

**ЗАКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ЭРГО»**

Утверждены
09 апреля 2019г.
Заместитель директора

Якубович К. С.

ПРАВИЛА № 25

**ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ**

Минск – 2019

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на условиях настоящих Правил добровольного страхования медицинских расходов (далее - Правила) Закрытое акционерное общество «Страховая компания «ЭРГО» (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).

1.2. Для целей настоящих Правил применяются следующие термины:

внезапное расстройство здоровья - резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица, вызванное острым заболеванием, обострением хронического заболевания, требующее оказания медицинской помощи;

несчастный случай - внезапное, непредвиденное событие, происшедшее 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 лечащим врачом организации здравоохранения и отпущенные Застрахованному лицу на территории Республики Беларусь лекарственные препараты, перевязочные материалы, за исключением указанных в пункте 4.4 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) года, в пользу 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 Застрахованное лицо (Страхователь - физическое лицо) или его законный представитель, самостоятельно оплатившее медицинские услуги (в том числе понесшее расходы за медикаментозное обеспечение), предусмотренные программами страхования медицинских расходов, указанными в подпунктах 3.2.3. – 3.2.4. пункта 3.2. настоящих Правил.

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

- ВИЧ-инфицированы;
- имеют злокачественные новообразования, в том числе онкогематологические;
- являются инвалидами I или II группы;
- находятся на стационарном лечении;
- имеют тяжелые заболевания эндокринной системы (опухоли гипоталамо-гипофизарной системы с тяжелым течением заболевания, рак щитовидной железы, сахарный диабет 1-го и 2-го типа и его тяжелое течение (III клиническая степень), гормонально-активные опухоли надпочечников и хроническую надпочечниковую недостаточность с тяжелым течением заболевания);
- страдают наркологическими, психическими, венерическими, аутоиммунными (системными) заболеваниями.

1.5. Страховщик имеет право заключать договоры страхования только при наличии у него договоров с организациями здравоохранения на предоставление медицинской помощи Застрахованным лицам.

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, 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, несчастного случая, наступивших в период действия договора страхования.

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

3.2.1. программа страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь»;

3.2.2. программа страхования «Стационарная помощь»;

3.2.3. программа страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь «Лайт»;

3.2.4. программа страхования «Стационарная помощь «Лайт»;

3.2.5. унифицированная программа страхования (Приложение № 2).

Страховщик заключает договоры страхования по программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.3. – 3.2.5. пункта 3.2. настоящих Правил, только со Страхователями - физическими лицами.

3.2.1. Программа страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь»

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

Амбулаторно-поликлиническая помощь при наступлении страхового случая включает:

- консультации и другие профессиональные услуги врачей;
- проведение клинико-лабораторных исследований;
- проведение аппаратных и инструментальных обследований;
- проведение реабилитационно-восстановительного комплекса;
- помощь врача на дому.

3.2.2. Программа страхования «Стационарная помощь»

Страховщик организует и оплачивает расходы на оказание медицинской помощи Застрахованному лицу в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по поводу внезапного расстройства здоровья, травмы, ожога, отравления и других несчастных случаев.

Стационарная помощь предоставляется при наступлении экстренных и плановых терапевтических и хирургических состояний, согласованных со Страховщиком.

Плановая госпитализация – это госпитализация в стационар в случае выявления в период действия договора страхования хронических заболеваний и неопасных для жизни состояний, не требующих экстренного врачебного вмешательства, осуществляется не менее чем за 14 (четырнадцать) календарных дней до окончания срока действия договора страхования. По окончании действия договора страхования оплата медицинских услуг производится непосредственно Застрахованным лицом или Страхователем.

Расходы по экстренной госпитализации (в случаях остро развившихся состояний и обострений хронических заболеваний, требующих немедленной медицинской помощи) оплачиваются Страховщиком в полном объеме, не превышающем размер страховой суммы. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие по окончании срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованного лица.

Обследование и подготовка к стационарному лечению оплачивается Страховщиком только при оказании плановой стационарной помощи, покрываемой условиями договора страхования в объеме клинико-лабораторного обследования, консультаций врачей в соответствии с Клиническими протоколами диагностики и лечения заболеваний, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Стационарная помощь при наступлении страхового случая включает (в условиях стационара, в том числе дневного):

- проведение клинико-лабораторных исследований;
- консультации и другие профессиональные услуги врачей;
- проведение аппаратных и инструментальных обследований;
- пребывание в 1-2-3-х местной палате, в исключительных случаях (в случае угрозы жизни, здоровью) при экстренной госпитализации Застрахованного лица в организации здравоохранения, с которыми у Страховщика есть договоры на оказание медицинской

помощи, госпитализация производится с использованием имеющегося в наличии свободного коечного фонда отделения с последующим решением вопроса о плановом переводе в сервисную палату данной организации здравоохранения или профильного отделения иной организации здравоохранения. При экстренной госпитализации Застрахованного лица в организацию здравоохранения, с которой у Страховщика не заключен договор на оказание медицинской помощи, меры по переводу Застрахованного лица в организацию здравоохранения, с которой заключен договор на оказание медицинской помощи, могут предприниматься только при условии отсутствия угрозы жизни и здоровью Застрахованного лица, подтвержденном лечащим врачом и заведующим отделением;

- питание, медицинский уход;
- проведение консервативных и оперативных методов лечения;
- пребывание в отделении интенсивной терапии;
- использование операционной и послеоперационной палат;
- лечебные манипуляции (такие как перевязки, туалет ран, инъекции);
- анестетики и их введение;
- проведение реабилитационно-восстановительного комплекса, предписанного курирующим врачом и необходимого для восстановления после заболеваний, травм и медицинских состояний, покрываемых данной программой страхования.

3.2.3. Программа страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь «Лайт»

Страховщик организует и оплачивает расходы на оказание медицинской помощи Застрахованному лицу в амбулаторных условиях по поводу внезапного расстройства здоровья, травмы, ожога, отравления и других несчастных случаев.

Амбулаторно-поликлиническая помощь «Лайт» при наступлении страхового случая включает:

- консультации и другие профессиональные услуги врачей;
- проведение клиничко-лабораторных исследований;
- проведение аппаратных и инструментальных обследований.

