



СТРАХОВАНИЕ
ВМЕСТЕ МЫ СИЛЬНЕЕ

**УНИТАРНОЕ СТРАХОВОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ
«БЕЛВЭБ СТРАХОВАНИЕ»**

ПРАВИЛА № 12

**ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ
РАСХОДОВ**

Вступают в силу 02.11.2021

Минск 2021

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 здоровья Застрахованного лица. Данное ухудшение состояния может быть вызвано острым заболеванием, обострением хронического заболевания и требует оказания медицинской помощи;

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

хроническое заболевание – заболевание, которое имеет одну и (или) более нижеследующих характеристик: длительно растянуто во времени, оставляет остаточные нарушения, вызывает необратимые патологические изменения, требует специального (особого) обучения пациента для восстановления (реабилитации) и длительного периода наблюдения с обеспечением медицинской и социальной помощи;

обострение хронического заболевания – стадия течения хронического заболевания, характеризующаяся усилением имеющихся симптомов или появлением новых у Застрахованного лица;

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

медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, оказываемых Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, связанного с

внезапным расстройством здоровья Застрахованного лица, несчастным случаем, хроническим заболеванием или его обострением, в том числе обеспечение Застрахованного лица лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и индивидуального ухода в рамках программы добровольного страхования медицинских расходов;

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 медицинской организации, 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 3.3. Правил;

программа добровольного страхования медицинских расходов (далее – Программа страхования) – неотъемлемая часть договора страхования, содержащая перечень медицинских услуг определенного объема, оказываемых Застрахованному лицу при его обращении в медицинскую организацию за медицинской помощью при наступлении страхового случая, в том числе обеспечение Застрахованного лица лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и индивидуального ухода;

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 страхования при его обращении в медицинскую организацию, 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 пункте 3.3. настоящих Правил;

медицинские организации – организации здравоохранения Республики Беларусь; организации здравоохранения иностранных государств; другие организации, которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность. В рамках настоящих Правил к медицинским организациям относятся индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую, фармацевтическую деятельность.

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 (работников Страхователя) – в рамках настоящих Правил к членам семьи относятся: 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.

Выгодоприобретатель – медицинская организация, с которой Страховщик заключил договор на предоставление медицинской помощи Застрахованному лицу и которая предоставила Застрахованному лицу медицинскую помощь, а также Застрахованное лицо (его законный представитель) или Страхователь (его законный представитель), оплативший оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь.

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 в соответствии с правилами страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Страхователя либо Застрахованного лица, связанные с компенсацией расходов медицинской организации, Страхователю или Застрахованному лицу, вызванных обращением Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, предусмотренной договором страхования (программой страхования), при наступлении страхового случая.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем, определяемым правилами страхования, является факт понесенных Выгодоприобретателем расходов, связанных с предоставлением Застрахованному лицу медицинской помощи, предусмотренной договором страхования (программой страхования), ввиду внезапного расстройства здоровья Застрахованного лица, несчастного случая, хронического заболевания или его обострения.

В соответствии с договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинскую помощь, оказанную Застрахованным лицам в медицинских организациях 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 медицинских организациях из числа заключивших со Страховщиком договоры об оказании медицинской помощи Застрахованным лицам и перечисленным в индивидуальной программе страхования. Условиями договора страхования (индивидуальной программой страхования) может быть предусмотрено обращение Застрахованного лица в медицинские

организации, с которыми у Страховщика не заключены договоры на оказание медицинской помощи Застрахованным лицам, при условии, что обращение в данные медицинские организации Застрахованного лица предварительно согласовано со Страховщиком и Застрахованное лицо самостоятельно оплатило медицинские услуги, оказанные данными (предварительно согласованными со Страховщиком) медицинскими организациями.

По соглашению сторон договор страхования может распространяться на случаи понесения расходов, связанных с наблюдением хронической патологии, проведением профилактических плановых осмотров (проведением диспансеризации), проведением обязательных и внеочередных медицинских осмотров Застрахованных лиц с учетом профессиональной вредности при условии, что при расчете страхового взноса по договору страхования к базовому страховому тарифу будут применены соответствующие корректировочные коэффициенты, утвержденные локальными правовыми актами Страховщика.

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

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

Амбулаторно-поликлиническая помощь: консультативно-диагностические услуги, в том числе телемедицина, лечебно-профилактические медицинские услуги, лабораторные исследования, функциональная диагностика, лучевые методы исследования, эндоскопические методы исследования, малые диагностические оперативные вмешательства, медицинские манипуляции, пребывание в дневном стационаре, оказание неотложной медицинской помощи, экстренная транспортировка в стационар, реабилитационно-восстановительное лечение по медицинским показаниям и другое.

