

**ПРАВИЛА № 1
ДОБРОВОЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ**

(Согласованы Министерством финансов Республики Беларусь от 25.03.2004 № 244, изложены в новой редакции, согласованной от 04.06.2015 № 453, с учетом изменений и дополнений от 10.07.2018 № 976, утвержденных 07.02.2020)



Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на основании настоящих Правил № 1 добровольного страхования медицинских расходов (далее – Правила) Закрытое акционерное страховое общество «Промтрансинвест» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного страхования медицинских расходов (далее – договоры страхования) с дееспособными физическими лицами (включая индивидуальных предпринимателей), в том числе иностранными гражданами и лицами без гражданства, а также с юридическими лицами любой организационно-правовой формы (далее – Страхователи).

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

1.3. Основные термины, понятия и их определения, используемые в Правилах:

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

внезапное расстройство здоровья – резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица;

программа добровольного страхования медицинских расходов (далее – программа страхования) – неотъемлемая часть договора страхования медицинских расходов, содержащая перечень медицинских услуг определенного объема, оказываемых Застрахованному лицу при его обращении в медицинскую организацию за медицинской помощью при наступлении страхового случая, в том числе обеспечение Застрахованного лица лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и индивидуального ухода. Программа страхования также может содержать перечень медицинских организаций, размер страховой суммы (предельные размеры оплаты отдельных видов медицинских расходов), размер и порядок уплаты страховой премии и иные условия страхования;

медицинские организации – организации здравоохранения Республики Беларусь; организации здравоохранения иностранных государств в случае, предусмотренном частью второй пункта 1.6 Правил; другие организации, которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность, индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую, фармацевтическую деятельность;

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

медицинские расходы – расходы медицинской организации на оказание медицинской помощи и (или) приобретение товаров (медикаментов, расходных материалов и т.п.), необходимых для оказания медицинской помощи;

Выгодоприобретатель – медицинская организация, с которой Страховщик заключил договор на предоставление медицинской помощи Застрахованному лицу и которая предоставила Застрахованному лицу медицинскую помощь, а также Застрахованное лицо (его законный представитель) или Страхователь (его законный представитель), оплативший оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь;

осложнение – патологический процесс или патологическое состояние, присоединившееся к основному заболеванию в связи с особенностями его патогенеза или как следствие проводившихся диагностических или лечебных мероприятий;

последствия – патологические состояния, заболевания, наступившие по истечении времени вследствие перенесенного заболевания, травмы, проводившихся диагностических или лечебных мероприятий;

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

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

1.4. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо.

1.5. Заключение договора страхования в пользу Выгодоприобретателя, не являющегося Страхователем, не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому договору, за исключением случая, когда обязанности Страхователя выполнены Выгодоприобретателем.

1.6. Действие договора страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие на территории Республики Беларусь, за исключением случая, установленного частью второй настоящего пункта.

При наличии у страховой организации договора, заключенного с организациями здравоохранения иностранных государств, расположенными в стране пребывания Застрахованного лица, договоров об оказании Застрахованному лицу медицинской помощи или договора с зарубежным партнером, выступающим гарантом обеспечения оплаты расходов по оказанию медицинской помощи Застрахованному лицу, располагающим собственными сервисными центрами в стране пребывания Застрахованного лица, с приложением их перечня и мест нахождения, действие договора страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие за пределами Республики Беларусь, если такое условие предусмотрено договором страхования.

1.7. Договор страхования заключается на условиях следующих Программ страхования:

«Амбулаторно-поликлиническая помощь» и (или) «Стационарная помощь» (Приложение 6 к Правилам);

Унифицированная Программа добровольного страхования медицинских расходов (Приложение 6а к Правилам);

«Комплексная помощь», состоящая из комплекса медицинских услуг, включенных в Программы страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь» и «Стационарная помощь».

При заключении договора страхования программа страхования, состоящая из услуг, включенных в программы «Амбулаторно-поликлиническая помощь» и (или) «Стационарная помощь», «Комплексная помощь», может быть дополнена отдельными медицинскими услугами, видами медицинской помощи, рисками, мероприятиями, в том числе указанными в пунктах 2.7 (за исключением подпунктов 2.7.4, 2.7.14) и 2.8 (за исключением подпунктов 2.8.3, 2.8.7, 2.8.30) Правил.

