

ПРАВИЛА № 026
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ

(Согласованы Министерством финансов Республики Беларусь 29.12.2016
№ 694 с изменениями № 928 от 07.05.2018)

§1. Общие положения

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на условиях настоящих Правил добровольного страхования медицинских расходов (далее – Правила, Правила страхования) Закрытое страховое акционерное общество «Ингосстрах» (далее – Страховщик) заключает со Страхователями (п.1.3 настоящих Правил) договоры добровольного страхования медицинских расходов.

1.2. **Субъектами** по договору добровольного страхования медицинских расходов (далее – договор страхования) выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель.

1.3. **Страхователями** по договору добровольного страхования медицинских расходов могут быть:

- а) юридические лица;
- б) индивидуальные предприниматели;
- в) дееспособные физические лица, в том числе иностранные граждане.

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

Страхователями по Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов может быть физическое лицо (гражданин Республики Беларусь, а также лицо, имеющее вид на жительство в Республике Беларусь), или юридическое лицо – резидент Республики Беларусь.

1.4. Страхователи вправе заключать договоры страхования в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц).

Застрахованное лицо – физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования.

В случае, если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица, предусмотренные настоящими Правилами.

Застрахованным лицом при страховании по Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов может быть физическое лицо (гражданин Республики Беларусь, а также лицо, имеющее вид на жительство в Республике Беларусь).

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

1.5. Застрахованным лицом по настоящим Правилам может быть лицо с одномесечного возраста.

1.6. Страховщик не заключает договоры добровольного страхования медицинских расходов в отношении лиц, которые на момент заключения договора:

- а) ВИЧ-инфицированы и больны СПИД;
- б) имеют злокачественные новообразования, в том числе онкогематологические;
- в) являются инвалидами 1 или 2 групп, кроме работающих инвалидов по слуху и/или зрению;
- г) госпитализированы или имеют направление на госпитализацию;
- д) имеют тяжелые заболевания эндокринной системы;
- е) состоящие на учете в наркологическом и психоневрологическом диспансерах;
- ж) состоящие на учете в тубдиспансере по поводу заболевания туберкулезом;
- з) имеющие особо опасные инфекционные болезни;
- и) имеющие хронические гепатиты С, Е, F,G.

1.7. Действие договора страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие на территории Республики Беларусь.

1.8. Для целей настоящих Правил страхования применяются следующие термины:

внезапное расстройство здоровья – резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица, в т.ч. обострение хронического заболевания;

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

программа добровольного страхования медицинских расходов (далее – программа добровольного страхования) – неотъемлемая часть настоящих Правил, содержащая перечень медицинских мероприятий определенного объема, предоставление которого гарантировано Застрахованному лицу договором добровольного страхования медицинских расходов при его обращении в организацию здравоохранения за медицинской помощью вследствие внезапного расстройства здоровья или несчастного случая;

организация здравоохранения – организация, в которой может оказываться медицинская помощь лицам, застрахованным по договору добровольного страхования медицинских расходов согласно действующему законодательству.

§2. Объект страхования

2.1. Объектом добровольного страхования медицинских расходов являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Страхователя либо Застрахованного лица, связанные с компенсацией расходов организации здравоохранения, вызванных его обращением в организацию здравоохранения за оказанием медицинской помощи, включенной в программу добровольного страхования вследствие внезапного расстройства здоровья или несчастного случая.

§3. Страховые случаи

3.1. Страховым случаем является факт понесенных организацией здравоохранения расходов, вызванных обращением Застрахованного лица в организацию здравоохранения за оказанием медицинской помощи, включенной в программу добровольного страхования вследствие внезапного расстройства здоровья или несчастного случая, наступившего в период действия договора добровольного страхования.

При страховании по Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов (Приложение № 4 к настоящим Правилам) не являются страховым случаем расходы организации здравоохранения, вызванные обращением Застрахованного лица в

организацию здравоохранения за оказанием медицинской помощи в связи с хроническими заболеваниями и обострениями хронических заболеваний.

3.2. По соглашению сторон программы добровольного страхования для застрахованных лиц могут быть дополнены услугами, предусмотренными пунктом 5.1 настоящих Правил страхования, а также изменены по количеству услуг, предоставляемых в рамках программы добровольного страхования. При этом в договоре страхования указывается программа добровольного страхования, перечень дополнительных услуг и отличное от установленного в программе добровольного страхования количество услуг. При расчете страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, к базовым страховым тарифам по выбранной Страхователем программе добровольного страхования применяются утвержденные приказом Страховщика корректировочные коэффициенты, рассчитанные в зависимости от вида дополнительных услуг и от их количества.

§4. Расходы, покрываемые Страховщиком

4.1. При наступлении страхового случая Страховщик оплачивает расходы на оказание медицинской помощи, объем которой определен выбранной Страхователем и указанной в договоре страхования программой добровольного страхования медицинских расходов, за исключением расходов, перечисленных в пункте 5 настоящих Правил.

Программы добровольного страхования медицинских расходов приведены в Приложении № 4 к настоящим Правилам.

§5. Расходы, не покрываемые Страховщиком

5.1. Страховщик не возмещает расходы, связанные со следующими заболеваниями (и/или их осложнениями) и услугами (за исключением случаев, предусмотренных пунктом 3.2 настоящих Правил страхования):

5.1.1. динамическое и диспансерное наблюдение хронических заболеваний, кроме случаев их обострения (в любом случае не подлежат возмещению расходы, связанные с заболеваниями, в том числе с обострениями заболеваний, указанных в пункте 5.1 настоящих Правил).