Объем и условия предоставления медицинской помощи указываются в индивидуальной программе страхования;

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, обострения 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 (при включении в программу страхования стоматологической помощи) в условиях стационара, в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, а именно: консультативные и другие профессиональные услуги врачей; диагностические исследования (проведение рентгенологических, эндоскопических, высокотехнологичных (МРТ, КТ-исследований, радиоизотопных исследований); лабораторную диагностику; установление диагноза; пребывание в маломестной палате (питание, медицинский уход); пребывание в отделении интенсивной терапии; использование операционной и послеоперационной палат; лечебные манипуляции (перевязки, туалет ран, инъекции и т.д.); анестетики и их введение; проведение физиотерапии и реабилитации, лечебной физкультуры по медицинским показаниям и необходимых для восстановления после заболеваний, травм и медицинских состояний, за исключением лечения методами нетрадиционной медицины.

В исключительных случаях в случае угрозы жизни, здоровью при экстренной госпитализации Застрахованного лица в медицинские организации, с которыми у Страховщика есть договоры на оказание медицинской помощи, госпитализация производится с использованием имеющегося в наличии свободного коечного фонда отделения с последующим решением вопроса о плановом переводе в сервисную палату данной медицинской организации или профильного отделения иной медицинской организации.

При экстренной госпитализации Застрахованного лица в медицинскую организацию, с которой у Страховщика не заключен договор на оказание медицинской помощи, меры по переводу Застрахованного лица в медицинскую организацию, с которой заключен договор на оказание медицинской помощи, могут предприниматься только при условии отсутствия угрозы жизни и здоровью Застрахованного лица, подтвержденной лечащим врачом и заведующим отделением.

Объем и условия предоставления медицинской помощи указываются в индивидуальной программе страхования.

Стационарное лечение исключает проведение высокотехнологичных и сложных медицинских вмешательств (трансплантология, реконструктивная хирургия, реконструктивная ортопедия, аортокоронарное шунтирование, стентирование, операция на сердце и т.д.).

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».

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.

Услуга «Медикаментозное обеспечение» является дополнительной для программы А, покрытие данных расходов по программе С включено.

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;

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 расходы медицинской организации, относящиеся только 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 приема (статины, гипотензивные препараты, препараты для лечения ишемической болезни сердца, сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, гормонозаместительной терапии, остеопороза, подагры, мочекаменной

болезни и др.), если иное не предусмотрено индивидуальной программой страхования.

Объем и условия предоставления медикаментозного обеспечения указываются в индивидуальной программе страхования.

При включении в индивидуальную программу страхования дополнительной услуги «Стоматологическое лечение» (услуга является дополнительной для программ А и С) Страховщиком оплачиваются:

- первичные консультации врачей-специалистов;
- терапевтическое лечение острого и обострения хронического состояния;
- терапевтическое лечение пародонтита;
- 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;
- удаление зубных отложений по медицинским показаниям;
- замена старых пломб с косметической или профилактической целью;
- хирургическое и аппаратное лечение пародонтита;
- депофорез;
- лечение у пародонтолога;
- зубопротезирование, микропротезирование, шинирование, имплантация и ортодонтия и подготовкой к ним;
- эстетическая стоматология;
- отбеливание зубов.

Объем и условия предоставления стоматологического лечения указываются в индивидуальной программе страхования.

Страховщик может устанавливать в пределах страховой суммы по договору страхования лимиты возмещения в отношении медикаментозного обеспечения и стоматологического лечения отдельно или общий совокупный лимит на дополнительные медицинские услуги «Медикаментозное обеспечение» и «Стоматологическое лечение», при этом при расчете страхового взноса, подлежащего уплате по договору страхования, к базовым годовым страховым тарифам применяются корректировочные коэффициенты, утвержденные локальными правовыми актами Страховщика.

При сроке действия договора страхования 2, 3, 4 года или 5 лет договором страхования как на дополнительные услуги, так и по программам страхования могут устанавливаться лимиты возмещения отдельно на каждый год страхования. Лимиты, не использованные

Застрахованным лицом в течение года, не переносятся на новый год страхования.

