

**Страхование общество с ограниченной ответственностью
«Приорлайф»**

*Утверждены
приказом директора № 01-02/12ов
от 03 октября 2019 г.
с изменениями, внесенными
приказом СООО «Приорлайф»
30.12.2024 № 01-04-1/85ов*

**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ
РАСХОДОВ № 7**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на условиях настоящих Правил добровольного страхования медицинских расходов (далее - Правила) Страховое общество с ограниченной ответственностью «Приорлайф» (далее - Страховщик) заключает договоры добровольного страхования медицинских расходов (далее – договоры страхования) с дееспособными физическими лицами, а также с юридическими лицами любой организационно-правовой формы и индивидуальными предпринимателями (далее - Страхователь).

Договор страхования действует на территории Республики Беларусь.

1.2. Для целей настоящих Правил применяются следующие термины:

внезапное расстройство здоровья - резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица;

несчастный случай - внезапное, непредвиденное событие, произошедшее с Застрахованным лицом в период действия договора страхования, сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями здоровья;

хроническое заболевание - заболевание, в том числе ВИЧ-инфекция, 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;

острое заболевание – внезапно и ярко проявляющееся, развивающееся за короткий промежуток времени изменение в состоянии организма Застрахованного лица, угрожающее его здоровью, жизни, требующее срочного медицинского вмешательства;

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.

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. Высокотехнологичная медицинская помощь включает перечень сложных медицинских вмешательств и перечень высокотехнологичной медицинской помощи, установленные законодательством Республики Беларусь;

программа добровольного страхования медицинских расходов (далее - программа добровольного страхования) - неотъемлемая часть договора добровольного страхования медицинских расходов (далее - договор добровольного 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, за исключением указанных в пункте 3.7. настоящих Правил;

индивидуальная карточка Застрахованного лица - пластиковая карточка, содержащая индивидуальную информацию о Застрахованном лице, договоре страхования, сроке его действия, программе страхования.

1.3. Страхователями по договору страхования могут выступать юридические лица - коммерческие организации независимо от организационно-правовой формы или индивидуальные предприниматели, а также дееспособные физические лица, в том числе иностранные граждане и лица без гражданства постоянно проживающие на территории Республики Беларусь.

Страхователь - физическое лицо, заключившее договор страхования в отношении себя, и (или) в отношении третьих лиц. Страхователь, заключивший договор страхования в отношении себя, является Застрахованным лицом.

Страхователь - юридическое лицо, индивидуальный предприниматель, заключившие договор страхования в отношении своих работников, состоящих с ними в трудовых отношениях, а также в отношении третьих лиц состоящих с ними гражданско-правовых отношениях.

Застрахованное лицо – физическое лицо в возрасте от 1 (одного) месяца, в отношении которого заключен договор страхования. Застрахованными лицами могут быть граждане Республики Беларусь,

иностранные граждане, постоянно проживающие на территории Республики Беларусь, лица без гражданства.

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 - индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую, фармацевтическую деятельность.

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

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

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного страхования медицинских расходов в соответствии с правилами добровольного страхования медицинских расходов (далее - правила добровольного 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 добровольного страхования (программой добровольного страхования), при наступлении страхового случая.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем, определяемым правилами добровольного страхования, является факт понесенных выгодоприобретателем расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу медицинской помощи, предусмотренной договором добровольного страхования (программой добровольного страхования), ввиду внезапного расстройства здоровья застрахованного лица, несчастного случая, хронического заболевания или его обострения.

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

3.2.1. программа страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь».

3.2.2. программа страхования «Стационарная помощь».

3.2.3. программа страхования «Унифицированная» (Приложение № 4).

3.3. В рамках программы страхования, предусмотренной подпунктом 3.2.1 пункта 3.2 настоящих Правил, Страховщик оплачивает следующие расходы на лечение Застрахованного лица в амбулаторных условиях:

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

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

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

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

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

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

3.4.1. вакцинопрофилактика, обусловленная договором страхования;

3.4.2. ведение беременности;

3.4.3. бальнеологические услуги, грязелечение по назначению врача;

3.4.4. лазерная диагностика и лечение;

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

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

3.4.7. лекарственное обеспечение;

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

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

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

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

3.4.8.4. все виды местного обезболивания.

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

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

- восстановление (реставрация) зубов, замена старых пломб с профилактической целью;
- подготовка к зубопротезированию, зубопротезирование, микропротезирование, установка анкерных и иных штифтов, имплантов.

3.5. Программой страхования, предусмотренной подпунктом 3.2.1 пункта 3.2 настоящих Правил, Застрахованному лицу в период действия договора страхования гарантировано оказание медицинских услуг в следующем объеме:

- по медицинским услугам, указанным в подпункте 3.3.1 пункта 3.3 настоящих Правил, – в объеме, указанном в договоре страхования, но не менее 3 (трех) консультаций;
- по медицинским услугам, указанным в подпункте 3.3.2 пункта 3.3 настоящих Правил, - в объеме, указанном в договоре страхования, но не менее 2 (двух) исследований;
- по медицинским услугам, указанным в подпункте 3.3.3 пункта 3.3 настоящих Правил, – в объеме, указанном в договоре страхования, но не менее 2 (двух) исследований;
- по медицинской услуге, указанной в подпункте 3.3.4 пункта 3.3 настоящих Правил, – в объеме, указанном в договоре страхования, но не менее 1 (одного) курса (10 сеансов) каждого вида физиотерапевтического лечения;
- по медицинской услуге, указанной в подпункте 3.3.5 пункта 3.3 настоящих Правил, – в объеме, указанном в договоре страхования, но не менее 1 (одного) выезда врача-терапевта к Застрахованному лицу для оказания медицинской помощи.

