

УНИТАРНОЕ СТРАХОВОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ «БЕЛВЭБ СТРАХОВАНИЕ»

ПРАВИЛА № 12

ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ

(в редакции, согласованной Министерством финансов Республики Беларусь 19.02.2018 № 896, с изменениями и дополнениями от 29.11.2018 № 1045)

Минск 2018

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на условиях настоящих Правил добровольного страхования медицинских расходов (далее - Правила) УСП «БелВЭБ Страхование» (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, вызванное острым заболеванием, обострением хронического заболевания, требующим оказания медицинской помощи;

несчастный случай - внезапное, непредвиденное событие, произошедшее 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, а также заболевание, характеризующееся длительным, рецидивирующим, непрекращающимся, затяжным процессом, протекающим либо постоянно, либо с периодическими улучшениями состояния здоровья;

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 (в том числе вакцинация) заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное значение и определенную стоимость;

медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, укрепление и восстановление здоровья Застрахованного лица, включающий медицинскую профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию и протезирование, осуществляемый медицинскими работниками, имеющих самостоятельное значение и определенную стоимость;

высокотехнологичная медицинская помощь – вид оказания медицинской помощи при наличии у Застрахованного лица заболеваний, требующих применения новых, сложных, уникальных, а также ресурсоемких методов оказания медицинской помощи, основанных на современных достижениях медицинской науки и техники и имеющих высокую клиническую эффективность. В целях страхования применяется перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленный законодательством Республики Беларусь;

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, с учетом пункта 3.7. Правил;

программа добровольного страхования медицинских расходов (далее - Программа страхования) - неотъемлемая часть Правил, содержащая перечень медицинских мероприятий и услуг, предоставление которого гарантировано Застрахованному лицу договором страхования при его обращении в организацию здравоохранения за медицинской помощью вследствие внезапного расстройства здоровья, обострения хронических соматических заболеваний, несчастного случая, либо за медицинской услугой;

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

индивидуальная программа страхования – конкретный перечень медицинских мероприятий и услуг, предоставление которого гарантировано Застрахованному лицу договором добровольного страхования медицинских расходов при его обращении в организацию здравоохранения, предусмотренную в индивидуальной программе страхования, за медицинской помощью (лечебной, консультативной, диагностической и профилактической) вследствие внезапного расстройства здоровья, обострения хронических соматических

заболеваний, несчастного случая. Разрабатывается Страховщиком на основе Программ страхования и может также предусматривать включение дополнительных: видов медицинских услуг, объема медицинских услуг, в том числе и указанных в части второй пункта 3.3. настоящих Правил.

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. 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.

Страхователь-физическое лицо 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 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 – лица, за исключением субъектов страхования (Страховщика, Страхователя, Выгодоприобретателя, работников Страхователя), члены семьи Страхователя (работников Страхователя), иные лица, включенные в договор страхования по соглашению со Страховщиком.

Члены семьи Страхователя – супруг (супруга) и лица, состоящие между собой в близком родстве: дети, родители.

Застрахованное лицо – физическое лицо в возрасте от 1 (одного) дня, 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 медицинские услуги (в том числе понесшее расходы на медикаментозное обеспечение), предусмотренные индивидуальной программой страхования, в соответствии с назначениями врача по страховому случаю.

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;
- ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного страхования медицинских расходов являются не противоречащие законодательству Республики Беларусь имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с расходами в связи с обращением в организации здравоохранения за получением лечебной, консультативной, диагностической и профилактической помощи, требующей оказания медицинских услуг, включенных в Программу страхования, в том числе в индивидуальную программу страхования, в период действия договора страхования.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является факт понесения организацией здравоохранения расходов, вызванных обращением Застрахованного лица в период действия договора страхования по поводу внезапного расстройства соматического здоровья, острого или обострения хронического соматического заболевания, несчастного случая, наступившего в период действия договора добровольного страхования, в организацию здравоохранения за оказанием лечебной, консультативной, диагностической и профилактической помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, объема и условий предоставления, предусмотренных Программой страхования, в том числе индивидуальной программой страхования.

