ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«БЕЛВЭБ СТРАХОВАНИЕ»

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО «БелВЭБ Страхование»

_____ В.Ф.Моисеенко

25 июля 2025 г.

ПРАВИЛА № 12

ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ

С изменениями и дополнениями от 11.09.2025, от 30.04.2026

Минск 2025

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством и на условиях настоящих Правил общество с ограниченной ответственностью «БелВЭБ Страхование» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного страхования медицинских расходов (далее – договоры страхования) с дееспособными физическими лицами, а также организациями (далее – Страхователи).

1.2. Действие договора страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие на территории Республики Беларусь.

При наличии у Страховщика договора, заключенного с организациями здравоохранения иностранных государств, расположенными в стране пребывания Застрахованного лица, договоров об оказании Застрахованному лицу медицинской помощи или договора с зарубежным партнером, выступающим гарантом обеспечения оплаты расходов по оказанию медицинской помощи Застрахованному лицу, располагающим собственными сервисными центрами в стране пребывания Застрахованного лица, с приложением их перечня и мест нахождения, действие договора страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие за пределами Республики Беларусь.

1.3. Для целей настоящих Правил применяются следующие термины:

внезапное расстройство здоровья – резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица;

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;

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 которых 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, несчастного случая,

хронического заболевания или его обострения. Разрабатывается Страховщиком на основе Программ страхования и может также предусматривать включение дополнительных видов и объема медицинских услуг;

медикаментозное обеспечение – лекарственные препараты, перевязочные материалы, изделия медицинского назначения, назначенные врачом медицинской организации Застрахованным лицам по поводу заболевания, являющегося страховым случаем, с учетом индивидуальной программы страхования;

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;

медицинские организации – организации здравоохранения Республики Беларусь; организации здравоохранения иностранных государств в случае, предусмотренном частью второй пункта 1.2 настоящих Правил; 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;

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

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

период охлаждения – период, установленный договором страхования, в течение которого Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от договора страхования и получить уплаченный страховой взнос полностью при условии отсутствия в данном периоде события, которое впоследствии может быть признано страховым случаем по договору страхования;

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;

хроническое заболевание – заболевание, в том числе ВИЧ-инфекция, 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.

1.4. Страхователями могут выступать дееспособные физические лица, организации, в том числе иностранные и международные, заключившие со Страховщиком договор страхования. Страхователями по настоящим Правилам не могут быть Республика Беларусь и ее административно-территориальные единицы, государственные органы, государственные юридические лица, а также хозяйственные общества, в отношении которых Республика Беларусь либо ее административно-территориальная единица, обладая акциями (долями в уставных фондах), может определять решения, принимаемые этими обществами.

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 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), их дети и родители.

Застрахованное лицо – физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования.

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.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования в соответствии с настоящими Правилами 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 настоящими Правилами, 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 перечисленных 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 согласовано со Страховщиком и Застрахованное лицо самостоятельно оплатило медицинские услуги, оказанные данными 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 локальным правовым актом 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, реабилитационно-восстановительное лечение по медицинским показаниям и другое.

Объем и условия предоставления амбулаторно-поликлинической 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 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 стационарной помощи указываются в индивидуальной программе страхования;

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 и приобретенные только по заболеванию, признанному страховым случаем, и только в период действия договора страхования.

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

При включении в индивидуальную программу страхования дополнительной услуги «Стоматологическое лечение» Страховщиком оплачиваются: консультации врачей-специалистов, терапевтическое лечение острого и обострения хронического состояния с использованием современных материалов, включая применение всех видов инъекционной анестезии, диагностические исследования, включая рентген-диагностику (3D, КЛКТ), терапевтическое лечение пародонтита, хирургическая

помощь, удаление зубов различной сложности, физиотерапевтические процедуры, профилактическая гигиена полости рта, хирургическое и аппаратное лечение пародонтита и другое.

Услуга «Стоматологическое лечение» является дополнительной для программ А и С.