3.2.4. Программа страхования «Стационарная помощь «Лайт»

Страховщик организует и оплачивает расходы на оказание экстренной госпитализации Застрахованному лицу в условиях стационара по медицинским показаниям (внезапные расстройства здоровья, травмы, ожоги, отравления и другие несчастные случаи).

Расходы по экстренной госпитализации (в случаях остро развившихся состояний и обострений хронических заболеваний, требующих немедленной медицинской помощи) оплачиваются Страховщиком в полном объеме, не превышающем страховую сумму. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие по окончании срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованного лица.

Стационарная помощь включает консервативное и (или) хирургическое лечение по экстренным показаниям 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 лечение.

3.3. По соглашению между Страхователем и Страховщиком могут быть разработаны **индивидуальные варианты программ страхования** (далее – индивидуальная программа страхования).

При формировании индивидуальных программ страхования дополнительно к программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.1. – 3.2.2. пункта 3.2. настоящих Правил, по соглашению сторон принимаются на страхование следующие дополнительные медицинские услуги:

- диагностика и лечение заболеваний и инфекций, передающихся половым путем (уреаплазмоз, гарднереллез, хламидиоз, микоплазмоз, кандида албиканс, трихомониаз);
- офтальмокоррекция (коррекция с помощью лазерных аппаратов и оперативного лечения близорукости, дальнозоркости, астигматизма, косоглазия, глаукомы, катаракты, подбор очков, линз);
- вакцинопрофилактика против гриппа;
- ведение беременности и родов;
- реабилитационно-восстановительное лечение в условиях санатория;
- высокотехнологическая медицинская помощь;
- организация и проведение диспансерных медицинских осмотров;
- медикаментозное обеспечение;
- стоматологическая помощь;

- неотложная помощь (выезд бригады неотложной медицинской помощи, первичный осмотр больного, установление предварительного диагноза, оказание неотложной медицинской помощи, включая проведение мероприятий по профилактике шока, тромбоэмболии и других угрожающих жизни Застрахованного лица состояний (дача кислорода, необходимые инъекции), перевозка для госпитализации Застрахованного лица).

При формировании индивидуальных программ страхования дополнительно к программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.3. – 3.2.4. пункта 3.2. настоящих Правил, по соглашению сторон принимаются на страхование следующие дополнительные медицинские услуги:

- диагностика и лечение заболеваний и инфекций, передающихся половым путем (уреаплазмоз, гарднереллез, хламидиоз, микоплазмоз, кандида албиканс, трихомониаз);
- вакцинопрофилактика против гриппа;
- медикаментозное обеспечение.

При формировании индивидуальной программы страхования для расчета страхового тарифа к базовому страховому тарифу по соответствующей программе страхования применяются утвержденные приказом Страховщика корректировочные коэффициенты по соответствующим дополнительным медицинским мероприятиям (услугам), принятым на страхование согласно пункту 3.3. настоящих Правил.

4. РАСХОДЫ, НЕ ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

4.1. В соответствии с настоящими Правилами Страховщик не возмещает расходы, связанные с лечением и диагностикой следующих заболеваний и предоставлением медицинских услуг при страховании по программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.1. – 3.2.2. пункта 3.2. настоящих Правил:

4.1.1. психические заболевания и их осложнения, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психической природы;

4.1.2. прием, наблюдение и лечение у психиатра, психотерапевта, психолога, нарколога, диетолога, логопеда, косметолога, сексопатолога, андролога, гомеопата, фитотерапевта, сомнолога, трихолога;

4.1.3. обследование в лаборатории сна (полисомнография), лечение храпа;

4.1.4. заболевания и травмы, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

4.1.5. травмы, полученные Застрахованным лицом при управлении им любым транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также при передаче им управления лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

4.1.6. алкоголизм, токсикомания, наркомания, независимо от сроков выявления;

4.1.7. туберкулез, муковисцедоз, саркаидоз независимо от клинической формы и стадии процесса;

4.1.8. особо опасные инфекционные заболевания (оспа, чума, малярия, холера, сибирская язва, сыпной тиф);

4.1.9. системные заболевания соединительной ткани, в том числе ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, системная склеродермия, красная волчанка;

4.1.10. неспецифические заболевания желудочно-кишечного тракта (в том числе язвенный колит, болезнь Крона);

4.1.11. злокачественные онкологические заболевания, а также их осложнения, заболевания крови онкогематологической природы;

4.1.12. хроническая почечная недостаточность, требующая проведения гемодиализа;

4.1.13. очищение крови методом мембранного плазмафереза, гемосорбции;

4.1.14. демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы;

4.1.15. осложнения, являющиеся следствием нарушений Застрахованным лицом курса лечения или лечебного режима;

4.1.16. вирусные гепатиты С, Д, Е, G, цирроз печени любой этиологии, хронический токсический гепатит (при выявлении у Застрахованного лица вышеперечисленных заболеваний, последующие консультации врачей-специалистов и обследования, относящиеся к данным заболеваниям, не сопровождаются и не оплачиваются Страховщиком);

4.1.17. острые и хронические лучевые поражения;

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

4.1.19. пластическая хирургия;

4.1.20. ортопедия (все виды пластических и реконструктивных операций в целях устранения дефектов органов и тканей), за

исключением случаев, связанных с восстановлением и/или коррекцией дефектов систем органов и тканей, явившихся результатом несчастного случая, произошедшего в период действия данного договора страхования;

4.1.21. зубопротезирование, ортодонтия, имплантация зубов, эстетическая стоматология;

4.1.22. изменение веса или хирургическое лечение ожирения;

4.1.23. переливание крови и ее компонентов, за исключением случаев, согласованных со Страховщиком;

4.1.24. профессиональные заболевания;

4.1.25. предоставление дополнительного комфорта в стационарном учреждении;

4.1.26. уход за Застрахованным лицом членами его семьи, родственниками;

4.1.27. предоставление услуг в тех медицинских учреждениях, которые не были согласованы со Страховщиком и не предусмотрены договором страхования;

4.1.28. косметология, косметическая хирургия, косметические процедуры (коррекция эстетических проблем внешности человека консервативным и хирургическим путем);

