

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, от 18.09.2019, от 26.08.2020, от
17.08.2021, 01.06.2023, вступают в силу с 25.07.2023

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

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

В рамках настоящих Правил принято следующее толкование терминов.

Внезапное расстройство здоровья – резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица.

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

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.

Обострение хронического заболевания – стадия течения хронического заболевания, характеризующаяся усилением имеющихся симптомов или появлением новых у 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.

Медицинские организации – организации здравоохранения Республики Беларусь; другие организации, которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность.

Индивидуальные предприниматели (при оказании медицинской помощи) – 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.

Программа добровольного страхования медицинских расходов (далее – программа страхования) – неотъемлемая часть договора добровольного страхования медицинских расходов (далее – договор страхования), содержащая перечень медицинских услуг определенного объема, оказываемых Застрахованному лицу при его обращении в медицинскую организацию, к индивидуальному предпринимателю за медицинской помощью при наступлении страхового случая, в том числе обеспечение Застрахованного лица лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и индивидуального ухода.

Высокотехнологичная медицинская помощь – вид оказания медицинской помощи при наличии у Застрахованного лица заболеваний, требующих применения новых, сложных, уникальных, а также ресурсоемких методов оказания медицинской помощи, основанных на современных достижениях медицинской науки и техники и имеющих высокую клиническую эффективность. В целях страхования применяется перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленный законодательством Республики Беларусь.

1. Страхователь, Застрахованное лицо

1.1. На условиях настоящих Правил заключаются договоры добровольного страхования медицинских расходов со Страхователями, которыми могут выступать:

1.1.1. Дееспособные физические лица, уплачивающие страховые взносы и заключающие договоры страхования в свою пользу или в пользу

третьих лиц (далее по тексту – Застрахованные лица).

1.1.2. Юридические лица и индивидуальные предприниматели, уплачивающие страховые взносы и заключающие договоры страхования в пользу физических лиц (далее по тексту – Застрахованные лица).

1.2. Страхователями не могут выступать Республика Беларусь и ее административно-территориальные единицы, государственные органы, государственные юридические лица, а также хозяйственные общества, в отношении которых Республика Беларусь либо административно-территориальная единица, обладая долями (акциями) в уставных фондах, может определять решения, принимаемые этими обществами.

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

1.4. Договоры страхования не заключаются в отношении лиц:

- а) страдающих психическими заболеваниями и слабоумием;
- б) страдающих тяжелыми нервными заболеваниями;
- в) страдающих тяжелыми эндокринными заболеваниями;
- г) страдающих злокачественными новообразованиями, в том числе онкогематологическими;
- д) страдающих хронической почечной недостаточностью, требующей проведения гемодиализа;
- е) страдающих глубоким микозом, псориазом;
- ж) страдающих острыми и хроническими лучевыми поражениями;
- з) с врожденными аномалиями и пороками развития органов;
- и) с наследственными заболеваниями;
- к) с системными заболеваниями соединительной ткани;
- л) с заболеваниями крови опухолевой природы;
- м) с профессиональными заболеваниями;
- н) ВИЧ-инфицированных и больных СПИД;
- о) инвалидов 1-й и 2-й группы, детей-инвалидов;
- п) госпитализированных на момент заключения договора страхования.

1.5. В случае, если Страхователь, Застрахованное лицо сообщили Страховщику заведомо ложные сведения относительно наличия у Застрахованного лица инвалидности или указанных в п. 1.4 Правил заболеваний, Страховщик вправе потребовать признание договора страхования в пользу указанного Застрахованного лица недействительным.

2. Объект страхования

2.1 Объектом страхования 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 согласно Приложению №1 к настоящим Правилам), при наступлении страхового случая.

3. Страховой случай

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

3.2. По договору страхования Страховщик не оплачивает:

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

3.2.2. медицинские услуги или препараты, не являющиеся необходимыми с точки зрения медицины при постановке диагноза или лечении болезни;

3.2.3. услуги, предоставленные организацией, не являющейся организацией здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь, реализующей лекарственные средства, 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;

3.2.4. реабилитационное и санаторно-курортное лечение, проведение оздоровительных мероприятий (тренажеры, солярий, бассейн, баня, сауна, коррекция веса и т.д.), водогрязелечение, профилактический массаж, спелеолечение (в том числе лечение в соляных шахтах);

3.2.5. медицинские услуги, не соответствующие Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь, медицинские услуги или препараты, рассматриваемые в соответствии со стандартами в качестве экспериментальных или находящихся на стадии исследования, лечение, не признанное наукой или медициной;

3.2.6. 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, катаракты, глаукомы, замену ИОЛ (интраокулярной линзы), контактную коррекцию зрения, кросслинкинг;

3.2.7. стоматологические услуги (ограничение не относится к программе страхования "АС");

3.2.8. 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, шинирование зубов при пародонтите, хирургическое и аппаратное лечение пародонтита, замену старых пломб без медицинских показаний, услуги по имплантации, консультацию гнатолога, гнатологическое обследование и лечение;

3.2.9. ортопедическое лечение плоскостопия, супинаторы, вкладыши для коррекции стопы, лечение деформированных ногтей стоп, кистей, хирургическое лечение вальгусной стопы;

3.2.10. услуги и лечение, связанные с психическими расстройствами (заболеваниями), их осложнениями, а также с различными травмами и заболеваниями, возникшими в связи с заболеваниями психической природы, психиатрическую помощь (по диагнозам, выставленным врачом-специалистом в области оказания психиатрической помощи, например, психиатр, психотерапевт, психоневролог, нарколог, психиатр-нарколог, и соответствующим рубрикам F00-F99 по МКБ-10, за исключением рубрики F45.3- соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы);

3.2.11. лечение членов семьи Застрахованного лица;

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

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

3.2.14. приобретение протезов, медицинских приборов и аппаратов (в том числе, тонометров, кардиостимуляторов, ингаляторов), средств дополнительно реабилитации (тренажеров, спортивных снарядов или оборудования подобного рода), а также приобретение таких изделий медицинского назначения, как термометры, бандажи, грелки,

наколенники, костыли, катетеры, и изделий медицинского назначения, самостоятельно приобретенных Застрахованным лицом;

3.2.15. реконструктивное хирургическое лечение, включая все виды реконструктивных операций, все виды пластической хирургии, ринопластику;

3.2.16. использование препаратов и средств контроля над рождаемостью, услуги по планированию семьи, диагностику и лечение мужского и женского бесплодия, искусственное оплодотворение, диагностику и лечение сексуальных расстройств, в т.ч. импотенции;

3.2.17. лечение болезней, передаваемых половым путем, и контроль после лечения; лечение венерических заболеваний, ВИЧ-инфекций, а также их контроль после лечения;

3.2.18. лечение синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД);

3.2.19. консультации, диагностические исследования и лечение, связанные с беременностью и ее осложнениями, прерывание беременности, дородовое наблюдение, родовспоможение, послеродовое наблюдение, послеродовые заболевания и осложнения (послеродовый период – 42 дня после родов);

3.2.20. аборты и миниаборты, исключая случаи вынужденной медицинской помощи Застрахованному лицу в результате несчастного случая;

3.2.21. лечение травм, ожогов, отравлений, полученных Застрахованным лицом в результате покушения на самоубийство;

3.2.22. лечение травм, ожогов, отравлений, полученных Застрахованным лицом в состоянии алкогольного опьянения либо в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ;

3.2.23. 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;

3.2.24. 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);

3.2.25. оказание высокотехнологичной медицинской помощи (включая сложные медицинские вмешательства), а также эндопротезирование, трансплантацию, имплантацию и протезирование органов и тканей, а также подготовку к ним;