В соответствии с договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинскую помощь, оказанную Застрахованным лицам в организациях здравоохранения в соответствии с индивидуальной программой страхования, в пределах обусловленной в ней страховой суммы.

В соответствии с договором страхования Застрахованное лицо имеет право на получение медицинской помощи в объеме, предусмотренном индивидуальной программой страхования, в организациях здравоохранения из числа заключивших со Страховщиком договоры об оказании медицинской помощи Застрахованным лицам.

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, если иное не предусмотрено индивидуальной программой 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), а также в случаях плановой госпитализации.

При плановой госпитализации и плановом лечении оплата услуг Выгодоприобретателю производится за услуги, оказанные в течение периода действия договора страхования. За медицинские услуги, оказанные после окончания действия договора страхования, оплата производится непосредственно Застрахованным лицом (Страхователем).

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

медикаментозное, реабилитационно-восстановительное лечение.

По направлению врача (по согласованию со Страховщиком) 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 № 2 к настоящим Правилам).

3.3. Страховщиком разрабатываются 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 (услуга является дополнительной для программы А, покрытие данных расходов по программе С включено);

- стоматологическое лечение: первичные консультации врачей-специалистов, терапевтическое лечение острого и обострения хронического состояния, хирургическая помощь при острых и обострении хронических заболеваний, удаление зубов различной сложности при остром состоянии, местное обезболивание, прицельная рентгенологическая диагностика, физиотерапевтические процедуры при острых состояниях, терапевтическое лечение пародонтита, лечение острых заболеваний слизистой полости рта, удаление зубных отложений по медицинским показаниям, замена старых пломб с косметической или профилактической целью, хирургическое и аппаратное лечение пародонтита, депофорез, зубопротезирование, микропротезирование, шинирование, имплантация и ортодонтия и подготовка к ним, эстетическая стоматология, отбеливание зубов (конкретный перечень стоматологической помощи указывается в индивидуальной программе страхования) (услуга является дополнительной для программ А и (или) С);

- ведение беременности и родовспоможение (услуга является дополнительной для программ А и (или) С);

- оперативная и лазерная офтальмокоррекция (услуга является дополнительной для программ А и (или) С);

- лечение доброкачественных новообразований (услуга является дополнительной для программ А и (или) С);

- лечение инфекций, передающихся половым путем (услуга является дополнительной для программ А и (или) С).

Страховщик может устанавливать в пределах страховой суммы по договору страхования лимиты возмещения в отношении дополнительных медицинских услуг. При этом при расчете страхового взноса,

подлежащего уплате по договору страхования, к базовым годовым страховым тарифам применяются корректировочные коэффициенты, утвержденные локальным правовым актом Страховщика.

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

3.4.1. травмой, ожогом, отравлением или другим расстройством здоровья, которое наступило в результате суицида, совершения Застрахованным лицом действий, в которых правоохранными органами, судом установлены признаки умышленного преступления;

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 права 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 подпункте 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 в соответствии с определенной договором страхования индивидуальной программой страхования;

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

3.4.9. получением Застрахованным лицом справок (на ношение оружия, вождение автотранспорта, посещение бассейна, для трудоустройства, поступления в учебные заведения, выезда за рубеж), не имеющих отношения к страховому случаю;

3.4.10. наблюдением хронических заболеваний в стадии ремиссии и неполной ремиссии, в том числе санаторно-курортным лечением,

реабилитационно-восстановительным лечением в условиях санатория, проведением оздоровительных и реабилитационных мероприятий при хронической патологии вне обострения (тренажеры, солярий, бассейн, бальнеотерапия, грязелечение, массаж, иглорефлексотерапия, спелеотерапия, сухие углекислые ванны и т.д.), если иное не предусмотрено индивидуальной программой страхования и условиями договора страхования;

3.4.11. обследованием и лечением с целью планирования семьи;

3.4.12. обязательными медицинскими осмотрами с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий, в том числе профилактической диспансеризацией с целью определения основных факторов риска развития нарушений здоровья, если иное не оговорено индивидуальной программой страхования.