При заключении договора страхования в соответствии с Унифицированной программой добровольного страхования медицинских расходов требования иных пунктов Правил применяются к данному договору с учетом особенностей, предусмотренных условиями страхования, указанными в Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов.

Унифицированная программа добровольного страхования медицинских расходов предусматривает оказание

медицинских услуг только в рамках амбулаторно-поликлинической помощи.

Глава 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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

2.2. Застрахованными лицами по Правилам являются физические лица. Если договор страхования заключается со Страхователем – физическим лицом и Застрахованное лицо в договоре страхования не указано, то Застрахованным лицом является Страхователь.

2.3. Исключен.

2.4. Застрахованные лица (фамилия, имя, отчество, дата рождения, а также иные необходимые для заключения договора страхования сведения) указываются в договоре страхования или прилагаемом к договору страхования письменном заявлении о страховании либо списке, которые являются неотъемлемыми частями договора страхования.

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

2.6. В соответствии с договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинскую помощь, оказанную Застрахованным лицам в медицинских организациях, в соответствии с условиями договора страхования в пределах обусловленной в нем страховой суммы.

В соответствии с договором страхования Застрахованное лицо имеет право на получение медицинской помощи в объеме, предусмотренном договором страхования, в медицинских организациях из числа заключивших со Страховщиком договоры об оказании медицинской помощи Застрахованным лицам. По предварительному согласованию со Страховщиком медицинская помощь может быть оказана в иных медицинских организациях Республики Беларусь с последующим возмещением Страховщиком понесенных расходов. В случае получения Застрахованным лицом медицинской помощи, требующей осуществления медицинских расходов в объеме, превышающем размер страховой суммы,

или проведения медицинских мероприятий, не предусмотренных договором страхования, Застрахованное лицо обязано самостоятельно оплатить такие расходы.

2.7. Если иное не предусмотрено договором страхования, не признаются страховыми случаями факты понесенных медицинской организацией медицинских расходов по поводу следующих заболеваний (состояний, осложнений):

2.7.1. осложнения, явившегося следствием нарушения Застрахованным лицом курса лечения или лечебного режима;

2.7.2. осложнения или состояния, явившегося следствием лечения или хирургического вмешательства по поводу заболевания или травмы, если медицинские расходы в связи с такими заболеваниями или травмами не возмещаются в соответствии с договором страхования;

2.7.3. хламидиоза, уреаплазмоза, генитального герпеса, остроконечного кондиломатоза и других заболеваний, передающихся половым путем;

2.7.4. ВИЧ-инфекции, СПИДа;

2.7.5. хронических кожных заболеваний, в том числе псориаза, нейродермита, истинной экземы, угревой болезни, дерматита, включая атопический и себорейный, себореи, микозов, иных заболеваний и поражений кожи, ногтевых пластинок и волосяного покрова грибковой этиологии;

2.7.6. хронической печеночной и почечной недостаточности, требующих проведения гемодиализа или других экстракорпоральных методов лечения;

2.7.7. гепатита В, С, D, цирроза печени независимо от стадии процесса; гепатитов иной этиологии (вне стадии обострения);

2.7.8. туберкулеза, саркоидоза, муковисцедоза независимо от клинической формы и стадии процесса;

2.7.9. острой и хронической лучевой болезни;

2.7.10. профессионального заболевания;

2.7.11. особо опасных инфекционных заболеваний (оспы, чумы, холеры, геморрагической лихорадки, сибирской язвы, атипичной пневмонии, лихорадки Эбола и т.п.);

2.7.12. врожденных и наследственных заболеваний, родовых травм, их осложнений и последствий;

2.7.13. психических заболеваний, в том числе эпилепсии, и их осложнений;

2.7.14. алкоголизма, наркомании, токсикомании;

2.7.15. сахарного диабета инсулинозависимого (1-ого типа и его осложнений);

2.7.16. онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения), их осложнений и последствий;

2.7.17. демиелинизирующих заболеваний нервной системы (рассеянного склероза, синдрома Гийена-Барре и др.);

2.7.18. аутоиммунных системных заболеваний, в том числе ревматоидного артрита (вне стадии обострения), болезни

Бехтерева, коллагенозов, включая диагностические исследования на их выявление;

2.7.19. неспецифического язвенного колита, болезни Крона;

2.7.20. заболевания, явившегося причиной установления группы инвалидности у Застрахованного лица;

2.7.21. беременности (включая ее планирование) и ее осложнений, в том числе необходимых медицинским наблюдением в этот период, родов, послеродового наблюдения, послеродовыми заболеваниями и осложнениями;

2.7.22. половых расстройств, бесплодия;

2.7.23. паразитарных заболеваний, в том числе чесотки и педикулеза, включая диагностические исследования на их выявление;

2.7.24. алопецией, гипертрихозом.