3.2.26. лечение демиелинизирующих болезней, эпилепсии,

церебрального паралича, рассеянного склероза;

3.2.27. лечение системных заболеваний соединительной ткани, всех недифференцированных коллагенозов, болезни Бехтерева, антифосфолипидного синдрома (АФС) и их осложнений;

3.2.28. проведение более одного раза в течение срока страхования ангиографии;

3.2.29. проведение любых генетических исследований;

3.2.30. услуги, оказываемые в профилактических целях (за исключением профилактических услуг, предусмотренных программой страхования по договору, например, вакцинация по программе страхования "Д", профилактические осмотры и медицинские услуги по программе страхования "П"), косметических целях;

3.2.31. экстракорпоральные методы лечения, в т.ч. гидроколлотерапию, внутривенное и надвенозное лазерное и ультрафиолетовое облучение крови, гипербарическую оксигенацию, плазмаферез, гемосорбцию, озонотерапию, аутогемотерапию, аутосеротерапию;

3.2.32. обследование и лечение нетрадиционными методами (в том числе вега-тесты, гипноз, полисомнографическое исследование, гомеопатические методы, рефлексотерапия, озонотерапия, гирудотерапия, баротерапия, мануальная терапия, биорезонансная терапия, диагностика и лечение по методу Фолля, тейпирование и другие);

3.2.33. медицинские услуги и лечение в связи со злокачественными новообразованиями, включая заболевания крови, а также в связи с сахарным диабетом, саркоидозом, туберкулезом, муковисцидозом, хронической почечной и печеночной недостаточностью, гепатитом всех видов и форм, циррозом печени, неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, их осложнениями и последствиями;

3.2.34. исследование минерального обмена и маркеров резорбции костей, денситометрию;

3.2.35. лечение заболеваний, послуживших причиной инвалидности;

3.2.36. расходы на дополнительные предметы удобства: предоставление за плату, покупка или прокат радиоприемника, телевизора, кондиционеров, увлажнителей воздуха, испарителей;

3.2.37. диагностику, лечение, манипуляции и операции по поводу заболеваний кожи, слизистой и волос (мозоли, бородавки, контагиозные моллюски, невусы, папилломы, кондиломы, алопеция, угревая болезнь, себорея);

3.2.38. диагностику и лечение кожных заболеваний: нейродермита, экземы, псориаза, глубоких микозов и микозов ногтевых пластинок, ониходистрофии, микроспории, чесотки, педикулеза;

3.2.39. диагностику и лечение ронхопатии (храпа) и апноэ,

вазотомию, септопластику, услуги лаборатории сна, ~~склеротерапию вен~~, коррекцию речи;

3.2.40. иглорефлексотерапию, эндовазальную лазерную коагуляцию вен (ЭВЛК вен), склеротерапию вен, минифлебэктомию, флебэктомию, кроссэктомию, ударно-волновую терапию, лазеротерапию высокоинтенсивную (HILT), если иное не предусмотрено условиями договора страхования;

3.2.41. удаление доброкачественных новообразований кожи и подкожной клетчатки (халязиона, атером, фибром, дерматофибром, липом и т.п.), за исключением нагноившихся;

3.2.42. плановое оперативное лечение заболеваний сердца, сосудов, нервной системы, органов зрения и чувств, опорно-двигательного аппарата, требующих реконструктивного оперативного лечения, в т.ч. аортокоронарное шунтирование, баллонную ангиопластику, стентирование сосудов и т.п., имплантацию электрокардиостимулятора;

3.2.43. лекарственные средства, приобретаемые для лечения заболевания, обращение за медицинской помощью по поводу которого не являются страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами страхования и программой страхования, в том числе для лечения заболеваний, передающихся половым путем;

3.2.44. лекарственные средства, относящиеся к группам психотропных (в т.ч. психолептики, снотворные), противосудорожных, противодиабетических, противотуберкулезных; любые лекарственные средства, содержащие половые гормоны и модуляторы женской половой сферы, внутриматочные спирали и контрацептивы для системного и местного применения, средства для коррективки питания, общетонизирующие препараты, кроме антианемических препаратов, средства, влияющие на потенцию, средства для лечения алкогольной, наркотической и никотиновой зависимости, радиофармпрепараты, вакцины и сыворотки, гомеопатические препараты, биологические активные пищевые добавки (БАД), лекарственное растительное сырье, косметические и гигиенические средства, самостоятельно приобретенные Застрахованным лицом перевязочные материалы, шприцы, системы для внутривенного вливания;

3.2.45. лекарственные средства, выписанные по назначению врача, приобретаемые после окончания срока действия договора страхования, а также приобретаемые за рубежом;

3.2.46. медицинские расходы, связанные с медицинским осмотром с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий, в том числе профилактической диспансеризацией – консультациями врачей и диагностикой, если иное не оговорено программой страхования и условиями

договора страхования;

3.2.47. обследования для подготовки к стационарному лечению и оперативному вмешательству по случаю, который не является страховым;

3.2.48. расходы, связанные с хроническими заболеваниями вне обострения, в том числе динамичное наблюдение, плановое обследование, профилактические мероприятия, получение рецептов на препараты постоянной коррекции хронического заболевания, если иное не предусмотрено договором страхования с применением соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом Страховщика.

Программой страхования и условиями договора страхования могут быть предусмотрены иные ограничения по предоставлению и оплате медицинских услуг.

3.3. Страховщик имеет право заключать договоры страхования медицинских расходов только при наличии договоров об оказании Застрахованным лицам медицинских услуг с медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на оказание медицинских услуг.

4. Территория действия договора страхования

4.1. Договор страхования действует на территории Республики Беларусь.

5. Страховая сумма

5.1. Страховая сумма – это сумма денежных средств, в пределах которой Страховщик обязан произвести выплату Выгодоприобретателю страхового обеспечения при наступлении страхового случая в течение срока действия договора страхования.

5.2. Страховая сумма по договору страхования устанавливается по соглашению сторон в соответствии с Приложением №1 к настоящим Правилам.

5.3. При заключении договоров страхования определяется страховая сумма на каждое Застрахованное лицо и общая страховая сумма по договору.

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

5.5. По соглашению сторон по договору страхования (по программе страхования) может быть установлена безусловная франшиза – размер

собственного участия Застрахованного лица в возмещении расходов, связанных с оказанием ему медицинской помощи.

Безусловная франшиза устанавливается в абсолютном размере или в процентах от размера расходов, связанных с оказанием медицинской помощи Застрахованному лицу. Безусловная франшиза может быть установлена в целом по программе страхования либо в отношении конкретных медицинских мероприятий, либо в отношении медицинских мероприятий, оказанных конкретными медицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями, перечень которых определен в программе страхования, либо в отношении отдельного Застрахованного лица.

II. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

6. Заключение договора страхования

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

Договор страхования может быть заключен путем составления одного текстового документа (далее по тексту – текстовый документ), или путем обмена текстовыми документами, которые подписаны сторонами собственноручно либо с использованием средств связи и иных технических средств, компьютерных программ, информационных систем или информационных сетей, если такой способ подписания позволяет достоверно установить, что соответствующий текстовый документ подписан сторонами по договору (факсимильное воспроизведение собственноручной подписи с помощью средств механического или другого копирования, другой аналог собственноручной подписи, обеспечивающий идентификацию стороны по договору) и не противоречит законодательству и соглашению сторон.

Договор страхования может быть заключен путем вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного ими.

Договор страхования заключается в письменной форме способами, предусмотренными действующим законодательством Республики Беларусь.