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 индивидуальной программой страхования и договором страхования;

3.5.10. половыми расстройствами и бесплодием, импотенцией, экстракорпоральным оплодотворением, внутриматочной инсеминацией,

вазэктомией и стерилизацией женщин, изменением пола, лечением климактерического синдрома;

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 индивидуальной программой страхования и договором страхования;

3.5.15. стоматологическим лечением, если иное не предусмотрено индивидуальной программой страхования;

3.5.16. лечением сердечно-сосудистых заболеваний, требующих аортокоронарного 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, ауто трансплантацией, 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 и вросших (за исключением случаев воспаления) ногтей конечностей, приобретения костылей, протезов, инвалидных колясок;

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

3.5.20. обследованием и лечением методами нетрадиционной медицины (иридодиагностика, биорезонансная диагностика, апитерапия, ароматерапия, гирудотерапия, гипноз, гомеопатия, карбокситерапия, электроakupunktura, гидрокoлонoтepaпия, ударно-волновая терапия, внутривенное лазерное и ультрафиолетовое облучение крови, озонотерапия, гипербарическая оксигенация, плазмаферез, гемосорбация, криотерапия и др.);

3.5.21. лечением, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским;

3.5.22. иммунизацией, за исключением экстренной профилактики по жизненным и эпидемическим показаниям, и если иное не предусмотрено индивидуальной 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 или лечебного режима, 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 группы;

3.5.27. медикаментозным обеспечением, если иное не предусмотрено индивидуальной программой страхования;

3.5.28. медицинскими услугами или препаратами, не являющимися необходимыми с точки зрения выставленного диагноза или лечения болезни, примененными по желанию Застрахованного лица, а не по медицинским показаниям, либо назначенными за рамками Клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь;

3.5.29. лечением осложнений, явившихся следствием лечения или хирургического вмешательства по поводу заболевания или травмы, если медицинские расходы в связи с такими заболеваниями или травмами не возмещаются в соответствии с настоящими Правилами;

3.5.30. лечением паразитарных заболеваний, чесотки и педикулеза;

3.5.31. лечением психических заболеваний, в том числе эпилепсии, проведением консультаций и психиатрических обследований, сеансов психотерапевтического лечения;

3.5.32. использованием препаратов и средств контроля над рождаемостью (в том числе постановка (введение) и удаление внутриматочной спирали) с целью контрацепции;

3.5.33. консультациями и услугами врачей следующих специальностей: андролог, гомеопат, трихолог, сексолог, косметолог, фитотерапевт, психолог, психиатр, вертебролог, фониатр, логопед, сомнолог, психотерапевт, нарколог, диетолог, гинеколог и уролог для решения вопроса о планировании беременности и контрацепции, если иное не предусмотрено индивидуальной программой страхования;

3.5.34. исправлением косметических дефектов кожи и слизистых оболочек, в т.ч. папиллом, гемангиом, бородавок, невусов, остроконечных кондилом, контагиозных моллюсков, мозолей (за исключением случаев их травматического повреждения);

3.5.35. удалением доброкачественных новообразований кожи, слизистых и подкожной клетчатки (атером, фибром, липом и т.п.), за исключением нагноившихся, если иное не предусмотрено индивидуальной программой страхования;

3.5.36. нахождением Застрахованного лица на стационарном лечении (также в случае, когда Застрахованное лицо имеет направление на госпитализацию) на момент заключения договора страхования по причинам, возникшим до заключения договора страхования;

3.5.37. обследованием для установления диагноза «остеопороз» и его лечением.

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 индивидуальной 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, в т.ч. псориаза, нейродермита, истинной экземы, угревой болезни, дерматита (вне стадии обострения), микозов, иных заболеваний кожи грибковой этиологии, всех видов аллопеции, розового и других видов лишая;

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 индивидуальной 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 индивидуальной программой страхования;

3.6.10. сахарного диабета инсулинозависимого (1-ого и 2-ого) типа, их осложнений;

3.6.11. гепатита В, С, D, G, цирроза печени независимо от стадии процесса; гепатитов иной этиологии (вне стадии обострения).