По соглашению сторон договор страхования может распространяться на случаи понесения следующих медицинских расходов:

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

родовспоможение (услуга является дополнительной для программы 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);

применение высокотехнологичных методов обследования (радиоизотопные, радионуклидные, с применением методов контрастирования, стенцитография, МРТ, КТ и др. (услуга является дополнительной для программы А);

профилактическая иммунизация против гриппа (услуга является дополнительной для программы А);

профилактическая иммунизация согласно национальному календарю профилактических прививок, утвержденному постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17.05.2018 № 42 «О профилактических прививках» (услуга является дополнительной для программы А);

проведение профилактического флюорографического обследования (услуга является дополнительной для программ А и (или) С);

проведение эндоскопических исследований органов пищеварения, дыхания, мочеполовых органов с медикаментозным сопровождением (седацией) (услуга является дополнительной для программ А и (или) С);

проведение высокотехнологичных операций (услуга является дополнительной для программы С);

малоинвазивные вмешательства с использованием лазера в гинекологии и проктологии (услуга является дополнительной для программ А и (или) С);

проведение высокотехнологичных операций (услуга является дополнительной для программы С).

При включении в индивидуальную программу страхования вышеуказанных медицинских расходов при расчете страхового взноса по договору страхования к базовому страховому тарифу применяются

соответствующие корректировочные коэффициенты, утвержденные локальными правовыми актами Страховщика.

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

3.4.1. травмой, ожогом, отравлением или другим расстройством здоровья, которое наступило в результате суицида, совершения Застрахованным лицом действий, в которых правоохранительными 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 медицинскими организациями 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 медицинскую организацию 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 медицинских организациях, 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. проведением оздоровительных и реабилитационных мероприятий при хронической патологии вне обострения (тренажеры, солярий, бассейн, бальнеотерапия, грязелечение, массаж, иглорефлексотерапия, спелеотерапия, сухие углекислые ванны и т.д.),

получением документов (выписок, справок и т.п.) на санаторно-курортное лечение;

3.4.11. обследованием и лечением с целью планирования семьи;

3.4.12. медицинскими осмотрами с целью диагностирования имеющейся бессимптомной патологии и поиска патологии без признаков заболевания, с целью определения основных факторов риска развития нарушений здоровья;

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

3.4.14. лечением острых и хронических лучевых поражений;

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

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

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

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

3.4.19. лечением профессиональных заболеваний;

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

3.4.21. половыми расстройствами и бесплодием, импотенцией, экстракорпоральным оплодотворением, внутриматочной инсеминацией, вазэктомией и стерилизацией женщин, изменением пола, лечением климактерического синдрома, предменструального синдрома, пре- и постменопаузального синдрома, нарушений менструального цикла репродуктивного периода;

3.4.22. проведением любых генетических исследований;

3.4.23. коррекцией слуха техническими средствами, стоимостью слуховых аппаратов;

3.4.24. коррекцией зрения с помощью контактных линз, обследования и лечения косоглазия, глаукомы, катаракты, стоимостью очков, контактных линз;

3.4.25. ортопедическим лечением плоскостопия (супинаторы, вкладыши для коррекции стопы), лечением деформированных и вросших (за исключением случаев воспаления) ногтей конечностей, приобретения костылей, протезов, инвалидных колясок;

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

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

3.4.28. лечением, являющимся по характеру экспериментальным или исследовательским;

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

3.4.30. лечением осложнений заболеваний, явившихся следствием нарушения курса лечения или лечебного режима, назначенного лечащим врачом;

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

3.4.32. лечением заболеваний, по которым в период действия договора страхования установлена инвалидность 1, 2 группы;

3.4.33. 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;

3.4.34. 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;

3.4.35. лечением паразитарных заболеваний, чесотки и педикулеза;

3.4.36. лечением психических заболеваний, в том числе эпилепсии, проведением консультаций и психиатрических обследований;

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

3.4.38. консультациями и услугами врачей следующих специальностей: андролог, гомеопат, трихолог, сексолог, косметолог, фитотерапевт, психотерапевт, психиатр, гинеколог-репродуктолог, вертебролог, фониатр, логопед, сомнолог, нарколог, диетолог, врач гинеколог и уролог для решения вопроса о планировании беременности и контрацепции;

3.4.39. 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;

3.4.40. обследованием для установления диагноза «остеопороз», гипо- и гипервитаминоз Д, других гипо- и гипервитаминозов, латентного дефицита железа и других минералов и их лечением, в том числе проведением денситометрии и лабораторной диагностики;

3.4.41. лечением нарушений речи (заикание, запинание, дислалия);

3.4.42. лечением тиков и тикоидных гиперкинезов.