К договору страхования должны прилагаться Правила страхования, что удостоверяется записью в этом договоре (страховом полисе).

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

6.2. Договор страхования заключается на основании письменного

заявления Страхователя (юридического лица – Приложение №2 к настоящим Правилам, физического лица и индивидуального предпринимателя – Приложение №3 к настоящим Правилам) или уполномоченного им лица (полномочия подтверждаются соответствующим документом, предъявленным Страховщику).

После заключения договора страхования заявление о страховании является неотъемлемой частью договора страхования.

6.3. По просьбе Страхователя и с его слов заявление о страховании может быть заполнено представителем Страховщика. Ответственность за достоверность данных, указанных в заявлении о страховании, несет Страхователь, что подтверждается его подписью.

6.4. Перед заключением договора страхования по требованию Страховщика Застрахованное лицо обязано заполнить медицинскую анкету (Приложение №4 к настоящим Правилам). На основании данных анкеты каждое Застрахованное лицо относится к определенной группе здоровья, используемой для расчета страхового тарифа (исходя из группы здоровья определяется значение корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом Страховщика).

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).

6.5. Если число Застрахованных лиц по договору страхования не превышает десяти, каждый из них должен заполнить медицинскую анкету. Если число Застрахованных лиц больше десяти, необходимость заполнения медицинской анкеты определяется Страховщиком.

6.6. 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.

6.7. 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 (доллары США, евро (или эквивалент этой иностранной валюты в белорусских рублях) либо белорусские рубли). При выборе Унифицированной программы страхования, Страхователь (Застрахованное лицо) может быть застрахован только по одной этой программе.

6.8. 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.

6.9. Подписывая договор страхования, Страхователь соглашается и подтверждает, что: согласие Страхователя, Застрахованных лиц на поиск, получение, передачу, сбор, обработку, накопление, хранение, распространение и (или) предоставление, а также использование персональных данных в целях исполнения договора страхования и действующего законодательства (в том числе законодательства о ПОД/ФТ) предоставлено Страховщику; если Страхователь или Застрахованные лица согласно действующему законодательству являются (окажутся в будущем) публичными должностными лицами, они обязуются незамедлительно письменно сообщить об этом Страховщику.

6.10. 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.

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

6.12. 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 и применения последствий, предусмотренных законодательством Республики Беларусь. Требование Страховщика о признании договора страхования недействительным не подлежит

удовлетворению, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.13. 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.

6.14. Первичные учётные документы, подтверждающие совершение хозяйственной операции, при оказании услуг по страхованию оформляются сторонами единолично.

7. Именная карточка

7.1. Одновременно с оформлением договора страхования (страхового полиса) каждому Застрахованному лицу выдается именная карточка, удостоверяющая право Застрахованного лица на получение медицинской помощи в соответствии с программой страхования и настоящими Правилами.

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

8. Срок действия и вступление договора страхования в силу

8.1. Договор страхования заключается на срок от 1 месяца до 1 года включительно, если иное не предусмотрено договором страхования, но не свыше 3 лет. Договор страхования, заключенный на срок более одного года, может заключаться на годы либо годы и месяцы страхования.

8.2. Договор страхования вступает в силу:

8.2.1. с 00 часов 00 минут любого дня в течение 30 календарных дней со дня, следующего за днем:

- получения страхового взноса (его первой части) Страховщиком (его представителем) либо уплаты в банк на расчетный счет Страховщика (при расчетах наличными денежными средствами);

- поступления страхового взноса (его первой части) на счет Страховщика (его представителя) при безналичных расчетах;

- совершения операции по перечислению страхового взноса (его первой части) при уплате страхового взноса с использованием банковских платежных карточек.

8.2.2. 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 уплаты страхового взноса (его первой части).

9. Страховой тариф, страховой взнос

9.1. Страховой тариф определяется в зависимости от выбранной программы страхования (и, при необходимости, данных медицинской анкеты) на основе базового тарифа (Приложение №1 к настоящим Правилам) с учетом корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика, за исключением программы "Д", программы "П" и Унифицированной программы страхования, по которым корректировочные коэффициенты не применяются.

9.2. 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.

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

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

9.4.1. 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.

9.4.2. 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.

9.4.3. 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.

9.5. Страховой взнос по договорам страхования, заключенным на срок более года, уплачивается единовременно или по соглашению сторон в рассрочку. При уплате в рассрочку первая часть страхового взноса должна быть уплачена при заключении договора страхования в размере не менее 10% от общей суммы исчисленного страхового взноса, а оставшаяся часть страхового взноса уплачивается равными долями в порядке, предусмотренном договором страхования, но не позднее последнего дня оплаченного периода.

9.6. По соглашению сторон договором страхования может быть определен иной порядок рассрочки, обеспечивающий предварительную уплату части страхового взноса не позднее последнего дня оплаченного периода.

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

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

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

9.8.2. по соглашению сторон предоставить отсрочку Страхователю до 30 календарных дней со дня, следующего за днем, указанным в договоре страхования как дата уплаты очередной части взноса при наличии письменных обязательств Страхователя погасить имеющуюся задолженность (просроченную сумму страхового взноса).

В период предоставленной отсрочки Страховщик несет обязательства по договору страхования при условии уплаты Страхователем в указанный срок части страхового взноса, по которой предоставлена отсрочка.

При непогашении Страхователем задолженности по уплате части страхового взноса, по которой предоставлена отсрочка, в указанный срок, договор страхования считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, указанным в договоре страхования как дата уплаты той части страхового взноса, по которой предоставлена отсрочка. При этом Страхователь обязан уплатить часть страхового взноса за период отсрочки.

Если страховой случай наступил до уплаты очередной части страхового взноса, по которой предоставлена отсрочка, Страховщик

вправе при определении размера подлежащего выплате страхового обеспечения (суммы возмещения за самостоятельно оплаченные Застрахованным лицом лекарственные средства, медицинские услуги) вычесть сумму той части страхового взноса, по которой предоставлена отсрочка.

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

10. Изменение условий договора страхования

10.1. 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 степени страхового риска.

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

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

10.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению степени риска.

10.3. В период действия договора страхования Страхователь имеет право обратиться к Страховщику с заявлением о внесении изменений в договор страхования 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.

10.4. Расчет дополнительного страхового взноса в связи с увеличением количества Застрахованных лиц, страховой суммы по договору, изменением программы страхования с увеличением степени страхового риска, а также иными обстоятельствами, влияющими на увеличение степени риска, согласно п. 10.1 Правил, производится следующим образом:

$$ДВ = (Вн - Вд) \times Д / Н, \text{ где}$$

ДВ - дополнительный страховой взнос;

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

Вд - страховой взнос при заключении договора страхования;

Д - 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.

10.5. В случае увеличения количества Застрахованных лиц при коллективном страховании Страхователь предоставляет Страховщику заявление (согласно Приложению №2 или Приложению №3 к настоящим Правилам) с заполненным списком Застрахованных лиц и производит доплату страхового взноса для данных лиц.

10.6. При увеличении количества Застрахованных лиц, страховой суммы, изменении программы страхования с увеличением степени страхового риска, а также иных обстоятельствах, влияющих на увеличение степени риска, Страхователь обязан уплатить дополнительный страховой взнос не позднее даты вступления в силу вносимых в договор страхования изменений, рассчитанный по формуле согласно п. 10.4 Правил за период со дня, указанного в заявлении Страхователя как срок начала внесения изменений в договор страхования (но не ранее даты подачи заявления Страхователем) до окончания срока действия договора страхования.

