

**СОВМЕСТНОЕ БЕЛОРУССКО-АВСТРИЙСКОЕ
ЗАКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО "КУПАЛА"**

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
СБА ЗАСО «КУПАЛА»
_____ В.С.Новик
«08» ноября 2004 года

Правила № 12 добровольного страхования медицинских расходов.
(с изм. и доп. от 30.12.2021, 08.12.2022, 20.12.2022, 23.12.2022, 24.01.2024 вст. в силу с
01.02.2024)

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1. Стороны договора.

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на условиях настоящих Правил Совместное белорусско-австрийское закрытое акционерное страховое общество "Купала" (далее – Страховщик) заключает со Страхователями договоры добровольного страхования медицинских расходов (далее – договор страхования).

1.2. Субъектами по договору страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо и Выгодоприобретатель.

Страхователями по настоящим Правилам признаются дееспособные физические лица, в том числе иностранные граждане и лица без гражданства, юридические лица или индивидуальные предприниматели, заключившие со Страховщиком договор страхования.

Страхователями по настоящим Правилам не могут выступать Республика Беларусь, административно-территориальные единицы Республики Беларусь, государственные органы, государственные юридические лица, а также юридические лица, на решения которых может влиять государство, владея контрольным пакетом акций (долей, вкладов, паев), если иное не установлено Президентом Республики Беларусь.

Договор страхования может быть заключен Страхователем-физическим лицом как в свою пользу, так и в пользу физических лиц (Застрахованных лиц).

Договор страхования может быть заключен Страхователем-юридическим лицом только в пользу физических лиц (Застрахованных лиц).

Выгодоприобретателями по договору страхования могут быть: медицинские организации и индивидуальные предприниматели, 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 в рамках договора страхования в соответствии с пунктом 10.4 настоящих Правил.

1.3. Страховщик не заключает договоры страхования в пользу лиц, которые на момент заключения договора:

- являются инвалидами I группы, инвалидами с детства;
- ВИЧ-инфицированы, больны СПИД;
- страдают психическими, тяжелыми нервными заболеваниями;
- состоят на учете в наркологическом, туберкулезном, кожно-венерологическом диспансере;
- госпитализированы.

1.4. Страховщик имеет право заключать договоры страхования только при наличии у него договоров с медицинскими организациями на предоставление медицинской помощи Застрахованным лицам.

1.5. Для целей настоящих правил применяются следующие термины:

внезапное расстройство здоровья - резкое ухудшение состояния здоровья застрахованного лица;

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;

индивидуальные предприниматели - индивидуальные предприниматели, осуществляющие 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 организации - организации здравоохранения Республики Беларусь; организации здравоохранения иностранных государств в случае, предусмотренном частью второй пункта 3.10. настоящих Правил; другие организации, которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность;

несчастный случай - внезапное, непредвиденное событие, произошедшее с застрахованным лицом в период действия договора добровольного страхования медицинских расходов, 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 добровольного страхования медицинских расходов, 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.

госпитализация – оказание медицинской помощи в медицинской организации стационарного типа Застрахованному лицу, нуждающемуся в обследовании, лечении или родовспоможении;

заболевание - расстройство здоровья Застрахованного лица, нарушение нормальной жизнедеятельности его организма, в том числе в результате травм, ожогов, ранений, увечий, контузий, отравлений, врожденных дефектов и неотложных состояний;

медицинские услуги - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное значение и определенную стоимость;

третьи лица - физическое или юридическое лицо, не являющиеся субъектом страхования (Страховщиком, Страхователем, Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем);

члены семьи - супруг (супруга) и лица, состоящие между собой в близком родстве: дети, родители, родные сестры и братья, внуки, бабки, деды.

2. Объект страхования. Страховые случаи.

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), при наступлении страхового случая.

2.2. Страховым случаем 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.

3. Программы страхования. Расходы, оплачиваемые Страховщиком по договору страхования.

3.1. При наступлении страхового случая Страховщик оплачивает расходы на оказание медицинской помощи Застрахованному лицу, объем которой определен выбранной Страхователем программой (ами) страхования в рамках договора страхования, при обращении Застрахованного лица в медицинские организации, указанные в договоре страхования.

3.2. Страхователю при заключении договора страхования Страховщиком (его представителем) могут быть предложены следующие программы страхования:

3.2.1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь»;

3.2.2. «Стационарная медицинская помощь»;

3.2.3. Унифицированная программа страхования.

3.3. В рамках программы страхования, предусмотренной подпунктом 3.2.1 пункта 3.2 настоящих Правил, Страховщик

оплачивает следующие расходы на лечение Застрахованного лица в амбулаторных условиях:

3.3.1. консультации врачей-специалистов (терапевта, гинеколога, уролога, гастроэнтеролога, кардиолога, отоларинголога, офтальмолога, травматолога, хирурга, эндокринолога, проктолога, невролога, онколога (общий профиль), дерматолога, педиатра, инфекциониста, аллерголога, маммолога, сурдолога, ревматолога, гепатолога, гематолога, пульмонолога, физиотерапевта, нефролога и других специалистов, в объеме, указанном в договоре страхования);

3.3.2. лабораторные исследования (анализы крови и других биологических сред организма человека (общеклинические, биохимические, гормональные, бактериологические, иммунологические, серологические, цитологические, микологические, микроскопические, гистологические, ПЦР-диагностика, маркеры онкологических заболеваний и др.);

3.3.3. инструментальные методы исследования (велоэргометрия, реовазография, реоэнцефалография, суточное мониторирование артериального давления, холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭКГ, электроэнцефалография, исследование функции внешнего дыхания, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические, радиоизотопные исследования, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и др.);

3.3.4. физиотерапевтическое лечение (лазеротерапия, массаж, магнитотерапия, электромиостимуляция и др.);

3.3.5. помощь врача на дому, в объеме, указанном в договоре страхования.

3.4. По соглашению сторон и при условии применения соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика, договором страхования, заключенным по программе страхования, предусмотренной подпунктом 3.2.1 пункта 3.2 настоящих Правил, может быть предусмотрено возмещение Страховщиком следующих медицинских услуг:

3.4.1. вакцинопрофилактика, обусловленная договором страхования;

3.4.2. ведение беременности;

3.4.3. бальнеологические услуги, грязелечение по назначению врача;

3.4.4. лазерная диагностика и лечение;

3.4.5. реабилитационно-восстановительное лечение, покрываемое условиями страхования, в учреждениях здравоохранения и\или санаториях;

3.4.6. медицинские осмотры, назначенные врачом после обращения по страховому случаю, для выдачи справок о состоянии здоровья в бассейн, в учреждение образования, о годности к управлению транспортным средством;

3.4.7. лекарственное обеспечение;

3.4.8. стоматологическая помощь, в рамках которой Страховщик оплачивает следующие расходы на лечение Застрахованного лица:

3.4.8.1. консультации врачей-специалистов в объеме, указанном в договоре страхования;

3.4.8.2. терапевтическое и хирургическое лечение с использованием современных материалов, включая постановку импортных светоотражаемых материалов последнего поколения, в объеме, указанном в договоре страхования;

3.4.8.3. рентгенологическую диагностику и/или профессиональную гигиену полости рта (снятие пигментного зубного налета, покрытие зубной эмали фтор-лаком);

3.4.8.4. все виды местного обезболивания.