Перечень врачей-специалистов, медицинские услуги, указанные в подпунктах 3.3.1-3.3.5 пункта 3.3 настоящих Правил, в объеме, превышающем гарантированный программой страхования, предусмотренной подпунктом 3.2.1 пункта 3.2 настоящих Правил, возмещаются Страховщиком, если по соглашению сторон при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты, утвержденные локальным правовым актом Страховщика.

3.6. Размер страховой суммы на лекарственное обеспечение и оказание стоматологической помощи, устанавливается в договоре

страхования в рамках страховой суммы, установленной по программе страхования, предусмотренной подпунктом 3.2.1 пункта 3.2 настоящих Правил, отдельно для каждого Застрахованного лица, указанного в договоре страхования и/или по договору страхования в целом.

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

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

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

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

3.6.4. все виды местного обезболивания.

3.7. В рамках программы страхования, предусмотренной подпунктом 3.2.2 пункта 3.2 настоящих Правил, Страховщик оплачивает следующие расходы при госпитализации Застрахованного лица в условиях стационара:

3.7.1. лабораторные и инструментальные исследования, назначенные лечащим врачом;

3.7.2. консультации врачей-специалистов;

3.7.3. пребывание в отделении интенсивной терапии;

3.7.4. реанимационные мероприятия;

3.8.5. использование операционной и послеоперационной палаты;

3.8.6. хирургическое и консервативное лечение;

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

3.8.8. физиотерапевтическое лечение, лечебная физическая культура;

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

3.8.10. питание и уход медицинского персонала;

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

По соглашению сторон и при условии применения соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика, договором страхования, заключенным по программе страхования, предусмотренной подпунктом 3.2.2 пункта 3.2 настоящих Правил, может быть предусмотрено возмещение Страховщиком следующих медицинских услуг:

- ведение родов.

3.9. Условия заключения, срок и территория действия договора страхования, объем медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному лицу в рамках Унифицированной программы страхования, предусмотрены Приложением № 4 к настоящим Правилам.

4. Расходы, не оплачиваемые Страховщиком по договору страхования.

4.1. Не признаются страховыми случаями и Страховщиком не возмещаются расходы, вызванные обращениями Застрахованных лиц в медицинские организации за предоставлением медицинской помощи по поводу:

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

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

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

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

4.1.5. системных заболеваний соединительной ткани, аутоиммунных заболеваний, демиелинизирующих болезней центральной нервной системы, в том числе болезни Бехтерева, ревматоидного артрита;

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

4.1.7. хронического гепатита В, С, D, E, F, G, цирроза печени любой этиологии с момента установления диагноза, если иное не предусмотрено

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

4.1.8. врожденных и наследственных заболеваний и их осложнений;

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

4.1.10. псориаза и его осложнений, атопического дерматита, витилиго, розацеа, нейродермита, экземы, акне, алопеции, склеродермии и их осложнений;

4.1.11. кожных заболеваний грибковой и паразитарной этиологии (любых микозов), а также любых заболеваний волос и ногтей;

4.1.12. венерических заболеваний, заболеваний, передающихся половым путем (в том числе уреаплазмоза, микоплазмоза, папилломавирусной инфекции), их генерализованных форм с момента установления диагноза;

4.1.13. жирового гепатоза, сахарного диабета с момента установления диагноза;

4.1.14. острых и хронических лучевых поражений;

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

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

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

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

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

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

4.2.1. травмами, ожогами, отравлениями, полученными Застрахованным лицом, находившимся в состоянии алкогольного,

наркотического или токсического опьянения, кроме случаев, когда эти события произошли с Застрахованным лицом по вине третьих лиц;

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.7. пластическая хирургия, ортопедия, за исключением случаев, связанных с восстановлением и (или) коррекцией, непосредственно

связанных с несчастным случаем, произошедшим в период действия договора страхования;

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

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

4.3.10. проведение комплексных скрин-исследований (например, TORCH-инфекции, Квант-21);

4.3.11. изменение веса или хирургическое лечение ожирения;

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

4.3.13. хирургическое изменение пола;

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

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

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

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

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

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

4.3.19. лечение нарушений речи;

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

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

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

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

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

4.3.25. медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации, а также плановая госпитализация, если договором страхования не предусмотрено страхование по программе страхования, указанной в подпункте 3.2.2 пункта 3.2 настоящих Правил;

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

4.3.27. госпитализацию (стационарное лечение) Застрахованного лица течение первых 35 дней (период ожидания) с начала действия договора страхования, кроме случаев, когда госпитализация связана с несчастным случаем, произошедшим с Застрахованным лицом в период действия договора страхования. Об установлении периода ожидания Страховщиком делается запись в договоре страхования (страховом полисе);

4.3.28. удаление мозолей, папиллом, бородавок, невусов, кондилом, контагиозных моллюсков, кератом, дискератозов, других