10.7. Дополнительный страховой взнос уплачивается в следующем порядке:

10.7.1. первая часть дополнительного страхового взноса уплачивается при внесении изменений в договор в порядке, установленном договором страхования, а остальные части – одновременно с уплатой каждой части страхового взноса (при уплате страхового взноса в рассрочку);

10.7.2. единовременно (при уплате страхового взноса единовременно или в рассрочку).

10.8. Страхователь имеет право, с согласия Застрахованного лица и Страховщика, заменить одно Застрахованное лицо на другое Застрахованное лицо без доплаты или возврата части страхового взноса. Такая замена применяется в том случае, если по договору страхования в пользу заменяемых Застрахованных лиц не производились страховые выплаты и годовые страховые взносы у заменяемых Застрахованных лиц одинаковые.

Для замены Застрахованных лиц Страхователь подает Страховщику

заявление по форме согласно Приложению №5 к настоящим Правилам.

10.9. 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.

10.9.1. 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, рассчитанная следующим образом:

$ВВ = (Вд - Вн) \times Д / Н$, где

ВВ - размер страхового взноса, подлежащий возврату;

Вд - страховой взнос при заключении договора страхования;

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

Д - 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.

10.9.2. 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.

10.10. 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.

10.11. При уменьшении степени страхового риска в период действия договора страхования при уменьшении страховой суммы, изменении программы страхования с уменьшением степени риска возврат части страхового взноса либо перерасчет неуплаченных частей страхового взноса не производится.

10.12. Если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса

согласно п. 10.2 Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского кодекса Республики Беларусь. В этом случае договор расторгается с момента получения такого отказа. К отказу приравнивается неполучение ответа от Страхователя на надлежаще отправленное (заказное, заказное с уведомлением) письменное предложение Страховщика об изменении условий страхования или доплате дополнительного страхового взноса в течение 10 календарных дней с момента получения Страхователем такого предложения. До уплаты Страхователем дополнительного страхового взноса или изменения условий договора страхования, Страховщик не несет ответственности по страховым случаям, вызванным увеличением степени риска.

10.13. При неисполнении Страхователем обязанности, предусмотренной п. 10.1 Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора. В этом случае договор страхования прекращается со дня увеличения степени риска и по событиям, произошедшим после увеличения степени риска, страховое обеспечение выплате не подлежит.

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

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

11. Переход прав и обязанностей по договору

11.1. 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.

11.2. В случае реорганизации Страхователя – юридического лица в период действия договора страхования, права и обязанности по договору страхования переходят к его правопреемнику.

12. Прекращение договора страхования

12.1. Договор страхования прекращается в случаях:

12.1.1. истечения срока его действия;

12.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

12.1.3. 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. 9.8.2 п. 9.8 Правил);

12.1.4. если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и страхование прекратилось по обстоятельствам иным, чем наступление страхового случая, в частности, смерти Застрахованного лица;

12.1.5. ликвидации Страхователя – юридического лица, прекращения деятельности Страхователя – индивидуального предпринимателя;

12.1.6. по соглашению Страхователя и Страховщика, оформленному в письменном виде;

12.1.7. по инициативе Страхователя в любое время действия договора страхования, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п.п. 12.1.4 п. 12.1 Правил;

12.1.8. по инициативе Страховщика при обнаружении у Застрахованного лица в период действия договора страхования заболеваний и иных обстоятельств, перечисленных в п. 1.4 Правил;

12.1.9. расторжения договора страхования по инициативе Страховщика (в случаях, предусмотренных п.п. 10.12, 10.13 Правил).

12.2. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п.п. 12.1.4, 12.1.5, 12.1.6, 12.1.8 п.12.1 Правил Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

12.3. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п.п. 12.1.3, 12.1.7, 12.1.9 п. 12.1 Правил, а также, если была произведена выплата страхового обеспечения (подлежит выплате страховое обеспечение) по договору страхования, страховой взнос (его часть) возврату не подлежит.

12.4. Возврат части страхового взноса Страхователю в случае досрочного прекращения договора страхования производится Страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения всех необходимых документов (но не ранее даты подачи письменного заявления).

12.5. Часть страхового взноса, подлежащая возврату в случае досрочного прекращения договора страхования, рассчитывается следующим образом:

$$\text{ЧВ} = \frac{\text{Ву} \times \text{Д}}{\text{Н}}, \text{ где}$$

ЧВ – часть страхового взноса, подлежащая возврату,

Ву – уплаченная сумма страхового взноса по договору (установленная в иностранной валюте, если договор страхования заключен в иностранной валюте или в белорусских рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте или установленная в белорусских рублях, если договор заключен в белорусских рублях),

Д – количество дней оставшихся до окончания оплаченного периода по договору со дня прекращения договора страхования,

Н – количество дней оплаченного периода по договору.

12.6. 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.

13. Валюта договора страхования

13.1. Договор страхования может заключаться как в белорусских рублях, так и в случаях, предусмотренных действующим законодательством, в иностранной валюте (в долларах США или евро).

Договор страхования также может заключаться в белорусских рублях в сумме, эквивалентной определённой сумме в иностранной валюте. В этом случае расчёты между сторонами производятся аналогично расчётам при заключении договора страхования в иностранной валюте (п. 13.3 Правил).

Страховые суммы по всем программам страхования по договору страхования устанавливаются в одной валюте.

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.

13.2. При заключении договора страхования в белорусских рублях все расчеты по уплате страхового взноса (части страхового взноса), возврату части страхового взноса Страхователю по договору производятся 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.

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

13.3. При заключении договора страхования в иностранной валюте, в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь:

13.3.1. страховой взнос исчисляется в иностранной валюте страховой суммы и уплачивается в валюте страховой суммы или в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса или его части (при предоставлении рассрочки по уплате страхового взноса по договору страхования).

При установлении страховой суммы в белорусских рублях в сумме, эквивалентной определённой сумме в иностранной валюте, страховой взнос исчисляется в белорусских рублях в сумме, эквивалентной определённой сумме в иностранной валюте, и уплачивается в белорусских рублях.

13.3.2. при 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 или досрочного прекращения договора страхования;

13.3.3. 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 или досрочного прекращения договора страхования.

13.4. Страховое обеспечение по договору страхования выплачивается в белорусских рублях.

Оплата предъявленных счетов за оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь, предоставленные лекарственные средства в белорусских рублях осуществляется Страховщиком также в белорусских рублях.

13.5. При наличных или безналичных (в том числе с использованием банковских платежных карточек) расчетах по уплате страхового взноса (части страхового взноса), возврату части страхового взноса сумма в иностранной валюте, подлежащая уплате или возврату округляется до ближайшего целого значения.

Суммы, подлежащие уплате, возврату или выплате в белорусских рублях, округляются до наименьшего номинала денежного знака, находящегося в обращении на территории Республики Беларусь.

При уплате в белорусских рублях страхового взноса, установленного в иностранной валюте, сумма в иностранной валюте округляется до ближайшего целого значения.

13.6. 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 согласно действующему законодательству Республики Беларусь или в белорусских рублях в эквиваленте иностранной валюты):

13.6.1. по официальному курсу Национального банка Республики Беларусь на дату отпуска лекарственных средств (в случае отпуска лекарственных средств сетью аптек в соответствии с п. 17.10 Правил);

13.6.2. по официальному курсу Национального банка Республики Беларусь на дату составления Акта о страховом случае во всех иных случаях выплаты страхового обеспечения.

14. Утеря страховых документов

14.1. 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.

14.2. 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 Страховщику письменное заявление.

