

**Вариант «ДОЛГОЛЕТИЕ (55+)»**

**Индивидуальная программа страхования: «амбулаторно-поликлиническая помощь»**

**Страховой взнос на 1 Застрахованное лицо: 200,00 белорусских рублей.**

**Срок страхования – 1 год.**

*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.*

*Страховщик не заключает договоры страхования с лицами, 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.*

*Оказание медицинской помощи представляется в государственных учреждениях здравоохранения (за исключением ГУ «РКМЦ» и КУП «Аква-Минск»), коммерческих лабораториях:*

**ИООО «Синэво», ИУП «Синлаб-ЕМЛ» и ИООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО»**

*в указанных коммерческих лабораториях возможно проведение только лабораторных исследований) и следующих коммерческих медицинских центрах:*

**МУП "Медицинский центр "Горизонт", «Терра-Медика», «Кардиан», «Виамед», «Эксана».**

**ПЕРЕЧЕНЬ И ОБЪЕМ УСЛУГ, ВКЛЮЧЕННЫХ В ИНДИВИДУАЛЬНУЮ ПРОГРАММУ СТРАХОВАНИЯ:**

**1. При наступлении страхового случая организуется АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ** (медицинское обслуживание, в котором медицинские услуги предоставляются Застрахованному лицу без его круглосуточного помещения в это медицинское учреждение), **которое включает:**

**1.1. КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ – не более 5 (пяти) консультаций** за весь период действия договора страхования.

Проведение консилиумов ведущих специалистов, консультации профессоров, доцентов по назначению лечащего врача.

Оформление и выдача Застрахованному лицу необходимой медицинской документации, в соответствии с нормативными требованиями Министерства здравоохранения Республики Беларусь (за исключением выдачи листка временной нетрудоспособности).

**Не оплачиваются следующие услуги:**

- консультации диетолога, сомнолога, психотерапевта (за исключением первичной консультации без проведения диагностических тестов по назначению врача другого профиля), психиатра, мануального терапевта, трихолога, андролога, сексолога, гинеколога-репродуктолога, венеролога, логопеда, фонопед, косметолога, подолога, нарколога, гомеопата, рефлексотерапевта, врача спортивной медицины, врачей центров народной и нетрадиционной медицины, экстрасенса (биоэнергетика, целителя);
- консультативные приемы и профилактические медицинские осмотры с выдачей справок о состоянии здоровья, проводимые с целью оформления справок для получения водительского удостоверения, разрешения на ношение оружия, посещения бассейна, санаторно-курортной карты и т.п.;
- ведение беременности (в т.ч. подготовка к беременности) и ее осложнения, прерывание беременности, дородовое наблюдение, родовспоможение, послеродовое наблюдение, послеродовые заболевания и осложнения;
- диагностика и лечение мужского и женского бесплодия (включая вспомогательные репродуктивные технологии), импотенция (эректильная дисфункция), планирование семьи (включая все виды контрацепции);

- услуги стационара дневного пребывания (дневного стационара);  
- вызов врача на дом.

### **1.2.1. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА в следующем объеме:**

- **исследование гормонов** - не более 5 (пяти) показателей;
- **онкоцитология** - 1 (одно) исследование;
- **мазок на флору** - 1 (одно) исследование;
- **онкомаркеры** - не более 3 (трёх) показателей;
- **БАК** (биохимический анализ крови) – не более 10 (десяти) показателей;
- **ОАК** (общий анализ крови+формула) – 1 (один) раз за период страхования;
- **ОАМ** (общий анализ мочи) - 1 (один) раз за период страхования;

Все лабораторные исследования проводятся при предоставлении направления от врача с указанием конкретных показателей. Лабораторные исследования **не предусматривают** забор материала на дому.

### **1.2.2. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА в следующем объеме:**

- электрокардиограмма (ЭКГ) – 1 (одно) исследование;
- холтеровское мониторирование ЭКГ - 1 (одно) исследование **ИЛИ** суточное мониторирование АД - 1 (одно) исследование.