5.1.2. психические заболевания, в том числе эпилепсия, и их осложнения, а также различные травмы и заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психической природы (за исключением услуги, предоставляемой по программам добровольного страхования «ПОЛИКЛИНИКА 3-1-1», «ПОЛИКЛИНИКА 3-2-1», «ПОЛИКЛИНИКА

3-3-1», «ПОЛИКЛИНИКА 3-1-2», «ПОЛИКЛИНИКА 3-2-2», «ПОЛИКЛИНИКА 3-3-2»;

5.1.3. заболевания, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

5.1.4. туберкулез, саркоидоз и муковисцедоз, независимо от клинической формы и стадии процесса;

5.1.5. онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей) и их осложнения (с момента установления диагноза);

5.1.6. системные заболевания соединительной ткани;

5.1.7. хроническая печеночная и почечная недостаточности, требующие проведения гемодиализа или других экстракорпоральных методов лечения;

5.1.8. хронический гепатит, цирроз печени с момента установления диагноза;

5.1.9. наследственные заболевания;

5.1.10. врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения), детский церебральный паралич, ортопедические нарушения, дегенеративные заболевания суставов, остеопороз;

5.1.11. кожные заболевания: псориаз, нейродермиты, экземы, диагностика и лечение акне (угри), розацеа, чесотки, педикулеза, алопеции;

5.1.12. исправления косметических дефектов любой локализации, в т.ч. удаление мозолей, папиллом, бородавок, невусов, кондилом, атером, гигром, липом, гемангиом, телеангиоэктазий, келлоидных рубцов (за исключением случаев, предусмотренных программами добровольного страхования «ПОЛИКЛИНИКА 3-1-1», «ПОЛИКЛИНИКА 3-2-1», «ПОЛИКЛИНИКА 3-3-1», «ПОЛИКЛИНИКА 3-1-2», «ПОЛИКЛИНИКА 3-2-2», «ПОЛИКЛИНИКА 3-3-2», лечение глубоких микозов, заболеваний волос и ногтей;

5.1.13. венерические заболевания, заболевания, передающиеся половым путем, и их осложнения, их генерализованные формы с момента установления диагноза;

5.1.14. профессиональные заболевания;

5.1.15. сахарный диабет инсулинозависимый 1 типа и его осложнения;

5.1.16. острые и хронические лучевые поражения;

5.1.17. особо опасные инфекционные и карантинные заболевания;

5.1.18. травмы, ожоги, отравления, полученные Застрахованным лицом в состоянии или в результате алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

5.1.19. травмы, полученные Застрахованным лицом в связи с управлением им транспортным средством не имея на это прав, а также передачей им управления транспортным средством лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или не имеющему соответствующего права управления транспортным средством;

5.1.20. травмы, отравления, ожоги, полученные Застрахованным лицом в результате покушения на самоубийство;

5.1.21. предоставление услуг в тех организациях здравоохранения, которые не были предварительно письменно согласованы со Страховщиком;

5.1.22. лечение и обследование, приобретение Застрахованным лицом самостоятельно лекарственных средств, без назначения лечащим врачом организации здравоохранения;

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

5.1.24. лечение методами нетрадиционной медицины (гипноз, гомеопатическое лечение, рефлексотерапия, фототерапия, гипоксия, ирридиодиагностика и т.п.);

5.1.25. лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским: услуги, связанные с телемедициной; экстракорпоральные методы лечения, озонотерапия; лечение с использованием альфа капсул;

5.1.26. предоставление дополнительного комфорта, а именно: телевизора, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера или косметолога;

5.1.27. пребывание в стационаре для получения, главным образом, попечительского или реабилитационного лечения и ухода;

5.1.28. санаторно-курортное лечение;

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

5.1.30. мотивация и обучение гигиене полости рта, определение гигиенического индекса, диагностика кариес-маркером, профилактические мероприятия в стоматологии (профилактическая чистка зубов, гигиеническая обработка полости рта, снятие пигментированных налетов, налет курильщика и т.п., отбеливание зубов, покрытие зубов защитными и профилактическими составами, фторсодержащими препаратами с профилактической целью); проведение реминерализующей терапии; герметизация фиссур; все услуги, проводимые в косметических целях (замена старых пломб с косметической или профилактической целью, применение виниров и ламинатов); восстановление разрушенной более чем на 50% коронки зуба, восстановление коронки зуба с использованием анкерных и др. штифтов; использование коффердама; зубопротезирование и подготовка к зубопротезированию, микропротезирование; хирургическое и аппаратное лечение заболеваний пародонта (лоскутные операции, открытый кюретаж); ортодонтия; имплантация зубов;

5.1.31. диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и подготовкой к ней; спермограмма, исследование на антимюллеров гормон (за исключением случаев, предусмотренных программами добровольного страхования «ПОЛИКЛИНИКА 3-1-1», «ПОЛИКЛИНИКА 3-2-1», «ПОЛИКЛИНИКА 3-3-1», «ПОЛИКЛИНИКА 3-1-2», «ПОЛИКЛИНИКА 3-2-2», «ПОЛИКЛИНИКА 3-3-2», TORCH-инфекции (за исключением случаев, предусмотренных программой добровольного страхования медицинских расходов «ГИНЕКОЛОГИЯ»); дородовое наблюдение, прерывание беременности, лечение патологии беременности, родовспоможение;