Объем и условия предоставления медикаментозного обеспечения и стоматологического лечения, а также перечень лекарственных препаратов, перевязочных материалов и изделий медицинского назначения, не оплачиваемых Страховщиком по дополнительной услуге «Медикаментозное обеспечение», 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 локальным правовым актом 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 дополнительных медицинских расходов.

При включении в индивидуальную программу страхования дополнительных медицинских расходов при расчете страхового взноса по договору страхования к базовому страховому тарифу применяются соответствующие корректировочные коэффициенты, утвержденные локальным правовым актом Страховщика.

3.4. Не признаются страховыми случаями факты понесенных медицинских расходов, связанных 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, не указанную в индивидуальной программе страхования, без согласования со Страховщиком и дальнейшим обследованием и (или) лечением в соответствии с консультативным заключением, выданным такой медицинской организацией, за исключением случаев, оговоренных в подпункте 7.6.6. пункта 7.6 настоящих Правил;

3.4.5. лечением членов семьи Застрахованного лица;

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

3.4.7. обследованием и лечением с целью планирования семьи;

3.4.8. 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;

3.4.9. лечением острых и хронических лучевых поражений;

3.4.10. лечением травм и заболеваний, возникших в связи с заболеванием психической природы, в т.ч. эпилепсией, психотерапевтическим лечением;

3.4.11. наблюдением и лечением врожденных аномалий (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения), наследственных заболеваний, детского церебрального паралича, ортопедических нарушений, последствий родовых травм и их осложнений;

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

3.4.13. лечением профессиональных заболеваний;

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

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

3.4.16. проведением любых генетических исследований;

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

3.4.18. лечением, являющимся по характеру экспериментальным или исследовательским;

3.4.19. обследованием, наблюдением и лечением синдрома приобретенного иммунодефицита и инфицирования ВИЧ;

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

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

3.4.22. обследованием, наблюдением и лечением заболеваний, по которым установлена инвалидность;

3.4.23. лечением осложнений, явившихся следствием лечения или хирургического вмешательства по поводу заболевания или травмы, если медицинские расходы в связи с таким заболеванием или травмой не возмещаются в соответствии с настоящими Правилами;

3.4.24. обследованием, наблюдением и лечением паразитарных заболеваний, чесотки и педикулеза;

3.4.25. обследованием, наблюдением и лечением психических заболеваний (рубрики F00–F99 по МКБ-10), а также эпилепсии, нарушений сна, проведением консультаций психиатрами, наркологами, сомнологами и проведением психиатрических обследований;

3.4.26. использованием препаратов и средств контроля над рождаемостью (в т.ч. постановка (введение) и удаление внутриматочной спирали) с целью контрацепции;

3.4.27. обследованием, наблюдением и лечением нарушений речи (заикание, запинание, дислалия);

3.4.28. обследованием, наблюдением и лечением тиков и тикоидных гиперкинезов;

3.4.29. 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;

3.4.30. проведением повторных врачебных консультаций, обследований с целью сбора мнений специалистов различных организаций здравоохранения по желанию Застрахованного лица;

3.4.31. хирургией всех видов с целью устранения косметических и анатомических дефектов, улучшения внешнего вида.

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

3.5.1. лечением сердечно-сосудистых заболеваний, требующих аортокоронарного шунтирования, ангиопластики, коронароангиографии, радиочастотной аблации, стентирования сосудов, и подготовкой к ним;

3.5.2. плановым оперативным лечением заболеваний сердца, сосудов, нервной системы, органов зрения, чувств, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистых заболеваний, гинекологических и урологических заболеваний, требующих реконструктивного оперативного лечения, и подготовкой к ним;

3.5.3. трансплантацией, аутотрансплантацией, имплантацией, эндопротезированием, всеми видами пластических и реконструктивных операций по медицинским показаниям, в т.ч. и в целях устранения косметических дефектов, улучшения внешнего вида;

3.5.4. санаторно-курортным лечением и реабилитационно-восстановительным лечением в условиях реабилитационных центров, больниц, специализированных отделений, а также получением документов (выписок, справок и т.п.) на санаторно-курортное лечение;