4.1.29. любое (консервативное, хирургическое) лечение врожденных аномалий и пороков развития;

4.1.30. диагностика (кроме первичной - один раз за период действия договора страхования) и лечение заболеваний и инфекций, передающихся половым путем включая хламидиоз, уреоплазмоз, микоплазмоз, гарднереллез, кандиды албиканс, трихомониаз (первичная диагностика только по назначению врача: микроскопия, ПЦР, ИФА, бактериологический посев. При выявлении у Застрахованного лица хламидиоза, уреоплазмоза, микоплазмоза, гарднереллеза, кандиды албиканс, трихомониаза, гинекологические и урологические услуги не сопровождаются и не оплачиваются Страховщиком, если иное не предусмотрено договором и индивидуальной программой страхования;

4.1.31. венерические заболевания (сифилис, гонорея, донованоз, мягкий шанкр, венерическая лимфогранулёма, СПИД, ВИЧ-инфекция);

4.1.32. использование и подбор корректирующих медицинских устройств или приспособлений (в том числе трансплантатов, эндопротезов, протезов, имплантов, компрессионного трикотажа, ортопедических принадлежностей), расходы на приобретение медицинского оборудования и изделий медицинского назначения (в том числе тонометров, глюкометров, весов, ингаляторов), предметов по уходу за больным (в том числе устройств для приема пищи, моче –

калоприемников), технических средств социальной реабилитации (в том числе слуховых устройств, тростей, костылей, кресел – колясок);

4.1.33. офтальмокоррекция (коррекция с помощью лазерных аппаратов и оперативного лечения близорукости, дальнозоркости, астигматизма, косоглазия, глаукомы, катаракты), подбор очков, линз, если иное не предусмотрено договором и индивидуальной программой страхования;

4.1.34. плановое лечение заболеваний глаз и придаточного аппарата, являющихся осложнением сахарного диабета, плановое лечение катаракты, глаукомы, дегенеративных заболеваний сетчатки, роговицы, зрительного нерва, зрительных расстройств, слепоты и понижения зрения (за исключением случаев острых и хронических воспалительных заболеваний глаз и придаточного аппарата в стадии обострения, первичной (идиопатической) и травматической (после несчастного случая, возникшего в период действия договора страхования), отслойки сетчатки, а также травм и ожогов, проверки остроты зрения с атропинизацией;

4.1.35. разделы рефлексотерапии, такие как фармакопунктура, прижигание, поверхностная ИРТ, аурикулотерапия, баночный (вакуумный) массаж;

4.1.36. нетрадиционные методы диагностики, такие как пульсовая, акупунктурная, термопунктурная, электропунктурная, аурикулодиагностика, иридодиагностика, энергоинформационная;

4.1.37. диагностика и лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским;

4.1.38. лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностика бесплодия, импотенции, прерывание беременности без медицинских показаний;

4.1.39. обследование для решения вопроса о планировании беременности, исследования методом TORCH;

4.1.40. прохождение следующих обследований (процедур): капсульная эндоскопия, капсульная колоноскопия, гирудотерапия, кинезиотерапия, эндоскопические УЗИ;

4.1.41. профилактические, диспансерные медицинские осмотры с выдачей справок о состоянии здоровья, проводимые с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещения бассейна, санаторно-курортной карты и т.п., если иное не предусмотрено договором и индивидуальной программой страхования;

4.1.42. оздоровительные мероприятия, такие как профилактический массаж, солярий, тренажеры, водные оздоровительные комплексы в бассейне, аквамассажи, посещение саун, бань;

4.1.43. хронические заболевания, кроме случаев их обострения;

4.1.44. лечение средствами природного происхождения, гомеопатия;

4.1.45. ведение беременности и родов (регулярные осмотры акушером гинекологом на протяжении всего срока беременности; консультации узких специалистов; необходимые клинико-лабораторные исследования; проведение ультразвуковых исследований плода на разных сроках беременности; выдача обменной карты установленного образца, родовспоможение), если иное не предусмотрено договором и индивидуальной программой страхования;

4.1.46. вакцинопрофилактика против гриппа, если иное не предусмотрено договором и индивидуальной программой страхования;

4.1.47. высокотехнологичная медицинская помощь, если иное не предусмотрено договором и индивидуальной программой страхования;

4.1.48. реабилитационно-восстановительное лечение в условиях санатория, если иное не предусмотрено договором и индивидуальной программой страхования;

4.1.49. получение Застрахованным лицом медицинских услуг, которые не предусмотрены договором страхования (по желанию Застрахованного лица), и не назначены врачом и/или не соответствуют Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь;

4.1.50. проведение повторных (сравнительных) врачебных консультативных приемов и обследований с целью сбора мнений специалистов различных организаций здравоохранения по желанию застрахованного лица, а также не соответствующих установленному диагнозу с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий.

4.2. При страховании по программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.3. – 3.2.4. пункта 3.2. настоящих Правил, не подлежат возмещению медицинские расходы, связанные с:

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

4.2.2. лечением психических заболеваний и их осложнений;

- 4.2.3. лечением и наблюдением у психиатра, психотерапевта, психолога, нарколога, логопеда, косметолога, сексопатолога, трихолога;
- 4.2.4. лечением храпа в лаборатории сна;
- 4.2.5. лечением туберкулеза, муковисцидоза, саркаидоза, независимо от клинической стадии и стадии процесса;
- 4.2.6. лечением острых и хронических лучевых поражений;
- 4.2.7. лечением травм и заболеваний, возникших в связи с заболеванием психической природы, в том числе эпилепсией, психотерапевтическим лечением;
- 4.2.8. лечением врожденных аномалий (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения), наследственных заболеваний, детского церебрального паралича, ортопедических нарушений, последствий родовых травм;
- 4.2.9. лечением хронической печеночной и почечной недостаточности, требующей проведения гемодиализа или других экстракорпоральных методов лечения;
- 4.2.10. лечением демиелинизирующих заболеваний нервной системы (рассеянный склероз, сирингомиелия), прогрессирующих мышечных дистрофий, эпилепсии, церебрального паралича;
- 4.2.11. лечением системных заболеваний соединительной ткани, в том числе ревматоидного артрита, болезни Бехтерева, системной склеродермии, красной волчанки;
- 4.2.12. лечением неспецифических заболеваний желудочно-кишечного тракта (в том числе язвенный колит, болезнь Крона);
- 4.2.13. лечением заболеваний и травм, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;
- 4.2.14. лечением злокачественных онкологических заболеваний, а также их осложнений, заболеваний крови онкогематологической природы;
- 4.2.15. очищением крови методом мембранного плазмафереза, гемосорбции;
- 4.2.16. сеансы литотрипсии, за исключением оказания скорой и неотложной медицинской помощи при впервые выявленном заболевании в период действия договора страхования;
- 4.2.17. лечением профессиональных заболеваний;
- 4.2.18. искусственным прерыванием беременности, за исключением прерывания беременности по медицинским показателям;
- 4.2.19. ведением беременности и родов, послеродового периода;