2.8. Если иное не предусмотрено договором страхования, не организуется предоставление медицинских услуг и не оплачиваются медицинские расходы, связанные с:

2.8.1. реабилитационно-восстановительным, санаторно-курортным лечением в условиях санатория;

2.8.2. искусственной инсеминацией, экстракорпоральным оплодотворением;

2.8.3. стерилизацией мужчин или женщин, изменением пола;

2.8.4. плановой хирургической операцией на глазах, целью которой является коррекция близорукости, дальнозоркости и астигматизма, лечением катаракты, глаукомы любой этиологии;

2.8.5. зубопротезированием (в том числе микропротезированием, имплантацией), включая все манипуляции, связанные с подготовкой к ортопедическому лечению;

2.8.6. получением попечительского ухода в стационаре;

2.8.7. самолечением, аутотренингом;

2.8.8. обследованием и лечением нетрадиционными методами (в том числе вегетесты, гипноз, полисомнографическое исследование, гомеопатические методы, рефлексотерапия, озонотерапия, карбокситерапия, кинезиотейпирование, гирудотерапия, баротерапия, иглорефлексотерапия, мануальная терапия). При этом расходы на иглорефлексотерапию, мануальную терапию возмещаются в случаях, когда традиционные методы лечения проведены, но не дали результата;

2.8.9. обследованием и лечением, которое является экспериментальным или исследовательским;

2.8.10. получением Застрахованным лицом справок на ношение оружия, вождение автотранспорта и других справок, выдаваемых на основании приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

2.8.11. медикаментозным обеспечением

(приобретением в аптеке медикаментов (лекарственных средств), расходных материалов, изделий медицинского назначения и т.п.);

2.8.12. уходом за Застрахованным лицом членами его семьи;

2.8.13. лечением членов семьи Застрахованного лица,

2.8.14. подбором и приобретением очков, контактных линз или слуховых аппаратов;

2.8.15. приобретением и прокатом кондиционеров, увлажнителей воздуха, испарителей, тренажеров, спортивных снарядов или иного оборудования подобного рода, изделий медицинского назначения;

2.8.16. лечением в условиях дневного стационара;

2.8.17. абортom;

2.8.18. оказанием медицинских услуг или применением препаратов, не являющихся необходимыми с точки зрения медицины при постановке диагноза или лечении болезни, а также оказанием медицинских услуг не по медицинским показаниям, а по желанию Застрахованного лица, в том числе проведением повторных консультаций и обследований с целью сбора мнений специалистов по одному и тому же состоянию (заболеванию);

2.8.19. ортопедическим лечением нарушений (искривлений) осанки, плоскостопия, включая использование супинаторов, вкладышей для коррекции стопы, корсетов; ортопедическим лечением челюстно-лицевых суставов с использованием брекет-систем, кап, шин и т.д.; лечением деформированных ногтей стоп, кистей;

2.8.20. использованием препаратов и средств контроля над рождаемостью с целью контрацепции;

2.8.21. профилактическими осмотрами на поиск патологии без признаков заболевания, в том числе по поводу хронических заболеваний вне стадии обострения;

2.8.22. плановым оперативным лечением заболеваний сердца, сосудов, нервной системы, органов зрения и чувств, опорно-двигательного аппарата, требующих реконструктивного оперативного лечения, в т.ч. аорто-коронарного шунтирования, баллонной ангиопластики, стентирования сосудов (за исключением случаев их вынужденного применения (без стоимости материалов) по экстренным неотложным медицинским показаниям в связи с наличием непосредственной угрозы жизни Застрахованного лица), трансплантацией, эндопротезированием, имплантацией и т.п.;

2.8.23. оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, предоставление (получение) которых не было организовано Страховщиком либо письменно засвидетельствовано лечащим врачом Застрахованного лица;

