



УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ЗАСО «КЕНТАВР»

_____ С.А.Проخورчик
«___» ноября 2017 г.

**ИЗМЕНЕНИЯ И ДОПОЛНЕНИЯ
В ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ №20**

1. Внести в Правила добровольного страхования медицинских расходов №20 Закрытого акционерного страхового общества «КЕНТАВР» (далее – Правила) изменения и дополнения, изложив их в новой редакции:

**« ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ №20**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

Договор страхования действует на территории Республики Беларусь.

1.2. Для целей настоящих Правил применяются следующие термины:

внезапное расстройство здоровья - резкое ухудшение состояния соматического здоровья Застрахованного лица;

несчастный случай - внезапное, непредвиденное событие, произошедшее с Застрахованным лицом в период действия договора



страхования, сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями здоровья;

хроническое заболевание – соматическое заболевание, симптомы которого проявились и (или) в связи с которыми имело место хотя бы одно обращение Застрахованного лица за медицинской помощью на протяжении шести месяцев до заключения договора страхования;

обострение хронического заболевания – стадия течения хронического соматического заболевания, характеризующаяся усилением имеющихся симптомов или появлением новых;

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

медицинские услуги – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику (вакцинация) заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное значение и определенную стоимость;

медикаментозное обеспечение – назначенные врачом организации здравоохранения и отпущенные Застрахованному лицу на территории Республики Беларусь лекарственные препараты, перевязочные материалы, за исключением указанных в пункте 3.7 настоящих Правил;

высокотехнологичная медицинская помощь - вид оказания медицинской помощи при наличии у Застрахованного лица заболеваний, требующих применения новых, сложных, уникальных, а также ресурсоемких методов оказания медицинской помощи, основанных на современных достижениях медицинской науки и техники и имеющих высокую клиническую эффективность. Высокотехнологичная медицинская помощь включает перечень сложных медицинских вмешательств и перечень высокотехнологичной медицинской помощи, установленные законодательством Республики Беларусь;

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

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



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

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

Страхователь - юридическое лицо, индивидуальный предприниматель, заключившие договор страхования в отношении своих работников, третьих лиц.

Страхователями по настоящим Правилам не могут быть 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.

Застрахованное лицо – физическое лицо в возрасте от 1 (одного) месяца, в отношении которого заключен договор страхования. Застрахованными лицами могут быть граждане Республики Беларусь, иностранные граждане, временно или постоянно проживающие на территории Республики Беларусь, лица без гражданства.

Выгодоприобретатели – организации здравоохранения любой формы собственности, индивидуальные предприниматели, аптеки, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Республики Беларусь, имеющие специальное разрешение (лицензию) на осуществление медицинской, фармацевтической деятельности, с которыми Страховщик заключил договоры на оказание медицинских услуг, и которые произвели расходы в связи с оказанием данных услуг Застрахованному лицу.

Выгодоприобретателем может быть Страхователь (Застрахованное лицо либо его законный представитель) самостоятельно оплатившее при наступлении страхового случая медицинские услуги, включенные в программу страхования, и (или) медикаменты в соответствии с назначениями врача, если медикаментозное обеспечение предусмотрено программой страхования.

1.4. Договоры страхования не заключаются в отношении лиц:

- состоящих на учете в психоневрологическом, наркологическом, туберкулезном, кожно-венерологическом диспансерах;
- инвалидов 1 и 2 группы;



- страдающих онкологическими заболеваниями (злокачественные новообразования, в том числе онкологические заболевания кроветворной и лимфатической систем);
- ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;
- находящихся на стационарном лечении при заключении договора страхования;
- больных аутоиммунными (системными) заболеваниями.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного страхования медицинских расходов являются не противоречащие законодательству Республики Беларусь имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с компенсацией расходов организации здравоохранения или Страхователя (Застрахованного лица), вызванных его обращением за оказанием медицинской помощи согласно программе страхования, вследствие внезапного расстройства здоровья, острых и обострения хронических заболеваний, несчастного случая.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является факт понесенных расходов организацией здравоохранения, Страхователем (Застрахованным лицом), вызванных обращением Застрахованного лица в организацию здравоохранения за оказанием медицинской помощи, включенной в программу(-ы) страхования, указанную(-ые) в договоре страхования, по поводу внезапного расстройства здоровья, острых или обострения хронических заболеваний, несчастного случая, наступившего в период действия договора страхования.