доброкачественных новообразований кожи и подкожной клетчатки, кроме случаев их травмирования и (или) острого воспалительного процесса, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;

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

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

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

4.3.32. капсульная эндоскопия;

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

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

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

4.4.2. отсутствующих в готовой рецептурной форме;

4.4.3. для лечения заболеваний, не признанных страховым случаем;

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

4.4.5. для проведения иммунопрофилактики и иммунотерапии;

4.4.6. для прерывания беременности;

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

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

- 4.4.9. питательных смесей и препаратов для лечебного питания;
- 4.4.10. лечебной косметики;
- 4.4.11. для профилактики заболеваний, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;
- 4.4.12. средств личной гигиены, изделий медицинского назначения.
- 4.5. Страховщик не оплачивает расходы, связанные с приобретением Застрахованным лицом медицинских устройств или приспособлений (очков, контактных линз, слуховых аппаратов, имплантатов, внутриматочных спиралей), если иное не предусмотрено договором страхования.
- 4.6. Страховщик не оплачивает расходы Застрахованного лица, возникшие после окончания срока действия договора страхования.
- 4.7. Страховщиком не организуется предоставление медицинских услуг и не оплачиваются расходы, связанные с:
 - 4.7.1. оказанием медицинских услуг, не соответствующих Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь;
 - 4.7.2. проведением повторных врачебных консультаций, обследований, с целью сбора мнений врачей-специалистов по желанию Застрахованного лица, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты;
 - 4.7.3. обязательным медицинским осмотром с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий, если иное не предусмотрено договором страхования и при расчете страхового тарифа были применены соответствующие корректировочные коэффициенты.
- 4.8. Раздел 4 настоящих Правил не применяется к договорам страхования, заключенным на условиях Унифицированной программы страхования, предусмотренной Приложением № 4 к настоящим Правилам.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ВЗНОС И ПОРЯДОК ЕГО УПЛАТЫ

5.1. Страховая сумма - это сумма денежных средств, в пределах которой Страховщик обязан произвести Выгодоприобретателю выплату страхового обеспечения при наступлении страхового случая.

Страховая сумма по договору страхования определяется сторонами по их усмотрению и устанавливается в белорусских рублях или в иностранной валюте (евро, доллар США).

Страховая сумма устанавливается отдельно на каждое Застрахованное лицо по каждой программе страхования.

При заключении договора страхования в отношении группы лиц в договоре страхования указывается общая страховая сумма. Страховая сумма, установленная на каждое Застрахованное лицо, указывается в списке Застрахованных лиц в соответствии с пунктом 6.2 настоящих Правил.

Страховщик может устанавливать в пределах страховой суммы по Застрахованному лицу отдельную страховую сумму в отношении дополнительных медицинских услуг. При этом при расчете страхового взноса, подлежащего уплате по договору страхования, к базовым страховым тарифам применяются корректировочные коэффициенты, утвержденные приказом Страховщика.

Для расчета страхового взноса применяются базовый годовой страховой тариф и корректировочные коэффициенты, установленные для каждой программы страхования, указанной в подпунктах 3.2.1-3.2.2 пункта 3.2 настоящих Правил, утвержденные локальными правовыми актами Страховщика. Базовые годовые страховые тарифы приведены в Приложении № 1 к настоящим Правилам.

5.2. Страховой взнос – сумма денежных средств, подлежащая уплате Страхователем Страховщику за страхование.

5.3. Размер страхового взноса по договору страхования определяется исходя из страховой суммы и рассчитанного страхового тарифа в соответствии с выбранной программой страхования.

Страховой тариф рассчитывается путем умножения базового годового страхового тарифа (Приложение 1 к настоящим Правилам) на соответствующие корректировочные коэффициенты, утвержденные приказом Страховщика.

5.4. Договор страхования группы лиц может быть заключен по разным программам страхования в отношении каждого Застрахованного лица. В этом случае страховой взнос по договору страхования определяется путем суммирования страховых взносов по каждому Застрахованному лицу.

5.5. Страховой взнос по договору страхования уплачивается Страхователем единовременно до вступления договора страхования в силу за весь срок действия договора страхования либо по соглашению со Страховщиком в рассрочку – в два этапа, ежегодно, ежеквартально или ежемесячно.

5.5.1. При уплате страхового взноса в рассрочку уплата производится в следующем порядке:

- в два этапа - первая его часть в размере не менее 50 % исчисленного по договору страхования страхового взноса уплачивается до вступления договора страхования в силу, а вторая часть - не позднее половины срока, прошедшего со дня вступления договора страхования в силу;

- ежегодно - первая его часть в размере не менее $1/k$ (k - целое число лет в течение срока действия договора страхования) исчисленного по договору страхования страхового взноса уплачивается до вступления договора страхования в силу, а оставшаяся часть - в согласованные между Страховщиком и Страхователем сроки ежегодно в согласованных сторонами размерах по принципу предоплаты до начала следующего неоплаченного периода;

- ежеквартально - первая его часть в размере не менее $1/m$ (m - целое число кварталов в течение срока действия договора страхования) исчисленного по договору страхования страхового взноса уплачивается до вступления договора страхования в силу, а оставшаяся часть - в согласованные между Страховщиком и Страхователем сроки ежеквартально в согласованных сторонами размерах по принципу предоплаты до начала следующего неоплаченного периода;

- ежемесячно - первая часть страхового взноса в размере не менее $1/n$ (n - целое число месяцев в течение срока действия договора страхования) исчисленного по договору страхования страхового взноса уплачивается до вступления договора страхования в силу, а оставшаяся часть - в согласованные между Страховщиком и Страхователем сроки ежемесячно в согласованных сторонами размерах по принципу предоплаты до начала следующего неоплаченного периода.