3.5.5. удалением доброкачественных новообразований кожи и слизистых оболочек, в т.ч. папиллом, гемангиом, бородавок, невусов, остроконечных кондилом, контагиозных моллюсков, мозолей, кератом, атером, фибром, липом и др. (кроме случаев наличия травмы и (или) острого воспалительного процесса);

3.5.6. проведением оздоровительных и реабилитационных мероприятий при хронической патологии в фазе ремиссии (бассейн, бальнеотерапия, грязелечение, массаж, иглорефлексотерапия, спелеотерапия, сухие углекислые ванны и т.д.);

3.5.7. обследованием, наблюдением и лечением климактерического синдрома, предменструального синдрома, пременопаузального и постменопаузального синдрома;

3.5.8. лечением заболеваний и инфекций, передающихся половым путем, их осложнений, в т.ч. генитального герпеса, хламидиоза и клинических проявлений ВПЧ-инфекции (остроконечного кондиломатоза);

3.5.9. получением Застрахованным лицом справок (на ношение оружия, вождение автотранспорта, посещение бассейна, для трудоустройства, поступления в учебные заведения и др.);

3.5.10. обследованием, наблюдением и лечением косоглазия, глаукомы, катаракты любой этиологии, плановой хирургической операцией на глазах, целью которой является коррекция близорукости, дальнозоркости и астигматизма;

3.5.11. обследованием и лечением следующими методами: карбокситерапия, гипнотерапия, кинезиотейпирование, гирудотерапия, гидроколонотерапия, внутривенное лазерное и ультрафиолетовое облучение крови, озонотерапия, гипербарическая оксигенация, плазмаферез, гемосорбция, криотерапия, спелеотерапия, PRP-терапия, надвенное лазерное облучение крови (НЛОК);

3.5.12. лечением и обследованием, в т.ч. проведением денситометрии, для установления диагноза «остеопороз», лабораторной диагностикой гипо- и гипервитаминозов и дефицита минералов;

3.5.13 наблюдением беременности, в т.ч. ее осложнений, родов, послеродового наблюдения, лечением послеродовых заболеваний и осложнений;

3.5.14. обследованием, наблюдением и лечением доброкачественных новообразований;

3.5.15. проведением лабораторного контроля при назначении гормонозаместительной терапии и приеме контрацептивов;

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

3.5.17. коррекцией слуха техническими средствами, стоимостью слуховых аппаратов;

3.5.18. коррекцией зрения с помощью контактных линз, стоимостью очков, контактных линз;

3.5.19. наблюдением и лечением плоскостопия, сколиоза, коррекцией ортопедической патологии (супинаторы, вкладыши для коррекции стопы, корсеты), приобретением костылей, протезов, инвалидных колясок;

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

3.5.21. медицинскими осмотрами с целью диагностирования имеющейся бессимптомной патологии и поиска патологии без признаков

заболевания, с целью определения основных факторов риска развития нарушений здоровья;

3.5.22. лечением системных заболеваний соединительной ткани, в т.ч. ревматоидного артрита, болезни Бехтерева, системной склеродермии, красной волчанки, системного васкулита и др., а также подагры независимо от клинической формы и стадии процесса;

3.5.23. лечением хронических кожных заболеваний, в т.ч. псориаза и его осложнений, нейродермита, истинной экземы, угревой болезни, дерматитов, микозов, демомикоза, гипергидроза, заболеваний кожи грибковой этиологии, всех видов аллопеции, розового и других видов лишая, себореи, себорейного дерматита;

3.5.24. обследованием, наблюдением и лечением онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. заболеваний лимфатической системы и онкогематологической природы) и их осложнений.

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 (рубрики G35–G37, G61.1 по МКБ-10) и дегенеративных (рубрики G30–G32 по МКБ-10) заболеваний нервной системы, системных заболеваний соединительной ткани, прогрессирующих мышечных дистрофий, эпилепсии, церебрального паралича, склеродермии, аутоиммунных заболеваний (за исключением аутоиммунного тиреоидита);

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

3.6.3. туберкулеза, муковисцидоза, саркоидоза;

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

3.6.5. сахарного диабета 1 и 2 типа и его осложнений;

3.6.6. гепатита B, C, D, G, цирроза печени независимо от стадии процесса, гепатитов иной этиологии (вне стадии обострения).