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

4.2.21. проведением любых генетических исследований;

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

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

4.2.24. стоматологическим терапевтическим и хирургическим лечением острых и обострений хронических заболеваний зубов и периодонта, имплантацией и ортодонтией и подготовкой к ним, эстетической стоматологией, отбеливанием зубов, зубопротезированием;

4.2.25. 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;

4.2.26. ортопедическим лечением плоскостопия (приобретение супинаторов, вкладышей для коррекции стопы, костылей, протезов, инвалидных колясок);

4.2.27. лечением себореи, аллопеции, гипергидроза, микроспории, глистных инвазий, заболеваний волос, чесотки и педикулеза;

4.2.28. лечением хронических кожных заболеваний, в том числе псориаза, истинной экземы, нейродермита, угревой сыпи, глубоких микозов и микозов ногтевых пластинок, атопического дерматита;

4.2.29. обследованием и лечением методами нетрадиционной медицины (в том числе иридодиагностика, биорезонансная диагностика, апитерапия, ароматерапия, гирудотерапия, гипноз, гомеопатия, электроakupунктура, гемосканирование, спектрально-динамический метод, талассотерапия, фитотерапия, аюрведа, мезотерапия, остеопатия);

4.2.30. лечением, являющимся по характеру экспериментальным или исследовательским, услуги, связанные с телемедициной, экстракорпоральные методы лечения;

4.2.31. оториноларингологическими операциями: септопластика, удаление полипов носа лазером, лазерная коагуляция небных миндалин, радиоволновая (лазерная) деструкция носовых раковин, вазотомия;

4.2.32. проктологическими операциями (в том числе лазерной коагуляцией геморроя и питающих узлы артерий, легированием геморроидальных узлов и питающих узлы артерий);

4.2.33. флебологическими операциями (в том числе эндовенозной лазерной коагуляцией варикозных вен, склеротерапией варикозных вен, минифлебэктомией, классической флебэктомией);

4.2.34. урологическими операциями (в том числе операциями по поводу сужения наружного отверстия уретры и полипов уретры, фимоза, парауретральных кист, гидроцеле, варикоцеле, короткой уздечки полового члена (френулопластика), обрезанием крайней плоти (циркумцизио), реверсной денервацией головки полового члена (при преждевременном семяизвержении), пластикой пеноскротального угла (удлинение полового члена), удалением кондилом половых органов, протезированием яичка);

4.2.35. реконструктивным оперативным лечением заболеваний сердца, сосудов, нервной системы, органов зрения и опорно-двигательного аппарата, органов пищеварения, дыхания, слуха, мочеполовой системы (аортокоронарное шунтирование, баллонная ангиопластика, стентирование, трансплантация, эндопротезирование, в т.ч. зубопротезирование), радиочастотной аблацией;

4.2.36. хирургической дерматологией любых новообразований кожи, подкожной клетчатки и слизистых (удалением папиллом, бородавок, невусов, остроконечных кондилом, контагиозных моллюсков, мозолей, липом, атером, дерматофибром, гемангиом, кератом и других доброкачественных новообразований кожи, подкожной клетчатки и слизистых кроме травмированных и/или инфицированных, но в количестве не более 5 штук в период действия договора страхования);

4.2.37. офтальмокоррекцией (коррекция с помощью лазерных аппаратов и оперативного лечения), за исключением случаев острых и хронических воспалительных заболеваний глаз и придаточного аппарата в стадии обострения, а также травм и ожогов;

4.2.38. плановым лечением заболеваний глаз и придаточного аппарата, являющихся осложнением сахарного диабета, плановое лечение катаракты, глаукомы, дегенеративных заболеваний сетчатки, роговицы, зрительного нерва, зрительных расстройств, слепоты и понижения зрения (за исключением случаев острых и хронических воспалительных заболеваний глаз и придаточного аппарата в стадии обострения, а также травм и ожогов, проверки остроты зрения с атропинизацией);

4.2.39. лечением хронических заболеваний, кроме случаев их обострения;

4.2.40. лечением, способствующим предотвращению полового зачатия, в том числе: искусственное оплодотворение, введение и

удаление ВМС, лечение и диагностика бесплодия, импотенции, прерыванием беременности без медицинских показаний;

4.2.41. обследованием для решения вопроса о планировании беременности, исследованием методом TORCH;

4.2.42. прохождением следующих обследований (процедур): капсульная эндоскопия, капсульная колоноскопия, эндоскопические УЗИ;

4.2.43. вакцинопрофилактикой против гриппа, если иное не предусмотрено договором и индивидуальной программой страхования;

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

4.2.45. лечением вирусных гепатитов С, D, E, G, цирроза печени любой этиологии, хронического токсического гепатита;

4.2.46. диагностика и лечение заболеваний и инфекций, передающихся половым путем включая хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, гарднереллез, кандида албиканс, трихомониаз, если иное не предусмотрено договором и индивидуальной программой страхования;

4.2.47. венерические заболевания (сифилис, гонорея, донованоз, мягкий шанкр, венерическая лимфогранулёма);

4.2.48. высокотехнологичная медицинская помощь;

4.2.49. лечением дефектов речевого развития;

4.2.50. реабилитационно-восстановительным лечением в условиях санатория;