5.1.32. консультации диетолога, консервативное и хирургическое лечение ожирения;

5.1.33. трансплантация органов или тканей; изменение пола;

5.1.34. приобретение изделий медицинского назначения: средства личной гигиены, перевязочные материалы, медицинское оборудование, небулайзеры, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантаты, ортопедические стельки, костыли, трости, ортезы и др.;

5.1.35. лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, введение (в том числе с лечебной целью) и удаление внутриматочной спирали, лечение и диагностика бесплодия и импотенции;

5.1.36. плановые хирургические операции глаза, целью которых является: коррекция близорукости, дальнозоркости или астигматизма,

косоглазия; лечение глаукомы, катаракты; лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;

5.1.37. аортокоронарное шунтирование (стентирование), плановое лечение варикозной болезни;

5.1.38. переливание крови и ее компонентов, за исключением случаев, согласованных с лечащим врачом и Страховщиком;

5.1.39. иммунизация (за исключением случаев, предусмотренных программой добровольного страхования «ПОЛИКЛИНИКА 3-1-1», «ПОЛИКЛИНИКА 3-2-1», «ПОЛИКЛИНИКА 3-3-1», «ПОЛИКЛИНИКА 3-1-2», «ПОЛИКЛИНИКА 3-2-2», «ПОЛИКЛИНИКА 3-3-2»);

5.1.40. диагностика и лечение нарушений речи (логопедия);

5.1.41. диагностика и лечение храпа и апноэ во сне;

5.1.42. уход за Застрахованными лицами членами семьи или любым другим лицом;

5.1.43. полученные Застрахованным лицом медицинские услуги, которые не предусмотрены договором страхования;

5.1.44. получение Застрахованным лицом справки на ношение оружия, направления на вождение автотранспорта, посещения бассейна;

5.1.45. острое расстройство здоровья или обострение хронического заболевания, возникшие до начала действия договора страхования.

5.1.46. косметические операции, косметологические процедуры;

5.1.47. профилактические и оздоровительные мероприятия (профилактический массаж, тренажеры, гидроколонотерапия);

5.1.48. медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации;

5.1.49. лечение более одного курса в течение действия договора страхования дисфункции яичников (включая контрольное обследование);

5.1.50. генная диагностика предрасположенности к заболеваниям;

5.1.51. повторные консультации и обследования с целью сбора мнений специалистов в рамках установленного диагноза;

5.1.52. обследование нетрадиционными методами оказания медицинской помощи: биорезонансная диагностика, гемосканирование, иридодиагностика, метод Фолля, прикладная кинезиология, спектрально-динамический метод;

5.1.53. общая магнитотерапия, баротерапия, криотерапия, озонотерапия, карбокситерапия, аутогемотерапия, ВЛОК – терапия, ТЭС – терапия, тейпирование, пневмо-компрессионная терапия (лимфостим), ударно-волновая терапия;

5.1.54. нарушения менструального цикла, менопаузы и околomenопаузного периода (климактерический период), проявления, осложнения, за исключением маточных кровотечений.

5.2. Страховщик не оплачивает следующие лекарственные препараты:

5.2.1. не разрешенные к применению в Республике Беларусь в установленном действующим законодательством порядке;

5.2.2. отсутствующие в готовой рецептурной форме;

5.2.3. превышающие количество, необходимое для проведения курса лечения в течение одного месяца, в течение двух месяцев – для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы;

5.2.4. биологически активные добавки (БАД);

5.2.5. гомеопатические препараты;

5.2.6. питательные смеси и препараты для лечебного питания;

5.2.7. лечебную косметику;

5.2.8. для лечения ВИЧ-инфекции, СПИДа;

5.2.9. для лечения психических расстройств и расстройств поведения, алкоголизма, наркомании, токсикомании;

5.2.10. для лечения злокачественных новообразований, гемобластозов;

5.2.11. для лечения туберкулеза;

5.2.12. для лечения хронических гепатитов С, Е, F, G;

5.2.13. для лечения системных поражений соединительной ткани, в т.ч. всех недифференцированных коллагенозов; для лечения хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата (хондропротекторы);

5.2.14. гепатопротекторы;

5.2.15. для лечения наследственных заболеваний, врожденных аномалий, пороков развития;

5.2.16. для лечения заболеваний, сопровождающихся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующих проведения хронического гемодиализа;

5.2.17. для лечения бесплодия и импотенции, а также гормональные препараты, используемые в контрацептивных целях;

5.2.18. для проведения иммунопрофилактики и иммунотерапии;

5.2.19. для прерывания беременности;

5.2.20. витаминно-минеральные комплексы в целях профилактики заболеваний.

5.3. Страховщик не возмещает расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

§6. Страховая сумма. Страховая премия и порядок ее уплаты

6.1. Страховой суммой является сумма денежных средств, в пределах которой Страховщик обязан произвести организации здравоохранения (Застрахованному лицу) выплату страхового обеспечения при наступлении страхового случая в течение срока действия договора добровольного страхования медицинских расходов.

При заключении договора страхования страховая сумма устанавливается по каждой программе добровольного страхования медицинских расходов на каждое Застрахованное лицо. Страховые суммы, установленные по нескольким программам добровольного страхования для одного Застрахованного лица, составляют общую страховую сумму по одному Застрахованному лицу в целом по договору страхования. Сумма общих страховых сумм по одному Застрахованному лицу составляет общую страховую сумму по договору страхования в целом.

По Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов страховая сумма устанавливается в размере 5000 долларов США на каждое Застрахованное лицо.

Страховая сумма по договору страхования может устанавливаться как в белорусских рублях, так и в иностранной валюте.

6.2. Страховая премия – сумма денежных средств, подлежащая уплате Страхователем Страховщику за страхование.

При определении размера страховой премии применяются страховые тарифы (базовые тарифы, согласованные с органом, осуществляющим государственный надзор за страховой деятельностью, и применяемые к ним корректировочные коэффициенты, утвержденные в соответствии с законодательством). Размер страхового тарифа рассчитывается Страховщиком в зависимости от выбранной программы добровольного страхования.

Страховая премия на каждое Застрахованное лицо рассчитывается как сумма произведений страховых сумм по каждой программе добровольного страхования медицинских расходов и страховых тарифов по соответствующим программам. Страховая премия по договору страхования определяется как сумма страховых премий по всем Застрахованным лицам по договору страхования.

6.3. При заключении договора страхования на срок менее 6 месяцев страховая премия уплачивается единовременно при заключении договора страхования или по соглашению сторон не позднее дня, предшествующего дню вступления договора страхования в силу, указанному в договоре страхования.

По договорам страхования, заключенным на срок 6 месяцев и более, страховая премия уплачивается единовременно при заключении договора страхования или при согласии Страховщика в рассрочку: в два срока, ежеквартально, ежемесячно по принципу предоплаты, не позднее последнего рабочего дня оплаченного периода в сроки и размере, указанные в договоре страхования.

Страховая премия по договору страхования уплачивается Страхователем путем безналичного перечисления или наличными деньгами в установленном законодательством порядке.

По Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов страховая премия уплачивается Страхователем единовременно при заключении договора страхования в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь к доллару США на дату уплаты страховой премии или в иностранной валюте в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь. Если страховая премия уплачивается в белорусских рублях, то страховая сумма по договору устанавливается в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к доллару США на дату уплаты страховой премии.

6.4. Порядок уплаты страховой премии указывается в договоре страхования.

В случае неуплаты страховой премии (при единовременной оплате) или ее первой части (при оплате в рассрочку) в установленные договором страхования сроки договор страхования считается не вступившим в силу.

6.5. По соглашению сторон может быть предусмотрено, что при неуплате очередной части страховой премии в установленные договором страхования сроки, договор страхования продолжает действовать на прежних условиях при наличии письменных обязательств Страхователя погасить имеющуюся задолженность (просроченную сумму страховой премии) не позднее 30 календарных дней со дня просрочки платежа. При неуплате просроченной части страховой премии в течение указанного срока, договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня,

следующего за последним днем 30-дневного срока, в течение которого Страхователь обязан уплатить просроченную часть страховой премии. При этом Страхователь не освобождается от уплаты страховой премии за указанный 30-дневный срок действия договора страхования. Если страховой случай наступил до уплаты очередной части страховой премии, внесение которой просрочено, Страховщик удерживает оставшуюся неуплаченную сумму страховой премии из суммы страхового обеспечения, подлежащей выплате.

6.6. Если Страхователь уплачивает страховую премию в рассрочку, и страховой случай наступил до уплаты очередной части страховой премии, то Страховщик при определении размера подлежащего выплате страхового обеспечения вправе удержать сумму всей неуплаченной страховой премии (в т.ч. просроченной части) или ее очередной части, о чем делается отметка в договоре страхования при заключении договора страхования.

6.7. При установлении страховой суммы в иностранной валюте страховая премия, исчисленная в валюте, в которой установлена страховая сумма, может быть уплачена как в иностранной валюте, в порядке, предусмотренном законодательством Республики Беларусь, так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы на день уплаты страховой премии.

6.8. Страхователь до истечения срока действия договора страхования, заключенного со Страховщиком на срок в один год и более, вправе обратиться к Страховщику с письменным заявлением о заключении нового договора страхования на срок не менее одного года с предоставлением отсрочки уплаты страховой премии (при наличии письменного обязательства Страхователя оплатить страховую премию не позднее последнего рабочего дня предоставленной Страховщиком отсрочки по оплате страховой премии). Страховщик вправе предоставить Страхователю отсрочку в уплате страховой премии по новому договору на срок до 45 календарных дней со дня начала действия нового договора страхования.

Страховщик обязан выдать договор страхования до вступления в силу нового договора страхования. Новый договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания срока действия предыдущего договора страхования.

Страхователь, в порядке выполнения своих обязательств по договору, обязан оплатить страховую премию, обусловленную договором страхования, в размере и в сроки, установленные договором.

Если страховой случай наступил в период предоставленной Страховщиком отсрочки, Страхователь не освобождается от уплаты страховой премии, обусловленной договором страхования, в размере и в сроки, установленные договором, а страховые выплаты производятся организации здравоохранения в полном объеме.

При неуплате Страхователем страховой премии в установленные договором страхования сроки и размере, Страхователь обязан уплатить Страховщику пеню за каждый день просрочки в размере 0,1 % от суммы, подлежащей оплате, а Страховщик вправе взыскать неуплаченную страховую премию по договору страхования и пеню в судебном порядке.

6.9. Соглашением Страхователя со Страховщиком, оформленном в письменном виде в соответствии с законодательством, может быть изменено количество застрахованных лиц в рамках действующего договора страхования на основании письменного заявления Страхователя. При увеличении количества застрахованных лиц в заявлении должны быть указаны сведения о застрахованных лицах согласно Приложению № 2 к настоящим Правилам.