3.2. Страховщик заключает договоры страхования исходя из следующих программ страхования:

3.2.1. программа страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь» («А»).

Страховщик организует и оплачивает расходы на оказание медицинской помощи Застрахованному лицу в амбулаторных условиях при его обращении в организацию здравоохранения вследствие внезапного расстройства здоровья, острого или обострения хронического заболевания, травмы, ожога, отравления и других несчастных случаев.

Программа страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь» включает консультативно-диагностические и лечебно-профилактические медицинские услуги, пребывание в дневном стационаре, оказание неотложной медицинской помощи в пределах перечня медицинских



услуг, объема и условий предоставления, предусмотренного программой страхования;

3.2.2. программа страхования «Стационарная помощь» («С»).

Страховщик организует и оплачивает расходы на оказание медицинской помощи Застрахованному лицу в условиях стационара по медицинским показаниям (острые заболевания, обострение хронических заболеваний, травмы, ожоги, отравления и другие несчастные случаи).

Программа страхования «Стационарная помощь» включает консервативное и/или хирургическое лечение в условиях стационара, в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, консультативные услуги, диагностические исследования, пребывание в маломестной палате (в зависимости от возможностей организации здравоохранения, в которую осуществляется госпитализация Застрахованного лица), питание, уход медицинского персонала, медикаментозное, реабилитационно-восстановительное лечение.

По направлению врача возможен перевод Застрахованного лица в другую организацию здравоохранения, с которой у Страховщика заключен договор на оказание медицинских услуг Застрахованным лицам.

При плановой госпитализации и плановом лечении оплата услуг Выгодоприобретателю осуществляется до дня окончания срока действия договора страхования. Расходы по экстренной госпитализации, вызванной событием, произошедшим с Застрахованном лицом в течение срока действия договора страхования, оплачиваются Страховщиком в полном объеме;

3.2.3. программа страхования «Унифицированная» (Приложение №5).

3.3. По соглашению между Страховщиком и Страхователем могут быть разработаны индивидуальные варианты программ страхования для Страхователя (Застрахованного лица) на основе программ страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь» и «Стационарная помощь», предусматривающие определенный объем и перечень медицинских услуг, в том числе дополнительных медицинских услуг, с учетом условий, изложенных в пунктах 3.5 – 3.7 настоящих Правил.

Дополнительные медицинские услуги:

- диспансерный медицинский осмотр;
- медикаментозное обеспечение;
- стоматологическое лечение;
- ведение беременности и родовспоможение;
- оперативная и лазерная офтальмокоррекция;
- высокотехнологичная медицинская помощь;
- лечение доброкачественных новообразований;



- лечение инфекций, передающихся половым путем.

3.4. Не относятся к страховым случаям расходы, связанные с:

3.4.1. несчастным случаем, произошедшим с Застрахованным лицом вследствие совершения им действий, в которых установлены признаки преступления, административного правонарушения, а также вследствие алкогольного опьянения либо в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;

3.4.2. диспансерным медицинским осмотром, если иное не предусмотрено вариантом программы страхования и договором страхования;

3.4.3. предоставлением организациями здравоохранения услуг парикмахера, косметолога и иных услуг, не связанных со страховым случаем, приобретением и прокатом кондиционера, увлажнителя воздуха, испарителя, спортивных тренажеров и иного оборудования подобного рода;

3.4.4. обращением Застрахованного лица в организацию здравоохранения без согласования со Страховщиком, за исключением случаев, оговоренных в подпункте 7.6.6 настоящих Правил, если иное не предусмотрено вариантом программы страхования и договором страхования;

3.4.5. лечением членов семьи Застрахованного лица, если они не являются Застрахованными лицами по договору страхования;

3.4.6. лечением у медицинского работника, состоящего в родственных отношениях с Застрахованным лицом;

3.4.7. получением Застрахованным лицом медицинской помощи до начала или после истечения срока действия договора страхования, за исключением оплаты расходов по экстренной госпитализации согласно подпункту 3.2.2 настоящих Правил;

3.4.8. получением Застрахованным лицом медицинских услуг в тех организациях здравоохранения, которые не предусмотрены программой страхования;

3.4.9. получением Застрахованным лицом справок, не имеющих отношения к страховому случаю; обязательным медицинским осмотром с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий;

3.4.10. санаторно-курортным лечением, проведением оздоровительных мероприятий (тренажеры, солярий, бассейн, коррекция веса и т.д.).