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

4.2.52. диспансерным медицинским осмотром;

4.2.53. получением Застрахованным лицом медицинских услуг, которые не предусмотрены договором страхования (по желанию Застрахованного лица) и не назначены врачом и/или не соответствуют Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь;

4.2.54. проведением косметической хирургии, косметических процедур;

4.2.55. использованием и подбором корректирующих медицинских устройств или приспособлений (в том числе трансплантатов, эндопротезов, протезов, имплантов, компрессионного трикотажа, ортопедических принадлежностей), расходы на приобретение

медицинского оборудования и изделий медицинского назначения (в том числе тонометров, глюкометров, весов, ингаляторов), предметов по уходу за больным (в том числе устройств для приема пищи, моче – калоприемников), технических средств социальной реабилитации (в том числе слуховых устройств, тростей, костылей, кресел – колясок);

4.2.56. профилактическими медицинскими осмотрами с выдачей справок о состоянии здоровья, а также справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна, санаторно-курортной карты;

4.2.57. проведением повторных (сравнительных) врачебных консультативных приемов и обследованием с целью сбора мнений специалистов различных организаций здравоохранения по желанию Застрахованного лица, а также не соответствующих установленному диагнозу с целью диагностирования имеющих бессимптомных патологий.

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

4.3.1. 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;

4.3.2. 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;

4.3.3. обращением Застрахованного лица в организацию здравоохранения без согласования со Страховщиком, за исключением экстренных случаев, 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 рабочих дней, связаться по телефону со Страховщиком и сообщить о факте наступления события, которое может быть признано страховым случаем;

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

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

4.3.6. получением Застрахованным лицом медицинской помощи до начала или после истечения срока действия договора страхования, за исключением оплаты расходов по экстренной госпитализации согласно программе страхования «Стационарная помощь» и «Стационарная помощь «Лайт»;

4.3.7. получением Застрахованным лицом медицинских услуг в тех организациях здравоохранения, которые не предусмотрены договором страхования.

4.4. Страховщик не оплачивает следующие препараты при назначении медикаментозного лечения:

4.4.1. биологически активные добавки (БАД), гомеопатические препараты, травяные сборы (фиточаи);

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

4.4.3. питательные смеси и препараты для лечебного питания;

4.4.4. лечебную косметику;

4.4.5. лекарственные препараты, приобретенные за рубежом;

4.4.6. изделия и препараты медицинского назначения, в том числе средства личной гигиены, медицинскую технику, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантанты.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ВЗНОС И ПОРЯДОК ЕГО УПЛАТЫ

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

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

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

Страховщик может устанавливать в пределах страховой суммы по Застрахованному лицу отдельную страховую сумму в отношении дополнительных медицинских услуг.

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

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

Страховой тариф рассчитывается путем умножения базового годового страхового тарифа (Приложение № 1 к настоящим Правилам) на соответствующие корректировочные коэффициенты, утвержденные приказом Страховщика.

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

5.5. При сроке действия договора страхования менее одного года страховой взнос уплачивается Страхователем единовременно при заключении договора страхования. Страховой взнос по договору страхования, заключенному на срок 1 год и более, уплачивается Страхователем по соглашению со Страховщиком единовременно при заключении договора страхования или в рассрочку: в два этапа, ежегодно, ежеквартально, ежемесячно.

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

- в два этапа - первая его часть в размере не менее 50 % исчисленного по договору страхования страхового взноса уплачивается при заключении договора страхования, 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 при заключении договора страхования, 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 при заключении договора страхования, 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 при заключении договора страхования, а оставшаяся часть - в согласованные между Страховщиком и Страхователем сроки ежемесячно в согласованных сторонами размерах по принципу предоплаты до начала следующего неоплаченного периода.

Порядок и сроки уплаты страхового взноса указываются в договоре страхования.

5.6. Договором страхования может быть предусмотрена отсрочка уплаты очередной части страхового взноса. В случае, если договором страхования отсрочка не предусмотрена, Страховщик вправе предоставить отсрочку уплаты очередной части страхового взноса на основании письменного заявления Страхователя. Страхователь обязан оплатить часть страхового взноса, по которой предусмотрена отсрочка, не позднее последнего дня периода, на который она предоставлена. При этом договор страхования продолжает действовать на прежних условиях до последнего дня периода, на который предоставлена отсрочка. Отсрочка предоставляется на срок, не превышающий 30 календарных дней.

При неуплате очередной части страхового взноса 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) очередной части страхового взноса, а Страхователь не освобождается от обязанности оплатить часть страхового взноса за период, на который предоставлена отсрочка (в случае ее предоставления).

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

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

5.8. Днем уплаты считается:

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

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

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

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

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

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя (по форме, утвержденной приказом Страховщика). При страховании юридических лиц к заявлению прилагается список лиц, подлежащих страхованию (по форме, утвержденной приказом Страховщика). До заключения договора страхования физическое лицо заполняет анкету о состоянии своего здоровья (по форме, утвержденной приказом Страховщика), где указывает наличие или отсутствие хронической патологии, и на основании данных анкеты по решению Страховщика может быть направлено на медицинское освидетельствование за счет собственных средств.

6.2. При страховании по программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.3. – 3.2.4. пункта 3.2. настоящих Правил, договор страхования заключается в письменной форме на основании письменного (произвольной формы) заявления Страхователя-

физического лица. Письменное заявление на страхование является неотъемлемой частью договора страхования.

6.3. На основании полученных данных Страховщик принимает решение о заключении договора страхования.

Договор страхования заключается на условиях Правил страхования, утвержденных Страховщиком и согласованных с органом, осуществляющим государственный надзор за страховой деятельностью, принятых Страхователем путем присоединения к договору 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 из стороны по договору, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса (свидетельства, сертификата), подписанного ими.

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

При заключении договора страхования список (перечень) организаций здравоохранения, в которые Застрахованное лицо вправе обращаться в соответствии с договором и программой страхования (индивидуальной программой страхования), может быть изложен либо в тексте договора страхования, либо приложен к договору страхования.