15. Права и обязанности сторон

15.1. Страхователь имеет право:

15.1.1. ознакомиться с настоящими Правилами и условиями страхования, получить договор страхования и настоящие Правила;

15.1.2. требовать от Страховщика выполнения условий по договору страхования;

15.1.3. отказаться от договора страхования в соответствии с условиями п.п. 12.1.7 п. 12.1 Правил;

15.1.4. получить копию договора страхования (дубликат страхового полиса) в случае утери;

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

15.2. Страхователь обязан:

15.2.1. 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;

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

15.2.3. уплачивать страховой взнос в установленные договором страхования сроки;

15.2.4. ознакомить Застрахованное лицо с Правилами страхования и условиями договора страхования.

15.3. Застрахованное лицо имеет право:

15.3.1. на получение медицинской помощи в соответствии с программой страхования и условиями договора страхования;

15.3.2. получить дубликат именной карточки в случае утери;
15.3.3. на предъявление претензий при нарушении Страховщиком, организацией здравоохранения условий страхования.

15.4. Застрахованное лицо обязано:

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

15.4.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;

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

15.4.4. возместить в кассу Страховщика (перечислить на счет Страховщика) расходы на лекарственные средства, оплаченные Страховщиком организации здравоохранения (аптеке):

- приобретенные Застрахованным лицом для лечения заболевания, которое не относится к страховым случаям;

- которые не оплачиваются Страховщиком согласно п.п. 3.2.43 – 3.2.45 Правил страхования;

- которые превысили установленный программой страхования и договором страхования лимит на оплату лекарственных средств;

- приобретенные для лечения иных, чем Застрахованное лицо, лиц.

15.5. Страховщик имеет право:

15.5.1. проверять сообщенную Страхователем, Застрахованным лицом информацию, а также исполнение Страхователем, Застрахованным лицом требований и условий договора страхования;

15.5.2. 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 соответствии с законодательством);

15.5.3. определять по своему усмотрению медицинские организации и индивидуальных предпринимателей для оказания медицинской помощи Застрахованному лицу;

15.5.4. определять условиями договора страхования конкретный перечень медицинских организаций и индивидуальных предпринимателей для оказания медицинской помощи Застрахованному лицу;

15.5.5. не осуществлять направление Застрахованного лица в организацию здравоохранения и не предоставлять каких-либо гарантий

оплаты медицинских услуг в случае, если остаток установленной договором страхования (программой страхования) страховой суммы (либо остаток установленного лимита на определенный вид медицинской помощи) на момент обращения Застрахованного лица с целью получения этих медицинских услуг приблизился к размеру, недостаточному для их оплаты, пока величина этого остатка не будет точно рассчитана Страховщиком после получения полной информации о стоимости оказанных медицинских услуг этому Застрахованному лицу различными организациями здравоохранения в течение срока его страхования по договору.

15.6. Страховщик обязан:

15.6.1. в порядке, установленном настоящими Правилами, вручить Страхователю договор страхования (страховой полис) и Правила страхования;

15.6.2. при наступлении страхового случая после получения всех необходимых документов составить Акт о страховом случае (Приложение №7 к настоящим Правилам), в установленные сроки произвести выплату страхового обеспечения (или отказать в выплате);

15.6.3. обеспечить конфиденциальность сведений, сообщенных Страхователем, Застрахованным лицом.

III. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

16. Порядок оказания медицинской помощи

16.1. При наступлении страхового случая для получения медицинской помощи Застрахованное лицо должно немедленно (до обращения к врачу) обратиться к представителю Страховщика (или Страховщику) по контактному телефону, указанным в именной карточке. Медицинская помощь Застрахованному лицу оказывается по предъявлении им именной карточки.

17. Порядок выплаты страхового обеспечения

17.1. Страховщик оплачивает Выгодоприобретателю стоимость оказанной медицинской помощи и приобретенных лекарственных средств, назначенных врачом, объем которых определен выбранной Страхователем программой страхования, и оказанные медицинским учреждением, отпущенные аптекой, с которыми у Страховщика имеются договоры на предоставление медицинской помощи или лекарственных

средств Застрахованным лицам и (или) обращение в которые Застрахованного лица было предварительно согласовано со Страховщиком или представителем Страховщика.

17.2. Выплата страхового обеспечения по договору страхования осуществляется Страховщиком путем перечисления денежной суммы Выгодоприобретателю – юридическому лицу (медицинской организации) или индивидуальному предпринимателю по предъявлении ими счетов за оказанные Застрахованному лицу медицинские услуги, предоставленные лекарственные средства.

17.3. Для составления акта о страховом случае и выплаты страхового обеспечения (оплаты за оказанную медицинскую помощь Застрахованному лицу) Выгодоприобретатель (медицинская организация или индивидуальный предприниматель) представляет Страховщику счета за оказанную медицинскую помощь, в которых в обязательном порядке указываются:

- номер (серия) и срок действия договора добровольного страхования;

- фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения, идентификационный номер либо номер (при отсутствии идентификационного номера) документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица, которому была оказана медицинская помощь;

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

17.4. По согласованию со Страховщиком в исключительных случаях Застрахованное лицо может самостоятельно оплатить лекарственные средства, 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 лекарственные средства, назначенные врачом в связи с оказанием медицинской помощи в соответствии с программой добровольного страхования и Застрахованное лицо приобрело эти лекарственные средства 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. 17.5 Правил.

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

17.5.1. заявление о страховом случае;

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

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

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

17.6. Выплата страхового обеспечения осуществляется Страховщиком на основании Акта о страховом случае (Приложение №7 к настоящим Правилам), который составляется в течение 10 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов.

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

17.8. 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.

17.9. При отсутствии возможности в медицинской организации обеспечить лекарственными средствами 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.

17.10. При наступлении страхового случая лекарственные средства в размерах, установленных программой страхования и договором страхования, могут приобретаться без оплаты Застрахованным лицом в сети аптек, с которыми у Страховщика имеется договор на предоставление медикаментозного обеспечения Застрахованным лицам, при предъявлении именной карточки Застрахованного лица и рецепта,

выписанного врачом в связи со страховым случаем.

18. Ответственность Страховщика за неисполнение обязательств

18.1. За несвоевременную выплату страхового обеспечения по вине Страховщика Выгодоприобретателю уплачивается 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.

18.2. 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 части страхового взноса, подлежащей возврату, за каждый день просрочки.

19. Отказ в выплате страхового обеспечения

19.1. 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.

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

19.3. При непризнании происшедшего с Застрахованным лицом случая страховым решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком и сообщается в течение 5 рабочих дней после получения всех необходимых документов Страхователю (Застрахованному лицу), Выгодоприобретателю (учреждению, оказавшему медицинскую помощь) в письменной форме с мотивацией причины отказа.

20. Порядок рассмотрения споров, вытекающих из отношений по страхованию

20.1. По требованиям, вытекающим из договоров страхования,

заключенных на основании настоящих Правил, устанавливается общий срок исковой давности, исчисляемый со дня окончания действия договора страхования.

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

Программы добровольного страхования медицинских расходов

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

1. Программа "С"

Программа "С" предусматривает оказание медицинской помощи в условиях стационара в полном объеме при заболеваниях (включая хронические заболевания и их обострения) или несчастном случае.

Подлежат оплате расходы, связанные с оказанием следующих услуг (по медицинским показаниям):

- услуги наземной скорой помощи;
- стационарное лечение по медицинским показаниям;
- помещение в стационар (палата и питание);
- отделение интенсивной терапии;
- оперативное вмешательство;
- анестезиологические услуги;
- пользование медицинским оборудованием: аппарат искусственной вентиляции, гемодиализ и т.д.;
- лекарственные препараты, включая растворы для внутривенных введений;
- перевязочные материалы, гипсовые повязки, за исключением пластиковых (полимерных) бинтов, ортезов;
- консультация в стационаре;
- лабораторные и инструментальные исследования.