Порядок и сроки уплаты страхового взноса указываются в договоре страхования.

5.6. Договором страхования может быть предусмотрена отсрочка уплаты очередной части страхового взноса. В случае, если договором страхования отсрочка не предусмотрена, Страховщик вправе предоставить отсрочку уплаты очередной части страхового взноса на основании письменного заявления Страхователя. Страхователь обязан оплатить часть страхового взноса, по которой предусмотрена отсрочка, не позднее последнего дня периода, на который она предоставлена. При этом договор страхования продолжает действовать на прежних условиях до последнего дня периода, на который предоставлена отсрочка. Отсрочка предоставляется на срок, не превышающий 35 календарных дней.

При неуплате страхового взноса (его части) в установленный договором страхования срок (срок окончания периода на который

предоставлена отсрочка, в случае ее предоставления) договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем установленного срока уплаты (срока окончания периода отсрочки) страхового взноса (его части), а Страхователь не освобождается от обязанности оплатить часть страхового взноса за период, на который предоставлена отсрочка (в случае ее предоставления).

5.6.1. Если заявленное событие признано страховым случаем и по договору страхования имеется неоплаченная часть страхового взноса Страховщик вправе из суммы страхового обеспечения, подлежащего выплате, удержать сумму неуплаченного страхового взноса.

5.7. Страховой взнос может быть уплачен Страхователем безналичным путем, в том числе с использованием банковской платежной карточки, или наличным путем, в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

5.8. Днем уплаты считается:

5.8.1. день уплаты страхового взноса (его частей, установленных договором страхования) в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю – при уплате наличными денежными средствами;

5.8.2. день поступления страхового взноса (его частей, установленных договором страхования) на расчетный счет Страховщика – при безналичной форме расчетов;

5.8.3. день списания денежных средств по уплате страхового взноса (его частей, установленных договором страхования) со счета Страхователя – при безналичной форме расчета с использованием банковской платежной карточки.

5.9. При установлении страховой суммы в иностранной валюте страховой взнос, исчисленный в валюте страховой суммы, может быть уплачен как в иностранной валюте (в случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь), так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса.

Страховой взнос, подлежащий уплате в иностранной валюте, округляется: при уплате Страхователем физическим лицом до ближайшего целого значения, при уплате Страхователем юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем до двух знаков после запятой. Страховой взнос, подлежащий уплате в белорусских рублях, округляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается в письменной форме на основании письменного заявления Страхователя юридического лица/индивидуального предпринимателя (Приложение № 2), письменного (произвольной формы) либо устного заявления Страхователя физического лица. Письменное заявление на страхование является неотъемлемой частью договора страхования.

Договор добровольного страхования может быть заключен путем составления одного текстового документа, включая документ в электронном виде (в том числе электронный документ), или путем обмена текстовыми документами, включая документ в электронном виде (в том числе электронный документ), 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, электронная цифровая подпись или другой аналог собственноручной подписи, обеспечивающий идентификацию стороны по договору) и не противоречит законодательству и соглашению сторон.

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 неизвестны и не должны быть известны Страховщику.

Договор страхования заключается на условиях настоящих Правил, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования. Приложение к договору страхования настоящих Правил должно удостоверяться записью в этом договоре.

Список (перечень) организаций здравоохранения, в которые Застрахованное лицо вправе обращаться в соответствии с условиями договора страхования и программой страхования, включённой в договор страхования, может быть изложен в тексте договора страхования, либо может прилагаться к договору страхования при его заключении.

6.2. При заключении договора страхования в отношении группы лиц Страхователь предоставляет список Застрахованных лиц, являющийся неотъемлемой частью договора страхования, по форме, утвержденной Страховщиком.

6.3. В период действия договора страхования, заключенного на срок не менее 6 месяцев по соглашению сторон в него, могут быть внесены, кроме прочего, следующие изменения:

6.3.1. замена Застрахованного лица;

6.3.2. уменьшение количества Застрахованных лиц;

6.3.3. увеличение количества Застрахованных лиц;

6.3.4. увеличение страховой суммы по договору страхования, изменение условий программы страхования, включение в программу дополнительных медицинских услуг.

При заключении договора страхования Страхователем физическим лицом, в том числе при страховании группы физических лиц, замена Застрахованных лиц не допускается.

Заявление об изменении условий договора страхования должно быть представлено Страхователем не позднее 5 (пяти) рабочих дней до даты их внесения, если иное не установлено соглашением между Страховщиком и Страхователем.

Внесение изменений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, совершается путем заключения договора о внесении изменений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, в письменной форме с указанием даты его заключения, вступления в силу, который является неотъемлемой частью договора страхования, в условия которого внесены изменения.