6.4. В период действия договора страхования, заключенного на срок не менее 1 года, по соглашению сторон, в него могут быть внесены, кроме прочего, следующие изменения:

6.4.1. замена Застрахованного лица;

6.4.2. уменьшение количества Застрахованных лиц;

6.4.3. увеличение количества Застрахованных лиц;

6.4.4. увеличение страховой суммы по договору страхования, включение в программу дополнительных медицинских услуг.

Заявление об изменении условий страхования должно быть представлено Страхователем не позднее 3 (трех) рабочих дней до даты их внесения.

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

6.5. Страхователь вправе заменить Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика один раз в течение срока действия договора страхования. Застрахованное лицо не может быть заменено другим лицом после того, как оно выполнило какую-либо из обязанностей по договору страхования или предъявило Страховщику требование о выплате страхового обеспечения. Для замены Застрахованного лица Страхователь предоставляет Страховщику письменное заявление произвольной формы.

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

В случае уменьшения количества Застрахованных лиц, Страховщик имеет право на часть страхового взноса, уплаченного в отношении исключенного Застрахованного лица, пропорционально времени (в календарных днях), в течение которого действовало страхование в отношении данного лица.

Если по договору страхования в отношении лица, исключаемого из списка Застрахованных лиц, страховые выплаты не производились, 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.

Возврат части страхового взноса осуществляется при условии отсутствия выплат страхового обеспечения в валюте уплаты страхового взноса, если иное не предусмотрено законодательством, 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.

6.7. В случае увеличения количества Застрахованных лиц, Страхователь предоставляет Страховщику заявление, список Застрахованных лиц и производит доплату страхового взноса.

Страховщик производит расчет страхового взноса, подлежащего доплате Страхователем, который рассчитывается 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 уплаты

дополнительного взноса и определяется дополнительным соглашением сторон. Срок страхования для вновь внесенных в список Застрахованных лиц оканчивается одновременно с окончанием срока действия Договора страхования либо на установленный период страхования.

Доплата страхового взноса производится единовременно.

6.8. 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.

Доплата страхового взноса производится Страхователем единовременно.

6.9. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные ему 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 заявления Страхователя.

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

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, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 180 Гражданского кодекса Республики Беларусь.

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

6.10. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно в течение 3 рабочих дней сообщать Страховщику о ставших ему известных значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, согласно пункту 6.9. настоящих Правил, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска в соответствии с формулой:

$$P = (T2-T1) \times m/n, \quad \text{где}$$

P – дополнительный страховой взнос;

T1 – страховой взнос, рассчитанный при заключении договора страхования;

T2 – страховой взнос, рассчитанный с учетом увеличения степени страхового риска;

m – количество оставшихся календарных дней с момента подачи Страхователем заявления о внесении изменений в договор страхования до окончания срока действия договора страхования;

n – период действия договора страхования в календарных днях.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжение договора страхования в соответствии с главой 29 Гражданского Кодекса Республики Беларусь.

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

6.11. При заключении договора страхования Страхователю выдаются Правила страхования (что удостоверяется записью в договоре страхования (страховом полисе), а также может быть выдана идентификационная карточка (на каждое Застрахованное лицо).

При страховании по программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.1. – 3.2.2. пункта 3.2. настоящих Правил, при утрате идентификационной карточки Застрахованное лицо уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости ее изготовления.

6.12. Страховщик вправе требовать от Застрахованного лица выполнения обязанностей по договору страхования, включая

обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным лицом требования о выплате страхового обеспечения.

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

6.14. Застрахованное лицо не препятствует медицинским работникам, в случае необходимости, сообщать Страховщику сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица.

6.15. В случае утраты договора страхования (страхового полиса) 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.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

Срок действия договора страхования указывается в договоре страхования.

7.2. Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее дня уплаты страхового взноса (его первой части).

7.3. Договор страхования действует на территории Республики Беларусь.

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

8. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

8.1.1. окончания срока действия договора страхования;

8.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме;

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

8.1.4. ликвидации Страхователя - юридического лица, прекращения деятельности индивидуального предпринимателя, смерти Страхователя - физического лица, кроме случая, предусмотренного пунктом 8.3. настоящих Правил;

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

8.1.6. по требованию Страховщика в отношении Застрахованного лица при обнаружении обстоятельств, перечисленных в пункте 1.4. настоящих Правил, а также при получении Застрахованным лицом I или II группы инвалидности в период действия договора страхования;

8.1.7. по соглашению между Страхователем и Страховщиком, оформленному в письменном виде;

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

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

8.1.10. принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;

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

8.2. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с подпунктами 8.1.4. - 8.1.7., 8.1.10. настоящих Правил Страховщик возвращает Страхователю часть страхового взноса за неоконченный срок действия договора страхования (в календарных днях).

Если по договору страхования производились страховые выплаты, либо заявлен страховой случай, страховой взнос (его часть) возврату не подлежит.

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.

В случаях, указанных в подпунктах 8.1.8., 8.1.9. 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 части страхового взноса по вине Страховщика Страхователю выплачивается пеня в размере 0,5% – физическому лицу и 0,1% – юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю от суммы, подлежащей возврату, за каждый день просрочки.

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.

8.3. 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.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. требовать предоставления Застрахованному лицу в организациях здравоохранения медицинской помощи, определенной в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и программой страхования (индивидуальной программой страхования);

9.1.2. осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;

9.1.3. отказаться от договора страхования в соответствии с настоящими Правилами;

9.1.4. ознакомиться с условиями договора страхования;

9.1.5. уплачивать страховой взнос по договору страхования в соответствии с настоящими Правилами одновременно либо по соглашению сторон в рассрочку;

9.1.6. вносить изменения и дополнения в договор страхования с представлением Страховщику необходимых сведений в соответствии с пунктом 6.10. настоящих Правил.