3.7. При включении в индивидуальную программу страхования дополнительной услуги Медикаментозное обеспечение Страховщиком оплачиваются медикаменты, назначенные врачом при направлении Застрахованного лица в лечебное учреждение только по заболеванию, признанному страховым случаем, и только на период действия договора страхования.

Страховщик не оплачивает следующие препараты по дополнительной услуге Медикаментозное обеспечение:

- не разрешенные к применению в Республике Беларусь в установленном действующим законодательством порядке;

- отсутствующие в готовой рецептурной форме;

- биологически активные добавки (БАД), гомеопатические препараты;

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

- гормональные препараты, используемые в контрацептивных целях;

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

- используемые для профилактики заболеваний, если иное не предусмотрено индивидуальной программой страхования;

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

- лекарственные препараты, приобретенные за рубежом;

- превышающие количество, необходимое для проведения курса лечения в течение одного месяца, в течение двух месяцев – для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, если иное не предусмотрено индивидуальной программой страхования. При этом, если курс лечения предполагает срок, выходящий за пределы срока действия договора страхования, возмещаются только расходы организации здравоохранения, относящиеся к периоду действия договора страхования;

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

- медицинские препараты постоянного приёма (статины, гипотензивные препараты, препараты для лечения стенокардии, сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, гормонозаместительной

терапии, остеопороза), если иное не предусмотрено индивидуальной программой страхования.

3.8. Страховщик не возмещает расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ВЗНОС 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.

Страховая сумма устанавливается отдельно на каждое Застрахованное лицо по каждой индивидуальной программе страхования с учетом пункта 3.3. настоящих Правил.

Страховая сумма по санаторно-курортному, реабилитационному лечению устанавливается Страховщиком в размере стоимости медицинских услуг в соответствии с программой санаторно-курортной организации или реабилитационного центра, но не более 40,0% стоимости санаторной путевки, стоимости реабилитации, если иное не предусмотрено индивидуальной программой страхования.

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 (по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика).

В случае получения Застрахованным лицом медицинской помощи, требующей осуществления медицинских расходов в объеме, превышающем размер страховой суммы, или проведения медицинских мероприятий, не предусмотренных индивидуальной программой страхования, Застрахованное лицо обязано самостоятельно оплатить такие расходы.

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

4.3. Размер страхового взноса по договору страхования определяется исходя из страховой суммы, срока действия договора страхования и рассчитанного страхового тарифа в соответствии с выбранной индивидуальной программой страхования, который определяется базовым годовым страховым тарифом (Приложение №1 к настоящим Правилам) с

учетом корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом 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 индивидуальной программой страхования.

Договор страхования группы лиц может быть заключен по индивидуальным 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 по договору страхования со Страхователем-физическим лицом уплачивается единовременно. Страховой взнос 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 уплачивается единовременно.

4.5.2. При заключении договора страхования на срок от 6 месяцев до 1 года страховой взнос может уплачиваться единовременно или в два срока.

При уплате страхового взноса 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.

4.5.3. По договорам страхования, заключаемым на срок 1 год, страховой взнос может уплачиваться единовременно, раз в полугодие, ежеквартально, ежемесячно:

- при уплате страхового взноса раз в полугодие 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 ежеквартально первая его часть в размере не менее 25 % от исчисленного по договору страхового взноса уплачивается при заключении договора страхования, а оставшаяся часть - равными долями ежеквартально по принципу предоплаты до начала следующего неоплаченного квартала;

- при ежемесячной уплате страхового взноса первая его часть в размере не менее 10 % от исчисленного по договору страхового взноса

уплачивается при заключении договора страхования, а оставшаяся часть – равными долями ежемесячно по принципу предоплаты до начала следующего неоплаченного месяца.