### **1.2.3. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА (УЗИ) – не более 3 (трех) исследований.**

**2. Не организуется предоставление медицинских услуг, не оплачиваются медицинские расходы, не являются страховыми случаями дополнительные медицинские услуги, виды медицинской помощи, риски, мероприятия, указанные в п.п. 3.4.1.-3.4.45. Правил № 13 добровольного страхования медицинских расходов, если данные медицинские услуги, виды медицинской помощи, риски, мероприятия не включены в индивидуальную программу страхования.**

**3. Не признаются страховыми случаями, не организуется предоставление медицинских услуг и не оплачиваются медицинские расходы, указанные в п.п. 3.7.1.-3.7.30 Правил № 13 добровольного страхования медицинских расходов.**

**4. При выявлении у Застрахованного лица в период действия договора страхования заболевания (состояния), указанных в пунктах 2, 3, данной индивидуальной программы страхования, Застрахованному лицу оказываются медицинские услуги и оплачиваются медицинские расходы в соответствии с данной индивидуальной программой страхования до установления окончательного диагноза такого заболевания (состояния). 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 2, 3 данной индивидуальной программы страхования.**

## **5. Организация медицинского обслуживания:**

**5.1. В течение 10 рабочих дней после заключения договора страхования и оплаты страховой премии (либо первой ее части), Страхователю выдается карточка Застрахованного лица с необходимой информацией.**

**5.2. При наступлении страхового случая для организации медицинской помощи, а также для отмены организованных ранее медицинских услуг, Застрахованное лицо связывается с представителем Страховщика по телефонам, указанным в карточке Застрахованного лица:**

**+375 17 311 00 12 (многоканальный)**

**+375 29 155 01 37 (A<sup>1</sup>)**

***Режим работы отдела ассистанса – круглосуточно.***

Можно отправить заявку на организацию медицинской помощи на сайт **asoba.by** (страховой случай – здоровье – медицинские расходы). Заявка на организацию медицинской помощи, поданная до 12.00 рабочего дня, обслуживается в этот же день, после 12.00 – в следующий за днем подачи рабочий день.

**5.3.** Для принятия решения о наличии страхового случая и организации медицинских услуг Застрахованное лицо **обязано предоставить по требованию Страховщика консультативное заключение (копию)** с рекомендациями по обследованию и лечению, результаты обследования. Медицинская документация, в том числе направление на диагностическое обследование, должна быть оформлена в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Для пересылки медицинских документов просим использовать:

**Мессенджер Viber: +375 29 626 80 64;**

**e-mail: [assistance@asoba.by](mailto:assistance@asoba.by)**

**факс: +375 17 311 00 12.**

**5.4.** Представитель Страховщика (врач-эксперт) имеет право оценивать обоснованность назначенных исследований и видов лечения в соответствии с действующими клиническими протоколами диагностики и лечения заболеваний, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь и принимать решение об объеме медицинских услуг, предоставляемых по условиям страховой медицинской программы.

**5.5.** После согласования представителем Страховщика визита в лечебное учреждение, Застрахованное лицо уведомляется о дате, времени, месте оказания медицинской услуги (адрес лечебного учреждения, № кабинета, фамилии врача или куратора в данном медицинском учреждении).

**5.6.** При посещении лечебного учреждения необходимо иметь на руках: **карточку Застрахованного лица, документ, удостоверяющий личность.**

**5.7.** Застрахованное лицо обязано 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 или лечебное учреждение о невозможности получения медицинской услуги в согласованные Страховщиком и Застрахованным лицом сроки.

**5.8.** В случае получения по настоящей программе медицинских и/или иных услуг в объеме, превышающем размер установленных лимитов (в том числе по стоматологии и медикаментам), или не предусмотренных программой страхования, или в случае исключения страхователем застрахованного лица из списков, застрахованное лицо самостоятельно возмещает на основании счета медицинского учреждения последнему стоимость оказанных услуг, либо страховщику, в случае оплаты страховщиком в полном объеме счета медицинского учреждения.

**5.9.** Застрахованное лицо обязано контролировать остатки страховой суммы, в том числе отдельных страховых сумм по дополнительным услугам, установленные в договоре страхования в отношении застрахованного лица.

**5.10.** Амбулаторные посещения гинеколога (уролога для мужчин), гинеколога-эндокринолога (в т.ч. гинекологические, урологические обследования) приостанавливаются при установлении беременности (для женщин), диагноза ЗППП (за исключением бессимптомного носительства ВПЧ), а также в случае непредоставления результатов анализов на ИППП после их сдачи до предоставления отрицательных анализов на ИППП.

**5.11.** 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 Правилам страхования, также бланк заявления можно скачать на сайте в разделе «Страховой случай – Здоровье – Медицинские расходы – Дополнительная информация»), 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.

Застрахованное лицо имеет право: оплатить самостоятельно по согласованию со Страховщиком медицинские услуги, предусмотренные программой страхования (индивидуальной программой страхования).

Если в процессе работы со Страховщиком или с организацией здравоохранения у Вас возникли замечания или предложения, для улучшения качества Вашего обслуживания, о них Вы можете сообщить в СООО «Асоба» по e-mail: [n.klimova@asoba.by](mailto:n.klimova@asoba.by) или по телефону 8-017-324-36-89.

Представитель Страховщика

Страхователь

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_