

ПРАВИЛА № 026 ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ

(С изменениями и дополнениями, утвержденными Приказом ЗСАО «Ингосстрах» 12.06.2023 № 34 (вступили в силу 20.06.2023))

§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 (пункт 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, за исключением случая, установленного частью второй настоящего пункта.

При наличии у страховой организации договора, заключенного с организациями здравоохранения иностранных государств, расположенными в стране пребывания Застрахованного лица, договоров об оказании Застрахованному лицу медицинской помощи или договора с зарубежным партнером, выступающим гарантом обеспечения оплаты расходов по оказанию медицинской помощи Застрахованному лицу, располагающим собственными сервисными центрами в стране пребывания Застрахованного лица, с приложением их перечня и мест нахождения,

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

1.8. Для целей настоящих Правил страхования применяются следующие термины:

внезапное расстройство здоровья – резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица;

выгодоприобретатель – медицинская организация, индивидуальный предприниматель, с которыми Страховщик заключил договор на предоставление медицинской помощи Застрахованному лицу и которые предоставили Застрахованному лицу медицинскую помощь, а также Застрахованное лицо (его законный представитель) или Страхователь (его законный представитель), оплативший оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь;

индивидуальные предприниматели – индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую, фармацевтическую деятельность;

медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, оказываемых Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, связанного с внезапным расстройством здоровья Застрахованного лица, несчастным случаем, хроническим заболеванием или его обострением, в том числе обеспечение Застрахованного лица лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и индивидуального ухода в рамках программы добровольного страхования медицинских расходов;

медицинские организации - организации здравоохранения Республики Беларусь; организации здравоохранения иностранных государств в случае, предусмотренном частью второй пункта 1.7 настоящих Правил страхования; другие организации, которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность;

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

обострение хронического заболевания – стадия течения хронического заболевания, характеризующаяся усилением имеющихся симптомов или появлением новых у Застрахованного лица;

программа добровольного страхования медицинских расходов (программа страхования, программа добровольного страхования) – неотъемлемая часть настоящих Правил, 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;

базовая программа добровольного страхования медицинских расходов (базовая программа страхования) – программа страхования, определяющая базовый объем и перечень предоставляемых медицинских услуг Застрахованному лицу, на основании которой Страховщик формирует индивидуальную программу страхования, и которые (базовая или индивидуальная программа страхования) прилагаются к договору страхования (далее – договор страхования) и являются его неотъемлемой частью;

хроническое заболевание – заболевание, которое имеет одну и (или) более нижеследующих характеристик: длительно растянуто во времени, оставляет остаточные нарушения, вызывает необратимые патологические изменения, требует специального (особого) обучения пациента для восстановления (реабилитации) и длительного периода наблюдения с обеспечением медицинской и социальной помощи;

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

§2. Объект страхования

2.1. Объектом добровольного страхования медицинских расходов являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Страхователя либо Застрахованного лица, связанные с компенсацией расходов медицинской организации, индивидуальному предпринимателю, Страхователю или Застрахованному лицу, вызванных обращением Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, предусмотренной договором страхования (программой страхования), при наступлении страхового случая.

§3. Страховые случаи

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

3.2. В соответствии с договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинскую помощь, оказанную Застрахованным лицам в медицинских организациях в соответствии с базовой программой страхования либо с индивидуальной программой страхования, в пределах обусловленной в ней страховой суммы (страховых сумм).

Медицинская помощь Застрахованным лицам организовывается в соответствии с базовыми программами страхования либо с индивидуальными программами страхования, которые прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

3.3. Страховщик формирует индивидуальные программы страхования при заключении договора страхования, исходя из следующих базовых программ страхования:

3.3.1. Программа страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** включает программы добровольного страхования медицинских расходов «ПОЛИКЛИНИКА 1-1-1», «ПОЛИКЛИНИКА 2-1-1», «ПОЛИКЛИНИКА 3-1-1».

Амбулаторно-поликлиническая помощь включает комплекс медицинских мероприятий, оказываемых Застрахованному лицу на амбулаторном уровне;

3.3.2. Программа страхования **«Стационарная помощь»**.