4.5.4. По договорам страхования, заключаемым на срок более 1 года до двух лет включительно, страховой взнос может уплачиваться единовременно, в два срока, в 4 этапа, ежеквартально, ежемесячно:

- при уплате страхового взноса 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 в 4 этапа первая его часть в размере не менее 25 % от исчисленного по договору страхового взноса уплачивается при заключении договора страхования, а оставшаяся часть - равными долями по принципу предоплаты до начала следующего неоплаченного этапа;

- при уплате страхового взноса ежеквартально первая его часть в размере не менее 10 % от исчисленного по договору страхового взноса уплачивается при заключении договора страхования, а оставшаяся часть - равными долями ежеквартально по принципу предоплаты до начала следующего неоплаченного квартала;

- при ежемесячной уплате страхового взноса первая его часть в размере не менее 5 % от исчисленного по договору страхового взноса уплачивается при заключении договора страхования, а оставшаяся часть – равными долями ежемесячно по принципу предоплаты до начала следующего неоплаченного месяца.

Порядок и сроки уплаты страхового взноса указываются в договоре страхования.

4.6. В случае неуплаты Страхователем очередной части страхового взноса 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;

- б) не прекращать договор страхования при наличии письменных обязательств Страхователя погасить имеющуюся задолженность (просроченную сумму страхового взноса) в течение 30 календарных дней со дня просрочки платежа. При неуплате просроченной суммы страхового взноса 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. При этом Страхователь не освобождается

от уплаты страхового взноса за указанный 30-тидневный срок действия договора.

4.7. Страховой взнос может быть уплачен Страхователем безналичным путем, в том числе с использованием банковской платежной карточки, через автоматизированные платежные системы (в т.ч. через систему ЕРИП (АИС «Расчет»)) 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 (его представителя) – при уплате наличными денежными средствами;

4.8.2. день поступления страхового взноса (его частей, установленных договором страхования) на расчетный счет Страховщика (его представителя) – 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, через автоматизированные платежные системы (в т.ч. через систему ЕРИП (АИС «Расчет»)).

4.9. При установлении страховой суммы в иностранной валюте страховой взнос, 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, его части.

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

4.10. По соглашению сторон договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Застрахованного лица в возмещении ущерба – франшиза (условная или безусловная).

4.10.1. При условной франшизе Страховщик освобождается от ответственности за ущерб, если его размер не превышает размер условной франшизы; если размер ущерба превышает размер условной франшизы, Страховщик возмещает ущерб в полном размере.

4.10.2. При безусловной франшизе из суммы страхового обеспечения вычитается сумма безусловной франшизы.

Франшиза может устанавливаться в отношении всех или отдельных

рисков, всех или отдельных Программ страхования, дополнительных услуг, отдельных Застрахованных лиц.

Франшиза может устанавливаться в абсолютном размере, в процентах к страховой сумме или к размеру понесенных расходов. По соглашению сторон в договоре страхования дополнительно к франшизе в денежном или процентном выражении может устанавливаться франшиза в натуральном выражении (в частности, в количестве медицинских манипуляций, обследований, услуг) для отдельных Застрахованных лиц, что указывается в договоре страхования.

Франшиза применяется по каждому страховому случаю, если иное не оговорено договором страхования.

Если в договоре страхования установлена франшиза и не указано, какой вид франшизы (условная или безусловная) и в отношении каких рисков и каких Застрахованных лиц, считается, что договором страхования установлена безусловная франшиза в отношении всех страховых рисков и всех Застрахованных лиц.

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя (по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика), являющегося неотъемлемой частью договора страхования, или предложения Страховщика о добровольном страховании медицинских расходов, принятого Страхователем способом, указанным в таком предложении. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, а также путем обмена документами посредством почтовой, телеграфной, телетайпной, электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от стороны по договору, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного заявления договора страхования, подписанного ими.

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

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

Договор страхования также может быть заключен в форме электронного документа, в порядке и на условиях, установленных законодательством Республики Беларусь. В случае заключения договора страхования в форме электронного документа либо путем обмена документами согласно части первой настоящего пункта, Страховщик не

вправе требовать медицинского освидетельствования Застрахованного лица.