3.5. Не подлежат возмещению медицинские расходы, связанные с:



3.5.1. лечением алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений, подтвержденных документом организации здравоохранения, независимо от сроков их выявления;

3.5.2. лечением острых и хронических лучевых поражений;

3.5.3. лечением травм и заболеваний, возникших в связи с заболеванием психической природы, в том числе эпилепсией, психотерапевтическим лечением;

3.5.4. лечением врожденных аномалий (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения), наследственных заболеваний, ДЦП, ортопедических нарушений, последствий родовых травм;

3.5.5. лечением хронической печеночной и почечной недостаточности, требующей проведения гемодиализа или других экстракорпоральных методов лечения;

3.5.6. сеансы литотрипсии за исключением оказания скорой и неотложной медицинской помощи при впервые выявленном заболевании в период действия договора страхования;

3.5.7. лечением профессиональных заболеваний;

3.5.8. искусственным прерыванием беременности, за исключением оказания скорой и неотложной медицинской помощи в результате несчастного случая, возникшего в период действия договора страхования;

3.5.9. ведением беременности и родов, послеродового периода, если иное не предусмотрено вариантом программы страхования и договором страхования;

3.5.10. половыми расстройствами и бесплодием, импотенцией, экстракорпоральным оплодотворением, внутриматочной инсеминацией, вазэктомией и стерилизацией женщин, изменением пола;

3.5.11. проведением любых генетических исследований;

3.5.12. коррекцией слуха техническими средствами, возмещением стоимости слуховых аппаратов;

3.5.13. коррекцией зрения с помощью контактных линз; лечением косоглазия, глаукомы, катаракты; возмещением стоимости очков, контактных линз и их подбором;

3.5.14. оперативной и лазерной офтальмокоррекцией близорукости, дальнозоркости и астигматизма, если иное не предусмотрено вариантом программы страхования и договором страхования;

3.5.15. стоматологическим терапевтическим и хирургическим лечением острых и обострений хронических заболеваний зубов и периодонта, проводимыми при этом диагностическими исследованиями, заменой старых пломб с косметической или профилактической целью,



хирургическим и аппаратным лечением пародонтита, депофорезом, терапевтическим лечением пародонтита (свыше пяти процедур при локальных формах), зубопротезированием, микропротезированием, имплантацией и ортодонтией и подготовкой к ним, эстетической стоматологией, снятием зубных отложений, отбеливанием зубов, если иное не предусмотрено вариантом программы страхования и договором страхования;

3.5.16. лечением (за исключением случая оказания скорой и неотложной медицинской помощи при впервые выявленном заболевании в период действия договора страхования) сердечно-сосудистых заболеваний, требующих аорто-коронарного шунтирования, ангиопластики, стентирования сосудов и подготовкой к ним, если иное не предусмотрено конкретным видом и объемом высокотехнологичной медицинской помощи, указанной в соответствующем варианте программы страхования и договоре страхования;

3.5.17. трансплантацией, ауто трансплантацией, имплантацией, эндопротезированием, всеми видами пластических и реконструктивных операций в целях устранения косметических дефектов, улучшения внешнего вида, за исключением случаев, связанных с восстановлением и/или коррекцией после несчастного случая, возникшего в период действия договора страхования, а также если иное не предусмотрено конкретным видом и объемом высокотехнологичной медицинской помощи, указанной в соответствующем варианте программы страхования и договоре страхования;

3.5.18. ортопедическим лечением плоскостопия (супинаторы, вкладыши для коррекции стопы), лечением деформированных ногтей конечностей (за исключением случая острого воспалительного процесса), приобретения костылей, протезов, инвалидных колясок;

3.5.19. лечением себореи, алопеции, гипергидроза, микроспории, демодекоза, глистных инвазий, заболеваний волос, чесотки и педикулеза;

3.5.20. обследованием и лечением методами нетрадиционной медицины (иридодиагностика, биорезонансная диагностика, апитерапия, ароматерапия, гирудотерапия, гипноз, гомеопатия, электроakupunktura, гемосканирование, спектрально-динамический метод, талассотерапия, фитотерапия, аюрведа, мезотерапия, остеопатия и др.);

3.5.21. лечением, являющимся по характеру экспериментальным или исследовательским (услуги, связанные с телемедициной; экстракорпоральные методы лечения, в т.ч. гидроколоноскопия, ударно-волновая терапия, внутривенное лазерное и УФ облучение крови, озонотерапия, гипербарическая оксигенация, плазмаферез, гемосорбация,