Стационарная помощь включает комплекс медицинских мероприятий, оказываемых Застрахованному лицу в стационарных условиях по медицинским показаниям, а также в случаях плановой госпитализации;

3.3.3. Программа страхования **«Комплексная помощь»** включает программы добровольного страхования медицинских расходов «ПОЛИКЛИНИКА 1-1-2», «ПОЛИКЛИНИКА 2-1-2», «ПОЛИКЛИНИКА 3-1-2».

Комплексная помощь включает:

комплекс медицинских мероприятий, оказываемых Застрахованному лицу по программе страхования «Амбулаторно-

поликлиническая помощь» в соответствии с подпунктом 3.3.1 настоящего пункта Правил;

один или два вида дополнительной медицинской помощи: лекарственное обеспечение или стоматологическую помощь, в рамках оказания амбулаторно-поликлинической помощи;

3.3.4. Программа страхования **«Семейный полис»** включает программы добровольного страхования медицинских расходов «ПОЛИКЛИНИКА 3-2-1», «ПОЛИКЛИНИКА 3-3-1», «ПОЛИКЛИНИКА 3-2-2», «ПОЛИКЛИНИКА 3-3-2».

Программа страхования **«Семейный полис»** включает:

амбулаторно-поликлиническую помощь (комплекс медицинских мероприятий), оказываемую Застрахованным лицам на амбулаторном уровне;

дополнительно программы добровольного страхования медицинских расходов «ПОЛИКЛИНИКА 3-2-2» и «ПОЛИКЛИНИКА 3-3-2» включают один вид медицинской помощи: лекарственное обеспечение или стоматологическую помощь, в рамках оказания амбулаторно-поликлинической помощи;

3.3.5. Программа страхования **«Медикаменты»;**

3.3.6. Программа страхования **«Стоматологическая помощь»;**

3.3.7. Программа страхования **«Гинекология»;**

3.3.8. Программа страхования **«Урология»;**

3.3.9. Программа страхования **«Неотложная медицинская помощь».**

3.4. Индивидуальная программа страхования.

Индивидуальная программа страхования разрабатывается по соглашению Страховщика и Страхователя на основе базовых программ страхования (пункт 3.3 настоящих Правил) и может предусматривать как расширение перечня, объема, условий предоставления медицинских услуг, включенных в базовую программу страхования (в том числе из указанных в пункте 5.1 настоящих Правил), так и их сокращение.

По соглашению сторон в индивидуальной программе страхования, прилагаемой к договору страхования, могут быть установлены иные, не указанные в пункте 5.1 настоящих Правил, дополнительные ограничения по предоставлению и оплате медицинских услуг. В индивидуальной программе страхования также могут устанавливаться определенные условия предоставления медицинской помощи, в том числе условия, при отсутствии которых медицинские услуги не организовываются и расходы по ним не возмещаются. Индивидуальная программа страхования, также

может устанавливать, что предоставление медицинской помощи производится исключительно по средствам телемедицины.

По соглашению сторон по договору страхования, заключенному на условиях индивидуальной программы страхования, может быть установлена безусловная франшиза – размер собственного участия Застрахованного лица в возмещении расходов, связанных с оказанием ему медицинской помощи. Безусловная франшиза устанавливается в процентах от размера расходов, связанных с оказанием медицинской помощи Застрахованному лицу. Безусловная франшиза может быть установлена в целом по индивидуальной программе страхования либо в отношении конкретных медицинских мероприятий, либо в отношении медицинских мероприятий, оказанных конкретными медицинскими организациями, перечень которых определен в индивидуальной программе страхования. Безусловная франшиза применяется по каждой оказанной застрахованному лицу медицинской услуге, признанной страховым случаем, на которую распространяется действие безусловной франшизы.

При заключении договора страхования сроком действия 2 года и более индивидуальная программа страхования может устанавливать определенные условия предоставления медицинской помощи в рамках первого года действия договора страхования, второго и последующих.

3.5. При страховании по Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов (Приложение № 2 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.

§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 страхования, с применением соответствующих корректировочных коэффициентов, за исключением расходов, перечисленных в пункте 5.1 §5 настоящих Правил, при условии, что они не включены в Индивидуальную программу страхования.