6.4. Страхователь имеет право, с согласия Застрахованного лица и Страховщика, заменить Застрахованное лицо. Замена применяется в том случае, если по договору страхования не производились страховые выплаты в отношении исключаемого из списка Застрахованного лица, и на условиях договора страхования, заключенного в отношении исключаемого Застрахованного лица (программа страхования, страховая сумма, дополнительные медицинские услуги, порядок уплаты страхового взноса).

По решению Страховщика возможна замена Застрахованного лица и при наличии страховых выплат в отношении заменяемого Застрахованного лица. В таком случае договор страхования продолжает действовать в отношении нового Застрахованного лица в пределах остатка страховой суммы, о чем новое Застрахованное лицо должно быть уведомлено Страхователем. Для замены Застрахованного лица Страхователь предоставляет Страховщику письменное заявление.

6.5. В случае сокращения списка Застрахованных лиц 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.

Страховщик производит перерасчет страхового взноса и производит возврат части уплаченного по договору страхования страхового взноса в соответствии с частью четвертой пункта 7.4 настоящих Правил.

6.6. В случае увеличения количества Застрахованных лиц Страхователь предоставляет Страховщику заявление (Приложение № 2), список Застрахованных лиц и производит доплату страхового взноса.

Страховщик производит расчет страхового взноса, подлежащего доплате Страхователем, который рассчитывается за период со дня начала срока страхования в отношении вновь внесенных в список Застрахованных лиц и до последнего дня срока действия договора страхования.

Начало срока страхования для вновь внесенных в список Застрахованных лиц не может быть установлено ранее дня, следующего за днем уплаты дополнительного страхового взноса (его первой части) и определяется по дополнительному соглашению сторон. Срок страхования для вновь внесенных в список Застрахованных лиц оканчивается одновременно с окончанием срока действия Договора страхования.

Доплата страхового взноса производится в порядке, установленном договором страхования в соответствии с пунктом 5.5 настоящих Правил.

6.7. По соглашению Страхователя и Страховщика в течение срока действия договора страхования может быть увеличена страховая сумма по договору страхования, включены дополнительные медицинские услуги.

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

При включении в программу страхования дополнительных медицинских услуг доплата страхового взноса производится Страхователем физическим лицом единовременно при внесении соответствующих изменений и (или) дополнений в договор страхования, Страхователем юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем - единовременно, либо в рассрочку.

6.8. При заключении договора страхования по соглашению Страхователя и Страховщика в отношении подлежащих страхованию лиц может быть заполнена «Карта здоровья» (Приложение № 3), на

основании которой Страховщик относит данных лиц к определенной группе здоровья.

6.8.1. При заключении договора страхования в отношении группы лиц численностью от 10 человек «Карта здоровья» ими не заполняется, а при расчете страхового взноса указанные лица относятся к группе здоровья II.

6.8.2. После заполнения «Карты здоровья» и ее оценки Страховщиком подлежащее страхованию лицо относится с одной из пяти групп здоровья:

- I группа - практически здоровые лица с отсутствием жалоб, наследственных хронических заболеваний в анамнезе, редкими (не чаще одного раза в год) острыми заболеваниями.

- II группа - лица с наличием хронических заболеваний в стадии стойкой ремиссии с редкими обострениями без нарушения функций органов и систем, наличием в анамнезе острых заболеваний не чаще двух раз в год.

- III группа - лица, страдающие хроническими заболеваниями в стадии компенсации (с нарушениями функций органов и систем не выше 1 степени) с редкими обострениями (не чаще одного раза в год);

- лица с наличием в анамнезе острых заболеваний чаще двух раз в год;

- лица, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

- лица, проживающие либо проживавшие на территории, подвергшейся радиоактивному загрязнению;

- лица, выкуривающие более 20 сигарет в сутки;

- лица, употребляющие алкоголь чаще 1 раза в неделю.

IV группа – лица с наличием хронических заболеваний в стадии обострения с умеренным (не выше 2-й стадии) или выраженным нарушением функций органов (систем), высокий риск острых заболеваний, лица, которым установлена 3-я группа инвалидности.

V группа - профессиональные спортсмены, работники наиболее опасных профессий.

По результатам заполнения лицом, подлежащим страхованию, «Карты здоровья» Страховщик вправе потребовать у Страхователя (лица, подлежащего страхованию) дополнительную медицинскую документацию.

При заключении договора страхования на новый срок (при непрерывности периода страхования) по решению Страховщика «Карта здоровья» подлежащего страхованию лица может не заполняться, в этом

случае расчет страхового взноса осуществляется исходя из ранее установленной группы здоровья Застрахованного лица.

В зависимости от установления Застрахованному лицу группы здоровья страховой взнос по договору страхования исчисляется с применением корректировочных коэффициентов, утвержденных приказом Страховщика.

6.9. Если договор страхования заключён 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.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в части первой настоящего пункта, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 180 Гражданского кодекса Республики Беларусь.

Требование Страховщика о признании договора страхования недействительным не подлежит удовлетворению, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

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

6.11. В случае утраты договора страхования Страховщик на основании письменного заявления Страхователя произвольной формы выдает его копию (дубликат страхового полиса). Утерянные документы признаются недействительными с момента их утраты и выплаты по ним не производятся.

При утрате индивидуальной карточки Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования Застрахованное лицо уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости её изготовления.

6.12. Иностранцы граждане и лица без гражданства, проживающие в Республике Беларусь, вправе заключать договор страхования в соответствии с настоящими Правилами.