2.8.24. консультациями и услугами врачей следующих специальностей: андролог, гомеопат, фитотерапевт, психолог,

логопед, сомнолог, психотерапевт, диетолог, гнотолог, сурдолог, фониатр. Договором страхования также может быть предусмотрено исключение из страхового покрытия расходов по оплате консультаций и услуг врачей других специальностей;

2.8.25. следующими стоматологическими услугами: восстановление (реставрация) зуба с косметической целью, замена пломб с косметической или профилактической целью, депозирование, методы, применяемые с косметической целью: снятие пигментного зубного налета, отбеливание зубов, и т.п.; хирургическое и аппаратное лечение пародонтита, терапевтическое лечение пародонтита (свыше 5-ти процедур при локальных (очаговых) формах); ортодонтические и ортопедические нарушения;

2.8.26. лечением и исправлением (удалением) косметических дефектов кожи и слизистых оболочек, в том числе папиллом, бородавок, невусов, контактных моллюсков, мозолей, доброкачественных новообразований кожи и подкожной клетчатки (атером, фибром, липом и т.п.), за исключением случаев их травматического повреждения либо нагноения;

2.8.27. проведением капсульной эндоскопии;

2.8.28. применением косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или при других обстоятельствах, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

2.8.29. лазерной или контактной коррекции зрения, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или при других обстоятельствах, определенных экстренными медицинскими показаниями;

2.8.30. заболевания либо состояния, наступившего вследствие нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического либо токсического опьянения, либо вследствие совершения им действий, в которых установлены признаки преступления либо административного правонарушения, либо связанного с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

2.8.31. исследованиями с целью выявления врожденных или генетических, наследственных заболеваний;

2.8.32. проведением лабораторных исследований количественными методами;

2.8.33. постановкой (введением) и удалением внутриматочной спирали не по экстренным медицинским показаниям;

2.8.34. плановой госпитализацией Застрахованного лица менее, чем за 14 календарных дней до даты окончания действия договора страхования;

2.8.35. укусом клеща, в том числе в связи с его извлечением, диагностическими исследованиями и лечением.

2.9. Возмещение медицинских расходов по

оказанию медицинской помощи Застрахованному лицу, понесенных лицом, не являющимся медицинской организацией, с которой Страховщиком заключен договор на оказание медицинских услуг (иной соответствующий договор), либо не являющимся медицинской организацией, включенной в Программу страхования, осуществляется при условии предварительного согласования (устного или письменного) таких расходов со Страховщиком.

Глава 3. СТРАХОВАЯ СУММА

3.1. Страховая сумма устанавливается при заключении договора по каждой Программе страхования по каждому Застрахованному лицу отдельно, по группе застрахованных лиц и (или) по договору страхования в целом. Совокупный размер страховых сумм, установленных по Программам страхования для Застрахованного лица (группе Застрахованных лиц) отдельно, составляет страховую сумму по Застрахованному лицу (группе Застрахованных лиц) в целом.

3.2. Страховая сумма устанавливается в размере, определенном сторонами договора страхования, в белорусских рублях или в иностранной валюте (валюта страховой суммы).

3.3. Если по договору страхования производилась страховая выплата, то договор продолжает действовать в размере разницы между страховой суммой и произведенной страховой выплатой (с учетом страховых сумм, установленных договором по Программам страхования для соответствующего Застрахованного лица).

Глава 4. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. Страховая премия рассчитывается в валюте страховой суммы исходя из предусмотренных в Приложении 1 к Правилам базовых страховых тарифов, согласованных с органом государственного надзора за страховой деятельностью, и корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика.

4.2. Страховая премия уплачивается в валюте страховой суммы, если договором страхования не предусмотрено иное, а в случаях, если уплата страховой премии в иностранной валюте в соответствии с законодательством Республики Беларусь не допускается, – в белорусских рублях.

4.3. Страховая премия по договору страхования уплачивается Страхователем путем безналичного перечисления или наличными деньгами в установленном законодательством порядке единовременно за весь срок действия договора страхования либо по соглашению сторон в рассрочку.

По договорам страхования, заключенным сроком до 6 месяцев включительно, страховая премия уплачивается единовременно.

По договорам страхования, заключенным сроком более 6 месяцев и менее 1 года, страховая премия уплачивается одновременно или в 2 этапа.