Программы страхования приведены в Приложении № 2 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

случая, предусмотренного пунктом 4.1 настоящих Правил, когда указанные расходы включены в Индивидуальную программу страхования, с применением соответствующих корректировочных коэффициентов):

5.1.1. заболеваниями, явившимися причиной установления застрахованному лицу инвалидности;

5.1.2. медицинскими услугами не соответствующими Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь, за исключением, когда договор страхования действует за пределами Республики Беларусь либо в случаях, когда проведение альтернативных методов диагностики и (или) лечения предусмотрено программой страхования;

5.1.3. 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»);

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

5.1.5. туберкулез, саркоидоз и муковисцидоз, независимо от клинической формы и стадии процесса;

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

5.1.7. демиелинизирующие заболевания нервной системы, в том числе рассеянный склероз, болезнь Шильдера, болезнь Девика, концентрический склероз Балло, синдром осмотической демиелинизации, миелопатии, лейкоэнцефалопатии, лейкодистрофии, синдром Гийена-Барре, невральная амиотрофия Шарко-Мари-Тута, сирингомиелия;

5.1.8. системные заболевания соединительной ткани, например: системная красная волчанка (СКВ), системная склеродермия (ССД), дерматомиозит (полимиозит), узелковый полиартериит, смешанное заболевание соединительной ткани (синдром Шарпа), болезнь (синдром) Шегрена, диффузный фасциит, ревматическая полимиалгия, рецидивирующий полихондрит, рецидивирующий панникулит (болезнь Вебера-Крисчена), болезнь Бехчета, антифосфолипидный синдром, васкулопатии, системный склероз;

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

5.1.10. хронический гепатит любой этиологии, цирроз печени с момента установления диагноза;

5.1.11. наследственные заболевания, системные (аутоиммунные) заболевания и их осложнения;

5.1.12. врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения), последствия родовых травм, перинатальная (антенатальная, интранатальная, постнатальная) патология, их осложнения, например: детский церебральный паралич, гидроцефалия, задержка психомоторного развития, дефекты речевого развития, синдромы гипервозбудимости;

5.1.13 особенности развития и формирования опорно-двигательного аппарата, ортопедические нарушения, например: сколиоз, плоскостопие, варусные и вальгусные стопы, вывихи тазобедренных суставов, кривошея, мышечная дистония и др.;

5.1.14 дегенеративные заболевания суставов, в том числе деформирующий остеоартроз, остеопороз;

5.1.15. кожные заболевания: Нейродермит (атопический дерматит), экземы, псориаз, микозы, микозы ногтевых пластинок, себорея, аллопеция, демодекоз, гипергидроз, педикулез, чесотка, микроспория, витилиго, импетиго, угревая болезнь, акне, розацеа, кератозы.

5.1.16. различные доброкачественные новообразования кожи и подкожной клетчатки, косметические дефекты любой локализации, в т.ч. мозоли, папилломы, бородавки, невусы, кондиломы, атеромы, гигромы, липомы, гемангиомы, телеангиоэктазии, келлоидные рубцы, контагиозные моллюски (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»), кроме случаев наличия травмы и (или) острого воспалительного процесса;

5.1.17. нарушения сна, полисомнография;

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

5.1.19. профессиональные заболевания;

5.1.20. сахарный диабет инсулинозависимый 1 типа и его осложнения;

5.1.21. острые и хронические лучевые поражения, их осложнения;

5.1.22. особо опасные инфекционные и карантинные заболевания;

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

5.1.24. 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;

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

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

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

5.1.28. оказанием высокотехнологичной медицинской помощи, а также трансплантации, эндопротезирования, реконструктивного хирургического лечения, за исключением медицинской помощи конкретного вида и объема, указанных в страховой медицинской программе;

5.1.29. обследованием нетрадиционными методами оказания медицинской помощи: биорезонансная диагностика, гемосканирование, иридодиагностика, метод Фолля, прикладная кинезиология, спектрально – динамический метод и др.;

5.1.30. лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским: экстракорпоральные методы лечения, озонотерапия, лечение с использованием альфа капсул;

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

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

5.1.33. санаторно-курортное лечение;

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

5.1.35. отбеливание зубов, 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; изготовление капп; имплантация зубов;

