

Согласовано Министерством финансов РБ № 150

18.03.2004г.

с изменениями и дополнениями № 178 от 18.03.2008г., № 649 от 09.07.2009, №948 от 17.11.2010 г., №401 от 27.02.2015, №548 от 18.01.2016

в редакции от 18.02.2016

## ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ

### 1. Общие положения и определения

#### 1.1. Введение

В соответствии с настоящими Правилами Закрытое акционерное общество «Страховая Компания «Белросстрах» (далее по тексту - Страховщик) заключает договоры добровольного страхования медицинских расходов с дееспособными физическими и юридическими лицами (далее по тексту – Страхователь).

#### 1.2. Страхователи и Застрахованные лица

1.2.1. На условиях настоящих Правил могут быть заключены договоры добровольного страхования медицинских расходов со Страхователями, которыми могут выступать:

1.2.1.1. Дееспособные физические лица, уплачивающие страховые взносы и вступающие в страховые отношения со Страховщиком, заключая договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (в дальнейшем по тексту – Застрахованные лица).

1.2.1.2 Юридические лица, уплачивающие страховые взносы и вступающие в страховые отношения со Страховщиком, заключая договоры страхования в пользу третьих лиц (в дальнейшем по тексту – Застрахованные лица).

1.2.2. Застрахованными по договорам страхования, заключаемым в соответствии с настоящими Правилами страхования, могут быть физические лица в возрасте от 1 месяца до 70 лет включительно.

1.2.3. Договоры страхования не заключаются в отношении лиц:

- страдающих психическими заболеваниями и слабоумием;
- страдающих тяжелыми нервными заболеваниями;
- страдающих тяжелыми эндокринными заболеваниями;
- страдающих злокачественными заболеваниями, в том числе онкогематологическими;

- страдающих хронической почечной недостаточностью, требующей проведения гемодиализа;
- страдающих глубоким микозом, псориазом;
- страдающих острыми и хроническими лучевыми поражениями;
- с врожденными аномалиями и пороками развития органов;
- с наследственными заболеваниями;
- с системными заболеваниями соединительной ткани;
- с заболеваниями крови опухолевой природы;
- с профессиональными заболеваниями;
- ВИЧ-инфицированных и больных СПИД;
- инвалидов 1-й и 2-й группы, детей-инвалидов;
- госпитализированных на момент заключения договора.

### **1.3. Объект страхования**

Объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с компенсацией расходов организации здравоохранения, вызванных его обращением в организацию здравоохранения за оказанием медицинской помощи, включенной в программу добровольного страхования медицинских расходов (Приложение №1 к настоящим Правилам) вследствие внезапного расстройства здоровья или несчастного случая.

### **1.4. Страховой случай**

1.4.1. Страховым случаем является факт понесенных организацией здравоохранения расходов, вызванных обращением Страхователя (Застрахованного лица) в организацию здравоохранения за оказанием медицинской помощи, включенной в программу добровольного страхования медицинских расходов (далее – программа страхования), вследствие внезапного расстройства здоровья или несчастного случая, наступившего в период действия договора страхования.

1.4.2. Под внезапным расстройством здоровья понимается резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица.

Несчастный случай - внезапное, непредвиденное событие, происшедшее с Страхователем (Застрахованным лицом) в период действия договора страхования медицинских расходов, сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями здоровья.

1.4.3. По договору страхования Страховщик не оплачивает:

1.4.3.1. медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу при его обращении после истечения срока действия договора страхования;

1.4.3.2. медицинские услуги или препараты, не являющиеся необходимыми-

ми с точки зрения медицины при постановке диагноза или лечении болезни;

1.4.3.3. услуги, предоставленные организацией, не являющейся организацией здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь, лицом, не являющимся практикующим врачом или медицинской сестрой, а также организацией здравоохранения, которая не определена Страховщиком для оказания медицинской помощи Застрахованному лицу в рамках программы страхования;

1.4.3.4. реабилитационное и санаторно-курортное лечение, проведение оздоровительных мероприятий (тренажеры, солярий, бассейн, баня, сауна, коррекция веса и т.д.), профилактический массаж;

1.4.3.5. медицинские услуги или препараты, рассматриваемые в соответствии со стандартами в качестве экспериментальных или находящихся на стадии исследования;

1.4.3.6. текущие обследования зрения и слуха, рефракции глаза, а также стоимость очков, контактных линз или слуховых аппаратов. Плановое хирургическое лечение близорукости, дальнозоркости, астигматизма, косоглазия, в том числе с применением лазера, контактная коррекция зрения;

1.4.3.7. стоматологические услуги, за исключением услуг, связанных со снятием острой боли (ограничение не относится к программе страхования "АС");

1.4.3.8. стоматологические услуги, связанные с восстановлением коронковой части зуба, разрушенной более чем на 1/2, услуги по зубопротезированию (в том числе подготовка к нему) и ортодонтии, стоматологические профилактические и косметические процедуры, хирургическое лечение заболеваний пародонта, замену старых пломб без медицинских показаний, услуги по имплантации;

1.4.3.9. ортопедическое лечение плоскостопия, супинаторы, вкладыши для коррекции стопы, лечение деформированных ногтей стоп, кистей;