Медицинские услуги, указанные в подпунктах 3.4.8.1.-3.4.8.4. пункта 3.4.8. настоящих Правил возмещаются Страховщиком, если по соглашению сторон при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты, утвержденные локальным правовым актом Страховщика.

По соглашению сторон и при условии применения соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика, договором страхования, заключенным по программе страхования, предусмотренной подпунктом 3.2.1. пункта 3.2 настоящих Правил, может быть предусмотрено возмещение Страховщиком следующих медицинских услуг:

- восстановление (реставрация) зубов, замена старых пломб с профилактической целью;

- подготовка к зубопротезированию, зубопротезирование, микропротезирование, установка анкерных и иных штифтов, имплантов.

3.5. Программой страхования, предусмотренной подпунктом 3.2.1 пункта 3.2 настоящих Правил, Застрахованному лицу в период действия договора страхования гарантировано оказание медицинских услуг в следующем объеме, если иное не предусмотрено соглашением сторон в соответствии с частью второй настоящего пункта:

- по медицинским услугам, указанным в подпункте 3.3.1 пункта 3.3 настоящих Правил, – в объеме, указанном в договоре страхования, но не менее 3 (трех) консультаций;

- по медицинским услугам, указанным в подпункте 3.3.2 пункта 3.3 настоящих Правил, - в объеме, указанном в договоре страхования, но не менее 2 (двух) исследований;

- по медицинским услугам, указанным в подпункте 3.3.3 пункта 3.3 настоящих Правил, – в объеме, указанном в договоре страхования, но не менее 2 (двух) исследований;

- по медицинской услуге, указанной в подпункте 3.3.4 пункта 3.3 настоящих Правил, – в объеме, указанном в договоре страхования, но не менее 1 (одного) курса (10 сеансов) каждого вида физиотерапевтического лечения;

- по медицинской услуге, указанной в подпункте 3.3.5 пункта 3.3 настоящих Правил, – в объеме, указанном в договоре страхования, но не менее 1 (одного) выезда врача-терапевта к Застрахованному лицу для оказания медицинской помощи.

По соглашению сторон Страховщиком могут быть внесены изменения в части уменьшения или увеличения объема медицинских услуг, гарантированного программой страхования в соответствии с частью первой настоящего пункта, если при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты, утвержденные локальными правовыми актами Страховщика.

3.6. В рамках программы страхования, предусмотренной подпунктом 3.2.1. пункта 3.2 настоящих Правил, Страховщик оплачивает следующие расходы в период действия договора страхования на оказание стоматологической помощи Застрахованному лицу:

3.6.1. консультации врачей-специалистов в объеме, указанном в договоре страхования, но не менее 1 (одной) консультации каждого врача-специалиста;

3.6.2. терапевтическое и хирургическое лечение с использованием современных материалов, включая постановку импортных светоотражаемых материалов последнего поколения, в объеме, указанном в договоре страхования, но не менее 1 (одного) терапевтического лечения и 1 (одного) хирургического лечения;

3.6.3. рентгенологическую диагностику и/или профессиональную гигиену полости рта (снятие пигментного зубного налета, покрытие зубной эмали фтор-лаком) в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 1 (одной) процедуры;

3.6.4. все виды местного обезболивания.

3.7. В рамках программы страхования, предусмотренной подпунктом 3.2.2 пункта 3.2 настоящих Правил, Страховщик

оплачивает следующие расходы при госпитализации Застрахованного лица в условиях стационара:

3.7.1. лабораторные и инструментальные исследования, назначенные лечащим врачом;

3.7.2. консультации врачей-специалистов;

3.7.3. пребывание в отделении интенсивной терапии;

3.7.4. реанимационные мероприятия;

3.7.5. использование операционной и послеоперационной палаты;

3.7.6. хирургическое и консервативное лечение;

3.7.7. лечебные манипуляции (перевязки, инъекции и др.);

3.7.8. физиотерапевтическое лечение, лечебная физическая

культура;

3.7.9. пребывание в стационаре в 1, 2 или 3-местной палате (при наличии таких палат в отделении пребывания Застрахованного лица);

3.7.10. питание и уход медицинского персонала;

3.7.11. лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства, имеющиеся в стационаре.

3.8. Исключен.

3.9. Условия заключения, срок и территория действия договора страхования, объем медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному лицу в рамках Унифицированной программы страхования, предусмотрены Приложением № 1 к настоящим Правилам.

3.10. Действие договора страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие на территории Республики Беларусь, если иное не оговорено договором страхования.

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 добровольного страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие за пределами Республики Беларусь.

4. Расходы, не оплачиваемые Страховщиком по договору страхования.

4.1. Не признаются страховыми случаями и Страховщиком не возмещаются расходы, вызванные обращениями Застрахованных лиц в

медицинские организации за предоставлением медицинской помощи по поводу:

4.1.1. психических заболеваний, в том числе эпилепсии, их последствий и осложнений, в том числе травм, полученных в связи психическими заболеваниями;

4.1.2. заболеваний и травм, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем (алкоголизм), наркотическими или токсическими веществами, если о данных состояниях указано в официальных документах, полученных Страховщиком из уполномоченных органов;

4.1.3. туберкулеза, саркоидоза, остеомиелита, неспецифического язвенного колита, болезни Крона, муковисцедоза, независимо от клинической формы и стадии процесса;

4.1.4. онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической систем), их осложнений и расходами, связанными с диспансерным наблюдением с момента установления диагноза;

4.1.5. системных заболеваний соединительной ткани, аутоиммунных заболеваний, демиелинизирующих болезней центральной нервной системы, в том числе болезни Бехтерева, ревматоидного артрита и их осложнений, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.1.6. хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения гемодиализа и других экстракорпоральных методов лечения;

4.1.7. хронического гепатита В, С, D, E, F, G, цирроза печени любой этиологии с момента установления диагноза, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.1.8. врожденных и наследственных заболеваний и их осложнений;

4.1.9. врожденных аномалий (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения), детского церебрального паралича, ортопедических нарушений;

4.1.10. атопического дерматита, витилиго, розацеа, акне, алопеции, склеродермии и их осложнений, нейродермита, экземы псориаза и его осложнений, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.1.11. кожных заболеваний грибковой и паразитарной этиологии (любых микозов), а также любых заболеваний волос и ногтей, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.1.12. венерических заболеваний, заболеваний, передающихся половым путем (в том числе уреаплазмоза, микоплазмоза, папилломавирусной инфекции), их генерализованных форм с момента установления диагноза, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.1.13. жирового гепатоза, сахарного диабета с момента установления диагноза, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.1.14. острых и хронических лучевых поражений;

4.1.15. хронических заболеваний, кроме лечения по снятию их обострения, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.1.16. острых расстройств здоровья или обострения хронических заболеваний, возникших до начала действия договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.1.17. половых расстройств; расходы, связанные с диагностикой и лечением бесплодия (мужского и женского), импотенции (эректильной дисфункции), нейрообменно-эндокринного синдрома.