3.5. Если иное не предусмотрено договором страхования и индивидуальной программой страхования, не признаются страховыми случаями факты понесенных медицинской организацией медицинских расходов, связанные с:

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

3.5.2. плановым оперативным лечением заболеваний сердца, сосудов, нервной системы, органов зрения, чувств, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистых заболеваний, требующих реконструктивного оперативного лечения и подготовкой к ним, за исключением случая оказания скорой и неотложной медицинской помощи (без стоимости материалов) при впервые выявленном заболевании и наличием непосредственной угрозы жизни Застрахованного лица в период действия договора страхования;

3.5.3. 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;

3.5.4. санаторно-курортным лечением и реабилитационно-восстановительным лечением в условиях санатория;

3.5.5. исправлением (удалением) косметических дефектов и доброкачественных новообразований кожи и слизистых оболочек, в т.ч. папиллом, гемангиом, бородавок, невусов, остроконечных кондилом, контагиозных моллюсков, мозолей, кератом, атером, фибром, липом и др (за исключением нагноившихся и травмированных невусов);

3.5.6. приобретением витаминных препаратов с профилактической целью на курс не более 1 месяца;

3.5.7. осмотрами и проведением терапии следующими специалистами: мануальный терапевт, иглорефлексотерапевт, психотерапевт;

3.5.8. проведением оториноларингологических, флебологических, урологических и офтальмологических операций.

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, если иное не предусмотрено индивидуальной программой страхования и условиями договора страхования, 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 алопеции, розового и других видов лишая, себореи, себорейного дерматита;

3.6.3. системных заболеваний соединительной ткани, в том числе ревматоидного артрита, болезни Бехтерева, системной склеродермии, красной волчанки и др.;

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

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

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

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;

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

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

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 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, так и в рассрочку.

При единовременной уплате страховой взнос уплачивается при заключении договора страхования.

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 страховой взнос может уплачиваться единовременно, ежегодно, раз в полугодие, ежеквартально, ежемесячно равными долями по принципу предоплаты до начала соответствующего страхового периода (года, полугодия, квартала, месяца). Договором страхования может быть предусмотрена иная периодичность уплаты страхового взноса с учетом принципа предоплаты до начала периода страхования. В этом случае первая часть страхового взноса в размере не менее $1/k$ годового страхового взноса уплачивается при заключении договора страхования, а остальные части – через равные промежутки времени в течение срока действия договора страхования не позднее последнего дня оплаченного периода таким образом, чтобы оплата по договору с начала срока его действия составляла не менее $2/k$, $3/k$ и т.д. до уплаты страхового взноса в полном объеме, где k – количество этапов оплаты.

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-дневный 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.

Если соглашением между Страховщиком и Страхователем не определено иное, 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 I 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 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 заключен 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.

Заключая 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.

Заключая 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 пяти 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 пятой 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 5 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:

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

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 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 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, медицинских организаций 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 медицинскими организациями;

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 медицинской организации, 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 медицинские организации 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 медицинскую организацию 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 медицинской организацией;

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, медицинских организаций 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, медицинской организацией 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 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).

Для составления акта о страховом случае Выгодоприобретатель представляет Страховщику документы, определенные правилами страхования, в которых в обязательном порядке в том числе указываются:

номер (серия) и срок действия договора добровольного страхования;

сведения о Застрахованном лице, которому была оказана медицинская помощь (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения, идентификационный номер либо номер (при отсутствии идентификационного номера) документа, удостоверяющего личность) (Застрахованное лицо, самостоятельно оплатившее медицинские услуги, представляет документ, удостоверяющий личность);

стоимость, общая сумма расходов, понесенных за оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь, с детализацией по медицинским услугам (Застрахованное лицо, самостоятельно оплатившее медицинские услуги, представляет: 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).

Застрахованное лицо, самостоятельно оплатившее медицинские услуги, представляет заявление о страховом случае по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика.

При включении в индивидуальную программу страхования дополнительной медицинской услуги – медикаментозного обеспечения, медицинская организация представляет сводный реестр приобретенных Застрахованными лицами лекарственных препаратов и рецепты (их заверенные копии).

Страховщик имеет право дополнительно запросить иные документы, подтверждающие факт, причину и размер понесенных расходов, необходимость представления которых определяется характером произошедшего события и требованиями законодательства или заключенного договора страхования.

8.2. Выплата страхового обеспечения Выгодоприобретателю осуществляется в пределах установленной договором страхования страховой суммы с учетом лимитов возмещения, установленных договором страхования в соответствии с п. 3.3. настоящих Правил.

Выплата страхового обеспечения производится в белорусских рублях.

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 с учетом лимитов возмещения, установленных договором страхования в соответствии с п. 3.3. настоящих Правил.

8.3. 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.

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

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

умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица);
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 5 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов и сообщается Страхователю в письменной форме с мотивацией причины отказа в течение 5 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 календарных дней со дня получения письменного уведомления вернуть 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 пеню в размере 0,1 % от суммы, подлежащей возврату.

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

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.