6.13. Застрахованное лицо при заключении договора страхования в его отношении освобождает врачей от обязательств сохранения врачебной тайны (конфиденциальности) перед Страховщиком (его официальным представителем).

6.14. Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования без объяснения причин (статья 391 ГК Республики Беларусь).

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается по соглашению Страховщика и Страхователя на срок от одного месяца до семи лет включительно. При этом, к базовому годовому страховому тарифу согласно Приложению № 1 к настоящим Правилам, применяются корректировочные коэффициенты, утвержденные приказом Страховщика.

Срок действия договора страхования указывается в договоре страхования.

7.2. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут любого дня, установленного соглашением сторон, в течение 35 календарных дней со дня уплаты страхового взноса или его первой части Страховщику (его уполномоченному представителю).

7.3. Договор страхования прекращается в случаях:

7.3.1. окончания срока действия договора страхования;

7.3.2. выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме;

7.3.3. неуплаты Страхователем страхового взноса (его части) в размере и сроки, установленные договором страхования (с учетом отсрочки, предоставленной в соответствии с пунктом 5.6. настоящих Правил);

7.3.4. ликвидации Страхователя - юридического лица, прекращения деятельности индивидуального предпринимателя, смерти Страхователя - физического лица, кроме случая, предусмотренного пунктом 7.5. настоящих Правил;

7.3.5. когда после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и страхование прекратилось по причинам иным, чем наступление страхового случая;

7.3.6. по требованию Страховщика в отношении Застрахованного лица при обнаружении обстоятельств, перечисленных в пункте 1.4. настоящих Правил, в период действия договора страхования;

7.3.7. соглашения Страхователя и Страховщика, оформленного в письменном виде;

7.3.8. отказа Страхователя в любое время действия договора страхования, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по причинам иным, чем наступление страхового случая;

7.3.9. по требованию Страховщика в отношении Застрахованного лица в случае, если будет установлено, что это Застрахованное лицо передало другому лицу договор страхования и/или индивидуальную карточку Застрахованного лица с целью получения последним услуг по договору страхования;

7.3.10. по требованию Страховщика, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;

7.3.11. принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;

7.3.12. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь.

7.4. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с подпунктами 7.3.4 - 7.3.7, 7.3.11 настоящих Правил Страховщик возвращает Страхователю часть страхового взноса за неоконченный срок действия договора страхования. Датой прекращения договора страхования в случаях, предусмотренных подпунктом 7.3.4 настоящих Правил является дата, следующая за датой смерти Застрахованного лица, дата ликвидации Страхователя – юридического лица, дата прекращения деятельности Страхователя – индивидуального предпринимателя; в случае, предусмотренном подпунктом 7.3.5 настоящих Правил - дата, следующая за датой поступления заявления от Страхователя; в случае, предусмотренном подпунктом 7.3.11 настоящих Правил – дата принятия судом решения о признании договора страхования недействительным.

Сторона, заинтересованная в расторжении договора страхования, обязана письменно уведомить об этом другую сторону не позднее дня, предшествующего дате расторжения, указанной в этом уведомлении, если стороны не достигли соглашения об ином.

Если по договору страхования производились страховые выплаты, то в случае прекращения договора по обстоятельствам, указанным выше, страховой взнос не возвращается.

В случае уменьшения количества Застрахованных лиц согласно пункту 6.5 настоящих Правил Страховщик имеет право на часть страхового взноса, уплаченного в отношении исключенного Застрахованного лица, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование в отношении данного лица.

Если по договору страхования в отношении лица, исключаемого из списка Застрахованных лиц, страховые выплаты составили не более 1%

от страховой суммы, установленной в отношении исключаемого Застрахованного лица, Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней возвращает часть уплаченного страхового взноса пропорционально времени со дня внесения изменений в договор страхования до окончания срока действия договора страхования.

В случаях, указанных в подпунктах 7.3.8, 7.3.9, 7.3.10 настоящих Правил, уплаченный Страховщику страховой взнос возврату не подлежит.

Часть страхового взноса, подлежащая возврату в случае прекращения договора страхования ранее установленного срока, выплачивается Страховщиком Страхователю в течение 5 рабочих дней со дня прекращения договора страхования. За несвоевременный возврат вышеуказанной суммы Страхователю выплачивается пеня в размере 0,1% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей возврату.

Возврат части страхового взноса осуществляется в валюте уплаты страхового взноса, либо, с согласия Страхователя, в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страхового взноса, на дату уплаты страхового взноса.

7.5. 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.