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ВЗНОС И ПОРЯДОК ЕГО УПЛАТЫ

4.1. Страховая сумма – это сумма денежных средств, в пределах которой Страховщик обязан произвести Выгодоприобретателю страховую выплату 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, индивидуальным предпринимателем 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 1/2 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 1/2 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 1/4 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 1/12 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.

Размер и сроки уплаты каждой части страхового взноса устанавливаются договором страхования.

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

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

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, уплачивается 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.

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

4.10.1. При условной франшизе Страховщик освобождается от компенсации понесенных расходов, если ее размер не превышает размер условной франшизы; если размер понесенных расходов превышает размер условной франшизы, Страховщик осуществляет их компенсацию в полном объеме.

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 от страховой суммы или от размера 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 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, указанном 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 настоящих Правилах, в том числе не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страховщика и Страхователя.

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

Договор страхования также может быть заключен в форме электронного документа, в порядке и на условиях, установленных законодательством. 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 расчетный 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, 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 неотъемлемыми частями договора страхования.

5.2. Страховщик вправе до заключения договора страхования потребовать от Застрахованных лиц заполнить «Карту здоровья» (по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика), 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 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 единовременно 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 единовременно 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», 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 стадии) или выраженным нарушением функций органов (систем), с высоким риском острых заболеваний;

V группа – профессиональные спортсмены, работники наиболее опасных профессий.

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 частях шестой и седьмой пункта 5.1 настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 180 Гражданского кодекса Республики Беларусь.

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

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

5.11. В случае утраты договора страхования в течение срока его действия Страхователю на основании его письменного заявления произвольной формы выдается копия договора страхования.

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 рамках настоящих Правил 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 настоящих Правил.

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

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.

По договору страхования, заключаемому со Страхователем – физическим лицом, устанавливается период охлаждения на срок 5 календарных дней со дня заключения договора страхования независимо от момента уплаты страхового взноса по нему.

Договор страхования считается расторгнутым в течение периода охлаждения со дня получения Страховщиком в срок, установленный для периода охлаждения, письменного заявления от Страхователя – физического лица о его досрочном прекращении (расторжении), содержащего реквизиты для перечисления (перевода) страхового взноса.

Страховщик возвращает Страхователю – физическому лицу страховой взнос в сумме, фактически уплаченной при заключении договора страхования, в течение 5 рабочих дней со дня расторжения договора страхования посредством перечисления (перевода) в банк.

При этом, в случае неполучения от Страхователя – физического лица реквизитов для перечисления (перевода) в банк страхового взноса, Страховщик в течение 10 рабочих дней со дня расторжения договора страхования осуществляет возврат страхового взноса Страхователю – физическому лицу путем перевода по почте.

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 третьим пункта 4.6. настоящих Правил;

6.3.4. ликвидации Страхователя – юридического лица, прекращения деятельности Страхователя – 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. соглашения Страхователя и Страховщика, оформленного в письменном виде;

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

6.3.8. 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 Застрахованного лица с целью получения последним услуг по договору страхования;

6.3.9. 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 6.3.4–6.3.6 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 6.3.8 и 6.3.9 настоящих Правил, уплаченный Страховщику страховой взнос возврату не подлежит. В случае, указанном в подпункте 6.3.7 настоящих Правил, страховой взнос возврату не подлежит, за исключением случая, предусмотренного 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.

Возврат страхового взноса осуществляется в белорусских рублях. Если страховая сумма установлена в иностранной валюте, возврат

страхового взноса производится в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы на день совершения операции.

За несвоевременный возврат денежных средств по вине Страховщика выплачивается пеня в размере:

0,5% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей выплате, – в случае, если получатель денежных средств – физическое лицо, в том числе индивидуальный предприниматель;

0,1% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей выплате, – в случае, если получатель денежных средств – юридическое лицо.

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 их законных представителей.