1.4.3.10. услуги, связанные с лечением психических расстройств (заболеваний), их осложнений, а также различных травм и заболеваний, возникших в связи с заболеваниями психической природы;

1.4.3.11. лечение членов семьи Застрахованного лица;

1.4.3.12. лечение болезни, наступившей вследствие алкоголизма или наркомании, и последствий наркологической и алкогольной интоксикации;

1.4.3.13. лечение, не признанное наукой или медициной;

1.4.3.14. лечение осложнений, являющихся или могущих явиться следствием лечения или хирургического вмешательства по поводу заболевания или травмы, имевших место до вступления договора страхования в силу;

- 1.4.3.15. приобретение протезов, медицинских приборов и аппаратов (в том числе, тонометров, кардиостимуляторов, ингаляторов) и изделий медицинского назначения (в том числе, градусников, бандажей, грелок, наколенников, костылей, катетеров);
- 1.4.3.16. все виды пластической хирургии, цель которой состоит в устранении косметических дефектов, улучшении внешнего вида;
- 1.4.3.17. использование препаратов и средств контроля над рождаемостью, услуги по планированию семьи, диагностику и лечение бесплодия (мужского и женского) и импотенции;
- 1.4.3.18. лечение болезней, передаваемых половым путем, и контроль после лечения; лечение венерических заболеваний, ВИЧ-инфекций, а также их контроль после лечения;
- 1.4.3.19. синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД);
- 1.4.3.20. искусственное оплодотворение или лечение бесплодия;
- 1.4.3.21. аборты и миниаборты, исключая случаи вынужденной медицинской помощи Застрахованному лицу в результате несчастного случая;
- 1.4.3.22. лечение травм, ожогов, отравлений, полученных Застрахованным лицом в результате покушения на самоубийство;
- 1.4.3.23. лечение травм, ожогов, отравлений, полученных Застрахованным лицом в состоянии алкогольного опьянения (содержание алкоголя в крови – не менее 0,5 промилле) либо в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ;
- 1.4.3.24. лечение обострения хронического заболевания, если такое обострение было вызвано нарушением режима, рекомендованного лечащим врачом Застрахованного лица либо врачом лечебного учреждения, в котором Застрахованное лицо находилось на лечении до наступления страхового случая;
- 1.4.3.25. профилактические медицинские осмотры для выдачи справок (на вождение автомобиля, в бассейн, на ношение оружия, для выезда за границу, для поступления в учебные заведения, для трудоустройства, для оформления санаторно-курортных карт);
- 1.4.3.26. лечение заболеваний органов и тканей, требующих трансплантации, имплантации и протезирования, и подготовку к ним;
- 1.4.3.27. Лечение демиелинизирующих болезней, эпилепсии, церебрального паралича, рассеянного склероза;
- 1.4.3.28. Лечение системных заболеваний соединительной ткани, всех недифференцированных коллагенозов;
- 1.4.3.29. Проведение более одного раза в течение срока страхования ангиографии;

- 1.4.3.30. Проведение любых генетических исследований;
- 1.4.3.31. услуги, оказываемые в профилактических целях (за исключением профилактических услуг, предусмотренных программой страхования по договору, например, вакцинация по программе страхования "Д"), косметических целях;
- 1.4.3.32. экстракорпоральные методы лечения, в т.ч. гидроколлотерапию, внутривенное лазерное и ультрафиолетовое облучение крови, гипербарическую оксигенацию, плазмаферез, гемосорбцию, озонотерапию, аутогемотерапию;
- 1.4.3.33. Услуги мануального терапевта, гомеопатическое лечение, биорезонансную терапию, диагностику и лечение по методу Фолля, гирудотерапию;
- 1.4.3.34. лечение злокачественных новообразований, их осложнений и последствий, включая заболевания крови, сахарного диабета, саркоидоза, туберкулеза, муковисцидоза, лечение хронической почечной и печеночной недостаточности, всех видов и форм гепатита, их осложнений и последствий;
- 1.4.3.35. Исследование минерального обмена и маркеров резорбции костей;
- 1.4.3.36. Лечение заболеваний, послуживших причиной инвалидности;
- 1.4.3.37. расходы на дополнительные предметы удобства: предоставление за плату, покупка или прокат радиоприемника, телевизора, кондиционеров, увлажнителей воздуха, испарителей, тренажеров, спортивных снарядов или оборудования подобного рода;
- 1.4.3.38. диагностику, лечение, манипуляции и операции по поводу заболеваний кожи и волос (мозоли, бородавки, контагиозные моллюски, невусы, папилломы, кондиломы, алопеция, угревая болезнь, себорея);
- 1.4.3.39. диагностику и лечение ронхопатии (храпа) и апноэ, склеротерапию вен, коррекцию речи.
- 1.4.4. Страховщик имеет право заключать договоры страхования медицинских расходов только при наличии договоров об оказании Застрахованным лицам медицинских услуг с медицинскими учреждениями, имеющими лицензию на оказание медицинских услуг.

## **1.5. Страховая сумма**

1.5.1. Страховая сумма - сумма денежных средств, в пределах которой Страховщик обязан произвести организации здравоохранения выплату страхового обеспечения, при наступлении страхового случая в течение срока действия договора страхования.

1.5.2. Страховая сумма по договору страхования устанавливается по соглашению сторон в соответствии с Приложением №1 к Правилам. Страхо-

вая сумма может устанавливаться в белорусских рублях либо иностранной валюте: в долларах США или евро.

