

СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «АСОБА»

ПРАВИЛА №13 ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ

утверждены генеральным директором Страховщика 22.02.2005
(согласованы Министерством финансов РБ 17.03.2005 № 547)
(в новой редакции утвержденной от 26.09.2019, в новой редакции утвержденной от
06.12.2019, с изменениями и дополнениями, утвержденными 15.01.2020,
с изменениями и дополнениями, утвержденными 19.06.2020, 30.07.2020 , вступают в
силу с 31.07.2020)

Минск

«УТВЕРЖДАЮ»
Генеральный директор
СООО «Белкоопстрах»
М.М.Бобко
«__» _____ 2019 г.

1. Общие положения

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на основании настоящих Правил добровольного страхования медицинских расходов (далее – Правила) Страхование общество с ограниченной ответственностью «Асоба» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного страхования медицинских расходов (далее – договоры страхования) с лицами, указанными в пункте 1.3. настоящих Правил (далее – Страхователи).

1.2. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель.

1.3. Страхователями могут быть юридические лица независимо от организационно-правовой формы или индивидуальные предприниматели (Страхователь – юридическое лицо), а также дееспособные физические лица, в том числе иностранные граждане и лица без гражданства (Страхователь – физическое лицо).

Договор страхования может быть заключен Страхователем – физическим лицом в свою пользу и (или) в пользу третьих лиц, Страхователем – юридическим лицом только в пользу третьих лиц.

1.4. Застрахованное лицо – физическое лицо в возрасте от 1 месяца.

Застрахованными лицами могут быть граждане Республики Беларусь, иностранные граждане, временно или постоянно проживающие на территории Республики Беларусь, лица без гражданства.

Застрахованными лицами по договору страхования, действующему за пределами Республики Беларусь, могут быть только граждане Республики Беларусь.

Застрахованное лицо заключением договора страхования подтверждает согласие на раскрытие и передачу медицинской информации в адрес Страховщика и освобождает врачей от обязательств сохранения врачебной тайны (конфиденциальности) перед Страховщиком (его официальным представителем).

1.5. Выгодоприобретатель – медицинская организация, индивидуальный предприниматель, с которыми Страховщик заключил договор на предоставление медицинской помощи Застрахованному лицу и которые предоставили Застрахованному лицу медицинскую помощь, а

также Застрахованное лицо (его законный представитель) или Страхователь (его законный представитель), оплативший оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь.

1.6. Не заключаются договоры страхования в отношении Застрахованных лиц, которые на момент заключения договора страхования являются инвалидами I или II группы (признанными нетрудоспособными). В случае установления инвалидности по вышеуказанным группам в период действия договора страхования, договор страхования действует до окончания сроков его действия, на условиях на которых он был заключен.

1.7. Термины и определения, используемые в настоящих Правилах:

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 Республики Беларусь;

индивидуальная программа страхования – конкретный перечень медицинских мероприятий и услуг, предоставление которого гарантировано Застрахованному лицу договором страхования при его обращении в медицинскую организацию, к индивидуальному предпринимателю, предусмотренных индивидуальной программой страхования, за медицинской помощью вследствие внезапного расстройства здоровья, несчастного случая, хронического заболевания или его обострения;

индивидуальные предприниматели – индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую, фармацевтическую деятельность;

медицинские организации – организации здравоохранения Республики Беларусь; организации здравоохранения иностранных государств в случае, предусмотренном частью второй пункта 7.4. настоящих Правил; другие организации, которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность;

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 услуги – медицинское вмешательство либо комплекс медицинских вмешательств, а также иных действий, выполняемых при оказании медицинской помощи;

несчастный случай – внезапное, непредвиденное событие, произошедшее 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;

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, к индивидуальному предпринимателю за медицинской помощью при наступлении страхового случая, в том числе обеспечение Застрахованного лица лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и индивидуального ухода;

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.

2. Объект страхования

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

3. Страховой случай, программы страхования

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

3.2. Договор страхования может быть заключен по одной или нескольким из следующих программ страхования:

- программа страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь»;
- программа страхования «Стационарная помощь»;
- программа страхования «Неотложная помощь»;
- унифицированная программа страхования.

Условия заключения, срок и территория действия договора страхования, объем медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному лицу в рамках унифицированной программы страхования, предусмотрены Приложением № 6 к настоящим Правилам.

3.2.1. Программа страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь».

Страховщик оплачивает расходы, связанные с предоставлением Застрахованному лицу медицинской помощи в амбулаторных условиях, по поводу внезапного расстройства здоровья, несчастного случая, хронического заболевания или его обострения.

Амбулаторно-поликлиническая помощь при наступлении страхового случая включает:

- консультативно-диагностические приемы и наблюдение специалистов;
- проведение лабораторных исследований;
- инструментальные методы исследования (реовазография, реоэнцефалография, функциональная диагностика (ЭКГ), исследование функции внешнего дыхания, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические, радиоизотопные исследования и др.);
- проведение восстановительного лечения;
- экстренную стоматологическую помощь (оплата медицинских услуг, в связи со снятием болевого синдрома) – при острых: пульпите, периодонтите, периостите, перикоронарите, остеомиелите.

3.2.2. Программа страхования «Стационарная помощь».

Страховщик оплачивает расходы, связанные с предоставлением Застрахованному лицу медицинской помощи в условиях стационара, по поводу внезапного расстройства здоровья, несчастного случая, хронического заболевания или его обострения.

Стационарная помощь при наступлении страхового случая включает:

- медицинское обслуживание, в котором медицинские услуги предоставляются Застрахованному лицу при его круглосуточном помещении в медицинское учреждение, а также услуги стационара одного дня по экстренным и плановым показаниям;
- консультации и другие профессиональные услуги врачей, проводимые по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;
- диагностические, лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (состояния), послужившего причиной госпитализации;
- хирургические, в том числе эндоскопические операции, и (или) консервативное лечение, проводимое в соответствии с утвержденными клиническими протоколами диагностики и лечения;
- медикаментозное обеспечение;
- анестезиологическое пособие;
- пребывание в маломестной палате.

3.2.3. Программа страхования «Неотложная помощь».

Неотложная помощь при наступлении страхового случая включает:

- выезд бригады неотложной медицинской помощи;
- первичный осмотр больного;
- установление предварительного диагноза;
- оказание неотложной медицинской помощи, включая проведение мероприятий по профилактике шока, тромбоэмболии и других угрожающих жизни Застрахованного лица состояний (дача кислорода, необходимые инъекции);
- транспортировку для госпитализации Застрахованного лица.