криотерапия, баротерапия, тейпирование и др.), если стандартные методы лечения не дают результата и иное не предусмотрено вариантом программы страхования и договором страхования;

3.5.22. иммунизацией, за исключением экстренной профилактики по жизненным и эпидемическим показаниям, и если иное не предусмотрено вариантом программы страхования и договором страхования;

3.5.23. лечением синдрома приобретенного иммунодефицита и инфицирования ВИЧ, установленных в период действия договора страхования;

3.5.24. лечением осложнений заболеваний, явившихся следствием нарушения курса лечения, назначенного лечащим врачом или лечебного режима;

3.5.25. лечением осложнений, явившихся следствием терапевтического или хирургического лечения по поводу заболевания или травмы, имеющих место до начала действия договора страхования;

3.5.26. лечением заболеваний, явившихся причиной установления Застрахованному лицу инвалидности;

3.5.27. лечением дефектов речевого развития;

3.5.28. медикаментозным обеспечением, если иное не предусмотрено вариантом программы страхования и договором страхования;

3.5.29. медицинскими услугами или медикаментозным обеспечением, не являющимися необходимыми с точки зрения выставленного диагноза или лечения болезни, примененными по желанию Застрахованного лица, а не по медицинским показаниям.

3.6. При выявлении у Застрахованного лица в период действия договора страхования заболеваний из числа, указанных в настоящем пункте, Страховщик оплачивает медицинскую помощь, оказанную Застрахованному лицу в соответствии с программой страхования, только до установления окончательного диагноза, а именно:

3.6.1. демиелинизирующих заболеваний нервной системы (рассеянный склероз, сирингомиелия), прогрессирующих мышечных дистрофий, эпилепсии, церебрального паралича;

3.6.2. хронических кожных заболеваний в т.ч. псориаз, истинная экзема, нейродермит, угревая болезнь, глубокие микозы и микозы ногтевых пластинок, атопический дерматит;

3.6.3. системных заболеваний соединительной ткани, в том числе ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, системная склеродермия, красная волчанка;



3.6.4. неспецифических заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвенный колит, болезнь Крона и др.);

3.6.5. туберкулеза, муковисцидоза, саркоидоза независимо от клинической формы и стадии процесса;

3.6.6. особо опасных инфекционных заболеваний (оспа, чума, малярия, холера, сибирская язва, сыпной тиф);

3.6.7. заболеваний и инфекций, передающихся половым путем, их осложнений, если иное не предусмотрено вариантом программы страхования;

3.6.8. онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. заболеваний лимфатической системы и онкогематологической природы, доброкачественных новообразований со значительным нарушением функций органов и систем) и их осложнений;

3.6.9. доброкачественных новообразований с умеренным и незначительным нарушением функций органов и систем, их осложнений, если иное не предусмотрено вариантом программы страхования и договором страхования;

3.6.10. сахарного диабета 1 типа и тяжелых форм 2 типа, их осложнений, диффузного токсического зоба;

3.6.11. гепатита В, С, D, G, цирроза печени вирусной этиологии и их осложнениями.

3.7. Страховщик не оплачивает следующие препараты по дополнительной услуге медикаментозное обеспечение:

- биологически активные добавки (БАД), гомеопатические препараты, травяные сборы;

- витамины, минералы и их комплексы, если иное не предусмотрено вариантом программы страхования и договором страхования;

- гормональные препараты, используемые в контрацептивных целях, средства по контролю за рождаемостью;

- питательные смеси и препараты для лечебного питания; лечебную косметику;

- используемые для профилактики заболеваний;

- для лечения заболеваний, указанных в пунктах 3.5, 3.6 настоящих Правил, если иное не предусмотрено вариантом программы страхования и договором страхования;

- лекарственные препараты, приобретенные за рубежом;

- изделия и препараты медицинского назначения, в т.ч. средства личной гигиены, медицинскую технику, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантаты и др.



4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ВЗНОС И ПОРЯДОК ЕГО УПЛАТЫ

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

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

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

При заключении договора страхования в отношении группы лиц в договоре страхования указывается общая страховая сумма. Страховая сумма, установленная на каждое Застрахованное лицо, указывается в списке Застрахованных лиц в соответствии с пунктом 5.2 настоящих Правил.

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Порядок и сроки уплаты страхового взноса указываются в договоре страхования.

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



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

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

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

4.8. Днем уплаты считается:

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

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

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

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

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



5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

Договор 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 или устного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата), подписанного ими.