4.1.18. операции по поводу сужения наружного отверстия уретры, полипов уретры, фимоза, парауретральных кист, гидроцеле, варикоцеле;

4.1.19. лечения и обследования заболеваний, обусловивших наступление инвалидности у Застрахованных лиц, являющихся инвалидами II или III группы.

4.2. Страховщик не признает страховым случаем и не возмещает расходы, связанные с произошедшим с Застрахованным лицом несчастным случаем:

4.2.1. травмами, ожогами, отравлениями, полученными Застрахованным лицом, находившимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, кроме случаев, когда эти события произошли с Застрахованным лицом по вине третьих лиц;

4.2.2. травмами, ожогами, отравлениями, полученными Застрахованным лицом в результате покушения на самоубийство, если факт покушения на самоубийство подтвержден компетентными органами.

4.3. Страховщик не признает страховым случаем и не возмещает расходы, связанные с оплатой следующих медицинских услуг:

4.3.1. лечение и обследование, не назначенное (не указанное в назначении) врачом;

4.3.2. лечение, услуги или предметы, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания;

4.3.3. обследование и лечение методами нетрадиционной медицины, иридодиагностика, биорезонансная диагностика, методом КМСД (комплекс медицинский спектрально-динамический), гипноз, гомеопатическое лечение, фототерапия, гипоксия, остеопатия, апитерапия, Су-джок, гирудотерапия, мезотерапия, талассотерапия, фитотерапия, ароматерапия, лечение с использованием клеточных технологий (стволовые клетки), стоун-терапия, традиционная китайская медицина, биоэнергетика; полисомнография; экстракорпоральные методы лечения, в том числе плазмаферез если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.3.4. лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским: ультрафиолетовое облучение крови; внутривенное и накожное облучение крови, озонотерапия; карбокситерапия, аутогемотерапия, тейпирование, баротерапия, общая магнитотерапия, УВТ, криотерапия, спелеолечение, гидроколлотерапия, плазмолифтинг (PRP-терапия), лечение с использованием альфа-капсул, магнитостимуляция мышц тазового дна, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.3.5. предоставление дополнительного комфорта в период госпитализации (стационарного лечения), а именно: телевизора, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера или косметолога;

4.3.6. пребывание в стационаре для получения попечительского или реабилитационного ухода;

4.3.7. пластическая хирургия, ортопедия, за исключением случаев, связанных с восстановлением и (или) коррекцией, непосредственно связанных с несчастным случаем, произошедшим в период действия договора страхования;

4.3.8. зубопротезирование, ортодонтия, за исключением случаев, связанных с восстановлением и (или) коррекцией, непосредственно связанных с несчастным случаем, произошедшим в период действия договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.3.9. планирование беременности, диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью; прерывание беременности без медицинских показаний; дородовое наблюдение, лечение в отделении патологии беременности, родовспоможение, обследование и наблюдение в послеродовом периоде, послеродовые заболевания и осложнения, лактостаз, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.3.10. проведение комплексных скрин-исследований (например, TORCH-инфекции, Квант-21, генетическая диагностика), если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.3.11. изменение веса или хирургическое лечение ожирения;

4.3.12. модификация человеческого тела с целью улучшения психологического, умственного или эмоционального состояния Застрахованного лица;

4.3.13. хирургическое изменение пола;

4.3.14. лечение и (или) процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, введение и удаление внутриматочной спирали;

4.3.15. лечение аденомы простаты, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.3.16. хирургические операции глаза (лазеротерапия и др.), целью которых является коррекция близорукости, дальнозоркости или астигматизма, а также их осложнений, лечение глаукомы, катаракты, операции кросслинкинга, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.3.17. реконструктивное оперативное лечение заболеваний сердца, сосудов (аорто-коронарное шунтирование, баллонная ангиопластика, стентирование сосудов, диагностическая коронарография, установка кава-фильтров, трансплантация и прочее), нервной системы, органов зрения и чувств, опорно-двигательного аппарата (имплантация, протезирование, эндопротезирование),

мочеполовой системы при пролапсе тазовых органов, пластики тазового дна, другие высокотехнологичные и сложные медицинские вмешательства, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.3.18. костыли, инвалидные коляски компрессионное белье, эластичные бинты, ортопедические изделия, послеоперационные бандажи;

4.3.19. лечение нарушений речи;

4.3.20. расходы, понесенные Страхователем (Застрахованным лицом) либо членами его семьи по оплате услуг сиделки (услуг по уходу за лежачим больным);

4.3.21. приобретение Страхователем (Застрахованным лицом) самостоятельно лекарственных препаратов (средств) без рецепта (назначения врача);

4.3.22. полученные Застрахованным лицом медицинские услуги, объём и перечень которых не предусмотрены программой страхования в соответствии с договором страхования;

4.3.23. получение Застрахованным лицом справки на ношение оружия, направления на вождение автотранспорта, посещения бассейна, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.3.24. пластические и косметические операции (в том числе пластику передней брюшной стенки);

4.3.25. медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации, а также плановая госпитализация, если договором страхования не предусмотрено страхование по программе страхования, указанной в подпункте 3.2.2 пункта 3.2 настоящих Правил; При этом плановая госпитализация Застрахованного лица должна осуществляться не менее, чем за 14 календарных дней до даты окончания срока действия договора страхования, если иной срок не предусмотрен договором страхования;

4.3.26. получение Застрахованным лицом медицинских услуг в медицинской организации, не включенной в договор страхования, либо без согласования со Страховщиком, если договором страхования предусмотрено такое согласование;

4.3.27. госпитализацию (стационарное лечение) Застрахованного лица течение первых 35 дней (период ожидания) с начала действия договора страхования, кроме случаев, когда госпитализация связана с несчастным случаем, произошедшим с Застрахованным лицом в период

действия договора страхования. Об установлении периода ожидания Страховщиком делается запись в договоре страхования (страховом полисе);

4.3.28. удаление мозолей, папиллом, бородавок, невусов, кондилом, контагиозных моллюсков, кератом, дискератозов, других доброкачественных новообразований кожи и подкожной клетчатки, кроме случаев их травмирования и (или) острого воспалительного процесса, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.3.29. удаления атером, липом, гемангиом, фибром и других доброкачественных новообразований кожи, подкожной клетчатки и соединительной ткани (кроме нагноившихся), если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.3.30. исследование иммунного статуса (иммунограмма), определение специфических иммуноглобулинов, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.3.31. склеротерапия вен, турбофлебодеструкция, лигирование геморроидальных узлов, минифлебэктомия если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.3.32. капсульная эндоскопия;

4.3.33. промывания миндалин, эндотрахеальных заливок более 1-го курса за период действия договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

4.3.34. септопластика, за исключением случаев, связанных с восстановлением и (или) коррекцией, непосредственно связанных с несчастным случаем, произошедшим в период действия договора страхования, а также если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа был применен соответствующий корректировочный коэффициент.