По Унифицированной программе страхования, согласно Приложению №1 к настоящим Правилам, страховая сумма может устанавливаться как в иностранной валюте (долларах США), в случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь, так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к иностранной валюте (долларам США), установленному Национальным Банком Республики Беларусь на дату заключения договора страхования.

1.5.3. После выплаты страхового обеспечения договор страхования продолжает действовать в размере разницы между страховой суммой и суммой выплаченного страхового обеспечения.

## **1.6. Страховой тариф, страховой взнос**

1.6.1. Страховой тариф определяется в зависимости от выбранной программы страхования (и данных медицинской анкеты при необходимости) на основе базового тарифа (Приложение №1 к настоящим Правилам) с учетом корректировочных коэффициентов (Приложение №2 к настоящим Правилам), за исключением Унифицированной программы страхования, по которой корректировочные коэффициенты не применяются.

1.6.2. Страховым взносом является сумма денежных средств, подлежащая уплате Страхователем Страховщику за страхование. Размер страхового взноса по договору добровольного страхования определяется Страховщиком исходя из страховой суммы, срока действия договора страхования и рассчитанного страхового тарифа.

1.6.3. При заключении договора страхования на срок менее года страховой взнос уплачивается Страхователем единовременно при заключении договора.

1.6.4. При заключении договора страхования сроком на 1 (один) год страховой взнос может уплачиваться единовременно или по частям: в два срока, ежеквартально, ежемесячно.

1.6.4.1. При уплате страхового взноса в два срока первая его часть в размере не менее 1/2 части от общего страхового взноса уплачивается Страхователем при заключении договора страхования, а оставшаяся часть страхового взноса должна быть уплачена в течение 6 (шести) месяцев с момента вступления договора страхования в силу.

1.6.4.2. При ежеквартальной уплате страхового взноса первая его часть в размере не менее 1/4 части от страхового взноса уплачивается Страхователем при заключении договора страхования. Оставшаяся часть страхового взноса уплачивается равными частями не позднее последнего дня оплаченного квартала срока действия договора страхования.

1.6.4.3. При ежемесячной уплате страхового взноса первая его часть в размере не менее 1/12 части от общего страхового взноса уплачивается при заключении договора страхования. Оставшаяся часть страхового взноса уплачивается равными долями не позднее последнего дня оплаченного месяца срока действия договора страхования. По соглашению сторон могут быть установлены иные сроки уплаты страхового взноса.

1.6.4.4. Порядок и сроки перечисления страховых взносов оговариваются сторонами при заключении договора и указываются в договоре страхования.

1.6.4.5. В случае неуплаты, либо невозможности уплаты очередной части страхового взноса в установленный договором страхования срок Страховщик вправе:

- прекратить договор страхования с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем установленного срока уплаты очередной части страхового взноса по договору;
- по соглашению сторон может быть предусмотрено, что при неуплате очередной части страхового взноса в установленные договором страхования сроки, договор страхования продолжает действовать на прежних условиях при наличии письменных обязательств Страхователя погасить имеющуюся задолженность (просроченную сумму страхового взноса) не позднее 30 календарных дней со дня просрочки платежа. При неуплате просроченной части страхового взноса в течение указанного срока, договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем 30-дневного срока, в течение которого Страхователь обязан уплатить просроченную часть страхового взноса. При этом Страхователь не освобождается от уплаты страхового взноса за указанный 30-дневный срок действия договора страхования. Если страховой случай наступил до уплаты очередной части страхового взноса, внесение которой просрочено, Страховщик вправе удержать оставшуюся неуплаченную сумму страхового взноса из суммы страхового обеспечения, подлежащей выплате.

1.6.5. Оплата страхового взноса осуществляется Страхователем путем безналичного либо наличного расчета в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

1.6.6. Днем уплаты страхового взноса является день поступления страхового взноса (его части) в кассу Страховщика (либо представителю Страховщика) или на расчетный счет Страховщика.

1.6.7. При установлении страховой суммы в иностранной валюте страховой взнос исчисляется в иностранной валюте.

При этом страховой взнос может быть уплачен как в иностранной валюте (в случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь), так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса или его части (при предоставлении рассрочки в уплате страхового взноса по договору страхования).

При установлении страховой суммы в белорусских рублях страховой взнос исчисляется и уплачивается в белорусских рублях.

По Унифицированной программе страхования если страховой взнос уплачивается в белорусских рублях, то страховая сумма по договору устанавливается в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленного Национальным банком Республики Беларусь, по отношению к доллару США на дату уплаты страхового взноса.

Страховой взнос, подлежащий уплате в иностранной валюте, округляется до ближайшего целого значения.

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

## **2. Договор страхования**

### **2.1. Заявление**

2.1.1. Договор страхования заключается сроком от 1 (одного) месяца до 1 (одного) года включительно на основании письменного заявления Страхователя (юридического лица – Приложение № 3 к настоящим Правилам, физического лица – Приложение № 4 к настоящим Правилам). Заявление может быть заполнено представителем Страховщика со слов Страхователя. Достоверность сведений, указанных в заявлении, Страхователь заверяет своей подписью. Несоблюдение письменной формы договора страхования влечет его недействительность.