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

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, СТРАХОВЩИКА И ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

8.1. Страхователь обязан:

8.1.1. своевременно и в полном объеме уплачивать страховой взнос;

8.1.2. при заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для определения вероятности наступления страхового случая, а также обо всех заключенных аналогичных договорах страхования;

8.1.3. в период действия договора страхования незамедлительно, но не позднее пяти рабочих дней, сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

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

При неисполнении Страхователем (Выгодоприобретателем) данной обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения ему убытков, причиненных расторжением договора.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска. Дополнительный страховой взнос рассчитывается согласно формуле:

$$\text{ДСП} = (\text{НСС} \times T2 - \text{ПСС} \times T1) \times n/t, \text{ где}$$

ДСП – дополнительный страховой взнос;

ПСС – прежняя страховая сумма;

НСС - новая страховая сумма;

T1 – страховой тариф на момент заключения договора страхования;

T2 – страховой тариф на момент увеличения страхового риска;

n – срок действия договора страхования в днях, оставшихся до окончания договора страхования с момента увеличения страхового риска;

t – срок действия договора страхования в днях.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования. В этом случае договор страхования расторгается с момента получения такого отказа. К отказу приравнивается неполучение ответа от Страхователя на надлежаще отправленное (заказное, с уведомлением и т.п.) письменное предложение Страховщика об изменении условий страхования или доплате дополнительного страхового взноса в срок, указанный в таком предложении. До уплаты Страхователем дополнительного страхового взноса или изменения условий договора страхования Страховщик не несет ответственности за случаи причинения вреда, вызванные увеличением степени риска.

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

8.1.4. в случае расстройства здоровья Застрахованного лица своевременно уведомить об этом Страховщика любым доступным способом и сообщить все запрашиваемые Страховщиком сведения для установления факта и причины наступления страхового случая;

8.1.5. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования, их правами и обязанностями по договору страхования, предоставлять им информацию об изменении условий договора страхования;

8.1.6. обеспечить сохранность договора страхования и не передавать его другим лицам для получения медицинской помощи;

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

8.2. Страхователь имеет право:

8.2.1. выбрать по своему желанию программы страхования;

8.2.2. ознакомиться с условиями договора страхования и настоящими Правилами;

8.2.3. внести изменения и дополнения в договор страхования с представлением Страховщику необходимых сведений в соответствии с пунктом 5.3 настоящих Правил;

8.2.4. отказаться от договора страхования в соответствии с подпунктом 7.3.8 настоящих Правил;

8.2.5. получить копию договора страхования (дубликат страхового полиса) в случае его утери.

8.3. Страховщик обязан:

8.3.1. ознакомить Страхователя с условиями добровольного страхования медицинских расходов;

8.3.2. при заключении договора страхования выдать Страхователю данный договор страхования и настоящие Правила;

8.3.3. надлежащим образом исполнять условия договора страхования, определенные настоящими Правилами;

8.3.4. соблюдать тайну сведений о страховании, не разглашать полученные от Страхователя и Застрахованного лица сведения;

8.3.5. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с программой страхования;

8.3.6. контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, предоставленной Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования.

8.4. Страховщик имеет право:

8.4.1. проверять информацию, сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) при заключении договора страхования и требовать при необходимости дополнительную медицинскую информацию;

8.4.2. 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 Республики Беларусь), выяснять причины и обстоятельства страхового случая;

8.4.3. отсрочить составление акта о страховом случае и выплату страхового обеспечения в случаях, когда ему не представлены все необходимые документы – до их представления, а также если имеются сомнения в подлинности документов, подтверждающих факт страхового случая и размер ущерба, до того времени, пока не будет подтверждена их подлинность лицами, представившими такой документ (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа), либо самим Страховщиком (на основании запроса Страховщика в орган, его выдавший, направленный в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа);

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

8.4.5. проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований настоящих Правил и договора страхования;

8.4.6. отказать в оплате медицинских услуг, а также досрочно прекратить действие договора страхования в отношении Застрахованного лица, передавшего именную карточку другому лицу с целью получения им медицинских услуг по договору страхования;

8.4.7. определять организации здравоохранения для оказания медицинской помощи Застрахованным лицам в соответствии с программами страхования, предусмотренными договором страхования.

8.5. Застрахованное лицо обязано:

8.5.1. при заключении договора страхования заполнить «Карту здоровья», в случае необходимости её заполнения по достижению такого соглашения со Страховщиком;

8.5.2. выполнять условия договора страхования;

8.5.3. незамедлительно, в течение суток (за исключением применения условий подпункта 8.6.6 настоящих Правил), до обращения за медицинской помощью при наступлении страхового случая

обратиться по телефонам, указанным в индивидуальной карточке Застрахованного лица, к представителю Страховщика (если иной срок обращения не предусмотрен договором страхования), который своевременно организует оказание медицинской помощи;

8.5.4. при обращении в организацию здравоохранения за медицинской помощью предъявлять документ, удостоверяющий личность, договор страхования и/или индивидуальную карточку Застрахованного лица;

8.5.5. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный организацией здравоохранения;

8.5.6. контролировать остатки страховой суммы, отдельных страховых сумм по дополнительным услугам, установленных в договоре страхования в отношении застрахованного лица;

8.5.7. заботиться о сохранности договора страхования и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинской помощи. При утрате договора страхования незамедлительно сообщить об этом Страховщику;

8.5.8. пользоваться индивидуальной карточкой Застрахованного лица лично и не передавать другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования;

8.5.9. способствовать предоставлению Страховщику необходимой для выплаты страхового обеспечения информации либо получать ее лично у правоохранительных, судебных органов, организаций здравоохранения и других компетентных лиц и предоставлять Страховщику;

8.5.10. надлежащим образом исполнять условия договора страхования.