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:

ДСВ = (НСС х Т2 – ПСС х Т1) х 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;

Т1 – страховой тариф на момент заключения договора страхования с учетом корректировочных коэффициентов;

Т2 – 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 настоящими 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 6.3.7 настоящих Правил;

7.2.4. получить копию договора страхования в случае его утери;

7.2.5. получить дубликат индивидуальной карточки Застрахованного лица в случае ее утери.

7.3. Страховщик обязан:

7.3.1. ознакомить Страхователя с условиями страхования;

7.3.2. выдать Страхователю в установленный настоящими Правилами срок договор страхования, настоящие Правила и индивидуальные карточки Застрахованных лиц;

7.3.3. надлежащим образом исполнять условия договора страхования, определенные настоящими Правилами;

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), 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 такие документы (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 10 рабочих дней со дня получения таких документов), либо самим Страховщиком (на основании запроса Страховщика в орган, его выдавший, направленный в течение 5 рабочих дней со дня получения таких документов);

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;

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;

7.4.8. прекратить дальнейшее сопровождение Застрахованного лица в случае, если у Застрахованного лица имеется превышение лимита по медикаментозному обеспечению и (или) стоматологическому лечению по

действующему и (или) ранее действовавшему договору страхования, – до получения оплаты задолженности.

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 пункта 7.6 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. самостоятельно контролировать сумму остатка лимита при включении в индивидуальную программу страхования дополнительной услуги «Медикаментозное обеспечение» и (или) «Стоматологическое лечение»;

7.5.7. возместить Страховщику понесенные расходы, превышающие страховую сумму, установленную по индивидуальной программе страхования и отдельным дополнительным медицинским услугам согласно договору страхования;

7.5.8. заботиться о сохранности договора страхования и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинской помощи. При утрате договора страхования сообщить об этом Страховщику;

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

7.5.10. 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;

7.5.11. надлежащим образом исполнять условия договора страхования, определенные настоящими Правилами.

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 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 настоящими Правилами, в которых в обязательном порядке в том числе указываются:

номер (серия) и срок действия договора 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.

Для решения вопроса о страховой выплате по расходам, оплаченным Застрахованным лицом (Страхователем, законным представителем Застрахованного лица) самостоятельно, Застрахованное лицо (Страхователь, законный представитель Застрахованного лица) представляет Страховщику следующие документы (оригиналы или их копии):

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

медицинские документы (консультативное заключение медицинского учреждения, справка, выписка из истории болезни, акт оказанных услуг и др.), подтверждающие факт обращения за медицинской помощью, содержащие дату обращения, сроки оказания медицинских услуг, диагноз заболевания, перечень и наименование оказанных услуг, их стоимость;

рецепт, а при невозможности его представления – медицинский документ, подтверждающий факт обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, факт назначения лекарственных препаратов, содержащий дату обращения, сроки оказания медицинских услуг, диагноз заболевания, перечень и наименование оказанных услуг, наименование назначенных лекарственных препаратов;

документ, подтверждающий факт оплаты оказанной медицинской услуги или приобретения назначенного препарата.

При включении в индивидуальную программу страхования дополнительной медицинской услуги «Медикаментозное обеспечение» 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 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 пунктом 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 пунктом 3.3 настоящих Правил.

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

Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком Выгодоприобретателю в течение 5 рабочих дней со дня составления Страховщиком акта о страховом случае.

8.4. За несвоевременную выплату страхового обеспечения Страховщик уплачивает Выгодоприобретателю пеню за каждый день просрочки в размере:

0,5% – в случае, если получатель денежных средств – физическое лицо, в том числе индивидуальный предприниматель;

0,1% – в случае, если получатель денежных средств – юридическое лицо.

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 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 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 пеню в размере 0,1% от суммы, подлежащей возврату.

8.6. Споры, возникающие из отношений по договору страхования, разрешаются в судебном порядке, установленном законодательством.

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)	6,1
Стационарная помощь (С)	5,8

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

Приложение № 2
к Правилам №12 добровольного страхования медицинских расходов

Унифицированная программа добровольного страхования медицинских расходов

Страховой взнос – 300 долларов США в год.

Страховая сумма – 5 000 долларов США.

Оплата страхового взноса производится единовременно при заключении договора страхования.