2.1.2. В заявлении о страховании должны быть указаны:

2.1.2.1. фамилия, собственное имя, отчество Страхователя – физического лица или наименование, место нахождения и банковские реквизиты Страхователя – юридического лица;

2.1.2.2. список Застрахованных лиц с указанием:

фамилии, имени, отчества, даты рождения;

домашнего адреса и телефона;

названия медицинской программы страхования с указанием страховой суммы;

срока действия договора страхования.



После заключения договора страхования заявление о страховании (Приложение №3 к настоящим Правилам или Приложение №4 к настоящим Правилам) является неотъемлемой частью договора страхования.

2.1.3. Страхователь может выбрать одновременно несколько программ страхования, в этом случае они могут оформляться одним договором страхования (комплексная программа). При выборе нескольких программ страхования, страховая сумма по программам должна устанавливаться в одной валюте (белорусские рубли, либо доллары США, либо евро). При выборе Унифицированной программы страхования, Страхователь (Застрахованное лицо) может быть застрахован только по одной этой программе.

2.1.4. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

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

2.1.5. Если после заключения договора 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.

2.1.6. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

При отсутствии уведомления Страхователем Страховщика об обстоятельствах, увеличивающих степень риска, договор страхования считается прекращенным с момента возникновения такого рода обстоятельств, а Страховщик вправе потребовать возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска. Сумма дополнительного страхового взноса определяется по фор-

муле:

$ДВ = (Вн - Вд) \times До / Н$ , где

**ДВ** - дополнительный страховой взнос;

**Вн** - страховой взнос по договору страхования с учетом изменений;

**Вд** - страховой взнос при заключении договора страхования;

**До** - количество дней со дня следующего за днем внесения изменений в договор страхования до окончания срока действия договора страхования;

**Н** - срок действия договора страхования в днях.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения договора.

Данная методика расчета по доплате страхового взноса также используется при увеличении страховой суммы, изменении программы страхования с увеличением степени страхового риска, увеличении количества Застрахованных лиц по договору страхования.

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

2.1.8. В период действия договора страхования Страхователь имеет право обратиться к Страховщику с заявлением о внесении изменений в договор на срок, согласованный сторонами, но в пределах срока действия договора страхования по вопросу увеличения (уменьшения) страховой суммы, изменения численности Застрахованных лиц и/или изменения программы страхования.

При увеличении страховой суммы, изменении программы страхования с увеличением степени страхового риска Страхователь обязан уплатить дополнительный страховой взнос по формуле согласно подпункту 2.1.6. Правил.

2.1.9. При страховании группы лиц Страхователь заполняет список Застрахованных лиц.

При этом Страхователь имеет право, с согласия Застрахованного лица и Страховщика, заменить Застрахованное лицо. Такая замена применяется в том случае, если по договору страхования в пользу заменяемых Застрахованных лиц не производились страховые выплаты. Для замены Застрахованных лиц Страхователь подает Страховщику заявление по форме согласно Приложению № 7 к настоящим Правилам.

2.1.10. В случае исключения из списка Застрахованных лиц при коллективном страховании Страхователь предоставляет Страховщику заявление произвольной формы с приложением списка исключаемых из договора страхования лиц, на основании которого по согласованию сторон вносятся соответствующие изменения в договор страхования. Если по договору

страхования в отношении исключаемых из списка Застрахованных лиц страховые выплаты не производились, то Страхователю возвращается часть уплаченного за исключаемых из списка Застрахованных лиц страхового взноса пропорционально времени со дня внесения изменений в договор страхования до окончания срока действия договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня внесения изменений в договор страхования.

Если по договору страхования в отношении исключаемых из списка Застрахованных лиц производились (будут произведены) страховые выплаты, то уплаченный (уплаченная) за исключаемых Застрахованных лиц страховой взнос (часть взноса) возврату не подлежит.

2.1.11. В случае увеличения количества Застрахованных лиц при коллективном страховании Страхователь предоставляет Страховщику заявление (согласно Приложению № 3 к настоящим Правилам) с заполненным списком Застрахованных лиц и производит доплату страхового взноса для данных лиц, исчисленную по формуле согласно подпункту 2.1.6. Правил за период со дня, указанного в заявлении Страхователя, как срок начала страхования, до окончания срока действия договора страхования в следующем порядке:

- одновременно с уплатой каждой части страхового взноса в порядке, установленном договором страхования (при уплате страхового взноса в рассрочку);

- либо единовременно (при уплате страхового взноса единовременно или в рассрочку).

2.1.12. При расчетах наличными денежными средствами, а также при безналичных расчетах по доплате части страхового взноса по договору страхования, сумма рассчитанного страхового взноса в иностранной валюте, подлежащая доплате, округляется до ближайшего целого значения, сумма рассчитанного страхового взноса в белорусских рублях, подлежащая доплате, округляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

2.1.13. При установлении страховой суммы в иностранной валюте и уплате страхового взноса в иностранной валюте (в случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь), возврат части страхового взноса осуществляется в валюте платежа страхового взноса, если иное не предусмотрено законодательством или соглашением между Страховщиком и Страхователем, либо, с согласия Страхователя, в белорусских рублях по курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день внесения изменений в договор страхования.