Страховая сумма по программе "С" может устанавливаться в иностранной валюте (долл. США, евро) в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь, или в белорусских рублях. Страховая сумма по программе страхования также может устанавливаться в белорусских рублях в сумме, эквивалентной определённой сумме в иностранной валюте.

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

При установлении по программе "С" страховой суммы в белорусских рублях базовые страховые тарифы устанавливаются в следующих размерах от страховой суммы:

Страховая сумма, бел. руб.	Базовый страховой тариф, %
от 3000 – до 6000	6,6%
от 6000 – до 15000	4,35%
от 15000 – до 21000	2,06%
от 21000 – до 30000	1,68%

2. Программа "А"

Программа "А" предусматривает оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях при заболеваниях (включая хронические заболевания, если применен соответствующий корректировочный коэффициент, и их обострения) или несчастном случае.

Подлежат оплате расходы, связанные с оказанием следующих услуг (по медицинским показаниям):

- амбулаторно-поликлиническое обслуживание, включая:
 - **консультативно-диагностические приемы и наблюдение специалистов, в том числе:**

консультация гинеколога (в т.ч. гинеколога-эндокринолога), уролога – не более 5 раз за период страхования по каждому специалисту, включая консультации с применением телемедицинских технологий;

оказание врачебной помощи вне организации здравоохранения (посещение врачом на дому) – не более 2 раз за период страхования;

оказание консультативной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

– **диагностические исследования**, согласно медицинскому назначению:

лабораторные исследования, включая:

- биохимическое исследование крови – не более 4 исследований за период страхования,

- лабораторное исследование на гормоны – не более 10 показателей за период страхования,
- аллергологические исследования – не более 1-ой аллергопанели за период страхования,
- онкомаркеры – не более 4 показателей за период страхования,
- обследование на ИППП методом ПЦР, РИФ, ИФА – не более 5 показателей за период страхования,
- бакпосев из урогенитального тракта – не более 2 исследований за период страхования,
- жидкостная цитология – не более 1 раза за период страхования,
- 13С-уреазный дыхательный тест на определение инфекции *Helicobacter pylori* – однократно за период страхования,
- тестирование на коронавирусную инфекцию – не более 2 исследований в совокупности: ПЦР, антиген в назофарингеальных мазках, IgM, IgG (кровь);
- функциональные исследования;*
- ультразвуковая диагностика (УЗИ-диагностика), за исключением стресс Эхо-КГ, УЗ-мониторинга овуляции – не более 5 обследований за период страхования;*
- рентгенологические исследования;*
- маммография – однократно за период страхования;*
- радиоизотопные (радионуклидные) исследования – однократно за период страхования;*
- компьютерная томография (КТ) (в т.ч. 3D-КТ (КЛКТ), 4D-КТ) – не более 1 раза за период страхования и только одной анатомической области;*
- магнито-резонансная томография (МРТ) (за исключением МРТ молочных желез) – не более 1 раза за период страхования и только одной анатомической области;*
- эндоскопические исследования (без общей анестезии, без седации), в т.ч. фиброгастроскопия (ФЭГДС), фиброколоноскопия (ФКС), фибробронхоскопия (ФБС), ректосигмоколоноскопия, ректоскопия, ректосигмоскопия, цистоскопия, видеоэндоскопия ЛОР-органов – не более 2 раз в совокупности за период страхования. Не подлежат оплате капсульная эндоскопия, эндоультрасонография;*
- лечебные процедуры, операции и манипуляции по медицинским показаниям, в т.ч. малые оперативные вмешательства без общей анестезии, без седации, включая промывание лакун миндалин, носа, в т.ч. вакуумное промывание (за исключением криптолиза небных миндалин) – 1 курс за период страхования (1 курс – 5 процедур);**
- восстановительное лечение:**

физиотерапевтическое лечение в амбулаторно-поликлинических условиях: электро-, свето-, теплолечение, магнито-, лазеротерапия (кроме импульсной, высокоинтенсивной) – не более 10 сеансов по каждому виду воздействия и только одной зоны;

лечебный массаж по медицинским показаниям – 1 курс в период страхования (1 курс – не более 10 сеансов и только одной зоны);

- расходы на лекарственные средства (если включена их оплата);
- перевязочные материалы, гипсовые повязки, за исключением пластиковых (полимерных) бинтов, ортезов.

По данной программе "А" не осуществляется и не оплачивается, если договором страхования не предусмотрено иное с применением соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом Страховщика:

- консультация иммунолога, иммунограмма;
- организация и оплата медицинских манипуляций вне организации здравоохранения (анализы и процедуры на дому);
- пребывание в отделении дневного наблюдения (дневной стационар);
- водородные дыхательные тесты;
- электронейромиография;
- гистероскопия (в т.ч. удаление полипов тела матки и шейки матки);
- оториноларингологические операции в амбулаторных условиях;
- проктологические операции в амбулаторных условиях.

По программе "А" также не осуществляются и не оплачиваются:

- исследования на содержание витаминов;
- контроль коагулограммы и D-димеров, биохимический анализ крови при приеме контрацептивов по направлению гинеколога;
- тест исследования (экспресс, комплексные);
- позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ-КТ);
- манометрия пищевода, импеданс-рН-метрия пищевода;
- аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ);
- высокоинтенсивная магнитотерапия;
- радиочастотная абляция (РЧА);
- вмешательства с использованием CO₂ лазера и других аппаратов, имеющих схожие характеристики;
- внутриматочное введение лекарственных средств;
- хирургическое лечение лейкоплакии мочевого пузыря;
- хирургическое лечение грыж;

- PRP-терапия;
- пневмокомпрессионная терапия (лимфомат).

Условиями договора страхования могут быть предусмотрены иные ограничения по оказанию медицинских услуг, а также конкретный перечень медицинских учреждений для оказания медицинской помощи Застрахованному лицу, что указывается в договоре страхования.

Условиями договора страхования может быть предусмотрено также исключение отдельных ограничений по оказанию медицинской помощи из данной амбулаторной программы при условии применения соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика.

При установлении страховой суммы в иностранной валюте (либо в белорусских рублях в сумме, эквивалентной определённой сумме в иностранной валюте) в соответствии с законодательством Республики Беларусь:

- общая сумма расходов на оплату лекарственных средств определяется в размере не более 50 долларов США (евро) (эквивалента этой суммы в белорусских рублях) в течение срока действия договора страхования. Расходы на лекарственные средства оплачиваются при одновременном страховании по нескольким программам с общей страховой суммой не менее 7000 долларов США (евро) (эквивалента этой суммы в белорусских рублях) на каждое Застрахованное лицо.

По соглашению сторон может быть предусмотрена оплата расходов на лекарственные средства не более 50 долларов США (евро) (эквивалента этой суммы в белорусских рублях) в течение срока действия договора страхования при одновременном страховании по нескольким программам с общей страховой суммой не менее 4000 долларов США (евро) (эквивалента этой суммы в белорусских рублях) на каждое Застрахованное лицо, при условии применения соответствующего повышающего корректировочного коэффициента.

По соглашению сторон также может быть установлена иная сумма оплаты расходов на лекарственные средства, но не более 500 долларов США (евро) (эквивалента этой суммы в белорусских рублях) при условии применения соответствующих корректировочных коэффициентов.

При установлении страховой суммы в белорусских рублях:

- общая сумма расходов на оплату лекарственных средств определяется в размере не более 150 белорусских рублей в течение срока действия договора страхования. Расходы на лекарственные средства оплачиваются при одновременном страховании по нескольким программам с общей страховой суммой не менее 21000 белорусских рублей на каждое Застрахованное лицо.