4.4. Сроки уплаты и размеры страховой премии по договору устанавливаются договором страхования с учетом требований пунктов 4.3 и 4.5 Правил.

4.5. Порядок уплаты страховой премии устанавливается с учетом следующих требований:

4.5.1. при одновременной уплате страховой премии по договору уплачивается Страхователем не позднее 30 календарных дней после даты заключения договора страхования, но до вступления договора в силу;

4.5.2. при уплате страховой премии в рассрочку первая ее часть в размере не менее $1/k$ страховой премии уплачивается не позднее 30 календарных дней после даты заключения договора страхования, но до вступления договора в силу, а остальные части – через равные промежутки времени в течение срока действия договора страхования не позднее последнего дня оплаченного периода таким образом, чтобы оплата по договору с начала срока его действия составляла не менее $2/k$, $3/k$ и т.д. до уплаты страховой премии в полном объеме, где k – количество этапов оплаты (не более двенадцати в течение 1 года). Договором страхования может быть определен иной порядок рассрочки, обеспечивающий предварительную уплату части страховой премии не позднее последнего дня оплаченного периода.

4.6. Дополнительная страховая премия при внесении изменений в договор страхования уплачивается одновременно при заключении договора о внесении изменений в условия страхования, изложенные в договоре страхования (страховом полисе), либо по соглашению сторон равными частями в сроки, установленные договором страхования для уплаты очередных (оставшихся) частей страховой премии, и рассчитывается по формуле:

$$P_d = (P_2 - P_1) \times M / N,$$

P_d – дополнительная страховая премия;

P_1 – страховая премия до внесения изменений в договор страхования;

P_2 – страховая премия после внесения изменений в договор страхования, рассчитанная на весь срок действия договора страхования;

M – оставшийся срок действия договора страхования (в месяцах);

N – срок действия договора страхования (в месяцах).

При этом неполный месяц считается за полный.

В случае если значение P_2 по результатам расчета, предусмотренного настоящим пунктом Правил, менее значения P_1 , Страховщик производит возврат части уплаченной страховой премии и (или) по договору уменьшается размер неуплаченной страховой премии (ее части).

4.7. При неуплате очередной части страховой премии в установленные договором сроки и размере соглашением сторон может быть предусмотрена отсрочка уплаты части страховой премии при наличии письменных обязательств Страхователя оплатить часть страховой премии, 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. При неуплате отсроченной части страховой премии до окончания периода, на который предоставлена отсрочка, договор страхования прекращается, а Страхователь не освобождается от уплаты страховой премии за период, на который предоставлена отсрочка. Отсрочка предоставляется на срок не более 30 календарных дней, начиная со дня, следующего за последним днем, предусмотренным договором страхования для уплаты очередной части страховой премии.

Глава 5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается на условиях настоящих Правил, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования. Правила прилагаются к договору страхования, о чем в договоре делается соответствующая запись.

5.2. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа (включая документ в электронном виде), а также путем обмена документами (включая документ в электронном виде) 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 (Приложение 2, Приложение 3) или устного заявления страхового полиса, подписанного ими.

После заключения договора страхования заявление, оформленное в письменном виде, становится его неотъемлемой частью.

Страхователь несет ответственность за достоверность сведений, представленных Страховщику при заключении договора страхования.

5.3. При заключении договора страхования соглашением сторон определяются программы страхования, которые указываются в договоре страхования и предусматривают вид и объем застрахованных медицинских расходов и иные условия страхования в соответствии с условиями Правил.

5.4. По требованию Страховщика до заключения договора страхования лицо, в отношении которого заключается договор страхования, заполняет Медицинскую анкету о

состоянии своего здоровья (Приложение 4 к Правилам). На основании данных анкеты по решению Страховщика это лицо может быть направлено на медицинское освидетельствование (без возмещения Страховщиком затрат на такое медицинское освидетельствование).

Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица или иные персональные сведения. Передача необходимого объема информации организациям, действующим от имени Страховщика в целях реализации договора страхования, осуществляется при условии обеспечения сохранности переданной информации.

5.5. При заключении договора страхования Страховщик может выдавать Страхователю идентификационные карточки на каждое Застрахованное лицо.

5.6. Договор страхования заключается на срок от 1 месяца до 2 лет включительно.