При установлении страховой суммы в иностранной валюте и уплате страхового взноса в белорусских рублях, возврат части страхового взноса осуществляется в белорусских рублях по курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день внесения изменений в договор страхования.

При установлении страховой суммы в белорусских рублях, возврат части страхового взноса осуществляется в белорусских рублях.

При расчетах наличными денежными средствами, а также при безналичных расчетах по возврату части страхового взноса по договору страхования, сумма в иностранной валюте, подлежащая возврату, округляется до ближайшего целого значения. Суммы, подлежащие возврату в белорусских рублях, округляются в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Возврат части страхового взноса производится Страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня внесения изменений в договор страхования (но не ранее даты подачи письменного заявления).

По соглашению сторон, на основании письменного заявления Страхователя, подлежащая возврату часть страхового взноса при внесении изменений в договор страхования может быть направлена в течение 5 (пяти) рабочих дней, на оплату вновь заключаемого договора страхования со Страховщиком или действующего договора по другому виду страхования, в счет уплаты очередной части страхового взноса.

2.1.14. Все изменения и дополнения в договор страхования оформляются в письменной форме путем заключения договоров о внесении изменений в условия страхования, изложенные в договоре страхования.

## **2.2. Медицинская анкета**

2.2.1. Перед заключением договора страхования по требованию Страховщика Застрахованное лицо обязано заполнить медицинскую анкету (Приложение №6 к настоящим Правилам). На основании данных анкеты каждое Застрахованное лицо относится к определенной группе здоровья, используемой для расчета страхового тарифа (Приложение №2 к настоящим Правилам). Перед заключением договора страхования со Страхователем - физическим лицом по Унифицированной программе страхования Застрахованное лицо должно заполнить Сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица (Приложение №8 к настоящим Правилам).

2.2.2. Страховщик также имеет право направить Застрахованное лицо на медицинское обследование для оценки состояния его здоровья. Медицинское обследование проводится за счет средств Страхователя (Застрахованного лица) в медицинских учреждениях, определяемых Страховщиком.

2.2.3. Если число Застрахованных лиц по договору не превышает десяти, каждый из них должен заполнить медицинскую анкету.

2.2.4. Если число Застрахованных лиц больше десяти, необходимость заполнения медицинской анкеты определяется Страховщиком.

### **2.3. Оформление договора страхования**

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

2.3.2. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного заявления страхового полиса, подписанного ими. К договору страхования должны прилагаться Правила страхования, что удостоверяется записью в этом договоре.

2.3.3. Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя или уполномоченного им лица (полномочия подтверждаются соответствующим документом, предъявленным Страховщику).

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

2.3.5. Заключая договор страхования на условиях настоящих Правил, Страхователь соглашается на обработку и хранение Страховщиком всех предоставляемых при заключении договора страхования данных, а также соглашается на получение от Страховщика рассылки рекламно-информационного характера (в том числе посредством СМС и электронной почты).

При этом Страхователь в любой момент вправе отказаться от получения данной рассылки. Отказ должен быть заявлен в письменном виде и подлежит рассмотрению Страховщиком по существу не позднее 10 календарных дней с момента его получения.

### **2.4. Именная карточка**

2.4.1. Одновременно с оформлением договора страхования (страхового полиса) каждому Застрахованному лицу выдается именная карточка, удостоверяющая право Застрахованного лица на получение медицинских услуг в соответствии с настоящими Правилами.

2.4.2. Застрахованному лицу категорически запрещается передавать именную карточку другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования. В случае нарушения указанного условия Страховщик вправе отказать в оплате медицинских услуг, а также досрочно прекратить действие договора страхования в отношении такого Застрахованного лица.

### **2.5. Договор страхования вступает в силу:**

2.5.1. с 00 часов 00 минут любого дня в течение 30 календарных дней со дня, следующего за днем получения Страховщиком (его представителем) страхового взноса по договору или его первой части;

2.5.2. при заключении договора страхования на новый срок до истечения действия предыдущего договора – с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания срока действия предыдущего договора страхования, при условии оплаты страхового взноса (его первой части).

## **2.6. Срок и территория действия договора страхования**

2.6.1. Договор страхования заключается на срок от 1 месяца до 1 года включительно. Срок действия договора страхования указывается в договоре страхования (страховом полисе).

2.6.2. Договор страхования на условиях настоящих Правил действует на территории Республики Беларусь.

## **2.7. Утеря страховых документов**

2.7.1. При утере Застрахованным лицом договора страхования (страхового полиса) и (или) именной карточки оно обязано в течение 3-х рабочих дней с момента обнаружения пропажи указанных документов сообщить об этом Страховщику. Утерянные документы признаются недействительными с момента их утраты и не могут являться основанием для получения медицинской помощи согласно настоящим Правилам и договору страхования.

2.7.2. Взамен утерянных документов Застрахованному лицу выдаются их дубликаты. Для получения копии договора страхования (дубликата страхового полиса) и (или) именной карточки Страхователь или Застрахованное лицо должно предоставить письменное заявление.