4.4. Страховщик не признает страховым случаем и не возмещает расходы, связанные с приобретением Застрахованным лицом следующих лекарственных препаратов (средств):

4.4.1. не зарегистрированных в «Государственном реестре лекарственных средств Республики Беларусь» в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

4.4.2. отсутствующих в готовой рецептурной форме;

4.4.3. для лечения заболеваний, не признанных страховым случаем;

4.4.4. для лечения бесплодия и импотенции, а также гормональные контрацептивные средства;

4.4.5. для проведения иммунопрофилактики и иммунотерапии;

4.4.6. для прерывания беременности;

4.4.7. биологически активных добавок, витаминов, витаминно-минеральных комплексов, минералов, фиточаи (фитосборы), любого лекарственного растительного сырья, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.4.8. гомеопатических препаратов, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.4.9. питательных смесей и препаратов для лечебного питания;

4.4.10. лечебной косметики;

4.4.11. для профилактики заболеваний, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.4.12. средств личной гигиены, изделий медицинского назначения.

4.5. Страховщик не оплачивает расходы, связанные с приобретением Застрахованным лицом медицинских устройств или приспособлений (очков, контактных линз, слуховых аппаратов, имплантатов, внутриматочных спиралей), если иное не предусмотрено договором страхования.

4.6. Страховщик не оплачивает расходы Застрахованного лица, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

4.7. Страховщиком не организуется предоставление медицинских услуг и не оплачиваются расходы, связанные с:

4.7.1. оказанием медицинских услуг, не соответствующих Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь;

4.7.2. проведением повторных врачебных консультаций, обследований, с целью сбора мнений врачей-специалистов по желанию Застрахованного лица, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

4.7.3. обязательным медицинским осмотром с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий, если иное не

предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты.

4.8. Раздел 4 настоящих Правил не применяется к договорам страхования, заключенным на условиях Унифицированной программы страхования, предусмотренной Приложением № 1 к настоящим Правилам.

5. Страховой взнос. Сроки и порядок его уплаты. Страховая сумма. Франшиза.

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

5.2. Для расчета страхового взноса применяются базовый годовой страховой тариф и корректировочные коэффициенты установленные для каждой программы страхования, указанной в подпунктах 3.2.1-3.2.2 пункта 3.2 настоящих Правил, утвержденные локальными правовыми актами Страховщика. Базовые годовые страховые тарифы приведены в Приложении № 2 к настоящим Правилам.

5.3. Уплата страхового взноса производится в размере и сроки, установленные договором страхования в соответствии с пунктом 5.4 настоящих Правил, путем безналичного перечисления на расчетный счет Страховщика (его представителя) или наличными денежными средствами.

5.4. Страховые взносы по договору страхования могут уплачиваться единовременно за весь срок действия договора страхования либо по соглашению сторон в рассрочку.

Уплата страхового взноса единовременно производится до момента вступления договора страхования в силу.

Размер каждой части страхового взноса по договору страхования при уплате в рассрочку устанавливается договором страхования. При уплате страхового взноса в рассрочку первая его часть уплачивается до момента вступления договора страхования в силу. Сроки уплаты каждой последующей части страхового взноса при уплате в рассрочку устанавливаются не позднее последнего дня оплаченного периода и указываются в договоре страхования.

5.5. Страховой взнос, рассчитанный в валюте страховой суммы, может быть уплачен как в иностранной валюте (если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь или соглашением сторон), так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса (его части).

Страховщик производит выплату страхового обеспечения медицинской организации, выставившей счет Страховщику в валюте выставленного счета. В случаях, когда Застрахованное лицо (Страхователь) самостоятельно понесло расходы в соответствии с п. 10.4. настоящих Правил, Страховщик производит выплату страхового обеспечения Застрахованному лицу (Страхователю) в валюте платежных документов, подтверждающих оплату медицинской помощи.

5.6. По письменному соглашению между Страховщиком и Страхователем в договоре страхования может быть предусмотрена отсрочка уплаты очередных частей страхового взноса продолжительностью не более 35 (тридцати пяти) календарных дней, начиная с даты, указанной в договоре страхования как дата уплаты очередной части страхового взноса.

5.7. В случае неуплаты очередной части страхового взноса в сроки, установленные договором страхования, Страховщик вправе:

5.7.1. прекратить договор страхования с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем установленного срока уплаты очередной части страхового взноса по договору страхования;

5.7.2. предоставить Страхователю отсрочку уплаты очередной части страхового взноса согласно пункту 5.6 настоящих Правил при наличии письменных обязательств Страхователя погасить имеющуюся задолженность – в случае обращения Страхователя к Страховщику до наступления срока уплаты очередной части страхового взноса.

При неуплате просроченной части страхового взноса, в течение предоставленной Страховщиком отсрочки договор страхования прекращает действовать с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания предоставленного срока для уплаты просроченной части страхового взноса. При этом Страхователь обязан уплатить часть страхового взноса за срок действия договора страхования в течение предоставленного периода отсрочки.

Если в течение периода отсрочки, предоставленного для уплаты очередных частей страхового взноса согласно пункту 5.6 настоящих Правил, произойдет страховой случай, Страховщик из суммы страхового обеспечения удерживает неуплаченную часть (части) страхового взноса за неоплаченный период страхования с указанием этого условия в договоре страхования.

5.8. Если договор страхования предусматривает уплату страхового взноса в рассрочку, а страховой случай произошел до наступления срока уплаты очередной части взноса, то Страховщик из суммы страхового обеспечения вправе удержать неуплаченную часть

страхового взноса за оставшийся период действия договора страхования.

5.9. Днем уплаты страхового взноса (его части) по договору страхования считается:

при безналичных расчетах:

при уплате наличными денежными средствами через банк или иное учреждение, осуществляющее перевод денег, – день совершения расчетной (кассовой) операции по приему наличных денежных средств отделением банка или иного учреждения, осуществляющего перевод денежных средств, в пользу Страховщика (его представителя);

при осуществлении операций с использованием банковских платежных карточек – день совершения операций по уплате страхового взноса (его части) с применением карточки либо ее реквизитов в пользу Страховщика (его представителя) с последующим зачислением на расчетный счет Страховщика (его представителя);

При осуществлении безналичных расчетов по соглашению между Страховщиком и Страхователем день уплаты страхового взноса (день совершения операции) может документально подтверждаться Страхователем, банком или иным учреждением (организацией), осуществляющим перевод денежных средств или осуществляющим расчетное посредничество на основании договора со Страховщиком;

при наличных расчетах – день внесения наличных денежных средств в кассу Страховщика (его представителя).