3.3. Договор страхования может быть заключен по индивидуальной программе страхования. Индивидуальная программа страхования разрабатывается на основе программ страхования, определенных в подпунктах 3.2.1. – 3.2.3. пункта 3.2. настоящих Правил, путем включения по соглашению сторон дополнительных медицинских услуг, видов медицинской помощи, рисков, мероприятий, указанных в пункте 3.4. настоящих Правил, а также путем установления ограничений по предоставлению и оплате медицинских услуг, оказываемых

Застрахованному лицу в рамках индивидуальной программы страхования, в пределах определенного объема.

При включении дополнительных медицинских услуг, видов медицинской помощи, рисков, мероприятий, указанных в пункте 3.4. настоящих Правил, а также при установлении ограничений по предоставлению и оплате медицинских услуг, оказываемых Застрахованному лицу в рамках индивидуальной программы страхования, в пределах определенного объема при расчете страхового взноса к базовому годовому страховому тарифу применяются корректировочные коэффициенты, утвержденные локальными правовыми актами Страховщика.

3.4. При формировании индивидуальных программ страхования дополнительно к программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.1. – 3.2.3. пункта 3.2. настоящих Правил, по соглашению сторон принимаются на страхование следующие дополнительные медицинские услуги, виды медицинской помощи, риски, мероприятия:

3.4.1. плановая хирургическая операция, в том числе лазерное лечение, глаза в связи с катарактой, близорукостью, дальнозоркостью, астигматизмом, глаукомой любой этиологии;

3.4.2. вакцинопрофилактика;

3.4.3. медикаментозное обеспечение, за исключением случаев стационарного лечения, предусмотренного программой страхования;

3.4.4. плановое терапевтическое и (или) хирургическое стоматологическое лечение, ортодонтическое лечение, профилактическая гигиена полости рта, за исключением случаев оказания экстренной стоматологической помощи при острых: пульпите, периодонтите, периостите, перикоронарите, остеомиелите, предусмотренных программой страхования «Амбулаторно-поликлиническая» помощь;

3.4.5. планирование и ведение беременности, роды, послеродовое наблюдение, послеродовые заболевания и их осложнения;

3.4.6. реабилитационно-восстановительное лечение в условиях реабилитационного центра или санаторно-курортное лечение в условиях санатория. Данная дополнительная медицинская услуга может быть включена в программу страхования (индивидуальную программу страхования), по условиям которой организуется предоставление медицинских услуг в условиях стационара;

3.4.7. оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе трансплантация, эндопротезирование, реконструктивное хирургическое лечение;

3.4.8. зубопротезирование, в том числе микропротезирование, имплантация зубов, а также включая все манипуляции, связанные с подготовкой к ортопедическому лечению;

3.4.9. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с получением Застрахованным лицом справок на ношение оружия, вождение автотранспорта и других справок, выдаваемых медицинскими организациями;

3.4.10. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с обязательным медицинским осмотром с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий, а также профилактической диспансеризацией с целью определения основных факторов риска развития нарушения здоровья;

3.4.11. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с сахарным диабетом инсулинозависимым (1-ого типа) и его осложнениями;

3.4.12. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с удалением папиллом, бородавок, невусов, остроконечных кандиллом, контагиозных моллюсков, мозолей, атером, дерматофибром, липом, гемангиом, кератом, гигром, дискератозов, других доброкачественных новообразований кожи, подкожной клетчатки и соединительной ткани, кроме случаев наличия травмы и (или) острого воспалительного процесса;

3.4.13. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с хирургическим лечением храпа, септопластикой, ринопластикой;

3.4.14. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с мониторной очисткой кишечника, в т.ч. гидроколонотерапией;

3.4.15. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с медикаментозным обеспечением с целью лечения Застрахованного лица в связи с не страховыми случаями и расходами, не покрываемыми Страховщиком в соответствии с индивидуальной программой страхования;

3.4.16. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с ортопедическим лечением нарушений (искривлений) осанки, плоскостопия, в том числе приобретением супинаторов, вкладышей для коррекции стопы, костылей, бандажей, средств дополнительной реабилитации (тренажеры, спортивные снаряды);

3.4.17. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с склеротерапией вен, турбофлебодеструкцией, лигирование геморроидальных узлов, минифлебэктомией;

3.4.18. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с системными заболеваниями соединительной ткани, в том числе ревматоидного артрита, болезни Бехтерева;

3.4.19. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с малыми оперативными вмешательствами, кроме диагностических;

3.4.20. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с экстракорпоральными видами лечения, в том числе плазмоферезом (прямой абсорбции липопротеинов крови);

3.4.21. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с лечением в условиях дневного стационара;

3.4.22. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с хирургическим лечением вальгусной стопы;

3.4.23. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона;

3.4.24. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с полисомнографией;

3.4.25. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с баротерапией, криотерапией, озонотерапией, карбокситерапией, аутогемотерапией, ВЛОК – терапией, ТЭС – терапией, тейпированием;

3.4.26. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с демиелинизирующими заболеваниями нервной системы, в том числе рассеянным склерозом, синингомиелией;

3.4.27. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с диагностикой и лечением заболеваний и инфекций, передающихся половым путем и их осложнениями;

3.4.28. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с аутостимуляцией регенеративных процессов путем введения аутоплазмы (плазмолифтинг);

3.4.29. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с переливанием крови и ее компонентов;

3.4.30. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с выездом медицинских работников на дом к Застрахованному лицу;

3.4.31. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с приобретением Застрахованным лицом лекарственных препаратов (средств), не зарегистрированных в «Государственном реестре лекарственных средств Республики Беларусь» в соответствии с законодательством Республики Беларусь, средств личной гигиены, изделий медицинского назначения;

3.4.32. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с генной диагностикой предрасположенности к заболеваниям;

3.4.33. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с лечением дефектов речевого развития;

3.4.34. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с нетрадиционными методами диагностики: биорезонансная диагностика, гемосканирование, иридодиагностика, метод Фолля, прикладная кинезиология, спектрально-динамический метод;

3.4.35. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с псориазом и его осложнениями, нейродермитом, экземой, угревой болезнью, себореей, себорейным, атопическим дерматитом, микозами (за

исключением вульвовагинального кандидоза), в том числе ногтевых пластин, гельминтозом любой этиологии;

3.4.36. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с проведением повторных врачебных консультаций, обследований, с целью сбора мнений специалистов различных медицинских организаций, индивидуальных предпринимателей по желанию Застрахованного лица;

3.4.37. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с гепатитами, циррозом печени и их осложнениями;

3.4.38. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с нетрадиционными методами лечения: гомеопатия, ароматерапия, апитерапия, талассотерапия, фитотерапия, фунготерапия, гирудотерапия, акупунктура, традиционная китайская медицина, акупрессура, аюрведа, биоэнергетика, литотерапия, мануальная терапия, мезотерапия, остеопатия, Су – Джок, тибетская медицина, шиацу;

3.4.39. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с злокачественными новообразованиями, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественными новообразованиями злокачественного течения и их осложнениями;

3.4.40. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с лечением хронической печеночной и почечной недостаточности, требующей проведения гемодиализа или других экстракорпоральных методов лечения;

3.4.41. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с осмотрами медицинскими работниками, диагностическим обследованием в целях оформления санаторно-курортной карты, подготовки к стационарному лечению;

3.4.42. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с получением попечительского ухода, в том числе в стационаре;

3.4.43. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с врожденными и наследственными заболеваниями, детского церебрального паралича, ортопедических нарушений, родовых травм и их осложнений;

3.4.44. медицинские услуги и медицинские расходы, связанные с муковисцидозом, саркоидозом независимо от клинической формы и стадии процесса;

3.4.45. медицинские манипуляции, лечебные процедуры, средства дополнительной реабилитации.