Страховой взнос уплачивается Страхователем в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к доллару США, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса.

Территория действия – Республика Беларусь.

Срок действия договора страхования – один год.

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

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

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

- консультативно-диагностические приемы и наблюдение специалистов (терапевта, гинеколога, уролога, гастроэнтеролога, кардиолога, оториноларинголога, офтальмолога, хирурга, травматолога, эндокринолога, невролога, физиотерапевта и др.), но не более 5 приемов в совокупности на каждое Застрахованное лицо в период действия договора страхования.

Исключение составляют:

выезд медицинских работников на дом к Застрахованному лицу;

оформление и выдача листка нетрудоспособности;

профилактические медицинские осмотры с выдачей справок о состоянии здоровья, проводимые с целью оформления справок для

получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещения бассейна, санаторно-курортной карты и т.п.;

прием, наблюдение и лечение у стоматолога, психотерапевта, психиатра, нарколога, врачей нетрадиционной медицины;

• лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические, цитологические, но не более 5 исследований в совокупности на каждое Застрахованное лицо в период действия договора страхования;

• функциональная диагностика (электрокардиограмма, реовазография, реоэнцефалограмма, электроэнцефалограмма, исследование функции внешнего дыхания);

• ультразвуковые исследования, но не более 3 исследований на каждое Застрахованное лицо в период действия договора страхования;

• эндоскопические исследования органов пищеварения, дыхания, мочеполовых органов, за исключением капсульной эндоскопии, но не более 2 исследований в совокупности на каждое Застрахованное лицо в период действия договора страхования;

• диагностическая биопсия;

• рентгенологические исследования.

Исключение составляют:

высокоточные методы исследования (магнитно-резонансная томография, компьютерная томография);

радиоизотопные исследования;

маммография;

снимки 3D и 4D форматов;

• малые оперативные и диагностические вмешательства в амбулаторно-поликлинических условиях:

диагностическая биопсия органов, тканей, лимфатических узлов;

пункции (стернальные пункции, пункции суставов с эвакуацией содержимого и введением лекарственных препаратов, брюшной полости, люмбальные, пункции под контролем ультразвукового исследования);

блокады;

обработка ран или инфицированных тканей в случаях травматических и термических повреждений, включая ожоги и обморожения;

наложение и снятие швов;

оперативное лечение гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, панариций, нагноившаяся атерома, нагноившаяся гематома, гидрадениты);

резекция ногтевой пластинки, удаление вросших ногтей.

Исключение составляют:

оториноларингологические операции: септопластика, удаление полипов носа лазером, лазерная коагуляция небных миндалин, радиоволновая (лазерная) деструкция носовых раковин, вазотомия;

проктологические операции: лазерная коагуляция геморроя и питающих узлы артерий, легирование геморроидальных узлов и питающих узлы артерий;

флебологические операции: эндовенозная лазерная коагуляция варикозных вен, склеротерапия варикозных вен;

урологические операции по поводу: сужения наружного отверстия уретры и полипов уретры, фимоза, парауретральных кист, гидроцеле, варикоцеле;

офтальмокоррекция с помощью лазерных аппаратов и оперативного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях;

хирургическое удаление любых новообразований кожи и подкожной клетчатки;

лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, введение и удаление внутриматочной спирали, лечение и диагностика бесплодия, импотенции, прерывание беременности;

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

Исключение составляют:

лечебные души всех видов, лечебные ванны, бассейн, баня/сауна, грязелечение, ручной и механический массаж, рефлексотерапия и иглорефлексотерапия, мануальная терапия;

услуги лаборатории сна;

лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.