5.10. Страховой суммой является сумма денежных средств, согласованная между Страхователем и Страховщиком, установленная договором страхования, в пределах которой Страховщик обязан произвести выплату страхового обеспечения при наступлении страхового случая.

5.11. Страховая сумма устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя при заключении договора страхования по каждой из программ страхования.

Если программа страхования включает дополнительные медицинские услуги, предусмотренные пунктом 3.4, подпунктом 4.3.9 пункта 4.3 настоящих Правил, то по ним в пределах страховой суммы по соответствующей программе страхования по соглашению сторон могут устанавливаться отдельные страховые суммы для каждого Застрахованного лица, указанного в договоре страхования, или по договору страхования в целом.

Договором страхования могут быть предусмотрены максимальные суммы страховых выплат (лимиты возмещения), установленные в отношении отдельных видов расходов. Лимиты возмещения могут быть

установлены как по одному страховому случаю, так и в отношении неограниченного количества страховых случаев, произошедших в течение срока действия договора страхования.

5.12. При страховании группы лиц страховая сумма устанавливается на каждое Застрахованное лицо.

5.13. Общая сумма всех выплат страхового обеспечения на каждое Застрахованное лицо по всем страховым случаям, наступившим в течение действия договора страхования, не может превышать установленную договором страхования страховую сумму на каждое Застрахованное лицо.

После наступления страхового случая и выплаты страхового обеспечения договор страхования продолжает действовать в пределах разницы между страховой суммой и суммой выплаченного страхового обеспечения.

5.14. При заключении договора страхования на условиях унифицированной программы страхования, предусмотренной Приложением №1 к настоящим Правилам, размеры страхового взноса и страховой суммы, а также порядок уплаты страхового взноса, устанавливается данной программой страхования.

5.15. По соглашению сторон в договоре страхования может быть установлена агрегатная франшиза. Франшиза может устанавливаться на каждое Застрахованное лицо и/или по договору страхования в целом.

В случае установления агрегатной франшизы при наступлении страхового события, заявленные расходы считаются нарастающим итогом в течение срока действия договора страхования; с тех пор, как накопленная общая сумма расходов превышает размер агрегатной франшизы, Страховщик выплачивает страховое обеспечение в проценте определенном в договоре страхования.

Размер агрегатной франшизы (в процентах или в абсолютной величине) указывается в договоре страхования (страховом полисе).

II. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

6. Порядок заключения, срок действия и вступление договора страхования в силу. Территория действия договора страхования

6.1. 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 страхового полиса, подписанного ими.

Договор страхования заключается в письменной форме по соглашению сторон на основании устного, письменного заявления Страхователя в произвольной форме или предложения Страховщика о добровольном страховании медицинских расходов, принятого Страхователем способом, указанным в таком предложении.

По требованию Страховщика, до заключения договора страхования лицо, впервые подлежащее страхованию, заполняет анкету о состоянии своего здоровья по форме утвержденной Страховщиком.

Один договор страхования может быть заключен в отношении нескольких Застрахованных лиц. В этом случае к договору страхования может прилагаться список Застрахованных лиц, оформленный в произвольной форме с указанием данных документа, удостоверяющего личность каждого Застрахованного лица.

6.2. После заключения договора страхования заявление, анкета о состоянии здоровья и все прилагаемые к нему документы являются неотъемлемой частью договора страхования.

При заключении договора страхования Страхователю выдаются настоящие Правила, что удостоверяется его подписью в договоре страхования (страховом полисе). Также Страховщик вправе выдать Застрахованному лицу индивидуальную пластиковую карточку (далее – карточку Застрахованного лица), содержащую наименование Страховщика, фамилию, имя, отчество Застрахованного лица, номер и срок действия договора страхования, контактные данные Страховщика при обращении за медицинской помощью по страховому случаю.

Страховщик вправе в качестве приложения к договору страхования прилагать список (перечень) медицинских организаций, в которые Застрахованное лицо вправе обращаться в соответствие с условиями договора страхования и программы страхования, включенные в договор страхования, либо указывает данный список (перечень) в тексте договора страхования (страхового полиса).

Страхователь (Застрахованное лицо) вправе ознакомиться с перечнем (списком) государственных и частных медицинских организаций, с которыми у Страховщика заключены договоры о сотрудничестве.

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

6.3. Договор страхования может быть заключен на срок от 1 (одного) месяца до 5 (пяти) лет включительно.

6.4. Договор страхования вступает в силу по соглашению сторон с 00 часов 00 минут любого дня в течение тридцати календарных дней со дня, следующего за днем уплаты страхового взноса (первой его части) по договору страхования.

6.5. Срок действия договора страхования истекает в 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, который указан в договоре страхования как день окончания срока его действия.

6.6. Действие договора страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие на территории Республики Беларусь, если иное не оговорено в договоре страхования.

6.7. Страховщиком на основании программ страхования (пункт 3.2 Правил) в соответствии с условиями Правил могут быть разработаны индивидуальные программы страхования, в которых Страховщиком могут быть определены медицинские услуги, условия предоставления медицинской помощи, размер страховой суммы и иные условия договора страхования, утвержденные локальными правовыми актами Страховщика.

7. Порядок изменения договора страхования

7.1. При заключении договора страхования Страхователь обязан 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 или страховом полисе на основании заявления Страхователя.

Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо поставленные вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора страхования либо признания его недействительным на том основании, что существенные обстоятельства не были сообщены Страхователем.

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 недействительным в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

7.2. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно, но не позднее 3 (трех) 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.

Значительными во всяком случае признаются изменения, оговоренные в договоре страхования, и в переданных Страхователю Правилах страхования.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности, предусмотренной в части первой настоящего пункта, Страховщик вправе требовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования.

В этом случае договор страхования расторгается с даты увеличения степени страхового риска.

7.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению степени страхового риска. Сумма дополнительного страхового взноса рассчитывается Страховщиком согласно формуле:

$$ДВ = (В2-В1) \times N/M$$

где:

ДВ – дополнительный страховой взнос;

В1 – страховой взнос, рассчитанный при заключении договора страхования;

В2 – страховой взнос, рассчитанный с учетом увеличения степени страхового риска;

М – срок действия договора страхования (в месяцах);

Н – срок действия договора страхования со дня увеличения степени страхового риска до прекращения действия договора страхования (в месяцах).

При расчете дополнительного страхового взноса неполный месяц принимается за полный.