## **2.8. Прекращение договора страхования**

2.8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

2.8.1.1. истечения срока действия договора;

2.8.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме;

2.8.1.3. неуплаты Страхователем очередной части страхового взноса в установленные договором страхования сроки и размере, за исключением случаев, когда Страховщик предоставляет на основании письменного заявления Страхователя отсрочку уплаты очередной части страхового взноса, оформленную в письменном виде (п.п. 1.6.4.5. Правил);

2.8.1.4. до окончания срока, на который он был заключен, если после вступления его в силу возможность наступления страхового случая отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, смерти Застрахованного лица;

2.8.1.5. ликвидации Страхователя – юридического лица;

2.8.1.6. по соглашению Страхователя и Страховщика, оформленному в

письменном виде;

2.8.1.7. по инициативе Страхователя в любое время действия договора, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 2.8.1.4. Правил;

2.8.1.8. по инициативе Страховщика при обнаружении у Застрахованного лица в период действия договора заболеваний, перечисленных в п. 1.2.3 Правил;

2.8.1.9. принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;

2.8.1.10. расторжения договора страхования по инициативе Страховщика (в случаях, предусмотренных п.п. 2.1.6. Правил).

2.8.2.1. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п.п. 2.8.1.4., 2.8.1.5., 2.8.1.6., 2.8.1.8. Правил Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. В случае если по данному договору страхования производилась выплата или подлежит выплате страховое обеспечение, страховой взнос (его часть) Страхователю не возвращается;

2.8.2.2. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п.п. 2.8.1.3., 2.8.1.7., 2.8.1.10. Правил страховой взнос (его часть) возврату не подлежит.

2.8.3. При установлении страховой суммы в иностранной валюте и уплате страхового взноса в иностранной валюте, возврат части страхового взноса осуществляется в валюте платежа страхового взноса (в случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь), если иное не предусмотрено законодательством или соглашением между Страховщиком и Страхователем, либо, с согласия Страхователя, в белорусских рублях по курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день досрочного прекращения договора страхования.

При установлении страховой суммы в иностранной валюте и уплате страхового взноса в белорусских рублях, возврат части страхового взноса осуществляется в белорусских рублях по курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день досрочного прекращения договора страхования.

При установлении страховой суммы в белорусских рублях, возврат части страхового взноса осуществляется в белорусских рублях.

По Унифицированной программе страхования при уплате страхового взноса в белорусских рублях, расчет и возврат части страхового взноса осуществляется в белорусских рублях.

При расчетах наличными денежными средствами, а также при безналичных расчетах по возврату части страхового взноса по договору страхования, сумма в иностранной валюте, подлежащая возврату, округляется до ближайшего целого значения. Суммы, подлежащие возврату в белорусских рублях, округляются в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Возврат части страхового взноса производится Страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня прекращения договора страхования (но не ранее даты подачи письменного заявления).

2.8.4. По соглашению сторон, на основании письменного заявления Страхователя, подлежащая возврату часть страхового взноса при досрочном прекращении договора страхования может быть направлена в течение 5 (пяти) рабочих дней, на оплату вновь заключаемого договора страхования со Страховщиком или действующего договора по другому виду страхования, в счет уплаты очередной части страхового взноса.

2.8.5. За несвоевременный возврат части страхового взноса (при досрочном прекращении договора страхования, внесении изменений в договор страхования) по вине Страховщика им уплачивается пеня Страхователю в размере 0,01% от суммы подлежащего возврату страхового взноса за каждый день просрочки.

## **2.9. Переход прав и обязанностей по договору страхования**

2.9.1. В случае смерти Страхователя–физического лица, заключившего договор страхования в пользу третьих лиц, его права и обязанности переходят к этим лицам. Если третьи лица являются недееспособными, то выполнение действий по такому договору страхования возлагается на опекуна или попечителя.

Если в период действия договора страхования Страхователь признан судом недееспособным или ограниченным в дееспособности, права и обязанности такого Страхователя переходят к его опекуну или попечителю.

## **2.10. Условия заключения договора страхования одного и того же объекта**

2.10.1. При заключении договора страхования Страхователь обязан поставить Страховщика в известность об имеющихся в отношении Застрахованного лица договоров страхования, заключенных в других страховых организациях.

## **2.11. Права и обязанности сторон**

2.11.1. Страхователь имеет право:

2.11.1.1. отказаться от договора страхования в соответствии с условиями п. 2.8.1.7. Правил;

2.11.1.2. получить копию договора страхования (дубликат страхового по-



лиса) в случае утери;

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

2.11.2. Страхователь обязан:

2.11.2.1. при заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику;

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

2.11.2.3. уплачивать страховой взнос в установленные договором страхования сроки;

2.11.2.4. ознакомить Застрахованное лицо с Правилами страхования и условиями страхования по договору.

2.11.3. Застрахованное лицо имеет право:

2.11.3.1. на получение медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования;

2.11.3.2. получить дубликат именной карточки в случае утери;

2.11.3.3. на предъявление претензий при нарушении Страховщиком, организацией здравоохранения условий страхования.

2.11.4. Застрахованное лицо обязано:

2.11.4.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

2.11.4.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

2.11.4.3. выполнять инструкции и распоряжения Страховщика, в том числе инструкции по поводу получения Застрахованным лицом медицинской помощи в организации здравоохранения, указанной Страховщиком.

Страховщик имеет право:

2.11.5.1. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также исполнение Страхователем требований и условий договора страхования;

2.11.5.2. получать от правоохранительных, судебных органов, организаций здравоохранения и других компетентных лиц документы, необходимые для решения вопросов о выплате страхового обеспечения (за исключением информации, не подлежащей разглашению этими лицами в соот-

ветствии с законодательством);

2.11.5.3. определять по своему усмотрению организации здравоохранения для оказания медицинской помощи Застрахованному лицу.