3.5. Не организуется предоставление медицинских услуг, не оплачиваются медицинские расходы, не являются страховыми случаями дополнительные медицинские услуги, виды медицинской помощи, риски, мероприятия, указанные в пункте 3.4. настоящих Правил, если при заключении договора страхования данные медицинские услуги, виды медицинской помощи, риски, мероприятия не включены в

индивидуальную программу страхования и при расчете страхового взноса к базовому годовому страховому тарифу не применялись соответствующие корректировочные коэффициенты, утвержденные локальными правовыми актами Страховщика.

3.6. Медицинская помощь Застрахованным лицам оказывается в соответствии с программой страхования (индивидуальной программой страхования), которая прилагается к договору страхования и является его неотъемлемой частью.

3.7. Не признаются страховыми случаями, не организуется предоставление медицинских услуг и не оплачиваются медицинские расходы, связанные с:

3.7.1. лечением алкоголизма, наркомании, токсикомании, никотиновой зависимости, игровой зависимости и их осложнений, подтвержденных документом медицинской организации, индивидуального предпринимателя, независимо от сроков их выявления;

3.7.2. несчастными случаями, полученными Застрахованным лицом вследствие совершения им действий, в которых установлены признаки преступления, административного правонарушения, а также вследствие алкогольного (содержание алкоголя в крови не менее 0,3 промилле), наркотического или токсического опьянения;

3.7.3. лечением острых и хронических лучевых поражений;

3.7.4. психическими расстройствами и расстройствами поведения (рубрики F00-F99 по МКБ-10, за исключением F45.3 – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы), в том числе эпилепсией, и их осложнениями; расходами, связанными с проведением психотерапевтического лечения, за исключением первичной консультации психотерапевта по назначению врача другого профиля;

3.7.5. лечением профессиональных заболеваний;

3.7.6. искусственным прерыванием беременности, за исключением прерывания беременности по медицинским показаниям;

3.7.7. половыми расстройствами, мужским и женским бесплодием, импотенцией;

3.7.8. алопецией, гипергидрозом, микроспорией, заболеваниями волос, чесоткой и педикулезом;

3.7.9. ВИЧ-инфекцией, СПИДом и их осложнениями;

3.7.10. лечением заболеваний, явившихся причиной установления Застрахованному лицу инвалидности;

3.7.11. медицинскими услугами и (или) медикаментозным обеспечением, не являющимися необходимыми с точки зрения выставленного диагноза или лечения болезни, примененными по желанию Застрахованного лица, а не по медицинским показаниям;

3.7.12. лечением членов семьи Застрахованного лица, если они не являются Застрахованными лицами по договору страхования;

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

3.7.14. получением Застрахованным лицом медицинской помощи до начала или после истечения срока действия договора страхования, за исключением оплаты расходов по экстренной госпитализации согласно программе страхования «Стационарная помощь» в соответствии с частью второй пункта 3.9. настоящих Правил;

3.7.15. туберкулезом независимо от клинической формы и стадии процесса;

3.7.16. особо опасными инфекционными заболеваниями (оспа, чума, малярия, холера, сибирская язва, сыпной тиф);

3.7.17. лечением или хирургическим вмешательством по поводу заболевания или травмы, не являющегося страховым случаем;

3.7.18. осложнениями, явившимися следствием нарушения Застрахованным лицом курса лечения или лечебного режима;

3.7.19. самолечением, аутотренингом;

3.7.20. лечением деформированных ногтей конечностей, за исключением случаев наличия воспалительного процесса при вросшем ногте;

3.7.21. использованием гормональных препаратов с целью контрацепции, средств по контролю над рождаемостью, в том числе введение и удаление внутриматочной спирали;

3.7.22. уходом за Застрахованным лицом членами его семьи;

3.7.23. приобретением и прокатом кондиционеров, увлажнителей воздуха, испарителей, тренажеров, спортивных снарядов или иного оборудования подобного рода;

3.7.24. приобретением вне зависимости от целей применения травяных сборов, биологически активных добавок (БАД), гомеопатических средств, витаминов, витаминно-минеральных комплексов;

3.7.25. экстракорпоральным оплодотворением, искусственной инсеминацией, вазэктомией, стерилизацией женщин или мужчин, изменением пола;

3.7.26. изменением веса и хирургическим лечением ожирения;

3.7.27. обследованием и лечением, которое является экспериментальным или исследовательским;

3.7.28. подбором и приобретением очков, контактных линз или слуховых аппаратов;

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

3.7.30. пластической хирургией всех видов, в том числе с целью устранения косметических дефектов, улучшения внешнего вида.

По соглашению сторон договора страхования в индивидуальной программе страхования могут быть установлены иные, не указанные в данном пункте настоящих Правил, дополнительные ограничения по предоставлению и оплате медицинских услуг в рамках индивидуальной программы страхования.

3.8. При выявлении у Застрахованного лица в период действия договора страхования заболевания (состояния), указанных в пунктах 3.4., 3.7. настоящих Правил, Застрахованному лицу оказываются медицинские услуги и оплачиваются медицинские расходы в соответствии с выбранной программой страхования (индивидуальной программой страхования) до установления окончательного диагноза такого заболевания (состояния), если иное не предусмотрено индивидуальной программой страхования. А после установления окончательного диагноза не признаются страховыми случаями, не организуются предоставление медицинских услуг и не оплачиваются медицинские расходы, связанные с заболеваниями (состояниями), указанными в пунктах 3.4., 3.7. настоящих Правил, если иное не предусмотрено индивидуальной программой страхования.

3.9. Плановая госпитализация Застрахованного лица проводится не менее чем за 14 календарных дней до окончания срока действия договора страхования.