7.4. Если Страхователь (Застрахованное лицо) 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 Страховщиком от Страхователя такого письменного отказа. К отказу приравнивается неполучение от Страхователя в течение

10 (десяти) календарных дней с момента получения уведомления о вручении ответа на надлежаще отправленное (заказное, заказное с уведомлением) письменное предложение Страховщика об изменении условий страхования или уплате дополнительного страхового взноса.

В случае уменьшения степени страхового риска перерасчет страхового взноса не производится и возврат страхового взноса (его части), уплаченного Страхователем, не осуществляется.

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

7.6. Страхователь вправе заменить Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика. 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.

7.7. Внесение изменений в условия договора страхования осуществляется в пределах срока действия договора страхования путем заключения соглашения об изменении договора страхования, оформленного Страховщиком в порядке, предусмотренном пунктом 7.8 настоящих Правил.

7.8. Внесение изменений в договор страхования совершается путем заключения договора о внесении изменений в условия страхования в письменной форме с указанием даты его заключения, вступления в силу, который является неотъемлемой частью договора страхования.

Уплата дополнительного страхового взноса по внесенным изменениям в договор страхования осуществляется одновременно в день заключения договора о внесении изменений в условия страхования либо по соглашению сторон в порядке, установленном договором страхования для уплаты очередных частей страховых взносов.

Дополнительный страховой взнос рассчитывается по следующей формуле:

$$ДВ = (В2 - В1) \times N / M$$

где:

ДВ – дополнительный страховой взнос;

В1 – страховой взнос, рассчитанный при заключении договора страхования;

В2 – страховой взнос, рассчитанный с учетом изменений, внесенных в договор страхования;

М – срок действия договора страхования (в месяцах);

N – срок действия договора страхования со дня внесения изменений до прекращения действия договора страхования (в месяцах).

При расчете дополнительного страхового взноса неполный месяц принимается за полный.

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

7.11. Страхователь (Застрахованное лицо) не препятствует медицинским работникам в случае необходимости сообщать Страховщику сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица.

8. Порядок прекращения (расторжения) договора страхования

8.1. Договор страхования прекращается (расторгается) в случаях:

8.1.1. истечения срока действия договора страхования;

8.1.2. выполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме;

8.1.3. неуплаты Страхователем страхового взноса (его части) в установленные договором страхования сроки и размере в соответствии с условиями настоящих Правил, за исключением случая, предусмотренного пунктом 5.6 настоящих Правил;

8.1.4. если после вступления его в силу возможность наступления страхового случая отпала и страхование прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай;

8.1.5. по заявлению Страхователя, оформленному в письменном виде. В случае отказа Страховщика от досрочного прекращения (расторжения) договора страхования Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения письменного заявления Страхователя о прекращении (расторжении) договора страхования направляет Страхователю письменное уведомление об отказе в прекращении (расторжении) договора страхования;

8.1.6. ликвидации Страхователя-юридического лица, прекращение деятельности Страхователя-индивидуального предпринимателя или смерти Страхователя-физического лица, за исключением случая, предусмотренного пунктом 8.2 настоящих Правил;

8.1.7. отказа Страхователя от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в подпункте 8.1.4 пункта 8.1 настоящих Правил;

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

8.3. В случае досрочного прекращения (расторжения) договора страхования по условиям, предусмотренным подпунктами 8.1.4-8.1.6 пункта 8.1 настоящих Правил, Страховщик возвращает Страхователю (его представителю) часть уплаченного страхового взноса пропорционально времени (в календарных днях), оставшемуся с даты досрочного прекращения договора страхования до указанного в договоре страхования дня окончания срока действия договора страхования (оплаченного периода) за вычетом понесенных Страховщиком расходов (отчислений в фонд превентивных мероприятий).

Основанием для досрочного прекращения (расторжения) договора страхования в случаях, предусмотренных подпунктами 8.1.4-8.1.6 пункта 8.1 настоящих Правил, является письменное заявление Страхователя (его представителя). Датой досрочного прекращения (расторжения) договора страхования в случаях, предусмотренных подпунктами 8.1.4-8.1.5 пункта 8.1 настоящих Правил, является дата, следующая за датой получения Страховщиком заявления о расторжении (прекращении) договора страхования, а в случае, предусмотренном подпунктом 8.1.6 пункта 8.1 настоящих Правил, – дата, следующая за датой смерти Страхователя-физического лица; ликвидации Страхователя-юридического лица, прекращения деятельности Страхователя-индивидуального предпринимателя.

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. Если по заявленному событию Страховщиком принято решение об отказе в выплате страхового обеспечения, то Страхователю производится возврат части страхового взноса. При этом расчет подлежащей возврату части страхового взноса производится в соответствии с условиями части первой настоящего пункта Правил.

В случае расторжения (прекращения) договора страхования до вступления его в силу уплаченный страховой взнос возвращается полностью.

8.4. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования в случае, предусмотренном подпунктом 8.1.7 пункта 8.1 настоящих Правил, уплаченный Страховщику страховой взнос возврату не подлежит.

8.5. Возврат страхового вноса (его части) Страхователю производится в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты расторжения (прекращения) договора страхования. За несвоевременный возврат части страхового вноса по вине Страховщика Страхователю выплачивается пеня в размере 0,5% – физическому лицу и 0,1% – юридическому лицу (индивидуальному предпринимателю) от суммы, подлежащей возврату, за каждый день просрочки.

8.6. Обязательства Страховщика по выплате страхового обеспечения, возникшие до прекращения (расторжения) договора страхования, продолжают действовать до полного их исполнения.

8.7. При установлении страховой суммы в иностранной валюте и уплате страхового вноса в иностранной валюте возврат части страхового вноса осуществляется в валюте уплаты страхового вноса (если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь или соглашением сторон), либо в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день досрочного расторжения (прекращения) договора страхования.

9. Права и обязанности Страховщика, Страхователя и Застрахованного лица

9.1. Страховщик имеет право:

9.1.1. выбирать медицинские организации для оказания медицинской помощи по договорам страхования и заключать с ними договоры на предоставление медицинских услуг;

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

9.1.3. до заключения договора страхования потребовать любые дополнительные обследования и документы, подтверждающие состояние здоровья по данным, содержащимся в анкете о состоянии здоровья лица, подлежащего страхованию, и по результатам медицинского обследования (за счет средств Страхователя);

9.1.4. получать от компетентных органов и лиц документы, необходимые для решения вопросов о выплате страхового обеспечения (за исключением информации, не подлежащей разглашению этими лицами в соответствии с законодательством);

9.1.5. отсрочить составление акта о страховом случае в случаях, предусмотренных пунктом 10.12 настоящих Правил;

9.1.6. оспорить размер требований Выгодоприобретателя (Страхователя, Застрахованного лица) в установленном законодательством порядке, привлекать независимых экспертов, для определения обстоятельств наступления страхового случая и размера выплаты страхового обеспечения;

9.1.7. осуществлять медико-экономический контроль объемов и экспертизу качества оказываемой медицинской помощи в соответствии с условиями договора на оказание медицинских услуг с медицинскими организациями;