5.7. Договор страхования вступает в силу после уплаты страховой премии или первой ее части с даты и времени, указанных в договоре страхования как начало срока действия договора страхования, но не ранее даты заключения договора страхования и не позднее 30 календарных дней после его заключения.

Если конкретное время начала срока действия договора страхования не указано, таким временем считается 00 часов 00 минут первого дня срока действия договора страхования.

Начало срока действия договора страхования, заключенного в электронном виде, не может устанавливаться ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем заключения договора страхования.

5.8. Страхование, обусловленное договором, распространяется на медицинские расходы, возникшие в связи с оказанием медицинской помощи Застрахованному лицу в течение срока действия договора страхования. Страхование также распространяется на медицинские расходы, осуществленные после окончания срока действия договора страхования, если такие расходы связаны с устранением состояний, угрожающих жизни и требующих оказания медицинской помощи в условиях отделения интенсивной терапии, наступивших в течение срока действия договора страхования и продолжающихся после его окончания, до момента выписки Застрахованного лица из отделения интенсивной терапии.

Страхование не распространяется на расходы, связанные с оказанием медицинской помощи в период после окончания срока действия договора страхования, за исключением случаев, указанных в части первой настоящего пункта Правил.

5.9. В период действия договора страхования по

соглашению сторон в договор страхования могут быть внесены изменения, не противоречащие законодательству.

5.10. Договор страхования прекращается в случаях:

5.10.1. окончания срока действия договора страхования;

5.10.2. выполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

5.10.3. неуплаты Страхователем страховой премии (ее части) в установленные договором сроки и размере, а в случае предоставления отсрочки платежа в соответствии с пунктом 4.7 Правил – неуплаты Страхователем до истечения срока, предусмотренного соглашением сторон, частей страховой премии, по которым предоставлена отсрочка в уплате, если уплата страховой премии производится в рассрочку. Договор страхования прекращается со дня (в 00 часов 00 минут), следующего за периодом, предоставленным для уплаты частей страховой премии;

5.10.4. смерти Страхователя - физического лица, за исключением случая, предусмотренного пунктом 5.11 Правил;

ликвидации Страхователя - юридического лица;

5.10.5. по соглашению сторон, оформленному в письменном виде;

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

5.10.7. отказа Страхователя от договора страхования в любое время,

если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. Договор страхования расторгается с момента получения Страховщиком заявления об отказе Страхователя от договора, если заявлением Страхователя не предусмотрен более поздний срок.

5.11. В случае смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования в пользу иных Застрахованных лиц, его права и обязанности переходят к этим лицам.

5.12. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в подпунктах 5.10.4-5.10.6 пункта 5.10 Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и возвращает Страхователю (его наследникам в случаях, указанных в абзаце первом подпункта 5.10.4 пункта 5.10 Правил) часть уплаченной страховой премии (при отсутствии страховых выплат и заявленных убытков по договору страхования). При этом неполный месяц действия договора страхования принимается за полный.

Если договор страхования действует в отношении нескольких Застрахованных лиц и по такому договору имеется

заявленный убыток или производилась страховая выплата, возврат страховой премии может быть произведен только в части, соответствующей тем Застрахованным лицам, по которым не было страховых выплат и заявленных убытков.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в подпункте 5.10.7 пункта 5.10 Правил, уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

При отказе Страхователя от договора страхования, заключенного в электронном виде, полученном Страховщиком до вступления договора в силу, страховая премия подлежит возврату в полном объеме.

5.13. Возврат части страховой премии производится в течение 5 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления об обстоятельствах, влекущих прекращение договора страхования, или со дня документального оформления соглашения сторон, указанного в пункте 5.10.5 пункта 5.10 Правил:

в иностранной валюте уплаты страховой премии либо по соглашению сторон в иной валюте, если страховая премия (каждая ее часть) уплачена в одной или разных иностранных валютах, а в случаях, если возврат в иностранной валюте в соответствии с законодательством Республики Беларусь не допускается – в белорусских рублях. При этом пересчет части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю в иностранной валюте, осуществляется исходя из кросс-курса, рассчитанного на основании официальных курсов белорусского рубля, установленных Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте возврата части страховой премии и валюте страховой суммы;

в белорусских рублях, если страховая премия (любая ее часть) уплачена в белорусских рублях;

по соглашению сторон в белорусских рублях, если страховая премия (каждая ее часть) уплачена в одной или разных иностранных валютах.