В случае заключения договора страхования в форме электронного документа либо путем обмена документами согласно части первой настоящего пункта, Страховщик направляет Страхователю посредством электронной связи уведомление о заключении договора страхования с приложением настоящих Правил в течение 5 рабочих дней со дня документального подтверждения Страхователем уплаты страхового взноса либо поступления его на счет Страховщика.

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 существенным обстоятельствам также относятся обстоятельства, оговоренные Страховщиком в «Карте здоровья», сведениях о состоянии здоровья Застрахованного лица.

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

При коллективном страховании Страхователь предоставляет письменное заявление и список Застрахованных лиц (по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика), являющиеся неотъемлемой частью договора страхования.

5.2. Страховщик вправе до заключения договора страхования потребовать от Застрахованных лиц заполнить «Карту здоровья», и на основании данных «Карты здоровья» по решению Страховщика Застрахованные лица могут быть направлены на медицинское освидетельствование (с учетом условий части четвертой пункта 5.1. настоящих Правил) за счет средств Страхователя. Страховщик вправе потребовать выписку из амбулаторной карты о состоянии здоровья Застрахованного лица.

5.3. По соглашению между Страховщиком и Страхователем в договоры страхования со сроком действия не менее 6 месяцев могут быть

внесены изменения и (или) дополнения.

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 и (или) дополнений 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 и (или) дополнения.

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 (индивидуальная программа страхования, страховая сумма, дополнительные медицинские услуги, порядок уплаты страхового взноса).

По решению Страховщика возможна замена Застрахованного лица и при наличии выплат страхового обеспечения в отношении заменяемого Застрахованного лица. В таком случае договор страхования продолжает действовать в отношении нового Застрахованного лица в пределах остатка страховой суммы и объемов услуг по индивидуальной программе страхования исключаемого Застрахованного лица, о чем новое Застрахованное лицо должно быть уведомлено Страхователем. Для замены Застрахованного лица Страхователь предоставляет Страховщику письменное заявление произвольной формы с приложением списка лиц, подлежащих страхованию (по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика).

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.

В этом случае Страховщик проводит перерасчет страхового взноса и

производит возврат части уплаченного по договору страхования страхового взноса. В случае уменьшения количества Застрахованных лиц, Страховщик имеет право на часть страхового взноса, уплаченную в отношении исключенного Застрахованного лица, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование в отношении данного лица.

Возврат части страхового взноса не производится за Застрахованных лиц, исключаемых из договора страхования, которые обратились за медицинской помощью в период действия договора страхования.

5.6. В случае увеличения количества Застрахованных лиц при коллективном страховании Страхователь предоставляет Страховщику заявление о страховании и список Застрахованных лиц и производит доплату страхового взноса.

Страховщик производит расчет страхового взноса, подлежащего доплате Страхователем, который рассчитывается за период со дня вступления в силу договора о внесении изменений в условия страхования и до последнего дня срока действия договора страхования, по установленной индивидуальной программе страхования.

Страховая защита по договору добровольного страхования для вновь внесенных в список Застрахованных лиц наступает со дня вступления в силу договора о внесении изменений в условия страхования, но не ранее дня, следующего за днем поступления доплаты страхового взноса на расчетный счет Страховщика (его представителя) либо в кассу Страховщика (его представителя), и действует до окончания срока страхования.

Доплата страхового взноса производится одновременно при внесении соответствующих изменений и (или) дополнений в договор страхования, если иное не предусмотрено условиями договора страхования (договора о внесении изменений в условия 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, подлежащего доплате Страхователем, который рассчитывается за период со дня вступления в силу договора о внесении изменений в условия страхования и до последнего дня срока действия договора страхования.

При включении в индивидуальную программу страхования дополнительных медицинских услуг доплата страхового взноса производится Страхователем одновременно при внесении соответствующих изменений и (или) дополнений в договор страхования, если иное не предусмотрено условиями договора страхования (договора о

внесении изменений в условия страхования).

5.8. При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать от Застрахованного лица заполнения «Карты здоровья» (по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика), на основании которой Страховщик относит его к определенной группе здоровья, используемой для расчета страхового тарифа. По результатам заполнения Застрахованным лицом «Карты здоровья» Страховщик вправе потребовать у Страхователя (Застрахованного лица) дополнительную медицинскую документацию.