По соглашению сторон может быть предусмотрена оплата расходов на лекарственные средства не более 150 белорусских рублей в течение срока действия договора страхования при одновременном страховании по нескольким программам с общей страховой суммой не менее 12000 белорусских рублей на каждое Застрахованное лицо, при условии применения соответствующего повышающего корректировочного коэффициента.

По соглашению сторон также может быть установлена иная сумма оплаты расходов на лекарственные средства, но не более 1500 белорусских рублей, при условии применения соответствующих корректировочных коэффициентов.

Сумма оплаты расходов на лекарственные средства может быть полностью исключена, при условии применения соответствующего корректировочного коэффициента.

Страховая сумма по программе "А" может устанавливаться в иностранной валюте (долл. США, евро) в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь, или в белорусских рублях. Страховая сумма по программе страхования также может устанавливаться в белорусских рублях в сумме, эквивалентной определённой сумме в иностранной валюте.

Страховая сумма, долларов США (евро)	1000	2000	5000	7000	10000
Базовый страховой тариф, долларов США (евро)	255	283	339	388	442

При установлении по программе "А" страховой суммы в белорусских рублях базовые страховые тарифы устанавливаются в следующих размерах от страховой суммы:

Страховая сумма, бел. руб.	Базовый страховой тариф, %
от 3000 – до 6000	25,45%
от 6000 – до 15000	14,14%
от 15000 – до 21000	6,77%
от 21000 – до 30000	5,56%

К базовому тарифу по программе "А" не применяется корректировочный коэффициент «Гражданство».

3. Программа "АС"

Программа "АС" предусматривает оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях при заболеваниях (включая хронические заболевания, если применен соответствующий корректировочный коэффициент, и их обострения) или несчастном случае, а также стоматологической помощи (терапевтическая и хирургическая стоматология, без протезирования и ортодонтии).

Подлежат оплате расходы, связанные с оказанием следующих услуг (по медицинским показаниям):

- амбулаторно-поликлиническое обслуживание, включая:

– **консультативно-диагностические приемы и наблюдение специалистов, в том числе:**

консультация гинеколога (в т.ч. гинеколога-эндокринолога), уролога – не более 5 раз за период страхования по каждому специалисту, включая консультации с применением телемедицинских технологий;

оказание врачебной помощи вне организации здравоохранения (посещение врачом на дому) – не более 2 раз за период страхования;

оказание консультативной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

– **диагностические исследования**, согласно медицинскому назначению:

лабораторные исследования, включая:

- биохимическое исследование крови – не более 4 исследований за период страхования,

- лабораторное исследование на гормоны – не более 10 показателей за период страхования,

- аллергологические исследования – не более 1-ой аллергопанели за период страхования,

- онкомаркеры – не более 4 показателей за период страхования,

- обследование на ИППП методом ПЦР, РИФ, ИФА – не более 5 показателей за период страхования,

- бакпосев из уrogenитального тракта – не более 2 исследований за период страхования,

- жидкостная цитология – не более 1 раза за период страхования,

- 13С-уреазный дыхательный тест на определение инфекции *Helicobacter pylori* – однократно за период страхования,

- тестирование на коронавирусную инфекцию – не более 2 исследований в совокупности: ПЦР, антиген в назофарингеальных мазках, IgM, IgG (кровь);

функциональные исследования;

ультразвуковая диагностика (УЗИ-диагностика), за исключением стресс Эхо-КГ, УЗ-мониторинга овуляции – не более 5 обследований за период страхования;

рентгенологические исследования;

маммография – однократно за период страхования;

радиоизотопные (радионуклидные) исследования – однократно за период страхования;

компьютерная томография (КТ) (в т.ч. 3D-КТ (КЛКТ), 4D-КТ) – не более 1 раза за период страхования и только одной анатомической области;

магнито-резонансная томография (МРТ) (за исключением МРТ молочных желез) – не более 1 раза за период страхования и только одной анатомической области;

эндоскопические исследования (без общей анестезии, без седации), в т.ч. фиброгастроскопия (ФЭГДС), фиброколоноскопия (ФКС), фибробронхоскопия (ФБС), ректосигмоколоноскопия, ректоскопия, ректосигмоскопия, цистоскопия, видеоэндоскопия ЛОР-органов – не более 2 раз в совокупности за период страхования. Не подлежат оплате капсульная эндоскопия, эндоультрасонография;

– **лечебные процедуры, операции и манипуляции** по медицинским показаниям, в т.ч. малые оперативные вмешательства без общей анестезии, без седации, включая промывание лакун миндалин, носа, в т.ч. вакуумное промывание (за исключением криптолиза небных миндалин) – 1 курс за период страхования (1 курс – 5 процедур);

– **восстановительное лечение:**

физиотерапевтическое лечение в амбулаторно-поликлинических условиях: электро-, свето-, теплолечение, магнито-, лазеротерапия (кроме импульсной, высокоинтенсивной) – не более 10 сеансов по каждому виду воздействия и только одной зоны;

лечебный массаж по медицинским показаниям – 1 курс в период страхования (1 курс – не более 10 сеансов и только одной зоны);

- расходы на лекарственные средства (если включена их оплата);
- перевязочные материалы, гипсовые повязки, за исключением пластиковых (полимерных) бинтов, ортезов;

• терапевтическая и хирургическая стоматология (кроме зубопротезирования и ортодонтической помощи, установки анкерных и иных штифтов (кроме гуттаперчевых штифтов), удаления ретинированных и дистопированных зубов, лечения под общим наркозом). По соглашению сторон сумма расходов на оплату указанных стоматологических услуг может быть ограничена в пределах страховой

суммы по программе "АС" при условии применения соответствующего корректировочного коэффициента.

По данной программе "АС" не осуществляется и не оплачивается, если договором страхования не предусмотрено иное с применением соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом Страховщика:

- консультация иммунолога, иммунограмма;
- организация и оплата медицинских манипуляций вне организации здравоохранения (анализы и процедуры на дому);
- пребывание в отделении дневного наблюдения (дневной стационар),
- водородные дыхательные тесты;
- электронейромиография;
- гистероскопия (в т.ч. удаление полипов тела матки и шейки матки);
- оториноларингологические операции в амбулаторных условиях;
- проктологические операции в амбулаторных условиях.

По программе "АС" также не осуществляются и не оплачиваются:

- исследования на содержание витаминов;
- контроль коагулограммы и D-димеров, биохимический анализ крови при приеме контрацептивов по направлению гинеколога;
- тест исследования (экспресс, комплексные);
- позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ-КТ);
- манометрия пищевода, импеданс-рН-метрия пищевода;
- аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ);
- высокоинтенсивная магнитотерапия;
- радиочастотная абляция (РЧА);
- вмешательства с использованием CO₂ лазера и других аппаратов, имеющих схожие характеристики;
- внутриматочное введение лекарственных средств;
- хирургическое лечение лейкоплакии мочевого пузыря;
- хирургическое лечение грыж;
- PRP-терапия;
- пневмокомпрессионная терапия (лимфомат).

Условиями договора страхования могут быть предусмотрены иные ограничения по оказанию медицинских услуг, а также конкретный перечень медицинских учреждений для оказания медицинской помощи Застрахованному лицу, что указывается в договоре страхования.

Условиями договора страхования может быть предусмотрено также исключение отдельных ограничений по оказанию медицинской помощи из данной амбулаторной программы при условии применения соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика.