В случае увеличения количества лиц, подлежащих страхованию, дополнительная страховая премия, подлежащая уплате Страхователем, рассчитывается с применением базовых тарифов и корректировочных коэффициентов, утвержденных в установленном законодательством порядке.

По соглашению Страхователя и Страховщика в течение действия договора страхования может быть увеличена страховая сумма по договору страхования.

Страховщик производит расчет страховой премии, подлежащей доплате Страхователем, которая рассчитывается, согласно формуле:

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

ДП – дополнительная страховая премия;

НСС – новая страховая сумма;

ПСС – страховая сумма, установленная договором страхования;

T1 – страховой тариф на момент заключения договора страхования;

T2 – страховой тариф на момент внесения изменений в условия договора;

n – количество дней, оставшихся до окончания срока действия договора страхования с момента внесения изменений в условия договора;

t – срок действия договора страхования в днях.

В случае уменьшения количества застрахованных лиц договор страхования прекращается в отношении лиц, исключенных Страхователем из списка застрахованных лиц, со дня получения Страховщиком заявления о прекращении действия договора страхования в отношении исключаемых лиц, если сторонами не достигнуто соглашение об ином сроке. В этом случае Страхователю возвращается часть страховой премии за незаконченный срок действия договора страхования, если лица, исключаемые из договора страхования, в период, когда договор страхования действовал в отношении этих лиц, не обращались в организацию здравоохранения за оказанием медицинской помощи.

Изменения в договор добровольного страхования вносятся в письменной форме в соответствии с законодательством.

Дополнительная страховая премия уплачивается Страхователем одновременно при заключении договора о внесении изменений в условия договора добровольного страхования медицинских расходов, либо по соглашению сторон частями в сроки, установленные договором страхования для уплаты очередных (оставшихся) частей страховой премии, если иное не установлено договором страхования. Возврат причитающейся части страховой премии Страхователю производится в течение 5 рабочих дней со дня прекращения действия договора страхования в отношении лиц, исключенных Страхователем из списка застрахованных лиц. За несвоевременное исполнение этой обязанности Страховщик уплачивает пенью в размере 0,1% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей возврату.

§7. Порядок заключения договора страхования

7.1. Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя (Приложение № 2 к настоящим Правилам), или предложения Страховщика о добровольном страховании медицинских расходов, принятого Страхователем способом, указанным в предложении.

7.2. При включении в договор страхования нескольких программ добровольного страхования, страховая сумма по программам должна устанавливаться в одной валюте.

7.3. По требованию Страховщика до заключения договора страхования застрахованные лица заполняют анкету о состоянии своего здоровья и на основании данных анкеты по решению Страховщика могут быть направлены на медицинское освидетельствование за счет средств Страхователя. Страховщик вправе потребовать выписку из амбулаторной карты о состоянии здоровья Застрахованного лица. При заключении договора страхования по Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов, застрахованные лица заполняют Сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица (Приложение № 3 к настоящим Правилам).

Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

7.4. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, а также путем обмена документами посредством почтовой, телеграфной, телетайпной, электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от стороны по договору, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного заявления договора страхования, подписанного ими.

К договору страхования прилагаются настоящие Правила страхования, что удостоверяется записью в этом договоре, а также программы добровольного страхования, включенные в договор, индивидуальные карточки Застрахованных лиц, а при необходимости – пропуск в лечебное учреждение.

Договор страхования также может быть заключен в форме электронного документа, в порядке и на условиях, установленных законодательством Республики Беларусь. В случае заключения договора страхования в форме электронного документа, путем обмена документами согласно части первой настоящего пункта Страховщик не вправе требовать медицинского освидетельствования Застрахованного лица.

В случае заключения договора страхования в форме электронного документа либо путем обмена документами согласно части первой настоящего пункта, Страховщик направляет Страхователю посредством электронной связи уведомление о заключении договора страхования с приложением настоящих Правил, в течение 5 рабочих дней со дня

документального подтверждения страхователем уплаты страховой премии либо поступления ее на счет Страховщика.

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

7.5. При утрате договора страхования и/или индивидуальной карточки в период действия договора страхования Страхователь должен в письменной форме известить об этом Страховщика для получения дубликата.

7.6. Застрахованное лицо освобождает медицинских работников организаций здравоохранения от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

7.7. При заключении договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) должен сообщить Страховщику все известные обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не могли быть известны Страховщику. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования или страховом полисе на основании письменного заявления Страхователя.

К существенным обстоятельствам также относятся обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в заявлении Страхователя (Приложение № 2 к настоящим Правилам), анкете, сведениях о состоянии здоровья Застрахованного лица (Приложение № 3 к настоящим Правилам).

7.8. Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя (Застрахованного лица) 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 (Застрахованным лицом).

7.9. Если после заключения договора будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п.7.7, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным.

§8. Срок действия договора страхования

8.1. Договор добровольного страхования медицинских расходов может быть заключён, как правило, на срок от 1 месяца до 5 лет включительно. По Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов договор страхования заключается на срок в один год.

8.2. Договор страхования вступает в силу по соглашению сторон с 00 часов 00 минут любого дня, указанного в договоре страхования и следующего за днем уплаты Страховщику страховой премии или ее первого взноса при оплате в рассрочку в размере, предусмотренном договором страхования.