На основании «Карты здоровья» (в случае ее заполнения) 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), с высоким риском острых заболеваний.

- V группа - профессиональные спортсмены, работники наиболее опасных профессий.

В случае, если «Карта здоровья» не заполнялась Застрахованными лицами, при расчете страхового взноса указанные лица относятся ко II группе здоровья.

В зависимости от установления Застрахованному лицу группы здоровья страховой взнос по договору исчисляется с применением корректировочных коэффициентов, разработанных и утвержденных локальным правовым актом Страховщика.

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 страхового полиса Страховщик на основании письменного заявления Страхователя произвольной формы выдает дубликат страхового полиса. Утерянные страховые полисы признаются недействительными с момента их утраты и выплаты по ним не производятся.

5.12. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик может в течение всего срока действия договора страхования осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц (Застрахованных лиц). Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц (Застрахованных лиц) на обработку их персональных данных.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях, в целях проведения анализа страховых рисков, выполнения обязательств по договору страхования.

Закключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает свое согласие на информирование себя и Застрахованных лиц о других страховых продуктах и услугах, на получение рассылок, направленных на повышение уровня клиентоориентированности и лояльности, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

Закключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает предоставление Страховщику права передавать персональные данные и данные о наличии других договоров страхования, необходимые для расчета суммы страхового взноса, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, включая третьих лиц, проводящих работу по передаче информации в информационную систему Страховщика.

Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели предусмотренных настоящим пунктом Правил.

Договором страхования могут быть определены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Республики Беларусь.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

6.2. Договор страхования по соглашению сторон вступает в силу с 00 часов любого дня в течение 30 календарных дней со дня уплаты страхового взноса или его первой части Страховщику (его 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 в установленные договором сроки и размере, за исключением случая, предусмотренного абзацем 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. настоящих 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 страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

Если по договору страхования производились выплаты страхового обеспечения (имеются заявленные убытки – обращения за оказанием медицинской помощи), то в случае прекращения договора по обстоятельствам, указанным в части первой настоящего пункта, страховой взнос не возвращается, если иное не определено соглашением Страховщика и Страхователя.

Не подлежит возврату часть страхового взноса при досрочном прекращении договора страхования в отношении Застрахованного лица, если в течение действия договора страхования производилась выплата страхового обеспечения (имеются заявленные события, которые могут быть признаны страховым случаем и по которым может быть произведена выплата страхового обеспечения) при обращении этого Застрахованного лица за медицинской помощью.

В случаях, указанных в подпунктах 6.3.9. и 6.3.10. настоящих Правил, уплаченный Страховщику страховой взнос возврату не подлежит.

В случае, указанном в подпункте 6.3.8. настоящих Правил, страховой взнос возврату не подлежит, за исключением случаев, предусмотренных частью шестой настоящего пункта Правил.

При отказе Страхователя от договора страхования, заключенного в форме электронного документа, полученном Страховщиком до вступления договора в силу, уплаченный страховой взнос подлежит возврату в полном объеме.

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, 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 осуществляется в валюте уплаты страхового взноса:

в иностранной валюте в случаях, предусмотренных законодательством;

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

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;

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 или страховом полисе 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 соразмерно увеличению риска. Дополнительный страховой взнос рассчитывается согласно формуле:

$ДСВ = (НСС \times T2 - ПСС \times T1) \times n/t$, где

ДСВ – дополнительный страховой взнос;

ПСС – прежняя страховая сумма, установленная при заключении договора страхования;

НСС - новая страховая сумма, после внесения изменений и (или) дополнений в договор страхования;

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

T2 – страховой 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, Страховщик вправе

потребовать расторжения договора страхования. В этом случае договор страхования расторгается с момента получения такого отказа. К отказу приравнивается не получение 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 причин 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. возместить Страховщику понесенные расходы, превышающие страховую сумму, установленную по индивидуальной программе страхования и отдельным дополнительным медицинским услугам согласно договору страхования;

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

7.1.9. передавать Страховщику сведения, предусмотренные Правилами и договором страхования, в письменной форме либо способами связи, обеспечивающими фиксирование текста и даты сообщения, либо вручением под расписку.