При плановой госпитализации и плановом лечении оплата услуг Выгодоприобретателю производится до дня окончания действия договора страхования. После окончания действия договора страхования оплата медицинских услуг производится непосредственно Застрахованным лицом (Страхователем). Расходы по экстренной госпитализации оплачиваются Страховщиком в полном объеме.

4. Страховая сумма. Страховой взнос

4.1. Страховой суммой по договору страхования является установленная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязан произвести оплату медицинских услуг в связи с наступлением страхового случая в соответствии с программой страхования (индивидуальной программой страхования).

4.2. Размер страховой суммы при заключении договора страхования устанавливается по соглашению сторон на каждое Застрахованное лицо и указывается в списке Застрахованных лиц. Общая страховая сумма по

договору страхования указывается в договоре страхования (страховом полисе). При заключении договора страхования по соглашению сторон в пределах страховой суммы в отношении Застрахованного лица могут устанавливаться следующие отдельные страховые суммы:

4.2.1. по каждой программе страхования (подпункты 3.2.1. – 3.2.3. пункта 3.2. настоящих Правил) или в комплексе по программам страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь» и «Стационарная помощь»;

4.2.2. при заключении договора страхования на условиях включения дополнительных медицинских услуг, указанных в подпунктах 3.4.1. – 3.4.7. пункта 3.4. настоящих Правил, – по каждой дополнительной услуге.

Страховая сумма по санаторно-курортному или реабилитационному лечению (подпункт 3.4.6. пункта 3.4. настоящих Правил) 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 или стоимости реабилитации.

4.3. Страховая сумма по договору страхования устанавливается по соглашению сторон в долларах США, евро, белорусских рублях. Для Страхователей – юридических лиц страховая сумма может быть установлена так же в российских рублях.

4.4. Страховым взносом является сумма денежных средств, подлежащая уплате Страхователем Страховщику за страхование.

При определении размера страхового взноса, подлежащего уплате по договору страхования, стороны применяют утвержденные Страховщиком базовые годовые страховые тарифы (Приложение № 1 к настоящим Правилам), определяющие страховой взнос с единицы страховой суммы, и корректировочные коэффициенты, утвержденные локальными правовыми актами Страховщика, с учетом условий страхования и характера страхового риска.

4.5. При установлении страховой суммы в иностранной валюте страховой взнос, исчисленный в валюте страховой суммы, может быть уплачен в иностранной валюте (в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь) либо в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса или его части, если иная дата его определения не установлены соглашением сторон.

Страховой взнос, подлежащий уплате в иностранной валюте, округляется при уплате Страхователем – физическим лицом до ближайшего целого значения, при уплате Страхователем – юридическим лицом до двух знаков после запятой. Страховой взнос, подлежащий

уплате в белорусских рублях, округляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

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

4.7. Страховые взносы по договорам страхования уплачиваются:

а) безналичным путем (в том числе с использованием банковской платежной карточки) – на расчетный счет Страховщика (его представителя);

б) наличным путем – в кассу Страховщика или его представителю.

4.8. При сроке действия договора страхования менее 1 года страховой взнос уплачивается Страхователем единовременно при заключении договора страхования.

Страховой взнос по договору страхования, заключенному на срок 1 год и более, уплачивается Страхователем по соглашению со Страховщиком единовременно при заключении договора страхования или в рассрочку: в два срока, ежегодно, поквартально, ежемесячно.

При уплате страхового взноса в два срока первая часть страхового взноса в размере не менее 1/2 подлежащего уплате суммы страхового взноса уплачивается Страхователем при заключении договора страхования, а оставшаяся часть страхового взноса уплачивается в течение 6 (шести) месяцев после заключения договора страхования.

При ежегодной уплате страхового взноса первая часть страхового взноса в размере суммы годового страхового взноса уплачивается Страхователем при заключении договора страхования, а оставшаяся часть уплачивается не позднее последнего дня оплаченного периода страхования (года).

При поквартальной уплате страхового взноса первая часть страхового взноса в размере не менее 1/4 суммы годового страхового взноса уплачивается Страхователем при заключении договора страхования, а оставшаяся часть уплачивается равными долями не позднее последнего дня оплаченного периода страхования (квартала).

При ежемесячной уплате страхового взноса первая часть страхового взноса в размере не менее 1/12 суммы годового страхового взноса уплачивается Страхователем при заключении договора страхования, а оставшаяся часть уплачивается равными долями не позднее последнего дня оплаченного периода страхования (месяца).

Днем уплаты страхового взноса считается:

а) при безналичной оплате – день поступления страхового взноса (его части) на расчетный счет Страховщика (его представителя);

б) при наличной оплате – день уплаты страхового взноса (его части) в кассу Страховщика или его представителю;

в) при использовании для расчетов банковской платежной карточки – день совершения операции, подтверждением которой служит карт-чек (с обязательным предъявлением его Страховщику) и (или) иные документы, подтверждающие проведение операций по текущему (расчетному) счету.

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

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

4.9.2. не прекращать договор страхования при наличии письменных обязательств Страхователя погасить имеющуюся задолженность (просроченную часть страхового взноса) в течение 30 календарных дней со дня просрочки платежа. В случае неуплаты просроченной части страхового взноса в течение установленного срока договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем тридцатидневного срока, в течение которого Страхователь обязан уплатить просроченную часть страхового взноса. При этом Страхователь не освобождается от уплаты части страхового взноса за указанный период, предоставленный для погашения задолженности по уплате страхового взноса. При наступлении в этот срок страхового случая у Застрахованного лица, при наличии письменных обязательств Страхователя о внесении оплаты, Страховщик вправе, определяя размер подлежащего выплате страхового обеспечения, удержать сумму просроченного страхового взноса в отношении конкретного Застрахованного лица.

4.10. Если заявленное событие признано страховым случаем и по договору страхования у Страхователя имеется неоплаченная часть страхового взноса, Страховщик вправе из суммы страхового обеспечения, подлежащего выплате Страхователю (Застрахованному лицу), удержать сумму неуплаченного страхового взноса в отношении конкретного Застрахованного лица.

5. Порядок заключения договора страхования

5.1. Договор страхования заключается в письменной форме на основании письменного заявления Страхователя – юридического лица (Приложение № 2б к настоящим Правилам) и списка Застрахованных лиц, согласно Приложению № 3 к настоящим Правилам, письменного

заявления Страхователя – физического лица (Приложение № 2 к настоящим Правилам) и списка Застрахованных лиц, согласно Приложению № 2а к настоящим Правилам либо устного заявления Страхователя – физического лица.

Заявление о страховании составляется в двух экземплярах. Первый экземпляр заявления со всеми прилагаемыми к нему документами остается у Страховщика, второй после исчисления страхового взноса по договору страхования передается Страхователю. После заключения договора страхования заявление со всеми прилагаемыми к нему документами становятся неотъемлемой частью договора страхования.