9.1.8 потребовать признание договора страхования недействительным в случаях и порядке предусмотренных законодательством;

9.2. Страховщик обязан:

9.2.1. выдать Страхователю договор страхования (страховой полис) с приложением настоящих Правил;

9.2.2. контролировать объем и качество оказываемой Застрахованному лицу медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования и в рамках выбранной программы медицинского страхования;

9.2.3. в отношении заявленного Застрахованным лицом события, которое признано страховым случаем, составить акт о страховом случае в течение срока, предусмотренного пунктом 10.11 настоящих Правил;

9.2.4. произвести выплату страхового обеспечения Страхователю (Застрахованному лицу) в срок, предусмотренный пунктом 10.13 настоящих Правил;

9.2.5. обеспечить конфиденциальность сведений, полученных в результате своей профессиональной деятельности, о Страхователе (Застрахованном лице), за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

9.3. Страхователь имеет право:

9.3.1. ознакомиться с настоящими Правилами;

9.3.2. требовать предоставления Застрахованному лицу в медицинской организации помощи, определенной в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и программой страхования;

9.3.3. осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;

9.3.4. отказаться от договора страхования в соответствии с условиями подпункта 8.1.7 пункта 8.1 настоящих Правил;

9.3.5. получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;

9.4.2. уплачивать страховой взнос в порядке, предусмотренном пунктом 5.4 настоящих Правил, и договором страхования;

9.4.3. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованное лицо с условиями договора страхования, его правами и обязанностями по договору страхования, предоставлять ему информацию об изменении условий договора страхования;

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

9.4.5. в период действия договора страхования сообщать Страховщику в срок, предусмотренный частью первой пункта 7.2 настоящих Правил, о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение степени страхового риска;

9.5. Застрахованное лицо имеет право:

9.5.1. получать медицинские услуги (помощь) в соответствии с договором страхования в предусмотренных в нем медицинских организациях и требовать возмещения медицинских расходов, оплаченных самостоятельно;

9.5.2. сообщать Страховщику о случаях непредставления медицинской помощи, неполного или некачественного предоставления таких услуг;

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

9.6. Застрахованное лицо обязано:

9.6.1. надлежащим образом выполнять условия договора страхования;

9.6.2. соблюдать предписания врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;

9.6.3. обеспечить сохранность договора страхования (страхового полиса), карточки Застрахованного лица и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;

9.6.4. при обращении в медицинскую организацию за медицинской услугой (помощью) предоставлять документ, удостоверяющий личность (паспорт, вид на жительство), договор страхования (страховой полис) или карточку Застрахованного лица;

9.6.5. вернуть Страховщику договор страхования (страховой полис), карточку (карточки) Застрахованного лица (Застрахованных лиц) в случае признания договора страхования недействительным или расторжения (прекращения) договора страхования.

III. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

10. Порядок действий Страхователя (Застрахованного лица) и Страховщика при наступлении страхового случая. Порядок и условия выплаты страхового обеспечения

10.1. При наступлении страхового случая для получения медицинской помощи Застрахованное лицо (Страхователь) обязано до обращения в медицинскую организацию обратиться к Страховщику по контактному телефону, указанным Страховщиком.

В экстренных случаях, когда промедление может угрожать жизни или здоровью Застрахованного лица, Застрахованное лицо имеет право обратиться в медицинскую организацию за медицинской помощью без предварительного согласования со Страховщиком. Однако, Застрахованное лицо (или его представитель) должно при первой же возможности, но не позднее 3 (трех) календарных дней, связаться по телефону со Страховщиком и сообщить о факте обращения.

10.2. Страхователь (Застрахованное лицо), обратившись к Страховщику по телефону, указанным в договоре страхования, по поводам, предусмотренным в пункте 10.1 настоящих Правил, сообщает следующую информацию:

- серию и номер договора страхования (страхового полиса);
- фамилию, имя Застрахованного лица;
- причину обращения, какого рода помощь необходима Застрахованному лицу;
- наименование медицинской организации, где будут оказаны медицинские услуги (помощь), дату и время записи.

10.3. Медицинская организация оказывает медицинскую услугу (помощь), предусмотренную программой страхования в рамках договора страхования Застрахованному лицу на основании представленного Застрахованным лицом документа, удостоверяющего личность (паспорта, вида на жительство), договора страхования (страхового полиса) или карточки Застрахованного лица.

10.4. Страхователь (Застрахованное лицо) вправе самостоятельно оплатить медицинские услуги, предусмотренные программой страхования в рамках договора страхования. В таком случае для возмещения понесенных расходов Страхователь (Застрахованное лицо) представляет Страховщику документы, предусмотренные пунктом 10.7 настоящих Правил.

10.5. Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком медицинской организации (Выгодоприобретателю), которая оказала Застрахованному лицу медицинские услуги (помощь), включенные в программу страхования в рамках договора страхования, или Страхователю (Застрахованному лицу), – в случае, предусмотренном пунктом 10.4. настоящих Правил.

10.6. Решение о признании события страховым случаем и выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком на основании следующих документов, представленных медицинской организацией (Выгодоприобретателем):

10.6.1. счет-фактура с указанием суммы расходов, понесенных по оказанию Застрахованному лицу медицинских услуг;

10.6.2. акт приемки-передачи оказанных медицинских услуг (счет-справку) с указанием в нем следующей информации: диагноз заболевания; 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); стоимость, общая сумма расходов, понесенных за оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь с детализацией по медицинским услугам; сроки оказания медицинской помощи, сводный реестр отпущенных медицинских препаратов с приложением рецептов либо копий рецептов на приобретение Застрахованным лицом медицинских препаратов;

10.6.3. выписной эпикриз при оказании стационарной (или санаторной) помощи.

Порядок расчетов Страховщика с медицинской организацией (Выгодоприобретателем), порядок предоставления медицинской организацией (Выгодоприобретателем) документов, предусмотренных пунктом 10.6. настоящих Правил, определяются договором на предоставление медицинских услуг Застрахованным лицам, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией (Выгодоприобретателем).

10.7. Решение о признании события страховым случаем и выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком на основании следующих документов, представленных Страхователем (Застрахованным лицом):

- заявления Страхователя (Застрахованного лица) на выплату страхового обеспечения, оформленного по форме, утвержденной Страховщиком, в письменном или электронном виде;

В электронном виде заявление на выплату страхового обеспечения может быть оформлено только посредством электронного ввода необходимых сведений о событии, которое в дальнейшем может быть признано страховым случаем, через личный кабинет Страхователя (Застрахованного лица) на официальном сайте Страховщика в глобальной компьютерной сети Интернет;

- оригинала (копии) договора страхования (страхового полиса) – по требованию Страховщика;

- оригинала (надлежащим образом заверенная медицинской организацией копия) документа, подтверждающего факт обращения за медицинской помощью и содержащего дату обращения, сроки оказания медицинских услуг, диагноз заболевания, перечень оказанных медицинских услуг, их стоимость;

- оригиналов чеков, подтверждающих оплату Страхователем (Застрахованным лицом) медицинских услуг (помощи), оказанных медицинской организацией;

- оригиналов (копий) рецептов, выписанных лечащим врачом;

- оригиналов чеков на приобретение медикаментов с указанием наименования и стоимости каждого препарата.