5.1.36. 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;

5.1.37. консультации диетолога, исследования и лечение в том числе хирургическое по метаболическому синдрому и ожирению;

5.1.38. трансплантация органов или тканей; изменение пола;

5.1.39. приобретение изделий медицинского назначения: средства личной гигиены, перевязочные материалы, медицинское оборудование, небулайзеры, имплантаты, ортопедические стельки, костыли, трости, ортезы и др.;

5.1.40. 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, импотенции и эректильной дисфункции;

5.1.41. текущие обследования зрения и слуха, рефракции глаза, а также стоимость очков, контактных линз или слуховых аппаратов. Плановые хирургические операции глаза, целью которых является: коррекция близорукости, дальнозоркости или астигматизма, косоглазия; лечение глаукомы, катаракты; лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;

5.1.42. аортокоронарное шунтирование (стентирование), баллонная ангиопластика, имплантация электрокардиостимулятора.

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

5.1.44. 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»);

5.1.45. диагностика и лечение нарушений речи (логопедия);

5.1.44. диагностика и лечение храпа и апноэ во сне;

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

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

5.1.48. получение Застрахованным лицом справки на ношение оружия, направления на вождение автотранспорта, посещения бассейна, для выезда за границу, поступления в учебные учреждения, для трудоустройства и получения санаторно-курортной карты;

5.1.49. острое расстройство здоровья или обострение хронического заболевания, возникшие до начала действия договора страхования без подтверждения времени и объема последнего наблюдения за хроническим заболеванием;

5.1.50. косметические операции, косметологические процедуры;

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

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

5.1.53. генная диагностика наличия заболевания и предрасположенности к заболеваниям;

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

5.1.55 все виды реконструктивных и пластических операций, включая ринопластику и септопластику, операции при ортопедических нарушениях, пролапсе гениталий

5.1.56. плановое лечение варикозной болезни любой локализации, в том числе склеротерапия вен, турбофлебодеструкция, лигирование геморроидальных узлов, минифлебэктомия, радиочастотная абляция и др.;

5.1.57. общая и высокоинтенсивная магнитотерапия, высокоинтенсивная лазеротерапия (HILT), спелеотерапия, баротерапия, криотерапия, озонотерапия, карбокситерапия, аутогемотерапия, PRP-терапия, плазмаферез, гемосорбция, ВЛОК – терапия, НЛОК, ТЭС –

терапия, тейпирование, пневмо-компрессионная терапия (лимфостим), ударно-волновая терапия;

5.1.58. нарушения менструального цикла, дисфункция яичников, СПКЯ, менопаузы и околоменопаузного периода (климактерический период), проявления, осложнения, за исключением медикаментозного и оперативного лечения маточных кровотечений;

5.1.59. Болезни крови и кроветворных органов;

5.1.60. гельминтозы любой этиологии;

5.1.61. прием, наблюдение и лечение у медицинского работника, состоящего в родственных отношениях с Застрахованным лицом;

5.1.62 получение медицинских услуг Застрахованным лицом - медицинским работником в условиях лечебного учреждения, являющегося местом его работы;

5.1.63. проведением альтернативных (сверх объемов предусмотренных Клиническими протоколами диагностики и лечения заболеваний, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь) методов диагностики и (или) лечения.

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. приобретения (вне зависимости от целей применения) травяных сборов, биологически активных добавок (БАД), гомеопатических средств, витаминов, витаминно-минеральных комплексов;

5.2.5. питательные смеси и препараты для лечебного питания;

5.2.6. лечебную косметику;

5.2.7. для лечения ВИЧ-инфекции, СПИДа;

5.2.8. лекарственные средства, относящиеся к группам психотропных (в т.ч. психолептики, снотворные), противосудорожных, противодиабетических, противотуберкулезных; любые лекарственные средства, содержащие половые гормоны и модуляторы женской половой сферы, для лечения алкоголизма, наркомании, токсикомании;

5.2.9. для лечения злокачественных новообразований, гемобластозов;

5.2.10. для лечения туберкулеза;

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

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

5.2.13. гепатопротекторы;

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

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

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

5.2.17. для проведения иммунопрофилактики и иммунотерапии;

5.2.18. для прерывания беременности.