Днем уплаты страховой премии считается:

при безналичной оплате – день поступления страховой премии или первой ее части на расчетный счет Страховщика или его уполномоченного представителя;

при наличной оплате – день внесения страховой премии или первой ее части в кассу Страховщика или уплаты его уполномоченному представителю.

при уплате страховой премии с использованием банковских платежных карточек, через автоматизированные платежные системы (в т.ч. через систему «Расчет» АИС ЕРИП), а также при внесении денежных средств непосредственно в кассы банков с последующим их зачислением на счет Страховщика или его уполномоченного представителя – со дня и времени совершения операции по перечислению страховой премии или первой ее части, подтверждением чего служит карт-чек и (или) иной документ, подтверждающий совершение соответствующей операции.

8.3. Договор страхования заканчивается в 24 часа дня, указанного в договоре страхования как дата окончания договора страхования.

§9. Прекращение договора страхования

9.1. Договор страхования прекращается в случае:

9.1.1. окончания срока действия договора;

9.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств по договору в полном объеме;

9.1.3. неуплаты Страхователем очередной части страховой премии в установленные договором сроки и размере, а в случае, указанном в пункте 6.5 настоящих Правил – по истечении установленного срока;

9.1.4. ликвидации Страхователя – юридического лица, прекращения деятельности Страхователя – индивидуального предпринимателя, смерти

Страхователя – физического лица, кроме случая, предусмотренного пунктом 9.4 настоящих Правил;.

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

9.1.6. по соглашению Страхователя и Страховщика, оформленному в письменном виде. Стороны обязаны письменно уведомить друг друга не позднее чем за 3 рабочих дня до даты предполагаемого расторжения договора;

9.1.7. отказа Страхователя от договора страхования в любое время, если к моменту отказа от договора страхования возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в подпункте 9.1.5 настоящего пункта;

9.1.8. по требованию Страховщика в отношении Застрахованного лица при обнаружении у него в период действия договора заболеваний, перечисленных в п.1.6 настоящих Правил, а также при получении Застрахованным лицом инвалидности 1 и 2 групп;

9.1.9. 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, пропуск в лечебное учреждение с целью получения последним услуг по договору страхования.

9.2. В случаях, предусмотренных подпунктами 9.1.4, 9.1.5, 9.1.6, 9.1.8 п. 9.1 настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и возвращает Страхователю (его наследникам в случаях, указанных в подпункте 9.1.4 п. 9.1 настоящих Правил) часть уплаченной страховой премии (при отсутствии страховых выплат и заявленных убытков по договору страхования (обращении Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи)).

Если договор страхования заключен в отношении нескольких Застрахованных лиц, возврат части страховой премии производится только в отношении Застрахованных лиц, по которым не проводились страховые выплаты и не имеется заявленных убытков (обращения за оказанием медицинской помощи).

Возврат части страховой премии Страхователю производится в течение 15 календарных дней со дня прекращения действия договора страхования при условии получения Страховщиком всех необходимых

документов. За несвоевременное исполнение этой обязанности Страховщик уплачивает пеню в размере 0,1% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей возврату.

В случае, указанном в подпунктах 9.1.3, 9.1.7, 9.1.9 настоящих Правил, уплаченная страховая премия возврату Страхователю не подлежит.

Не подлежит возврату часть страховой премии при досрочном прекращении договора страхования в отношении Застрахованного лица, если в течение действия договора страхования производилась выплата страхового обеспечения при обращении этого Застрахованного лица за медицинской помощью.

Расчет части страховой премии, подлежащей возврату, производится в валюте страховой суммы. Выплата части страховой премии, подлежащей возврату, производится в валюте оплаты страховой премии либо в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным Банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы на день возврата.

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

О предстоящей ликвидации или реорганизации, влекущей утрату прав юридического лица, Страхователь обязан письменно, не позднее 30 календарных дней после принятия решения о таковой, уведомить Страховщика.

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

§10. Права и обязанности сторон

10.1. Страхователь имеет право:

10.1.1. требовать предоставления Застрахованному лицу в организациях здравоохранения медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и программой добровольного страхования;

10.1.2. получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством;

10.1.3. ознакомиться с условиями договора добровольного страхования;

10.1.4. отказаться от договора страхования в соответствии с п.п. 9.1.7. п. 9.1 настоящих Правил, подав письменное заявление Страховщику об отказе от договора страхования;

10.1.5. уплачивать страховую премию по договору добровольного страхования в соответствии с Правилами страхования единовременно либо по соглашению сторон в рассрочку;

10.1.6. требовать от Страховщика выполнения условий договора страхования.

10.2. Страхователь обязан:

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

10.2.2. уплачивать страховую премию в установленном договором страхования порядке;

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

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

10.2.5. незамедлительно, но не позднее срока, установленного в п. 11.1. настоящих Правил уведомлять Страховщика о наступлении страхового случая;

10.2.6. надлежащим образом исполнять обязанности, определенные правилами добровольного страхования, на условиях которых заключен договор добровольного страхования, и договором добровольного страхования;

10.2.7. Страхователь-юридическое лицо, при страховании по договору страхования своих имущественных интересов, обязан в период действия договора страхования незамедлительно, но не позднее трех рабочих дней, сообщать Страховщику об изменении своего статуса в случае реорганизации в государственное юридическое лицо либо в

юридическое лицо, на решения которого может влиять государство, владея контрольным пакетом акций (долей, вкладов, паев).

10.3. Застрахованное лицо имеет право:

10.3.1. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования;

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

10.3.3. при утрате договора страхования и индивидуальной карточки получить их дубликат.