Пересчет части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю, в соответствии с абзацами третьим и четвертым части первой настоящего пункта осуществляется исходя из официального курса белорусского рубля, установленного Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы.

Все курсы валют, указанные в настоящем пункте, применяются на дату документального оформления прекращения договора страхования.

5.14. Обязательства Страховщика по выплате страхового обеспечения, возникшие до прекращения договора страхования, продолжают действовать до их исполнения в предусмотренном Правилами порядке.

5.15. За несвоевременный возврат страховой премии или ее части по договору страхования Страховщик уплачивает пеню за каждый день просрочки в размере 0,1% от суммы, подлежащей возврату.

Глава 6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

6.1. Страховщик имеет право:

6.1.1. при заключении договора страхования за собственный счет произвести обследование лица, в отношении которого заключается договор страхования, для оценки фактического состояния его здоровья, а также потребовать иные результаты дополнительных обследований и документы, подтверждающие состояние здоровья по данным, содержащимся в анкете (без возмещения Страховщиком затрат на медицинское освидетельствование);

6.1.2. проверять сведения, сообщенные Страхователем, в том числе сведения, указанные в заявлении о страховании, производить оценку обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, требовать от Застрахованного лица предоставления дополнительной медицинской документации, в том числе заключения и назначения специалистов, эпикризы, рецепты;

6.1.3. направлять запросы в правоохранительные, судебные органы, медицинские организации и другие компетентные органы и организации для получения документов, необходимых для решения вопросов о выплате страхового обеспечения (за исключением информации, не подлежащей разглашению этими лицами в соответствии с законодательством);

6.1.4. проверять соответствие оказываемых Застрахованному лицу услуг, оговоренных в договоре страхования, объему, срокам предоставления услуг и выполнению других положений договора страхования, а также, при необходимости, проводить по своей инициативе или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного лица) за счет средств Страховщика экспертизу качества оказанных Застрахованному лицу услуг;

6.1.5. при конфликтных ситуациях, возникших в результате обращения за медицинской помощью, направлять врача Страховщика к Застрахованному лицу для обследования состояния его здоровья. Врач Страховщика имеет право давать рекомендации и назначения, направленные на ускорение выздоровления Застрахованного лица;

6.1.6. отсрочить составление акта о страховом случае или принятие решения о признании заявленного события страховым случаем, если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, относящихся к заявленному событию, – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов на основании запроса Страховщика в орган, его выдавший, а также в случае возбуждения уголовного дела по факту произошедшего события – до получения документов о

результатах расследования;

6.1.7. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных пунктом 7.11 Правил;

6.1.8. определять порядок выбора медицинской организации для оказания медицинской помощи по своему усмотрению;

6.1.9. при отсутствии документов, подтверждающих причины неявки, отказать Застрахованному лицу в повторной организации и оплате отдельных видов медицинской помощи и медицинских расходов, предусмотренных договором страхования, в случае его неявки без уважительных причин в медицинскую организацию в согласованные Страховщиком и Застрахованным лицом сроки и время для получения медицинских услуг. К уважительным причинам, в частности, относятся: внезапное ухудшение состояния здоровья в связи с текущим заболеванием, не позволяющее проводить запланированные медицинские мероприятия, или неожиданно возникшее иное заболевание Застрахованного лица, стихийные бедствия, техногенные аварии, участие Застрахованного лица в судебных разбирательствах, в производстве следственных и иных процессуальных действий;

6.1.10. возместить в полном объеме фактические расходы медицинской организации, понесенные в связи с оказанием медицинской помощи Застрахованному лицу, при условии последующего, в случае необходимости, возврата Застрахованным лицом суммы, установленной по результатам медико-экономической экспертизы.

6.2. Страховщик обязан:

6.2.1. при заключении договора страхования ознакомить Страхователя с Правилами;

6.2.2. заключать договоры на оказание медицинских услуг Застрахованным лицам (иные соответствующие договоры) с медицинскими организациями;

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

6.2.4. по случаям, признанным Страховщиком страховыми:

а) составить в установленный Правилами срок Акт о страховом случае (пункт 7.4 Правил);

б) произвести в срок, предусмотренный Правилами, страховую выплату (пункт 7.6 Правил);

6.2.5. не разглашать тайну сведений о страховании, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

6.2.6. направить Страхователю уведомление о заключении договора страхования с приложением настоящих Правил – в случае заключения договора в электронном виде.