9.2. Страхователь обязан:

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

9.2.2. своевременно и в полном объеме уплачивать в установленные договором страхования сроки страховой взнос;

9.2.3. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованное лицо с условиями договора страхования, его правами и обязанностями по договору страхования, предоставлять ему информацию об изменении условий договора страхования;

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

9.2.5. в период действия договора 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;

9.2.6. незамедлительно, до обращения в организацию здравоохранения, уведомить Страховщика о наступлении страхового случая;

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

9.3. Застрахованное лицо имеет право:

9.3.1. на получение медицинской помощи в соответствии с договором страхования в предусмотренных в нем организациях здравоохранения;

9.3.2. сообщать Страховщику о случаях непредставления медицинской помощи, неполного или некачественного предоставления таких услуг;

9.3.3. при утрате договора страхования (страхового полиса) и (или) идентификационной карточки получить его (ее) дубликат;

9.3.4. требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по договору страхования при наступлении страхового случая;

9.3.5. получать медицинскую помощь в соответствии с условиями договора страхования, а также требовать возмещения медицинских расходов, оплаченных самостоятельно по программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.3. – 3.2.4. пункта 3.2. настоящих Правил;

9.3.6. самостоятельно, при страховании по программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.3. – 3.2.4. пункта 3.2. настоящих Правил, оплачивать медицинские услуги, в том числе приобретение медикаментов, если это предусмотрено индивидуальной программой страхования;

9.3.7. при страховании по программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.3. – 3.2.4. пункта 3.2. настоящих Правил, обращаться 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 рабочих дней, связаться по телефону со Страховщиком и сообщить о факте наступления события, которое может быть признано страховым случаем;

9.3.8. предъявлять претензии при нарушении Страховщиком, организацией здравоохранения условий страхования.

9.4. Застрахованное лицо обязано:

9.4.1. надлежащим образом выполнять условия договора страхования;

9.4.2. при заключении договора страхования заполнить «Анкету», с изложением полной и правдивой информации о состоянии здоровья;

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

9.4.4. предоставить врачу Страховщика возможность обследования состояния своего здоровья;

9.4.5. обеспечить сохранность страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;

9.4.6. при утрате договора страхования (страхового полиса) и (или) идентификационной карточки незамедлительно сообщить об этом Страховщику для получения дубликата;

9.4.7. при изменении фамилии письменно уведомить Страховщика в течение 3 рабочих дней;

9.4.8. незамедлительно сообщить Страховщику о выявленных в период действия договора страхования заболеваниях и обстоятельствах, указанных в пунктах 1.4., 4.1., 4.2. настоящих Правил;

9.4.9. при обращении в организацию здравоохранения за медицинской помощью предъявлять документ, удостоверяющий личность, договор страхования (страховой полис) и (или) идентификационную карточку Застрахованного лица;

9.4.10. надлежащим образом исполнять обязанности, определенные настоящими Правилами, договором страхования и актами законодательства;

9.4.11. своевременно оплачивать выставленные счета по регрессному требованию Страховщика.

9.5. Страховщик имеет право:

9.5.1. выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи по договорам страхования и заключать с ними договоры на предоставление медицинских услуг;

9.5.2. проверять полученную от Страхователя (Застрахованного лица) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора страхования;

9.5.3. до заключения договора страхования потребовать любые дополнительные обследования и документы, подтверждающие состояние здоровья по данным, содержащимся в анкете и по результатам медицинского обследования (за счет средств Страхователя);

9.5.4. 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);

9.5.5. 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);

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

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

9.5.8. приостановить обслуживание Застрахованного лица по программам добровольного страхования медицинских расходов в случае неоплаты выставленных счетов по регрессному требованию Страховщика до момента погашения задолженности.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. контролировать объем и качество оказываемой Застрахованному лицу медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования и в рамках выбранной программы страхования (индивидуальной программы страхования);

9.6.2. защищать интересы Застрахованного лица;

9.6.3. ознакомить Страхователя с условиями договора страхования;

9.6.4. вручить Страхователю настоящие Правила;

9.6.5. выдать Страхователю договор страхования (страховой полис), Застрахованному лицу – идентификационную карточку, а при их утрате – дубликаты;

9.6.6. при наступлении страхового случая производить оплату медицинской помощи в соответствии с договором страхования;

9.6.7. обеспечивать конфиденциальность в отношении Застрахованного лица;

9.6.8. обеспечить предоставление медицинских услуг Застрахованному лицу в другой организации здравоохранения при отсутствии возможности оказания медицинской помощи Застрахованному лицу в указанной в договоре страхования организации здравоохранения;

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

10. Порядок и условия выплаты страхового обеспечения

10.1. Действия сторон при наступлении страхового случая

10.1.1. При страховании по программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.1. – 3.2.2. пункта 3.2. настоящих Правил, при наступлении страхового случая Застрахованное лицо обязано немедленно (до обращения в организацию здравоохранения), но не позднее 3 рабочих дней, обратиться к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе и в идентификационной карточке, и сообщить данные, которые содержатся в договоре страхования, и причину обращения.

10.1.2. В случае невозможности совершения действий, указанных в пункте 10.1.1. настоящих Правил, Застрахованное лицо должно при первой же возможности связаться по телефону со Страховщиком. В любом случае, если Застрахованное лицо обратилось в организацию здравоохранения за медицинской помощью, включенную в договор страхования, оно должно предъявить документ, удостоверяющий личность, и идентификационную карту и не нести никаких расходов самостоятельно без согласования со Страховщиком.

10.1.3. В случае нарушения порядка действий, указанных в пунктах 10.1.1. и 10.1.2. настоящих Правил, Застрахованное лицо обязано обосновать это Страховщику в письменном виде.

10.1.4. При страховании по программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.3. – 3.2.4. пункта 3.2. настоящих Правил, для получения медицинской помощи Застрахованному лицу необходимо уведомить Страховщика любым доступным способом в течение 3 рабочих дней с момента наступления внезапного расстройства здоровья, несчастного случая и сообщить причину обращения либо самостоятельно обратиться в организацию здравоохранения за медицинской помощью и действовать в соответствии с подпунктами 9.3.6., 9.3.7. пункта 9.3. и подпунктом 10.1.7. настоящего пункта Правил.

10.1.5. Организация здравоохранения оказывает медицинские услуги Застрахованному лицу в соответствии с программой страхования (индивидуальной программой страхования).

На каждое Застрахованное лицо в организациях здравоохранения оформляется медицинская документация.