2.11.6. Страховщик обязан:

2.11.6.1. в сроки, установленные настоящими Правилами, вручить Страхователю договор страхования (страховой полис) и правила страхования;

2.11.6.2. при наступлении страхового случая после получения всех необходимых документов составить Акт о страховом случае (Приложение №5 к настоящим Правилам), в установленные сроки произвести выплату страхового обеспечения (или отказать в выплате). В случае отказа в выплате страхового обеспечения в течение 10 рабочих дней со дня получения необходимых документов письменно сообщить учреждению, оказавшему медицинскую помощь;

2.11.6.3. обеспечить конфиденциальность сведений, сообщенных Страхователем.

### **3. Определение и выплата страхового обеспечения**

#### **3.1. Порядок оказания медицинской помощи**

3.1.1. При наступлении страхового случая для получения медицинских услуг Застрахованное лицо должно немедленно (до обращения к врачу) обратиться к представителю Страховщика (или Страховщику) по контакт-ным телефонам, указанным в именной карточке. Медицинские услуги Застрахованному лицу оказываются по предъявлении им именной карточки.

3.1.2. Представителем Страховщика является сервисная служба (ассистанс), на основании договора со Страховщиком осуществляющая организацию и оплату медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу.

#### **3.2. Порядок выплаты страхового обеспечения**

3.2.1. Страховщик оплачивает Выгодоприобретателю стоимость оказанных медицинских услуг, объем которых определен выбранной Страхователем программой страхования, и оказанные медицинским учреждением, с которым у Страховщика имеется договор на предоставление медицинских услуг Застрахованным лицам и (или) обращение в которые Застрахованного лица было предварительно согласовано со Страховщиком или представителем Страховщика. Выгодоприобретатель - организация здравоохранения или индивидуальный предприниматель, зарегистрированные и действующие в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь, имеющие специальное разрешение (лицензию) на осуществление медицинской (фармацевтической) деятельности, и которые произвели расходы в связи с оказанием медицинских услуг Застрахованному лицу (далее - организация здравоохранения), а также Застрахованное лицо в соответствии с п. 3.2.3 Правил.

3.2.2. Выплата страхового обеспечения по договору страхования осуществляется Страховщиком путем перечисления денежной суммы Выгодоприобретателю–юридическому лицу (организации здравоохранения) по предъявлении счетов за оказанные Застрахованному лицу медицинские услуги.

3.2.3. По согласованию со Страховщиком в исключительных случаях Застрахованное лицо может самостоятельно оплатить медикаменты, назначенные врачом по медицинским показаниям, и медицинские услуги, предоставленные ему в соответствии с программой страхования на территории Республики Беларусь, за исключением Унифицированной программы страхования, (в том числе, когда в случае угрозы жизни при экстренной госпитализации Застрахованного лица в стационарное медицинское учреждение, с которым у Страховщика отсутствует договор на медицинское обслуживание, ему были оказаны платные медицинские услуги в соответствии с условиями договора страхования; когда в организации здравоохранения временно отсутствовали медикаменты, назначенные врачом в связи с оказанием медицинской помощи в соответствии с программой добровольного страхования и Застрахованное лицо приобрело эти медикаменты самостоятельно на основании выписанных врачом рецептов). В случае возмещения Застрахованному лицу расходов, оплаченных им самостоятельно, выплата страхового обеспечения осуществляется по предъявлении документов, указанных в п.3.2.4 Правил.

3.2.4. Для решения вопроса о выплате страхового обеспечения по расходам, оплаченным Застрахованным лицом самостоятельно, Застрахованное лицо должно предъявить следующие документы:

3.2.4.1. заявление о страховом случае произвольной формы;

3.2.4.2. оригинал документа, подтверждающего факт обращения за медицинской помощью, и содержащего дату обращения, диагноз заболевания;

3.2.4.3. оригиналы платежных документов, подтверждающих оплату медицинской помощи и (или) медикаментов с указанием наименования и стоимости каждого препарата, выписанного лечащим врачом в связи с данным заболеванием;

3.2.4.4. оригиналы рецептов на приобретение медикаментов, а в случае их изъятия аптекой – копии рецептов. Рецепты (их копии) предъявляются в случае отсутствия указания на приобретение медикаментов в документе, подтверждающем факт обращения Застрахованного лица за медицинской помощью.

3.2.5. Выплата страхового обеспечения осуществляется Страховщиком на основании Акта о страховом случае (Приложение №5 к настоящим Правилам), который составляется в течение 10 рабочих дней со дня получения

всех необходимых документов.

3.2.6. Страховое обеспечение выплачивается в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день составления Акта о страховом случае. При установлении страховой суммы в белорусских рублях по договору страхования страховое обеспечение выплачивается в белорусских рублях.

По Унифицированной программе страхования при уплате страхового взноса в белорусских рублях и установлении страховой суммы в белорусских рублях страховое обеспечение выплачивается в белорусских рублях.

Оплата предъявленных счетов за оказанные Застрахованному лицу медицинские услуги в белорусских рублях осуществляется Страховщиком также в белорусских рублях.