По требованию Страховщика, до заключения договора страхования лицо, в отношении которого договор страхования заключается впервые, заполняет анкету о состоянии здоровья согласно Приложению № 4 к настоящим Правилам.

Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица или иные персональные сведения, за исключением случаев, предусмотренных законодательством. Передача необходимого объема информации организациям, действующим от имени Страховщика в целях реализации договора страхования, осуществляется при условии обеспечения сохранности переданной информации.

Указанные Страхователем (Застрахованным лицом) при заполнении заявления и анкеты о состоянии здоровья Застрахованного лица данные являются существенными обстоятельствами, влияющими на определение степени страхового риска.

5.2. В случае заключения договора страхования группой лиц, Страхователем может выступать как каждый член группы в отдельности, так и руководитель (старший) группы, назначенный членами группы. Договор страхования группы лиц заключается одновременно в отношении всех членов группы и на одинаковый срок.

5.3. На основании полученных данных Страховщик принимает решение о заключении договора страхования.

Договор страхования должен быть заключен в письменной форме не противоречащим законодательству Республики Беларусь способом.

Договор страхования может быть заключен путем составления одного текстового документа или путем обмена текстовыми документами, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса (свидетельства, сертификата).

Письменная форма договора страхования считается соблюденной, если письменное предложение Страховщика заключить договор страхования путем направления текстового документа принято Страхователем путем уплаты страхового взноса (его части) в срок,

установленный в предложении, если иное не предусмотрено законодательством или не указано в предложении.

Договор страхования заключается на условиях настоящих Правил, утвержденных Страховщиком и принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования. К договору страхования (страховому полису) прилагаются настоящие Правила и может быть выдана идентификационная карточка.

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

5.4. При заключении договора страхования лицо, подлежащее страхованию, обязано сообщить Страховщику известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не могли быть известны Страховщику.

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

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, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

5.5. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно (в течение 3 рабочих дней) сообщать Страховщику о ставших ему известных значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение степени страхового риска.

Страховая сумма может быть увеличена по соглашению сторон путем внесения изменений в договор страхования с уплатой дополнительного страхового взноса в порядке, предусмотренном настоящими Правилами. В договор страхования, заключенный на срок менее 1 года, изменения не вносятся.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска и (или) увеличение страховой суммы, вправе потребовать изменения условий договора страхования и (или) уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска в соответствии с формулой:

$$P = (T2 - T1) \times m/n, \quad \text{где}$$

P – дополнительный страховой взнос;

T1 – страховой взнос, рассчитанный при заключении договора страхования;

T2 – страховой взнос, рассчитанный с учетом увеличения степени страхового риска;

m – количество оставшихся календарных дней с момента подачи Страхователем заявления о внесении изменений в договор страхования до окончания срока действия договора страхования;

n – период действия договора страхования в календарных днях.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжение договора страхования в соответствии с главой 29 Гражданского Кодекса Республики Беларусь.

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

Страховщик вправе расторгнуть договор страхования в случае неуведомления Страхователем Страховщика в течение 3 рабочих дней со дня, когда Страхователю стало известно о значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. В этом случае договор страхования расторгается по истечению 5 календарных дней со дня направления Страховщиком Страхователю письменного уведомления о расторжении договора страхования.

Страховщик вправе расторгнуть договор страхования в случае увеличения страхового риска и отказа Страхователя от изменений условий договора страхования или уплаты им дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению страхового риска, кроме случая, когда такие обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали. При расторжении договора страхования обязательства Страховщика прекращаются со дня получения Страховщиком отказа либо неполучения ответа от Страхователя в течение 5 календарных дней с даты получения уведомления о вручении Страхователю надлежаще отправленного (заказного с уведомлением) письменного предложения Страховщика об изменении условий договора страхования.

При расторжении договора страхования в случае, указанном в части седьмой настоящего пункта и при отсутствии страховых выплат и (или) отсутствии обращений за медицинской помощью в медицинские организации, к индивидуальным предпринимателям по договору страхования, Страховщик возвращает Страхователю часть страхового

взноса по договору страхования пропорционально времени, оставшемуся со дня расторжения договора страхования до дня окончания срока его действия, в течение 5 рабочих дней со дня расторжения договора страхования.

5.6. Страхователь в течение действия договора страхования может обратиться к Страховщику с заявлением о внесении изменений и (или) дополнений в договор страхования.

В договор страхования могут быть внесены следующие изменения и (или) дополнения:

замена Застрахованных лиц (подпункт 5.6.1. пункта 5.6. настоящих Правил);

увеличение количества Застрахованных лиц (подпункт 5.6.2. пункта 5.6. настоящих Правил);

уменьшение количества Застрахованных лиц (подпункт 5.6.3. пункта 5.6. настоящих Правил);

изменение индивидуальной программы страхования, включение в программу страхования (индивидуальную программу страхования) дополнительных медицинских услуг, видов медицинской помощи, мероприятий (подпункт 5.6.4. пункта 5.6. настоящих Правил).

Заявление об изменении и (или) дополнении условий договора страхования подается Страхователем не позднее, чем за 5 рабочих дней до даты предполагаемого внесения изменений и (или) дополнений в договор страхования, если иное не установлено соглашением между Страховщиком и Страхователем.

Изменения и (или) дополнения в договор страхования вносятся не позднее, чем за 60 календарных дней до даты окончания действия договора страхования. Срок внесения изменения и (или) дополнения в договор страхования может быть изменен по соглашению Страховщика и Страхователя.

При внесении изменений и (или) дополнений в договор страхования и уплате дополнительного страхового взноса, доплата страхового взноса Страхователем – физическим лицом производится одновременно при внесении изменений и (или) дополнений в договор страхования, Страхователем – юридическим лицом производится либо одновременно при внесении изменений и (или) дополнений в договор страхования, либо в рассрочку (первую часть, рассчитанную пропорционально времени, оставшемуся со дня внесения изменений и (или) дополнений в договор страхования до дня уплаты очередной части или до дня окончания срока действия договора страхования, - при внесении изменений и дополнений, оставшиеся части – равномерно с очередными частями страхового взноса).

При заключении договора страхования Страхователем – физическим

лицом, в том числе при страховании группы физических лиц, замена Застрахованных лиц или увеличение количества Застрахованных лиц в течение действия договора страхования не производится.

5.6.1. Страхователь – юридическое лицо с согласия Застрахованного лица и Страховщика может произвести замену Застрахованного лица по договору страхования. Замена Выгодоприобретателя, назначенного с согласия Застрахованного лица, допускается лишь с согласия этого лица. Застрахованное лицо не может быть заменено другим лицом после того, как оно выполнило какую-либо из обязанностей по договору страхования или предъявило Страховщику требование о выплате страхового обеспечения.