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

5.4. Консультации врачей-специалистов, диагностика и лечение не связанные с заболеванием, послужившим причиной обращения за медицинской помощью, только по желанию Застрахованного лица, не является страховым случаем и не оплачиваются.

§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 в соответствии с программой страхования либо Индивидуальной программой страхования.

Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком при заключении договора страхования отдельно по каждой программе страхования на каждое Застрахованное лицо, за исключением случаев, когда договор страхования заключен на условиях программы страхования «Семейный полис» с установлением общей страховой суммы на всех Застрахованных лиц.

Страховые суммы, установленные по нескольким программам страхования для одного Застрахованного лица, составляют общую страховую сумму по одному Застрахованному лицу в целом по договору страхования. Сумма общих страховых сумм по всем Застрахованным лицам 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. Размер страховой премии определяется исходя из страховой суммы по выбранной базовой программе страхования и страхового тарифа. При определении размера страхового тарифа применяются утвержденные локальным правовым актом Страховщика базовые страховые тарифы и применяемые к ним корректировочные коэффициенты.

Страховая премия на каждое Застрахованное лицо рассчитывается как сумма произведений страховых сумм по каждой программе страхования и страховых тарифов по соответствующим программам, за исключением случая, когда договор страхования заключен на условиях программы страхования «Семейный полис» с расчетом общей страховой премии на всех Застрахованных лиц.

При заключении договора страхования на условиях индивидуальной программы страхования для расчета страховой премии применяются базовые страховые тарифы по базовым программам страхования с применением соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика.

Общая страховая премия по договору страхования определяется путем суммирования страховых премий по всем лицам, подлежащим страхованию.

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 45 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 45-дневного срока, в течение которого Страхователь обязан уплатить просроченную часть страховой премии. При этом Страхователь не освобождается от уплаты страховой премии за указанный 45-дневный срок действия договора страхования. Если страховой случай наступил до уплаты очередной части страховой премии, внесение которой просрочено, Страховщик удерживает просроченную часть 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 или ее очередной части, о чем делается отметка в договоре страхования при заключении договора страхования.

6.7. Страховая премия исчисляется в валюте страховой суммы и может быть уплачена как в иностранной валюте (в случаях,

предусмотренных 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. В договоре страхования, заключенном со страхователем – юридическим лицом, может быть установлено, что страховая премия (первая ее часть) уплачивается после вступления договора страхования в силу. Срок отсрочки по уплате страховой премии (первой ее части) устанавливается по соглашению сторон, но не более 15 календарных дней с даты вступления договора страхования в силу.

6.9. 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.

6.10. 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.

В случае увеличения количества лиц, подлежащих страхованию, дополнительная страховая премия, подлежащая уплате Страхователем, рассчитывается с применением утвержденных локальным правовым актом Страховщика базовых страховых тарифов и корректировочных коэффициентов.

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 единовременно при заключении договора о внесении изменений в условия договора страхования, 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 пеню в размере 0,1% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей возврату.

Заявление об изменении (дополнении) условий договора страхования подается Страхователем не позднее, чем за 5 (пять) рабочих дней до даты внесения изменений в договор страхования, если иное не установлено соглашением между Страховщиком и Страхователем.

6.11. По договорам страхования, заключенным на срок более 1 года, страховые тарифы для Застрахованных лиц на каждый последующий год срока действия договора страхования могут быть изменены в сторону увеличения в зависимости от уровня выплат по данному виду добровольного страхования по всем Застрахованным лицам конкретного Страхователя (за весь предыдущий период страхования у Страховщика, но не более, чем за последние 2 года до даты внесения изменений в договор страхования). О применении данного условия должно быть указано в договоре страхования.

По договору страхования со Страхователем-юридическим лицом, заключенному на срок 1 год и более, по истечении 6 месяцев срока действия договора страхования при уровне выплат по этому договору страхования более 100% страховой тариф на оставшийся срок действия договора страхования может быть пересчитан с учетом уровня выплат по данному виду добровольного страхования в целом по Страхователю (за весь предыдущий период страхования в ЗАСО «Ингосстрах», но не более, чем за последние 2 года до даты внесения изменений в договор страхования). Изменения в связи с учетом уровня выплат могут быть внесены в договор страхования не чаще одного раза в квартал. О применении данного условия должно быть указано в договоре страхования.