Страховое обеспечение выплачивается в течение 5 рабочих дней со дня составления Акта о страховом случае.

3.2.7. Общая сумма выплат страхового обеспечения по всем страховым случаям, произошедшим с Застрахованным лицом в период действия договора страхования, не может превышать установленной договором страхования страховой суммы.

3.2.8. Учет израсходованной Застрахованным лицом страховой суммы по договору страхования осуществляется путем пересчета размера страхового обеспечения, выплаченного в белорусских рублях, в валюту страховой суммы (если страховая сумма установлена в иностранной валюте) по официальному курсу Национального банка Республики Беларусь на дату составления Акта о страховом случае.

3.2.9. За несвоевременную выплату страхового обеспечения по вине Страховщика уплачивается Выгодоприобретателю пеня в размере:

- физическому лицу - 0,5% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей выплате;

- юридическому лицу - 0,1% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей выплате.

3.2.10. При отсутствии возможности в организации здравоохранения обеспечить лекарствами или медицинскими препаратами Страхователя (Застрахованное лицо) и при наличии предписания лечащего врача Страховщик имеет право рассмотреть возможность компенсации вышеуказанных расходов Страхователя (Застрахованного лица) в каждом отдельном случае.

### **3.3. Отказ в выплате страхового обеспечения**

3.3.1. Если международными договорами Республики Беларусь, актами

законодательства или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, когда страховой случай наступил вследствие:

воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения;  
военных действий;  
гражданской войны.

3.3.2. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя (Застрахованного лица).

3.3.3. Решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком в десятидневный срок со дня получения всех необходимых документов и сообщается Страхователю (Застрахованному лицу) в письменной форме с мотивацией причины отказа.

#### **4. Прочие условия**

4.1. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице), его имущественном положении и состоянии его здоровья, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь.

4.2. Споры, вытекающие из отношений по добровольному страхованию медицинских расходов, разрешаются судами Республики Беларусь в соответствии с компетенцией, установленной законодательством Республики Беларусь.

Настоящие правила вступают в силу с даты, указанной в лицензии на осуществление страховой деятельности для такой составляющей страховую деятельность работы и услуги, как добровольное страхование медицинских расходов.

## **Базовые тарифы по программам добровольного страхования медицинских расходов**

Страховая сумма, страховой тариф, а также определенные договором ограничения сумм расходов должны быть установлены в единой валюте.

### **1. Программа "НС"**

Программа "НС" предусматривает оказание медицинской помощи в условиях стационара при внезапных заболеваниях и несчастных случаях, требующих неотложного медицинского вмешательства.

Страховая сумма, долларов США (евро)	500	1000	2000	5000	7000	10000
Базовый страховой тариф, долларов США (евро)	27	43	57	68	77	86

### **2. Программа "С"**

Программа "С" предусматривает оказание медицинской помощи в условиях стационара в полном объеме при заболеваниях (включая обострения хронических заболеваний) или несчастном случае.

Страховая сумма, долларов США (евро)	1000	2000	5000	7000	10000
Базовый страховой тариф, долларов США (евро)	66	87	103	118	130

При установлении страховой суммы в белорусских рублях, базовый страховой тариф устанавливается в размере 2,7% от страховой суммы.

### **3. Программа "А"**

Программа "А" предусматривает оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях при заболеваниях (включая обострения хронических заболеваний) или несчастном случае.

Страховая сумма, долларов США (евро)	1000	2000	5000	7000	10000
Базовый страховой тариф, долларов США (евро)	252	280	336	385	438

При установлении страховой суммы в белорусских рублях, базовый страховой тариф устанавливается в размере 12,5% от страховой суммы.

#### **4. Программа "АС"**

Программа "АС" предусматривает оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях при заболеваниях (включая обострения хронических заболеваний) или несчастном случае, а также стоматологической помощи (терапевтическая и хирургическая стоматология, без протезирования и ортодонтии).

Страховая сумма, долларов США (евро)	1000	2000	5000	7000	10000
Базовый страховой тариф, долларов США (евро)	378	420	504	570	650
Базовый страховой тариф (долларов США (евро)) при условии предварительной санации полости рта	277	308	370	425	485

При установлении страховой суммы в белорусских рублях, базовый страховой тариф устанавливается в размере 20,0% от страховой суммы.

#### **5. Программа "М"**

Программа "М" предусматривает оказание медицинских услуг в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях и травмах, а также медицинскую помощь в случае наступления осложнений.

Базовый страховой тариф по программе «М» составляет 10% страховой суммы, корректировочные коэффициенты не применяются.

#### **6. Программа "Д"**

Программа "Д" предусматривает дополнение выбранной Страхователем программы страхования дополнительным комплексом услуг. Базовый страховой тариф устанавливается в размере 25 долларов США на Застрахованное лицо.

#### **7. Унифицированная программа добровольного страхования медицинских расходов**

Унифицированная программа страхования предусматривает оказание амбулаторно-поликлинической помощи, включенной в данную программу страхования, по медицинским показаниям.

Страховая сумма – 5 000 долларов США;  
Страховой взнос – 300 долларов США в год.

Оплата страхового взноса производится единовременно.

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, установленному Национальным банком Республики Беларусь к доллару США на дату уплаты страхового взноса.

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