В случае замены Застрахованного лица Страхователь – юридическое лицо предоставляет Страховщику заявление по форме, указанной в Приложении № 7 к настоящим Правилам.

5.6.2. В течение действия договора страхования Страхователь – юридическое лицо может увеличить количество Застрахованных лиц. В таком случае Страхователь – юридическое лицо предоставляет Страховщику заявление в произвольной форме и список Застрахованных лиц в соответствии с Приложением № 3 к настоящим Правилам.

Страховщик производит расчет страхового взноса, подлежащего доплате Страхователем, который рассчитывается за период со дня увеличения количества Застрахованных лиц и до последнего дня действия договора страхования.

5.6.3. В течение действия договора страхования Страхователь – юридическое лицо может уменьшить количество Застрахованных лиц. В таком случае Страхователь – юридическое лицо предоставляет Страховщику заявление и список исключаемых Застрахованных лиц по форме, указанной в Приложении № 8 к настоящим Правилам. Исключение Застрахованного лица из списков застрахованных по договору страхования лиц возможно при согласии данного лица.

Страховщик производит перерасчет страхового взноса при отсутствии страховых выплат и (или) отсутствии обращений за медицинской помощью в медицинские организации, к индивидуальным предпринимателям по договору страхования в отношении Застрахованного лица и возвращает Страхователю часть уплаченного по договору страхования страхового взноса в соответствии с частью второй пункта 8.2. настоящих Правил.

5.6.4. По соглашению Страхователя и Страховщика в течение действия договора страхования может быть изменены условия индивидуальной программы страхования, осуществлено включение в программу страхования (индивидуальную программу страхования) дополнительных медицинских услуг, видов медицинской помощи,

мероприятий.

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

При включении в программу страхования (индивидуальную программу страхования) дополнительных медицинских услуг, видов медицинской помощи, мероприятий доплата страхового взноса производится Страхователем одновременно при внесении соответствующих изменений и (или) дополнений в договор страхования.

5.7. Внесение изменений и (или) дополнений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, совершается путем заключения договора о внесении изменений и (или) дополнений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, в той же форме, в которой был заключен договор страхования, если иное не установлено соглашением сторон, с указанием даты его заключения, вступления в силу, который является неотъемлемой частью договора страхования, в условия которого внесены изменения и (или) дополнения.

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

Страховщик вправе требовать от Застрахованного лица выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным лицом требования о выплате страхового обеспечения.

5.9. Застрахованное лицо не препятствует медицинским работникам, в случае необходимости, сообщать Страховщику сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица.

6. Выдача копии договора страхования (дубликата страхового полиса)

6.1. При утрате договора страхования (страхового полиса) в период его действия Страхователю на основании письменного заявления выдается копия договора страхования (дубликат страхового полиса).

6.2. После выдачи копии договора страхования (дубликата страхового полиса) утраченный экземпляр договора страхования (страховой полис) считается недействительным и никаких выплат по нему не производится.

7. Срок действия договора страхования. Территория действия договора страхования

7.1. Договор страхования может заключаться в отношении граждан Республики Беларусь на срок от 1 месяца до 2 лет.

7.2. В отношении иностранных граждан, лиц без гражданства договор страхования заключается на срок пребывания в Республике Беларусь, но не более чем на 1 год, или когда срок пребывания превышает либо равен 2 годам на срок 2 года.

7.3. Договор страхования вступает в силу со времени и дня, указанных в договоре страхования как начало срока действия договора страхования.

Начало срока страхования устанавливается по соглашению сторон с 00 часов 00 минут любого дня в течение одного месяца после уплаты по договору страхования страхового взноса (его части).

7.4. 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. При этом при расчете страхового взноса, подлежащего уплате по такому договору страхования, к базовому годовому страховому тарифу применяется корректировочный коэффициент, утвержденный локальным правовым актом Страховщика.

8. Прекращение договора страхования

8.1. Договор страхования прекращается в следующих случаях:

8.1.1. истечения срока действия договора страхования;

8.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме;

8.1.3. неуплаты Страхователем очередной части страховых взносов в установленные договором страхования сроки, а в случае, указанном в подпункте 4.9.2. пункта 4.9. настоящих Правил, – неуплаты просроченной части страхового взноса по истечении 30 календарных дней;

8.1.4. ликвидации Страхователя – юридического лица, смерти Страхователя – физического лица, кроме случая, предусмотренного пунктом 8.3. настоящих Правил;

8.1.5. по соглашению между Страхователем и Страховщиком, оформленному в письменном виде;

8.1.6. по инициативе Страхователя в любое время действия договора страхования, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по причинам, иным, чем наступление страхового случая. При этом уплаченный Страховщику страховой взнос (его часть) возврату не подлежит;

8.1.7. принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;

8.1.8. если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и страхование прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

8.2. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с подпунктами 8.1.4. – 8.1.5., 8.1.8. пункта 8.1. настоящих Правил при отсутствии страховых выплат и (или) отсутствии обращений за медицинской помощью в медицинские организации, к индивидуальным предпринимателям по договору страхования, Страховщик имеет право на часть страхового взноса по договору страхования пропорционально времени, в течение которого действовало страхование и возвращает Страхователю часть уплаченного страхового взноса пропорционально времени, оставшемуся со дня расторжения договора страхования до окончания срока его действия, в течение 5 рабочих дней со дня расторжения договора страхования. При наличии страховых выплат и (или) наличии обращений за медицинской помощью в медицинские организации, к индивидуальным предпринимателям возврат части страхового взноса не осуществляется.

В случае уменьшения количества Застрахованных лиц, согласно подпункту 5.6.3. пункта 5.6. настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страхового взноса уплаченного в отношении исключенного Застрахованного лица пропорционально времени, в течение которого действовало страхование в отношении данного лица, и возвращает Страхователю часть уплаченного страхового взноса в отношении исключенного лица пропорционально времени, оставшемуся со дня исключения Застрахованного лица до дня окончания срока его действия, в течение 5 рабочих дней со дня подачи заявления о прекращении договора страхования. При наличии страховых выплат и (или) наличии обращений за медицинской помощью в медицинские организации, к индивидуальным предпринимателям возврат части страхового взноса не осуществляется.

Страховой взнос (его часть) возвращается Страхователю в той валюте, в которой он был уплачен (если иное не предусмотрено законодательством или соглашением сторон).

8.3. В случае смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования в пользу иных Застрахованных лиц, его права и обязанности переходят к этим лицам.