10.4. Застрахованное лицо обязано:

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

10.4.2. предоставить врачу Страховщика возможность доступа для обследования состояния своего здоровья;

10.4.3. обеспечить сохранность страховых документов, не передавать другим лицам договор страхования, индивидуальную карточку, пропуск в лечебное учреждение с целью получения ими медицинской помощи по договору страхования;

10.4.4. при утрате договора страхования (страхового полиса), индивидуальной карточки незамедлительно сообщить об этом Страховщику для получения его копии (дубликата);

10.4.5. при изменении фамилии письменно уведомить Страховщика в трехдневный срок.

10.4.6. незамедлительно сообщить Страховщику о выявленных в период действия договора заболеваниях и обстоятельствах, указанных в п.1.6 настоящих Правил;

10.4.7. выполнять условия договора добровольного страхования.

10.5. Страховщик имеет право:

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

10.5.2. проверять полученную от Страхователя (Застрахованного лица) информацию, а также выполнение Страхователем условий договора;

10.5.3. до принятия на страхование потребовать любые дополнительные обследования и документы, подтверждающие состояние здоровья лица (за счет средств Страхователя);

10.5.4. в любое время посылать врача Страховщика к Застрахованному лицу для обследования состояния его здоровья. Врач Страховщика имеет право давать рекомендации и назначения, направленные на ускорение выздоровления Застрахованного лица;

10.5.5. 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).

10.6. Страховщик обязан:

10.6.1. ознакомить Страхователя с условиями добровольного страхования медицинских расходов;

10.6.2. выдать Страхователю договор страхования (страховой полис), Правила страхования с приложением программы добровольного страхования, индивидуальные карточки (при страховании группы лиц), а при их утрате – дубликаты;

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

10.6.4. обеспечить предоставление медицинских услуг Застрахованному лицу в другой организации здравоохранения, с которой у Страховщика заключен договор на оказание медицинских услуг (иной соответствующий договор), при отсутствии возможности оказания медицинской помощи Застрахованному лицу в организации здравоохранения, указанной в договоре страхования;

10.6.5. при наступлении страхового случая произвести оплату организации здравоохранения (Застрахованному лицу) медицинских услуг в соответствии с договором страхования;

10.6.5. обеспечивать конфиденциальность в отношении Застрахованного лица;

10.6.6. надлежащим образом исполнять обязанности, определенные Правилами страхования, на условиях которых заключен договор страхования, и договором страхования.

§11. Действие сторон при наступлении страхового случая

11.1. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан в кратчайшие сроки (но не позднее 35 календарных дней) уведомить Страховщика или

его представителя о наступлении страхового случая. Неисполнение данного условия дает Страховщику право отказать в выплате страхового обеспечения, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое обеспечение.

11.2. При наступлении страхового случая медицинские услуги Застрахованному лицу оказываются по предъявлении пропуска в организацию здравоохранения (если он выдается), договора страхования или индивидуальной карточки.

11.3. Страховщик оплачивает услуги, объем которых определен выбранной Страхователем и указанной в договоре страхования программой добровольного страхования и оказанные теми организациями здравоохранения, с которыми у Страховщика имеются договоры на предоставление медицинской помощи Застрахованным лицам и обращение в которые Застрахованного лица было предварительно согласовано со Страховщиком или оказанные организацией здравоохранения, с которыми у Страховщика отсутствуют договоры на предоставление медицинской помощи Застрахованным лицам, при условии, что обращение в эти организации здравоохранения Застрахованного лица было предварительно письменно согласовано со Страховщиком. Согласование производится в письменной форме (факс, электронная почта, персональное вручение).

11.4. Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком организации здравоохранения, с которой Страховщик заключил договор на предоставление медицинской помощи и которая в соответствии с законодательством предоставила Застрахованному лицу медицинскую помощь, или Застрахованному лицу, в случае, если оно самостоятельно оплатило медицинскую помощь, оказанную предварительно согласованным Страховщиком медицинским учреждением, на основании акта о страховом случае (Приложение № 5 к настоящим Правилам). Для выплаты страхового обеспечения организация здравоохранения представляет Страховщику счет, в котором указываются номер и дата заключения договора страхования, полное имя Застрахованного лица, которому была оказана медицинская помощь, стоимость, общая сумма расходов, понесенных по всем оказанным Застрахованному лицу медицинским услугам. Счет должен быть заверен печатью и подписью ответственного лица организации здравоохранения.

При страховании по Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов 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.

11.5. Застрахованное лицо, самостоятельно оплатившее медицинскую помощь при наступлении страхового случая, для решения вопроса о выплате страхового обеспечения обязано предоставить Страховщику заявление о страховом случае и выплате страхового обеспечения, а также подтверждающие документы, в частности:

- оригиналы документов, подтверждающие факт обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, и содержащие дату обращения, диагноз заболевания, перечень оказанных медицинских услуг, их стоимость;

- выписки из базы электронных рецептов на приобретение медикаментов, выписанные лечащим врачом в связи с расстройством здоровья Застрахованного лица, копия медицинского заключения с указанием диагноза (для программ добровольного страхования «ПОЛИКЛИНИКА 3-1-2», «ПОЛИКЛИНИКА 3-2-2», «ПОЛИКЛИНИКА 3-3-2»);

- оригиналы документов, подтверждающих оплату медицинской помощи.