§7. Порядок заключения договора страхования

7.1. Договор страхования заключается на основании письменного (для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей) или устного (для физических лиц, не являющихся индивидуальными

предпринимателями) заявления Страхователя, составленного по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика, 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 по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика 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 по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика.

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 текстового документа, включая документ в электронном виде (в том числе электронный документ), или путем обмена текстовыми документами, включая документы 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 договора страхования.

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;

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.

Письменная форма договора добровольного страхования считается соблюденной, если письменное предложение Страховщика заключить договор страхования путем направления текстового документа, включая документ в электронном виде (в том числе электронный документ), принято Страхователем путем уплаты страховой премии (ее части) в срок, установленный в данном предложении.

Договоры страхования могут заключаться в письменной форме способами, предусмотренными гражданским законодательством и законодательством о страховании, в электронном виде через официальный сайт в глобальной компьютерной сети Интернет:

Страховщика;

организации, заключающей договор страхования от имени Страховщика и имеющей право в соответствии с законодательством проводить идентификацию обратившихся к ней Страхователей (застрахованных лиц, выгодоприобретателей), их представителей без личного присутствия указанных лиц.

При этом договоры страхования могут заключаться без применения электронной цифровой подписи, выработанной с использованием личного ключа в порядке, установленном законодательством.

При заключении договора страхования на основании письменного заявления Страхователя страховой полис может быть подписан только Страховщиком. Письменное заявление Страхователя о заключении договора страхования является неотъемлемой частью договора страхования (страхового полиса).

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.

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

Официальный сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, в том числе

для направления информации, связанной с сопровождением действующего договора страхования, в том числе для направления заявления о страховом случае, информирования о стадии и результатах рассмотрения заявления о страховой выплате, включая сведения об осуществлении страховой выплаты.

7.5. При утрате договора страхования и (или) индивидуальной карточки в период его действия Страхователю на основании письменного или устного заявления выдается копия договора страхования и (или) индивидуальной карточки. После выдачи копии договора страхования утраченный экземпляр договора страхования и (или) индивидуальной карточки считается недействительным и никаких выплат по нему не производится.

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 о страховании и анкете, сведениях о состоянии здоровья Застрахованного лица, составленных по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика.

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 пункте 7.7 настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным.

§8. Срок действия договора страхования

8.1. Договор добровольного страхования медицинских расходов может быть заключён 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 первой части 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 пункте 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 пункта 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 пункта 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 5 календарных дней со дня прекращения действия договора страхования при условии представления документов, подтверждающих возможность досрочного прекращения договора. 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 пункта 9.1 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 при досрочном прекращении договора страхования, производится в валюте страховой суммы по договору страхования, если иное не предусмотрено соглашением между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем) и не противоречит законодательству.

Если уплата страховой премии осуществлялась в иностранной валюте либо в белорусских рублях, возврат страховой премии (ее части) производится в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день прекращения договора страхования, если иное не предусмотрено соглашением между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем) и не противоречит законодательству.

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 подпунктом 9.1.7 пункта 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, до обращения в медицинскую организацию но не позднее срока, установленного в пункте 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 обязан(о) 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 получение медицинской помощи, предусмотренной программами страхования в соответствии с Клиническими протоколами диагностики и лечения заболеваний, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь, в организациях здравоохранения, с которыми Страховщик заключил договоры на оказание медицинской помощи Застрахованным лицам.

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

10.3.4. при утрате договора страхования и индивидуальной карточки получить их копии.