10.1.6. Организация здравоохранения (Выгодоприобретатель) представляет Страховщику следующие документы:

счет-фактуру с указанием общей суммы расходов, понесенных по оказанию Застрахованным лицам медицинских услуг;

акт оказанных медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях либо справку-счет;

акт оказанных медицинских услуг в условиях стационара либо справку-счет;

выписной эпикриз при оказании стационарной помощи;

акт оказанных медицинских услуг по стоматологической помощи;

акт оказанных медицинских услуг по неотложной помощи;

сводный реестр на отпущенные медицинские препараты.

10.1.7. Страхователь (Застрахованное лицо - Выгодоприобретатель, его законный представитель) при страховании по программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.3. – 3.2.4. пункта 3.2. настоящих Правил, самостоятельно оплатившее медицинские услуги, включенные в программу страхования, при наступлении страхового случая, представляет Страховщику заявление о страховом случае, оригиналы документов либо их копии, а также справки, выписки, подтверждающие факт обращения за медицинской помощью, приобретение лекарственных препаратов, содержащие дату обращения, диагноз, поставленный врачом, перечень и наименование оказанных услуг, наименование приобретенных лекарственных препаратов и иную информацию и документы, запрошенные Страховщиком.

10.2. Порядок выплаты страхового обеспечения

10.2.1. Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком организации здравоохранения, которая в соответствии с условиями программы страхования (индивидуальной программы страхования) предоставила Застрахованному лицу медицинскую помощь, либо самому Страхователю (Застрахованному лицу, его законному представителю) при страховании по программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.3. – 3.2.4. пункта 3.2. настоящих Правил, самостоятельно оплатившему медицинские услуги, включенные в программу страхования, при наступлении страхового случая.

10.2.2. При страховании по программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.3. – 3.2.4. пункта 3.2. настоящих Правил, выплата страхового обеспечения производится Страховщиком на основании акта о страховом случае:

- организации здравоохранения – на основании оригиналов либо заверенных надлежащим образом копий (подписанных уполномоченными на то лицами с расшифровкой должности, Ф.И.О. и скрепленных печатью организации, выдавшей документы) документов, а также справок, выписок.

При включении в программу страхования дополнительной медицинской услуги – медикаментозное обеспечение, организация здравоохранения представляет сводный реестр приобретенных Застрахованными лицами лекарственных препаратов и рецепты и (или) иной документ, определенный договором на предоставление медицинских услуг (оригиналы либо надлежащим образом заверенные копии (подписанные уполномоченными на то лицами с расшифровкой должности, Ф.И.О. и скрепленные печатью организации, выдавшей документы) документов);

- Застрахованному лицу (его законному представителю, Выгодоприобретателю), самостоятельно оплатившему медицинские услуги, включенные в программы страхования, предусмотренные пунктами 3.2.3. – 3.2.4. пункта 3.2. настоящих Правил, при наступлении страхового случая – на основании заявления о страховом случае, оригиналов документов либо заверенных надлежащим образом копий (подписанных уполномоченными на то лицами с расшифровкой должности, Ф.И.О. и скрепленных печатью организации, выдавшей документы), а также справок, выписок, подтверждающих факт обращения за медицинской помощью, приобретение лекарственных препаратов, содержащие дату обращения, диагноз, поставленный врачом, перечень и наименование оказанных услуг, наименование приобретенных лекарственных препаратов и иную информацию, запрошенную Страховщиком.

10.2.3. Для составления акта о страховом случае при страховании по программам страхования, указанным в подпунктах 3.2.1. - 3.2.2. пункта 3.2. настоящих Правил, организация здравоохранения представляет Страховщику счет, акт оказанных медицинских услуг, оформленные в установленном порядке, в которых указываются номер и дата выписки страхового полиса (номер и дата заключения договора страхования), полное имя Застрахованного лица, которому была оказана медицинская помощь, включая медикаментозное лечение, стоимость, сумму расходов, понесенных по всем медицинским мероприятиям, оказанным Застрахованному лицу;

10.2.4. Страховщик имеет право проверки всех представленных документов вплоть до проведения дополнительного медицинского обследования Застрахованного лица. Возмещение медицинских расходов Страховщиком осуществляется после проверки всех представленных документов.

10.2.5. Страховщик составляет акт о страховом случае (по форме, утвержденной приказом Страховщика) в течение 10 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов.

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

10.2.6. После выплаты страхового обеспечения по страховому случаю договор страхования действует в размере разницы между указанной в договоре страхования страховой суммой и суммой выплаченного страхового обеспечения по данному случаю.

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.

Общая сумма выплат страхового обеспечения по всем страховым случаям, произошедшим в период действия договора страхования, не может превышать установленной при заключении договора страхования страховой суммы.

10.2.7. За несвоевременную выплату страхового обеспечения по вине Страховщика выплачивается пеня за каждый день просрочки от суммы, подлежащей выплате, в размере: 0,5% - физическому лицу и 0,1% - юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю.

10.3. Случаи отказа в выплате страхового обеспечения

10.3.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, если страховой случай произошел вследствие:

- умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица), повлекших наступление страхового случая, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь;

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны.

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

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

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

11. Порядок разрешения споров

Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом) разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия - в судебном порядке, установленном действующим законодательством Республики Беларусь.

Настоящие Правила вступают в силу с даты, указанной в специальном разрешении (лицензии) на право осуществления страховой деятельности, для такого вида добровольного страхования, как добровольное страхование медицинских расходов.

Заместитель директора

К. С. Якубович

Приложение № 1
к Правилам добровольного
страхования медицинских
расходов
ЗАО «СК «ЭРГО»

БАЗОВЫЕ ГОДОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

При страховании по программам страхования согласно подпунктам 3.2.1. - 3.2.2. пункта 3.2. Правил

Название программы страхования	Базовый годовой страховой тариф, в % от страховой суммы
Амбулаторно-поликлиническая помощь	5
Стационарная помощь	5

При страховании по программам страхования согласно подпунктам 3.2.3. – 3.2.4. пункта 3.2. Правил

Название программы страхования	Базовый годовой страховой тариф, в % от страховой суммы
Амбулаторно-поликлиническая помощь «Лайт»	4,5
Стационарная помощь «Лайт»	4,5

Заместитель директора

К.С. Якубович