10.8. При оформлении заявления на выплату страхового обеспечения в электронном виде документы, предусмотренные пунктом 10.7 настоящих Правил, могут быть также представлены в электронном виде. В подтверждение оплаты медицинской и (иной) помощи копии чеков (квитанций, счетов) должны быть заверены в установленном порядке.

По требованию Страховщика в подтверждение подлинности представленных в электронном виде копий документов, предусмотренных пунктом 10.7 настоящих Правил, Страхователь (Застрахованное лицо) предоставляет все или отдельные оригиналы документов.

10.9. Непредставление Страховщику документов, предусмотренных пунктами 10.6 и 10.7 настоящих Правил, может являться основанием для отказа в выплате страхового обеспечения в той части, которая не подтверждена документально.

10.10. Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком в пределах страховой суммы (сумм), установленной (ых) по договору страхования для каждой программы страхования. Если договор страхования заключён с применением агрегатной франшизы, то страховое обеспечение выплачивается с учетом требований, предусмотренных пунктом 5.15. настоящих Правил.

Выплата страхового обеспечения осуществляется в валюте, в которой уплачен страховой взнос, если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь или соглашением сторон. Если страховая сумма установлена в иностранной валюте, а страховой взнос уплачивался в белорусских рублях, то выплата страхового обеспечения производится в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на дату составления акта о страховом случае.

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

10.11. В течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения необходимого пакета документов, согласно пунктам 10.6 и 10.7 настоящих Правил, Страховщик принимает решение о признании или непризнании заявленного события страховым случаем либо об отказе в выплате страхового обеспечения. Решение о признании заявленного случая страховым оформляется путем составления акта о страховом случае по форме, утвержденной Страховщиком. В случаях, когда Страховщик не признает произошедшее событие страховым случаем, акт о страховом случае не составляется. В таком случае Страховщик оформляет документ произвольной формы с обоснованием причин отказа и направляет его в адрес Страхователя (Застрахованного лица), медицинской организации (Выгодоприобретателя) в срок, установленный пунктом 11.2 настоящих Правил.

10.12. Страховщик вправе отсрочить составление акта о страховом случае, если ему не представлены все необходимые документы – до их представления, а также если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов лицом, представившим такой документ (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения такого документа), либо самим Страховщиком (на основании запроса Страховщика в орган, его выдавший, направленный в течение 5 (пяти)

рабочих дней со дня получения такого документа), а также в случае возбуждения уголовного дела по факту наступления страхового случая в отношении Застрахованного лица – до вынесения приговора судом, приостановления или прекращения производства по делу.

10.13. Выплата страхового обеспечения производится Страхователю (Застрахованному лицу) в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня составления акта о страховом случае путем безналичных расчетов. Выплата страхового обеспечения производится медицинской организацией (Выгодоприобретателю) в сроки, установленные договором на оказание медицинских услуг Застрахованным лицам, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией (Выгодоприобретателем).

10.14. В случае возникшей по вине Страховщика необоснованной задержки в выплате страхового обеспечения Страховщик выплачивает физическому лицу пеню за каждый день просрочки в размере 0,5% от суммы, подлежащей выплате, юридическому лицу (индивидуальному предпринимателю) – в размере 0,1% от суммы, подлежащей к выплате.

11. Основания освобождения Страховщика от выплаты страхового обеспечения. Отказ в выплате страхового обеспечения

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

- умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица), Выгодоприобретателя, повлекших наступление страхового случая;
- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны, если международными договорами Республики Беларусь или актами законодательства не предусмотрено иное.

11.2. Решение Страховщика о непризнании заявленного случая страховым или об отказе в выплате страхового обеспечения в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня принятия решения сообщается Страхователю (Застрахованному лицу), медицинской организации (Выгодоприобретателю) в письменной форме с обоснованием причин отказа.

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

12. Порядок разрешения споров

12.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия – в судебном

порядке, установленном действующим законодательством Республики Беларусь.

Начальник управления
имущественного страхования

С.В. Филиппенков

Приложение № 1
к Правилам добровольного
страхования медицинских расходов
СБА ЗАСО «Купала»

Унифицированная программа страхования

Страховой взнос – 300 долларов США в год;

Страховая сумма – 5 000 долларов США.

Оплата страхового взноса производится одновременно при заключении договора страхования.

Страховой взнос может уплачиваться страхователем, как в иностранной валюте в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь, так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к доллару США, установленному Национальным банком Республики Беларусь на дату уплаты страхового взноса.

Если страховой взнос уплачивается в белорусских рублях, то страховая сумма по договору страхования устанавливается в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к доллару США, установленному Национальным банком Республики Беларусь на дату 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).

При заключении договора страхования по данной программе обязательным условием является заполнение «Сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица» (по форме утвержденной Страховщиком).

Объем медицинских услуг, предоставляемых застрахованному лицу в рамках Унифицированной программы страхования по медицинским показаниям (оплата медицинских услуг по настоящей программе производится только при обращении Застрахованного лица в государственные медицинские организации 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-ти 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-ти исследований в совокупности на каждое застрахованное лицо в период действия договора страхования;
 - функциональная диагностика (ЭКГ, РВГ, РЭГ, ЭЭГ, исследование функции внешнего дыхания);
 - ультразвуковые исследования, но не более 3-х 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-х исследований в совокупности на каждое застрахованное лицо в период действия договора страхования;
 - диагностическая биопсия;
 - рентгенологические исследования.

Исключение составляют:

- высокоточные методы исследования (МРТ, компьютерная томография);
 - радиоизотопные исследования;
 - маммография;
 - снимки 3D и 4D форматах;
 - малые оперативные и диагностические вмешательства в амбулаторно-поликлинических условиях;
 - диагностическая биопсия органов, тканей, лимфатических узлов;

- пункции (стерильные пункции, пункции суставов с эвакуацией содержимого и введением лекарственных препаратов, брюшной полости, люмбальные, пункции под контролем УЗИ);

- 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 (фурункулы, карбункулы, абсцессы, флегмоны, панариции, 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 ВМС, 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 ИРТ, 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 страхования, и оплаченной им самостоятельно медицинской организации.

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

Начальник управления
имущественного страхования

С.В. Филиппенков

Приложение № 2
к Правилам добровольного
страхования медицинских расходов
СБА ЗАСО «Купала»

Базовый страховой тариф (при сроке действия договора страхования 1 год) – **3,2 %**.

Начальник управления
имущественного страхования

С.В. Филиппенков