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

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

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

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

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

- 5.3.1. замена Застрахованного лица;
- 5.3.2. уменьшение количества Застрахованных лиц;
- 5.3.3. увеличение количества Застрахованных лиц;



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

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

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

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

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

По решению Страховщика возможна замена Застрахованного лица и при наличии страховых выплат в отношении заменяемого Застрахованного лица. В таком случае договор страхования продолжает действовать в отношении нового Застрахованного лица в пределах остатка страховой суммы, о чем новое Застрахованное лицо должно быть уведомлено Страхователем. Для замены Застрахованного лица Страхователь предоставляет Страховщику письменное заявление (Приложение № 4).

5.5. В случае сокращения списка Застрахованных лиц Страхователь предоставляет Страховщику заявление произвольной формы с приложением списка исключаемых из договора страхования лиц, на основании которого по согласованию сторон вносятся соответствующие изменения в договор страхования.

Страховщик производит перерасчет страхового взноса и производит возврат части уплаченного по договору страхования страхового взноса в соответствии с частью четвертой пункта 6.4 настоящих Правил.



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

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

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

Доплата страхового взноса производится в порядке, установленном договором страхования в соответствии с пунктом 4.5 настоящих Правил.

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

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

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

5.8. При заключении договора страхования по соглашению Страхователя и Страховщика в отношении подлежащих страхованию лиц может быть заполнена «Карта здоровья» (Приложение № 3), на основании которой Страховщик относит данных лиц к определенной группе здоровья.

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

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



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

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

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

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

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

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

- лица, выкуривающие более 20 сигарет в сутки;

- лица, употребляющие алкоголь чаще 1 раза в неделю.

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

V группа - профессиональные спортсмены, работники наиболее опасных профессий.

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

При заключении договора страхования на новый срок (при непрерывности периода страхования) по решению Страховщика «Карта здоровья» подлежащего страхованию лица может не заполняться, в этом случае расчет страхового взноса осуществляется исходя из ранее установленной группы здоровья Застрахованного лица.

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

5.9. Если договор страхования заключён при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора, либо признания его



недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

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

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

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

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

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

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

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

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

Срок действия договора страхования указывается в договоре страхования.



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

6.3. Договор страхования прекращается в случаях:

6.3.1. окончания срока действия договора страхования;

6.3.2. выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме;

6.3.3. неуплаты Страхователем страхового взноса (его части) в размере и сроки, установленные договором страхования (с учетом отсрочки, предоставленной в соответствии с пунктом 4.6. настоящих Правил);

6.3.4. ликвидации Страхователя - юридического лица, прекращения деятельности индивидуального предпринимателя, смерти Страхователя - физического лица, кроме случая, предусмотренного пунктом 6.5. настоящих Правил;

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

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

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

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

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

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

6.3.11. принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;

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



6.4. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с подпунктами 6.3.4 - 6.3.7, 6.3.11 настоящих Правил Страховщик возвращает Страхователю часть страхового взноса за неоконченный срок действия договора страхования. Датой прекращения договора страхования в случаях, предусмотренных подпунктом 6.3.4 настоящих Правил является дата, следующая за датой смерти Застрахованного лица, дата ликвидации Страхователя – юридического лица, дата прекращения деятельности Страхователя – индивидуального предпринимателя; в случае, предусмотренном подпунктом 6.3.5 настоящих Правил - дата, следующая за датой поступления заявления от Страхователя; в случае, предусмотренном подпунктом 6.3.11 настоящих Правил – дата принятия судом решения о признании договора страхования недействительным.

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

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

В случае уменьшения количества Застрахованных лиц согласно пункту 5.5 настоящих Правил Страховщик имеет право на часть страхового взноса, уплаченного в отношении исключенного Застрахованного лица, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование в отношении данного лица.

Если по договору страхования в отношении лица, исключаемого из списка Застрахованных лиц, страховые выплаты составили не более 1% от страховой суммы, установленной в отношении исключаемого Застрахованного лица, Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней возвращает часть уплаченного страхового взноса пропорционально времени со дня внесения изменений в договор страхования до окончания срока действия договора страхования.

В случаях, указанных в подпунктах 6.3.8, 6.3.9, 6.3.10 настоящих Правил, уплаченный Страховщику страховой взнос возврату не подлежит.