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);

10.5.6. при заключении договора страхования и в течение всего срока действия договора страхования проводить идентификацию обратившихся к нему Страхователей (Выгодоприобретателей), их представителей без личного присутствия указанных лиц при наличии данных об этих Страхователях (Выгодоприобретателях), их представителях:

у Страховщика, полученных ранее при идентификации Страхователей (Выгодоприобретателей), их представителей при личном присутствии у Страховщика;

из действующего сертификата открытого ключа проверки электронной цифровой подписи, изданного в соответствии с законодательством;

у организации, которой Страховщик поручил проведение идентификации Страхователей (Выгодоприобретателей), их представителей, полученных при их идентификации при личном присутствии в указанных организациях;

в автоматизированных информационных системах, к которым подключен Страховщик, полученных при идентификации Страхователей (Выгодоприобретателей), их представителей при личном присутствии;

10.5.7 отсрочить составление акта о страховом случае, если ему не представлены все необходимые документы – до их представления, а также, если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов лицом, представившим такой документ (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 5 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.).

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 страхования (Индивидуальной программы страхования), индивидуальные карточки (при страховании группы лиц), а при их утрате – копии;

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. В случае расстройства здоровья Застрахованного лица Страхователь или Застрахованное лицо обязаны незамедлительно до обращения в медицинскую организацию (но не позднее 35 календарных дней со дня события, которое может быть признано страховым случаем) уведомить о случившемся Страховщика по телефонам, указанным в договоре страхования или в индивидуальной карточке Застрахованного лица, либо иным любым доступным способом и сообщить следующую информацию:

- фамилию, собственное имя, отчество (если таковое имеется) Застрахованного лица;
- номер договора страхования, период его действия и программу добровольного страхования по договору страхования;
- причину обращения в медицинскую организацию;

- номер телефона и адрес, по которым можно связаться при первой возможности;
- иную информацию, запрашиваемую Страховщиком.

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, составленного по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика. 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;
- 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 страхования (Индивидуальной программой страхования), Застрахованное лицо обязано самостоятельно оплатить такие расходы.

11.6. При признании заявленного случая страховым Страховщик составляет акт о страховом случае по форме, утвержденной локальным правовым актом Страховщика, в течение 10 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов. Для составления акта о страховом случае Выгодоприобретатель представляет Страховщику документы, в которых в обязательном порядке в том числе указываются:

- номер (серия) и срок действия договора добровольного страхования;
- сведения о Застрахованном лице, которому была оказана медицинская помощь (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения, идентификационный номер либо номер (при отсутствии идентификационного номера) документа, удостоверяющего личность);
- медицинский диагноз, явившийся поводом обращения;

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

Выплата страхового обеспечения получателю осуществляется в пределах установленной договором страхования страховой суммы по каждой программе 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 5 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 обеспечения 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 (индивидуальному предпринимателю) 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 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 (пункт 11.5 настоящих Правил) в письменной форме с мотивацией причины отказа.

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

§13. Порядок разрешения споров

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

II. Настоящие Изменения и дополнения в Правила вступают в силу с 20 июня 2023 г.

Договоры страхования, заключенные до вступления в силу настоящих Изменений и дополнений, продолжают действовать до конца срока их действия на тех условиях, на которых они были заключены, если сторонами не будет достигнуто соглашение о внесении соответствующих изменений в договор страхования.

Приложение № 1
к Правилам № 026 добровольного
страхования медицинских
расходов

**БАЗОВЫЕ ГОДОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
К ПРАВИЛАМ № 026 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 добровольного 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 добровольного страхования.

БАЗОВЫЕ ГОДОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

№ п/п	Название программы	Базовый страховой тариф (в процентах от страховой суммы)
1	ПОЛИКЛИНИКА 1-1-1	3,1%
2	ПОЛИКЛИНИКА 2-1-1	4,3%
3	ПОЛИКЛИНИКА 3-1-1	5,7%
4	ПОЛИКЛИНИКА 1-1-2	4,3%
5	ПОЛИКЛИНИКА 2-1-2	5,2%
6	ПОЛИКЛИНИКА 3-1-2	6,6%
7	МЕДИКАМЕНТЫ	57,0%
8	СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ	3,0%
9	НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ	1,0%
10	СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ	65,0%
11	УРОЛОГИЯ	29,0%
12	ГИНЕКОЛОГИЯ	29,0%
13	ПОЛИКЛИНИКА 3-2-1	5,4%

14	ПОЛИКЛИНИКА 3-3-1	6,5%
15	ПОЛИКЛИНИКА 3-2-2	6,1%
16	ПОЛИКЛИНИКА 3-3-2	6,9%

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