При установлении страховой суммы в иностранной валюте (либо в белорусских рублях в сумме, эквивалентной определённой сумме в иностранной валюте) в соответствии с законодательством Республики Беларусь:

- общая сумма расходов на оплату лекарственных средств определяется в размере не более 50 долларов США (евро) (эквивалента этой суммы в белорусских рублях) в течение срока действия договора страхования. Расходы на лекарственные средства оплачиваются при одновременном страховании по нескольким программам с общей страховой суммой не менее 7000 долларов США (евро) (эквивалента этой суммы в белорусских рублях) на каждое Застрахованное лицо.

По соглашению сторон может быть предусмотрена оплата расходов на лекарственные средства не более 50 долларов США (евро) (эквивалента этой суммы в белорусских рублях) в течение срока действия договора страхования при одновременном страховании по нескольким программам с общей страховой суммой не менее 4000 долларов США (евро) (эквивалента этой суммы в белорусских рублях) на каждое Застрахованное лицо, при условии применения соответствующего повышающего корректировочного коэффициента.

По соглашению сторон также может быть установлена иная сумма оплаты расходов на лекарственные средства, но не более 500 долларов США (евро) (эквивалента этой суммы в белорусских рублях), при условии применения соответствующих корректировочных коэффициентов.

При установлении страховой суммы в белорусских рублях:

- общая сумма расходов на оплату лекарственных средств определяется в размере не более 150 белорусских рублей в течение срока действия договора страхования. Расходы на лекарственные средства оплачиваются только при одновременном страховании по нескольким программам с общей страховой суммой не менее 21000 белорусских рублей на каждое Застрахованное лицо.

По соглашению сторон может быть предусмотрена оплата расходов на лекарственные средства не более 150 белорусских рублей в течение срока действия договора страхования при одновременном страховании по нескольким программам с общей страховой суммой не менее 12000 белорусских рублей на каждое Застрахованное лицо, при условии

применения соответствующего повышающего корректировочного коэффициента.

По соглашению сторон также может быть установлена иная сумма оплаты расходов на лекарственные средства, но не более 1500 белорусских рублей, при условии применения соответствующих корректировочных коэффициентов.

Сумма оплаты расходов на лекарственные средства может быть полностью исключена, при условии применения соответствующего корректировочного коэффициента.

Страховая сумма по программе "АС" может устанавливаться в иностранной валюте (долл. США, евро) в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь, или в белорусских рублях. Страховая сумма по программе страхования также может устанавливаться в белорусских рублях в сумме, эквивалентной определённой сумме в иностранной валюте.

Страховая сумма, долларов США (евро)	1000	2000	5000	7000	10000
Базовый страховой тариф, долларов США (евро)	382	424	509	576	656

При установлении по программе "АС" страховой суммы в белорусских рублях базовые страховые тарифы устанавливаются в следующих размерах от страховой суммы:

Страховая сумма, бел. руб.	Базовый страховой тариф, %
от 3000 – до 6000	38,17%
от 6000 – до 15000	21,20%
от 15000 – до 21000	10,18%
от 21000 – до 30000	8,22%

К базовому тарифу по данной программе не применяется корректировочный коэффициент «Гражданство».

Договор страхования по программе "АС" заключается на срок не менее одного года.

4. Программа "Д"

Программа "Д" предусматривает дополнение выбранной Страхователем программы страхования дополнительным комплексом услуг, таким как:

вакцинация против гриппа, которая включает:

- консультацию врача перед вакцинацией;
- профилактические прививки от гриппа.

Базовый страховой тариф на Застрахованное лицо устанавливается в размере 15 долларов США (либо эквивалента этой суммы в белорусских рублях) при заключении договора страхования в иностранной валюте или в белорусских рублях в сумме, эквивалентной определённой сумме в иностранной валюте либо 45 белорусских рублей при заключении договора страхования в белорусских рублях. Корректировочные коэффициенты не применяются.

Если страховая сумма по договору страхования устанавливается в евро или в белорусских рублях в сумме, эквивалентной определённой сумме в евро, то базовый страховой тариф в долларах США по программе "Д" пересчитывается в соответствующую валюту договора по официальному курсу Национального Банка Республики Беларусь на дату заключения договора страхования либо на дату, оговоренную по соглашению сторон, но не позднее даты заключения договора страхования.

5. Программа "П" - Профилактика

По программе "П" подлежат оплате медицинские расходы, связанные с медицинским осмотром Застрахованного лица с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий, в том числе профилактической диспансеризацией – консультациями врачей и диагностикой.

Программа "П" может быть включена дополнительно только при одновременном страховании по программам "А" и "С" или "АС" и "С".

По программе страхования могут быть проведены консультации и осмотры следующими специалистами: терапевт, офтальмолог, невролог, ЛОР, хирург, гинеколог, уролог.

Программа страхования также может включать проведение следующих лабораторных диагностических исследований и медицинских процедур:

- общий анализ крови, общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (билирубин общий, общий белок, мочевины, креатинин, холестерин общий, щелочная фосфатаза, глюкоза, АСТ, АЛТ и др., но не более 15 показателей);
- гормоны щитовидной железы (ТТГ);

- ЭКГ;
- флюорография.

Примечание: если в течение срока действия договора страхования от Застрахованного лица были обращения за оказанием консультаций офтальмологом, неврологом, ЛОРом, гинекологом, урологом, то консультации указанных специалистов по программе "П" не оплачиваются Страховщиком.

По программе "П" устанавливается **страховая сумма от 50 долларов США (евро) (либо в эквиваленте этой суммы в белорусских рублях) до 500 долларов США (евро) включительно (либо в эквиваленте этой суммы в белорусских рублях) при заключении договора страхования в этой иностранной валюте (либо эквиваленте иностранной валюты в белорусских рублях), или от 150 бел. руб. до 1500 бел. руб. включительно** при заключении договора страхования в белорусских рублях.

Базовый страховой тариф – 70% от страховой суммы на Застрахованное лицо.

Корректировочные коэффициенты не применяются.

Страховщик несет обязательства по оплате возможного перечня консультаций, осмотров, лабораторных исследований и медицинских процедур по программе "П" только в пределах установленной по этой программе страховой суммы на Застрахованное лицо.

Медицинское учреждение и лаборатория для проведения осмотра и диагностики определяются по выбору Страховщика.

6. 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).

Объем медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному лицу в рамках Унифицированной программы добровольного страхования медицинских расходов по медицинским показаниям

(оплата медицинских услуг по настоящей программе производится только при обращении Застрахованного лица в государственные учреждения здравоохранения за исключением республиканских медицинских и научных центров и учреждений):

- консультативно-диагностические приемы и наблюдение специалистов (терапевта, гинеколога, уролога, гастроэнтеролога, кардиолога, оториноларинголога, офтальмолога, хирурга, травматолога, эндокринолога, невролога, физиотерапевта и др.), но не более 5-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 в 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 (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, панариций, нагноившаяся атерома, нагноившаяся гематома, гидрадениты);
 - резекция ногтевой пластинки, удаление вросших ногтей.

Исключение составляют:

- оториноларингологические операции: септопластика, удаление полипов носа лазером, лазерная коагуляция небных миндалин, радиоволновая (лазерная) деструкция носовых раковин, вазотомия;
- проктологические операции: лазерная коагуляция геморроя и питающих узлы артерий, лигирование 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 организации здравоохранения. Застрахованному лицу не возмещаются расходы по оказанию медицинской помощи, предоставленной в соответствии с Унифицированной программой добровольного страхования медицинских расходов, и оплаченной им самостоятельно организации здравоохранения.

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

Корректировочные коэффициенты не применяются.