7.2. Страхователь имеет право:

7.2.1. ознакомиться с условиями договора страхования, индивидуальной программой (индивидуальными программами) страхования и настоящими Правилами;

7.2.2. потребовать внесения изменений и (или) дополнений в договор страхования с представлением Страховщику необходимых сведений в соответствии с пунктом 5.3. настоящих Правил;

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

7.2.4. получить дубликат страхового полиса в случае его утери;
7.2.5. 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 договор страхования (страховой полис), Правила страхования и индивидуальные карточки Застрахованных лиц;

7.3.3. надлежащим образом исполнять условия договора добровольного страхования медицинских расходов, определенные 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 индивидуальными программами 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. требовать от Застрахованного лица (Страхователя) компенсацию понесенных Выгодоприобретателем и оплаченных Страховщиком расходов, превышающих страховую сумму по индивидуальной программе страхования согласно договору страхования, а также расходов организации здравоохранения, не предусмотренной индивидуальной программой страхования, возникших при обращении Застрахованного лица (Страхователя);

7.4.6. отказать в оплате медицинских услуг, а также досрочно прекратить действие договора страхования в отношении Застрахованного лица, передавшего индивидуальную 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 индивидуальными программами страхования, предусмотренными договором страхования.

7.5. Застрахованное лицо обязано:

7.5.1. при заключении договора страхования по требованию Страховщика заполнить «Карту здоровья»;

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 подпункте 7.6.6. настоящих Правил;

7.5.4. при обращении в организацию здравоохранения за медицинской помощью предъявлять 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 индивидуальной программе страхования и отдельным дополнительным медицинским услугам согласно договору 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, определенные Правилами страхования.

7.6. Застрахованное лицо имеет право на:

7.6.1. получение информации о Правилах страхования и индивидуальной программе 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 индивидуальной программой страхования;

7.6.4. получение медицинской помощи в соответствии с условиями договора добровольного страхования, а также 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 Выгодоприобретателю на основании Акта о страховом случае (по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика).

8.2. В случае, если Выгодоприобретателем является организация здравоохранения, с которой Страховщик заключил договор на оказание медицинских услуг и которая в соответствии с индивидуальной программой страхования предоставила Застрахованному лицу медицинскую помощь по предварительному письменному согласованию со Страховщиком, 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 индивидуальную программу страхования дополнительной медицинской услуги - медикаментозного обеспечения, организация здравоохранения представляет сводный реестр приобретенных Застрахованными лицами лекарственных препаратов и рецепты (их заверенные копии).

В случае, если Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, самостоятельно оплатившее медицинские услуги (в том числе понесшее расходы на медикаментозное обеспечение), предусмотренные индивидуальной программой страхования, по согласованию со Страховщиком, для решения вопроса о выплате страхового обеспечения Застрахованное лицо предоставляет следующие документы:

- заявление о страховом случае (по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика);

- оригинал рецепта или его копию, а при невозможности его представления – заверенную по форме выписку из медицинского документа, подтверждающую факт назначения препарата;

- выписку из истории болезни, консультативное заключение или другой документ, подтверждающий факт обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, оформленный в установленном законодательством порядке;

- документ, подтверждающий факт оплаты оказанной услуги или назначенного препарата.

8.3. Страховщик составляет Акт о страховом случае после 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 индивидуальную 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 индивидуальной программе страхования при заключении договора страхования;

SO – сумма выплаченного страхового обеспечения;

K – официальный курс белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленный Национальным банком Республики Беларусь на дату осуществления расходов.

8.5. Страховщик составляет Акт о страховом случае и производит выплату страхового обеспечения Выгодоприобретателю в течение 10 рабочих дней со дня, следующего за днем получения всех необходимых документов.

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 пяти 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 возврата срока, Страховщик вправе начислить пенью 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.

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.

Приложение № 1
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.