8.4. За несвоевременный возврат части страхового взноса по вине Страховщика Страхователю выплачивается пеня в размере 0,5% – физическому лицу и 0,1% – юридическому лицу от суммы, подлежащей возврату, за каждый день просрочки.

8.5. Ответственность Страховщика по договору страхования прекращается в 00 часов 00 минут следующего за днем, который указан в договоре страхования (страховом полисе) как день окончания срока его действия.

9. Права и обязанности сторон

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. ознакомиться с Правилами, программой страхования (индивидуальной программой страхования), условиями договора страхования;

9.1.2. выбрать по своему желанию программу страхования;

9.1.3. уплачивать страховой взнос по договору страхования в соответствии с настоящими Правилами одновременно либо по соглашению сторон в рассрочку;

9.1.4. требовать предоставления Застрахованному лицу медицинской помощи, определенной в договоре страхования в соответствии с условиями страхования;

9.1.5. при утрате договора страхования (страхового полиса) и (или) идентификационной карточки получить его (ее) дубликат;

9.1.6. обратиться к Страховщику за возмещением медицинских расходов, оплаченных по согласованию со Страховщиком, самостоятельно;

9.1.7. получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством;

9.1.8. отказаться от договора страхования в соответствии с настоящими Правилами;

9.1.9. вносить изменения и дополнения в договор страхования с представлением Страховщику необходимых сведений в соответствии с пунктами 5.5., 5.6. настоящих Правил;

9.1.10. требовать выполнения Страховщиком иных условий договора страхования в соответствии с настоящими Правилами.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику;

9.2.2. своевременно и в полном объеме уплачивать в установленные договором страхования сроки страховой взнос (его части);

9.2.3. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованное лицо с Правилами, программой страхования (индивидуальной программой страхования), условиями договора страхования, его правами и обязанностями по договору страхования, предоставлять ему информацию об изменении условий договора страхования;

9.2.4. при заключении договора страхования уведомить Страховщика о наличии договора страхования медицинских расходов с другой страховой организацией, если такой имеется;

9.2.5. в период действия договора страхования в течение 3 рабочих дней сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

9.2.6. передавать Страховщику сообщения, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования, в письменной форме либо способами связи, обеспечивающими фиксирование текста и даты сообщений (по возможности по телексу, телеграфу или телефаксу), либо вручением под расписку;

9.2.7. совершать другие действия, предусмотренные законодательством, условиями страхования.

9.3. Застрахованное лицо имеет право:

9.3.1. получать информацию о настоящих Правилах, программе страхования (индивидуальной программе страхования);

9.3.2. запрашивать информацию об изменении условий страхования;

9.3.3. при наступлении страхового случая требовать исполнения Страховщиком или его представителем за рубежом принятых обязательств по договору страхования;

9.3.4. сообщать Страховщику или его представителю за рубежом о случаях непредставления медицинской помощи, неполного или некачественного предоставления медицинских услуг;

9.3.5. оплатить самостоятельно по согласованию со Страховщиком медицинские услуги, предусмотренные программой страхования (индивидуальной программой страхования);

9.3.6. при утрате договора страхования (страхового полиса) и (или) идентификационной карточки получить его (ее) дубликат;

9.3.7. требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по договору страхования при наступлении страхового случая;

9.3.8. обратиться к Страховщику за возмещением медицинских расходов, оплаченных по согласованию со Страховщиком, самостоятельно;

9.3.9. обращаться устно или письменно к Страховщику по всем спорным вопросам.

9.4. Застрахованное лицо обязано:

9.4.1. при заключении договора страхования заполнить анкету о состоянии здоровья Застрахованного лица в случаях, оговоренных настоящими Правилами;

9.4.2. по предложению Страховщика пройти до заключения договора страхования медицинское обследование с целью уточнения фактического состояния здоровья и предоставить дополнительную медицинскую документацию. Медицинское обследование проводится за счет средств Застрахованного лица;

9.4.3. надлежащим образом выполнять условия договора страхования;

9.4.4. соблюдать предписания врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией, индивидуальным предпринимателем;

9.4.5. обеспечить сохранность договора страхования, идентификационной карточки и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;

9.4.6. при утрате договора страхования (страхового полиса), идентификационной карточки незамедлительно сообщить об этом Страховщику для получения дубликата;

9.4.7. при изменении фамилии письменно уведомить Страховщика в течение 3 рабочих дней;

9.4.8. незамедлительно сообщить Страховщику о выявленных в период действия договора страхования заболеваниях и обстоятельствах, указанных в пункте 3.7. настоящих Правил;

9.4.9. при обращении в медицинскую организацию, к индивидуальному предпринимателю за медицинской помощью предъявлять документ, удостоверяющий личность, договор страхования и (или) идентификационную карточку Застрахованного лица;

9.4.10. не позднее, чем за один день до запланированного дня оказания медицинской услуги (последний рабочий день перед выходными днями, если оказание медицинской услуги запланировано на выходной день) уведомить Страховщика (медицинскую организацию, индивидуального предпринимателя) о невозможности получения медицинской услуги в согласованные Страховщиком и Застрахованным лицом сроки;

9.4.11. контролировать остатки страховой суммы, отдельных страховых сумм по дополнительным медицинским услугам, установленных в договоре страхования в отношении Застрахованного лица;

9.4.12. надлежащим образом исполнять обязанности, определенные настоящими Правилами, договором страхования и актами законодательства.

9.5. Страховщик имеет право:

9.5.1. определять медицинские организации, индивидуальных предпринимателей для оказания медицинской помощи в соответствии с программой страхования (индивидуальной программой страхования);

9.5.2. проверять полученную от Страхователя (Застрахованного лица) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора страхования;

9.5.3. направлять запросы в компетентные органы с целью получения информации, необходимой для выяснения причин наступления страхового случая;

9.5.4. потребовать признания договора страхования недействительным, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, кроме случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством;

9.5.5. 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);

9.5.6. требовать от медицинской организации, индивидуального предпринимателя выполнения обязательств по договору на оказание медицинских услуг лицам, застрахованным по добровольному страхованию;

9.5.7. осуществлять медико-экономический контроль объемов и экспертизу качества оказываемой медицинской помощи, оказываемых Застрахованным лицам в соответствии с условиями договора, заключенного с медицинской организацией, индивидуальным предпринимателем на оказание медицинских услуг;

9.5.8. оспорить размер требований Выгодоприобретателя (Страхователя, Застрахованного лица) в установленном законодательством порядке, привлекать независимых экспертов, для определения обстоятельств, характера страхового случая и размера страховой выплаты.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. защищать интересы Застрахованного лица, связанные с оказанием ему медицинских услуг, предусмотренных программой страхования (индивидуальной программой страхования);

9.6.2. ознакомить Страхователя с условиями договора страхования, программой страхования (индивидуальной программой страхования);

9.6.3. вручить Страхователю настоящие Правила;

9.6.4. не разглашать тайну сведения о страховании, состоянии здоровья Застрахованного лица, проведенном лечении, заключенном договоре страхования, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

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

9.6.6. совершать другие действия, предусмотренные законодательством, настоящими Правилами и договором страхования.