8.6. Застрахованное лицо имеет право на:

8.6.1. получение информации о настоящих Правилах и программах страхования, порядке предоставления медицинских услуг;

8.6.2. требование исполнения Страховщиком принятых обязательств по договору страхования при наступлении страхового случая;

8.6.3. самостоятельную, в согласованных со Страховщиком случаях, оплату медицинских услуг, в том числе приобретение медикаментов, предусмотренных программой страхования;

8.6.4. получение медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования, требование возмещения медицинских расходов, оплаченных по согласованию со Страховщиком самостоятельно;

8.6.5. обращение устно или письменно к Страховщику по всем спорным вопросам, предъявление претензий при нарушении Страховщиком, организацией здравоохранения условий страхования;

8.6.6. обращение за медицинской помощью без предварительного согласования со Страховщиком в экстренных случаях, требующих оказания скорой и неотложной медицинской помощи, когда промедление может угрожать жизни или здоровью Застрахованного лица. Однако Застрахованное лицо (Страхователь или представитель Застрахованного лица) должно при первой же возможности, но не позднее 3 (трех) рабочих дней, связаться по телефону со Страховщиком и сообщить о факте наступления события, которое может быть признано страховым случаем.

9. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

9.1. Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком организации здравоохранения, которая в соответствии с программой страхования, предоставила Застрахованному лицу медицинскую помощь либо самому Страхователю (Застрахованному лицу, его законному представителю), самостоятельно оплатившему медицинские услуги, включённые в программу страхования, при наступлении страхового случая.

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

Страхователь (Застрахованное лицо), обратившись к Страховщику по телефонам, указанным в договоре страхования, по поводам, предусмотренным в части 2 настоящего пункта, сообщает следующую информацию:

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

При плановой госпитализации и плановом лечении оплата услуг Выгодоприобретателю производится до дня окончания действия договора страхования. После окончания действия договора страхования оплата медицинских услуг Страховщиком не производится.

Расходы по экстренной госпитализации оплачиваются Страховщиком в полном объеме.

9.2. Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком Выгодоприобретателю на основании Акта о страховом случае (произвольной формы):

9.2.1. организации здравоохранения - на основании оригиналов либо копий (заверенных в установленном законодательством порядке) документов, а также справок, выписок.

При включении в программу страхования дополнительной медицинской услуги - медикаментозного обеспечения, организация здравоохранения представляет сводный реестр приобретенных Застрахованными лицами лекарственных препаратов и рецепты и/или иной документ, определенный договором на предоставление услуг (оригиналы либо копии, заверенные в установленном законодательством порядке);

9.2.2. Застрахованному лицу (его законному представителю), самостоятельно оплатившему медицинские услуги, включённые в программу страхования, при наступлении страхового случая - на основании заявления о страховом случае, оригиналов документов либо копий (заверенных в установленном законодательством порядке), а также справок, выписок, подтверждающих факт обращения за медицинской помощью, приобретение лекарственных препаратов, содержащие дату обращения, диагноз, поставленный врачом, перечень оказанных услуг, наименование приобретенных лекарственных препаратов и иную информацию, запрошенную Страховщиком.

Условия, изложенные в части первой подпункта 9.2.2. настоящих Правил не распространяются на договоры страхования, заключённые по программе страхования «Унифицированная».

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

9.4. Выплата страхового обеспечения Выгодоприобретателю осуществляется в пределах установленной договором страхования страховой суммы.

9.4.1. Выплата страхового обеспечения производится в белорусских рублях.

9.4.2. Договор страхования, по которому произведена выплата страхового обеспечения, действует в размере разницы между страховой суммой, установленной на каждую программу страхования, и суммой выплаченного страхового обеспечения. Размер оставшейся страховой суммы, в пределах которой продолжает действовать договор страхования, рассчитывается по следующей формуле:

$$S1 = S - (SO/K)$$

S1 – оставшаяся страховая сумма;

S- страховая сумма, установленная по программе страхования;

SO – сумма выплаченного страхового обеспечения;

K – официальный курс белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленный Национальным банком Республики Беларусь на дату составления акта о страховом случае.

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

9.6. За каждый день просрочки страховой выплаты по вине Страховщика ее получателю Страховщиком выплачивается пеня в размере:

0,5% от суммы, подлежащей выплате, - в случае, если Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) является физическим лицом, в том числе индивидуальным предпринимателем;

0,1% от суммы, подлежащей выплате, - в случае, если Выгодоприобретатель является юридическим лицом.

9.7. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, когда страховой случай наступил вследствие:

а) умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица);

б) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны, если международными договорами Республики Беларусь, актами законодательства Республики Беларусь не предусмотрено иное.

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

При обнаружении обстоятельств, которые по закону или по настоящим Правилам полностью или частично лишают Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) права на страховое обеспечение, Застрахованное лицо обязано в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения письменного уведомления возвратить Страховщику выплаченное страховое обеспечение (или его соответствующую часть). За каждый день просрочки возврата страхового обеспечения (его части) со дня, следующего за истечением указанного для оплаты срока, Страховщик вправе начислить пеню в размере 0,1 процента от суммы, подлежащей возврату.

9.8. Споры, возникающие из отношений по добровольному страхованию медицинских расходов, разрешаются в судебном порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

10. ВСТУПЛЕНИЕ НАСТОЯЩИХ ПРАВИЛ В СИЛУ

10.1. Настоящие Правила страхования вступают в силу с 01.01.2025.



Заместитель директора

А.И.Борисевич