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



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

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

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

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

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

7.1. Страхователь обязан:

7.1.1. своевременно и в полном объеме уплачивать страховой взнос;

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

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

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

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

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса



соразмерно увеличению риска. Дополнительный страховой взнос рассчитывается согласно формуле:

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

ДСП – дополнительный страховой взнос;

ПСС – прежняя страховая сумма;

НСС - новая страховая сумма;

T1 – страховой тариф на момент заключения договора страхования;

T2 – страховой тариф на момент увеличения страхового риска ;

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

t – срок действия договора страхования в днях.

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

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

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

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

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

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

7.2. Страхователь имеет право:

7.2.1. выбрать по своему желанию программы страхования;



7.2.2. ознакомиться с условиями договора страхования и настоящими Правилами;

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

7.2.4. отказаться от договора страхования в соответствии с подпунктом 6.3.8 настоящих Правил;

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

7.3. Страховщик обязан:

7.3.1. ознакомить Страхователя с условиями добровольного страхования медицинских расходов;

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

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

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

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

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

7.4. Страховщик имеет право:

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

7.4.2. получать от правоохранительных, судебных органов, организаций здравоохранения и других компетентных лиц документы, необходимые для решения вопросов о выплате страхового обеспечения (за исключением информации, не подлежащей разглашению этими лицами в соответствии с законодательством Республики Беларусь), выяснять причины и обстоятельства страхового случая;

7.4.3. отсрочить составление акта о страховом случае и выплату страхового обеспечения в случаях, когда ему не представлены все необходимые документы – до их представления, а также если имеются сомнения в подлинности документов, подтверждающих факт страхового случая и размер ущерба, до того времени, пока не будет подтверждена их подлинность лицами, представившими такой документ (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 5 рабочих дней со дня получения



такого документа), либо самим Страховщиком (на основании запроса Страховщика в орган, его выдавший, направленный в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа);

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

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

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

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

7.5. Застрахованное лицо обязано:

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

7.5.2. выполнять условия договора страхования;

7.5.3. незамедлительно, в течение суток (за исключением применения условий подпункта 7.6.6 настоящих Правил), до обращения за медицинской помощью при наступлении страхового случая обратиться по телефонам, указанным в индивидуальной карточке Застрахованного лица, к представителю Страховщика (если иной срок обращения не предусмотрен договором страхования), который своевременно организует оказание медицинской помощи;

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

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

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

7.5.7. заботиться о сохранности договора страхования и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинской



помощи. При утрате договора страхования незамедлительно сообщить об этом Страховщику;

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

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

7.5.10. надлежащим образом исполнять условия договора страхования.

7.6. Застрахованное лицо имеет право на:

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

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

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

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

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

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

8. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

8.1. Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком организации здравоохранения, которая в соответствии с программой страхования, предоставила Застрахованному лицу медицинскую помощь либо самому Страхователю (Застрахованному лицу, его законному



представителю), самостоятельно оплатившему медицинские услуги, включённые в программу страхования, при наступлении страхового случая.

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

Расходы по экстренной госпитализации оплачиваются Страховщиком в полном объеме.

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

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

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

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

Условия, изложенные в части первой подпункта 8.2.2. настоящих Правил не распространяются на договоры страхования, заключённые по программе страхования «Унифицированная».

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

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



8.4.1. Выплата страхового обеспечения производится в белорусских рублях.

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

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

S1 – оставшаяся страховая сумма;

S- страховая сумма, установленная по программе страхования;

SO – сумма выплаченного страхового обеспечения;

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

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

8.6. За несвоевременную выплату страхового обеспечения Страховщик уплачивает Выгодоприобретателю пеню за каждый день просрочки в размере 0,1 процента юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю и 0,5 процента физическому лицу от суммы, подлежащей выплате.

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

а) умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица);

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

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

При обнаружении обстоятельств, которые по закону или по настоящим Правилам полностью или частично лишают Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) права на страховое обеспечение, Застрахованное лицо обязано в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения письменного уведомления вернуть Страховщику выплаченное страховое обеспечение (или его соответствующую часть). За



каждый день просрочки возврата страхового обеспечения (его части) со дня, следующего за истечением указанного для оплаты срока, Страховщик вправе начислить пеню в размере 0,1 процента от суммы, подлежащей возврату.

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



Приложение №1

к Правилам добровольного страхования медицинских расходов № 20

Базовые годовые страховые тарифы

| Программа страхования | Базовый годовой страховой тариф в % |
|--|--|
| «Амбулаторно-поликлиническая помощь» («А») | 5,0 |
| «Стационарная помощь» («С») | 4,5 |