10. Определение размера и порядок осуществления страховой выплаты

10.1. Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком медицинской организации, индивидуальному предпринимателю, которые в соответствии с условиями программы страхования (индивидуальной программы страхования) предоставили Застрахованному лицу медицинские услуги, самому Страхователю (Застрахованному лицу, его законному представителю), самостоятельно оплатившему медицинские услуги, включенные в программу страхования (индивидуальную программу страхования), при наступлении страхового случая.

10.2. В случае обращения Застрахованного лица по согласованию со Страховщиком в медицинскую организацию, к индивидуальному предпринимателю медицинские услуги оказываются ему на основании документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица, договора страхования (идентификационной карточки Застрахованного лица), а также в соответствии с режимом функционирования медицинской организации, индивидуального предпринимателя.

10.3. Для получения страховой выплаты медицинская организация, индивидуальный предприниматель после оказания медицинских услуг Застрахованному лицу представляет Страховщику счет, акт оказанных медицинских услуг, оформленные в установленном порядке, и (или) иные документы, в которых в обязательном порядке указываются:

номер и дата заключения договора страхования;

фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), гражданство, дата и место рождения, регистрация по месту жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность (идентификационный номер, серия (при их наличии), номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ) Застрахованного лица, которому была оказана медицинская помощь;

стоимость, общая сумма расходов, понесенных за оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь, с детализацией по медицинским услугам.

При оказании медицинской помощи нескольким Застрахованным лицам Выгодоприобретатель может представить сводные платежные документы, акты, счета, справки.

10.4. В случае возникновения споров по вопросу оплаты размера (объема), вида медицинских расходов, качества медицинских услуг заинтересованная сторона (Страхователь, Застрахованное лицо, медицинская организация, индивидуальный предприниматель) имеет право потребовать проведения экспертизы. Экспертиза проводится за счет ее инициатора.

10.5. Страховщик имеет право проверки всех представленных документов вплоть до проведения специалистами медицинского обследования Застрахованного лица. Медицинское обследование проводится за счет средств Застрахованного лица. Возмещение медицинских расходов Страховщиком осуществляется после проверки всех представленных документов.

10.6. Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком на основании акта о страховом случае (Приложение № 5 к настоящим Правилам).

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

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

Страховая выплата Выгодоприобретателю на территории Республики Беларусь производится в белорусских рублях, Выгодоприобретателю за границей Республики Беларусь – в валюте, установленной договором о сотрудничестве.

По согласованию со Страховщиком страховая выплата может быть произведена Страхователю (Застрахованному лицу либо его законному представителю), понесшему расходы в связи с оказанием Застрахованному лицу медицинских услуг при наступлении страхового случая.

10.7. Для решения вопроса о страховой выплате по расходам, оплаченным Выгодоприобретателем (Страхователем (его законным представителем), Застрахованным лицом (его законным представителем)) самостоятельно, Выгодоприобретатель (Страхователь (его законный представитель), Застрахованное лицо (его законный представитель)) должен в течение 30 календарных дней после оплаты представить следующие документы:

заявление о страховом случае (Приложение № 5а к настоящим Правилам), в котором в обязательном порядке указываются:

номер и дата заключения договора страхования;

фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), гражданство, дата и место рождения, регистрация по месту жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность (идентификационный номер, серия (при их наличии), номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ) Застрахованного лица, которому была оказана медицинская помощь;

стоимость, общая сумма расходов, понесенных за оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь, с детализацией по медицинским услугам;

оригинал (надлежащим образом заверенная медицинским учреждением копия) документа, а также справок, выписок, рецептов, подтверждающих факт обращения за медицинской помощью, приобретение лекарственных препаратов, содержащие дату обращения, сроки оказания медицинских услуг, диагноз заболевания, перечень и наименование оказанных услуг, наименование приобретенных лекарственных препаратов, их стоимость и иную информацию, запрошенную Страховщиком;

оригинал документа, подтверждающего оплату медицинских услуг.

Страховая выплата Выгодоприобретателю, оплатившему по согласованию со Страховщиком медицинские расходы самостоятельно,

выплачивается в белорусских рублях в течение 5 рабочих дней со дня подписания акта о страховом случае.

10.8. После выплаты страхового обеспечения по страховому случаю договор страхования действует в размере разницы между указанной в договоре страхования страховой суммой и суммой выплаченного страхового обеспечения по данному случаю.

Общая сумма выплат страхового обеспечения по всем страховым случаям, произошедшим в период действия договора страхования, не может превышать установленной при заключении договора страхования страховой суммы.

10.9. За несвоевременную выплату страхового обеспечения Страховщик уплачивает пеню за каждый день просрочки от суммы, подлежащей к выплате:

- физическому лицу – в размере 0,5%;
- юридическому лицу – в размере 0,1%.

11. Случаи отказа в выплате страхового обеспечения

11.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, если страховой случай произошел вследствие:

11.1.1. умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица), повлекших наступление страхового случая, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь;

11.1.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны, если международными договором Республики Беларусь или актами законодательства или договором страхования не предусмотрено иное.

11.2. Страховщик вправе отказать Выгодоприобретателю (Страхователю, Застрахованному лицу) в страховой выплате, если Выгодоприобретатель (Страхователь, Застрахованное лицо) создал препятствия Страховщику в определении обстоятельств, характера и размера страхового обеспечения.

11.3. Решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком в течение 10 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов и сообщается Выгодоприобретателю, Страхователю (Застрахованному лицу) в письменной форме с мотивацией причины отказа в течение 5 рабочих дней со дня его принятия.

Отказ в выплате страхового обеспечения может быть обжалован в судебном порядке.

12. Заключительные положения

12.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия – в судебном порядке, установленном действующим законодательством Республики Беларусь.

12.2. При изменении законодательства Республики Беларусь Правила действуют в части, не противоречащей законодательству.

Настоящие изменения и дополнения в Правила № 13 добровольного страхования медицинских расходов **вступают в силу с 31.07.2020**. Договоры добровольного страхования медицинских расходов, заключенные до вступления в силу настоящих изменений и дополнений, действуют на прежних условиях до истечения срока их действия.

Ведущий специалист отдела
методологии и актуарных расчетов

Е.О.Омельянович