____ кем, когда _____
Страна постоянного местожительства _____
Место работы, должность _____
Учебное заведение, курс _____
Адрес проживания (прописки) _____ тел. _____
Пол М Ж Возраст _____ лет
Поликлиника (медицинский центр), в котором Вы наблюдаетесь _____
1. Лекарственные препараты, принимаемые Вами регулярно _____
2. Оперативные вмешательства за последние 10 лет: ДА НЕТ
Если «ДА», то операция по поводу _____
_____ в _____ году
3. Наличие следующих заболеваний, зарегистрированных ранее:
Гепатит НЕТ ДА в _____ году; СПИД НЕТ ДА
венерические заболевания НЕТ ДА в _____ году; ВИЧ-носитель НЕТ ДА
дизентерия НЕТ ДА в _____ году; ВИЧ-инфицированный НЕТ ДА
туберкулез НЕТ ДА в _____ году; Носитель вируса гепатита С, Д НЕТ ДА
черепно-мозговая травма НЕТ ДА в _____ году; Носитель австралийского
переломы костей НЕТ ДА в _____ году; антигена НЕТ ДА
травмы внутренних органов НЕТ ДА в _____ году; Проф. заболевание НЕТ ДА
4. Страдаете ли Вы хроническими болезнями? ДА НЕТ
Если «ДА», то каким _____
с _____ года, частота обострений в году: 1 раз 2 и более
5. Состоите на диспансерном учете с _____ года, по поводу _____
последнее обострение в _____ году
6. Наличие группы инвалидности: ДА НЕТ
Если «ДА», то какая (1, 2, 3) _____ по поводу _____
_____ с _____ года
пожизненно , с ежегодным переосвидетельствованием
Если группа инвалидности была ранее, то по поводу _____
_____ снята в _____ году
7. Заболевания за последние три года (отметить имеющиеся):
простудные заболевания, ангины НЕТ ДА _____ раз
пневмонии, бронхиты, плевриты, хр. бронхиты НЕТ ДА _____ раз
заболевание бронхиальной астмы НЕТ ДА _____ раз
гипертоническая и гипотоническая болезнь НЕТ ДА _____ раз
аллергические реакции (местная, общая) НЕТ ДА _____ раз
язвенная болезнь, колиты НЕТ ДА _____ раз
ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт) НЕТ ДА
прединфарктное состояние острые и преходящие
нарушения мозгового кровообращения (инсульт) НЕТ ДА

| | | |
|--|------------------------------|---------------------------------------|
| гинекологические кровотечения | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> _____ раз |
| ревматизм, пороки сердца, недостаточность кровообращения | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> |
| хроническая почечная и печеночная недостаточность | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> |
| болезни крови, в т.ч. наследственные | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> |
| болезни половой сферы | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> |
| опухоли (доброкачественные и злокачественные) | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> |
| эпизоды потери сознания, судорог | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> |
| заболевания глаз, расстройство зрения | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> |
| заболевания уха, горла, носа, расстройство слуха | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> |
| сахарный диабет | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> |

8. Наличие заболеваний, указанных в пункте 7 у родителей, братьев, сестер: ДА НЕТ

Если «ДА», то какие _____

9. Наблюдаетесь в диспансерах:

| | | | |
|------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------|
| психоневрологическом | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> | с _____ года |
| наркологическом | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> | с _____ года |
| кожно-венерологическом | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> | с _____ года |
| противотуберкулезном | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> | с _____ года |
| онкологическом | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> | с _____ года |
| эндокринологическом | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> | с _____ года |
| кардиологическом | НЕТ <input type="checkbox"/> | ДА <input type="checkbox"/> | с _____ года |

10. Сколько раз в году Вы обращаетесь за медицинской помощью:

А) по поводу острого заболевания:
 1 раз в год , 2 раза и более в год , 1 раз в месяц

Б) по поводу обострения хронического заболевания:
 1 раз в год , 2 раза и более в год , 1 раз в месяц

В) по поводу простудного заболевания:
 1 раз в год , 2 раза и более в год , 1 раз в месяц

11. Имели ли вы временную утрату трудоспособности за прошедший год _____ раз, в т.ч. по поводу респираторной вирусной инфекции _____ раз, со сроком лечения _____ дней

12. Стационарное лечение за последние 5 лет ДА НЕТ
 Если «ДА», то в _____ году по поводу _____
 в учреждении здравоохранения _____

13. Курите ДА НЕТ

Если «ДА», то в день до 20 сигарет свыше 20 сигарет

14. Находились на территории, подвергшейся радиоактивному загрязнению: ДА НЕТ

Если «ДА», то в _____ районе,
 период пребывания с _____ по _____

Я заверяю, что, насколько я знаю, все вышеуказанные представленные мною данные являются верными.

Я информирован и полностью согласен с тем, что в случае представления мной выше заведомо ложной информации о состоянии моего здоровья, Страховщик имеет право признать договор страхования недействительным.

Разрешаю Страховщику запрашивать и получать информацию о состоянии моего здоровья из учреждений здравоохранения, в которых я обслуживался или обслуживаюсь.

Перед тем, как подписать этот документ, ещё раз убедитесь, что Вы внимательно прочитали вопросы и достоверно ответили на них.

Страхователь _____ «___» _____ 201__ г.
подпись

Представитель Страховщика _____ (_____)
подпись фамилия, инициалы

«___» _____

201__