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

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

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

Сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица

Фамилия, имя, отчество_____
Дата рождения_____
Паспорт (ID-карта)_____ выдан _____
Серия № орган, выдавший документ, дата выдачи
Страна постоянного местожительства_____
Место работы, должность_____
Учебное заведение, курс_____
Адрес проживания (прописки)_____тел._____
Пол М □ Ж □ Возраст_____ лет
Поликлиника (медицинский центр), в котором Вы наблюдаетесь_____
1. Лекарственные препараты, принимаемые Вами регулярно_____

2. Оперативные вмешательства за последние 10 лет: ДА □ НЕТ □
Если «ДА», то операция по поводу_____
_____ в _____ году

3. Наличие следующих заболеваний, зарегистрированных ранее:

Гепатит	НЕТ □ ДА □ в ____году;	СПИД	НЕТ □ ДА □
венерические заболевания	НЕТ □ ДА □ в ____году;	ВИЧ-носитель	НЕТ □ ДА □
дизентерия	НЕТ □ ДА □ в ____году;	ВИЧ-инфицированный	НЕТ □ ДА □
туберкулез	НЕТ □ ДА □ в ____году;	Носитель вируса гепатита С, Д	НЕТ □ ДА □
черепно-мозговая травма	НЕТ □ ДА □ в ____году;	Носитель австралийского антигена	НЕТ □ ДА □
переломы костей	НЕТ □ ДА □ в ____году;	Проф. заболевание	НЕТ □ ДА □
травмы внутренних органов	НЕТ □ ДА □ в ____году;		

4. Страдаете ли Вы хроническими болезнями? ДА □ НЕТ □
Если «ДА», то каким_____
с _____года, частота обострений в году: 1 раз □ 2 и более□

5. Состоите на диспансерном учете с_____ года, по поводу _____
последнее обострение в _____году

6. Наличие группы инвалидности: ДА □ НЕТ □
Если «ДА», то какая (1, 2, 3) _____ по поводу _____
_____ с _____ года
пожизненно □, с ежегодным переосвидетельствованием □
Если группа инвалидности была ранее, то по поводу_____
_____ снята в _____ году

7. Заболевания за последние три года (отметить имеющееся):

простудные заболевания, ангины	НЕТ □	ДА □____ раз
пневмонии, бронхиты, плевриты, хронические бронхиты	НЕТ □	ДА □____ раз
заболевание бронхиальной астмы	НЕТ □	ДА □____ раз
гипертоническая и гипотоническая болезнь	НЕТ □	ДА □____ раз
аллергические реакции (местная, общая)	НЕТ □	ДА □____ раз
язвенная болезнь, колиты	НЕТ □	ДА □____ раз
ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт	НЕТ □	ДА □
прединфарктное состояние острые и преходящие нарушения мозгового кровообращения (инсульт)	НЕТ □	ДА □
гинекологические кровотечения	НЕТ □	ДА □____ раз
ревматизм, пороки сердца, недостаточность кровообращения	НЕТ □	ДА □
хроническая почечная и печеночная недостаточность	НЕТ □	ДА □
болезни крови, в т.ч. наследственные	НЕТ □	ДА □
болезни половой сферы	НЕТ □	ДА □
опухоли (доброкачественные и злокачественные)	НЕТ □	ДА □
эпизоды потери сознания, судорог	НЕТ □	ДА □
заболевания глаз, расстройство зрения	НЕТ □	ДА □
заболевания уха, горла, носа, расстройство слуха	НЕТ □	ДА □
сахарный диабет	НЕТ □	ДА □

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

Если «ДА», то какие_____

9. Наблюдаетесь в диспансерах:

психоневрологическом	НЕТ □	ДА □	с _____ года
наркологическом	НЕТ □	ДА □	с _____ года
кожно-венерологическом	НЕТ □	ДА □	с года
противотуберкулезном	НЕТ □	ДА □	с _____ года
онкологическом	НЕТ □	ДА □	с _____ года
эндокринологическом	НЕТ □	ДА □	с _____ года
кардиологическом	НЕТ □	ДА □	с года

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

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

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

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

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

12. Стационарное лечение за последние 5 лет ДА □ НЕТ □
Если «ДА», то в _____ году по поводу_____
в медицинской организации _____

13. Курите ДА □ НЕТ □

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

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

Если «ДА», то в _____ районе,

период пребывания с _____ по _____

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

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

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

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

Страхователь _____ «____» _____ 20__ г.
подпись

Представитель Страховщика _____ *(_____)*
подпись *фамилия, инициалы*

«____» _____ 20__ г.