Порядок расчетов Страховщика с организацией здравоохранения определяется договором на предоставление медицинской помощи Застрахованным лицам, заключенным между этой организацией здравоохранения и Страховщиком.

В случае понесения расходов на оказание медицинской помощи Застрахованному лицу в размере, превышающем размер страховой суммы, установленной договором страхования в отношении этого Застрахованного лица или получения им медицинской помощи, не предусмотренной программой добровольного страхования, Застрахованное лицо обязано самостоятельно оплатить такие расходы.

11.6. При признании заявленного случая страховым Страховщик составляет акт о страховом случае (Приложение № 5 к настоящим Правилам) в течение 10 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов.

Выплата страхового обеспечения получателю осуществляется в пределах установленной договором страхования страховой суммы по каждой программе добровольного страхования.

Договор страхования, по которому произведена выплата страхового обеспечения, действует в размере разницы между страховой суммой, установленной на соответствующую программу добровольного страхования, и суммой выплаченного страхового обеспечения.

Выплата страхового обеспечения получателю осуществляется в течение 10 рабочих дней со дня составления Страховщиком акта о страховом случае.

В случае, когда страховая сумма по договору страхования установлена в иностранной валюте, а страховая премия уплачивалась в белорусских рублях, то страховое обеспечение выплачивается в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день наступления страхового случая.

При непризнании заявленного случая страховым, решение об отказе в выплате страхового возмещения сообщается Страхователю (Выгодоприобретателю) в письменной форме с мотивацией причины отказа в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня, следующего за днем получения всех необходимых для принятия решения документов.

11.7. За несвоевременную выплату страхового обеспечения по вине Страховщика он уплачивает Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) пеню за каждый день просрочки в размере 0,1 процента юридическому лицу и 0,5 процента физическому лицу от суммы, подлежащей выплате.

11.8. Страхователь (Застрахованное лицо) в течение 3 рабочих дней со дня получения письменного уведомления обязан возвратить Страховщику выплаченное страховое обеспечение (или его соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по настоящим Правилам полностью или частично лишает его права на страховое обеспечение. За каждый день просрочки возврата страхового обеспечения (его части) со дня, следующего за днем получения Страхователем письменного уведомления, Страхователь (Застрахованное лицо) уплачивает Страховщику пеню в размере 0,1 процента от суммы, подлежащей возврату Страховщику.

§12. Основания освобождения Страховщика от выплаты страхового обеспечения

12.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения:

12.1.1. если страховой случай произошел вследствие умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица;

12.1.2. если страховой случай произошел вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации и радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны, если международными договорами Республики Беларусь, актами законодательства не предусмотрено иное;

12.1.3. в части убытков, возникших вследствие того, что Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки;

12.1.4. в иных случаях, предусмотренных законодательством.

12.2. Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения, если:

12.2.1. Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая не уведомил Страховщика в предусмотренный договором страхования срок указанным в договоре способом (п. 11.1 настоящих Правил), если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое обеспечение;

12.2.2. Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) создал препятствия Страховщику в определении обстоятельств, характера и размера убытков.

12.3. Решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному лицу) в пятидневный срок после получения всей необходимой документации (п. 11.5) в письменной форме с мотивацией причины отказа.

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

§13. Сроки исковой давности и порядок разрешения споров

13.1. Право на предъявление к Страховщику требований о выплатах по договору страхования погашается по истечении срока исковой давности в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

13.2. Споры, вытекающие из договора страхования, решаются путем переговоров, а в случае отсутствия согласия – в судебном порядке, установленном действующим законодательством Республики Беларусь.».

Приложение №1

БАЗОВЫЕ ГОДОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ К ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ

Страховой тариф по конкретной программе добровольного страхования исчисляется в процентах от страховой суммы и рассчитывается как произведение базового страхового тарифа по конкретной программе добровольного страхования, определенного в процентах от страховой суммы по этой программе, и корректировочных коэффициентов к базовому страховому тарифу по конкретной программе страхования, а также по дополнительным услугам, предусмотренным пунктом 5.1 настоящих Правил страхования, в случае дополнения этими услугами конкретной программы добровольного страхования и договора страхования.

Страховая премия на одно Застрахованное лицо рассчитывается как сумма n -произведений страховой суммы по программе и страхового тарифа по программе, где n – количество выбранных программ страхования.

БАЗОВЫЕ ГОДОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

№ п/п	Название программы	Базовый страховой тариф (в процентах от страховой суммы)
1	ПОЛИКЛИНИКА 1-1-1	2,7%
2	ПОЛИКЛИНИКА 2-1-1	3,9%
3	ПОЛИКЛИНИКА 3-1-1	5,1%
4	ПОЛИКЛИНИКА 1-1-2	3,3%
5	ПОЛИКЛИНИКА 2-1-2	4,9%
6	ПОЛИКЛИНИКА 3-1-2	6,3%
7	МЕДИКАМЕНТЫ	53%
8	СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ	3%
9	НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ	2,9%
10	СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ	65%

11	УРОЛОГИЯ	20%
12	ГИНЕКОЛОГИЯ	26%
13	ПОЛИКЛИНИКА 3-2-1	4,9%
14	ПОЛИКЛИНИКА 3-3-1	6,1%
15	ПОЛИКЛИНИКА 3-2-2	5,2%
16	ПОЛИКЛИНИКА 3-3-2	6,4%

По Унифицированной программе страхования страховая премия устанавливается в размере 300 долларов США в год на каждое Застрахованное лицо, корректировочные коэффициенты не применяются.