6.3. Страхователь имеет право:

6.3.1. получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством;

6.3.2. обратиться к Страховщику за проведением экспертизы качества оказанных Застрахованному лицу услуг;

6.3.3. требовать выполнения Страховщиком иных условий договора страхования в соответствии с Правилами.

6.4. Страхователь обязан:

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

6.4.2. своевременно уплачивать страховую премию по договору в размерах и в сроки, предусмотренные договором страхования;

6.4.3. передавать Страховщику сообщения, предусмотренные Правилами и (или) договором страхования, в письменной форме либо способами связи, обеспечивающими фиксирование текста и даты сообщений (по возможности по телексу, телеграфу, электронной почте или телефаксу), либо вручением под расписку;

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

6.4.5. совершать другие действия, предусмотренные законодательством, условиями страхования.

6.5. Застрахованное лицо имеет право:

6.5.1. получать информацию об изменении условий договора страхования;

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

6.5.3. при утере идентификационной карточки обратиться к Страховщику для получения дубликата карточки.

6.6. Застрахованное лицо обязано:

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

6.6.2. предоставить врачу Страховщика возможность обследования состояния своего здоровья;

6.6.3. не передавать договор страхования (страховой полис) и идентификационную карточку другим лицам с целью получения ими медицинской помощи. При выявлении подобных фактов действие договора страхования в отношении Застрахованного лица, допустившего такое нарушение, прекращается с момента его выявления без возврата уплаченной страховой премии;

6.6.4. при изменении данных Застрахованного лица, указанных в пункте 2.4 Правил, письменно уведомить Страховщика в течение трех рабочих дней;

6.6.5. исключен;

6.6.6. незамедлительно, до обращения в медицинскую организацию, уведомить Страховщика о наступлении события, которое может быть признано страховым случаем;

6.6.7. при обращении в медицинскую организацию предъявить договор страхования (страховой полис) или идентификационную карточку, выданную Страховщиком, а также документ, удостоверяющий личность;

6.6.8. предоставить Страховщику по его требованию дополнительную медицинскую документацию, имеющуюся у Застрахованного лица или которую Застрахованное лицо вправе получить в медицинской организации, в том числе выписки из амбулаторной карты, заключения и назначения специалистов, рецепты;

6.6.9. не позднее чем за один день до согласованного дня оказания медицинской услуги, уведомить Страховщика о невозможности получения медицинской услуги в согласованные Страховщиком и Застрахованным лицом сроки;

6.6.10. контролировать свои расходы на получение медицинской помощи и возместить Страховщику (путем внесения денежных средств в кассу или на расчетный счет Страховщика или его уполномоченного представителя) оплаченные Страховщиком расходы Выгодоприобретателя, превысившие предельный размер покрываемых расходов, установленный по договору страхования в отношении конкретного Застрахованного лица, и (или) при получении Застрахованным лицом медицинской помощи, не предусмотренной договором страхования, или при возмещении медицинских расходов по случаям, не признанным страховыми.

6.7. Застрахованное лицо не вправе препятствовать медицинским организациям сообщать Страховщику сведения о состоянии своего здоровья.

Глава 7. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

7.1. Решение вопроса о признании заявленного случая страховым и выплате страхового обеспечения Страховщик принимает на основании:

7.1.1. договора страхования;

7.1.2. документов, подтверждающих факт, причины, обстоятельства наступления заявленного случая и размер осуществленных расходов;

7.1.3. заявления о выплате страхового обеспечения – если расходы понесены не медицинской организацией.

7.2. Медицинская организация, оказавшая медицинскую помощь Застрахованному лицу, обязана представить Страховщику акт выполненных работ (счет либо иной документ), в котором указываются номер, дата заключения и период действия договора страхования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), гражданство, дата и место

рождения, регистрация по месту жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность (идентификационный номер, серия (при их наличии), номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ) Застрахованного лица, которому была оказана медицинская помощь, включая медикаментозное лечение, стоимость, общая сумма расходов, понесенных в связи с оказанием Застрахованному лицу медицинской помощи, с детализацией по медицинским услугам, иная информация по требованию Страховщика, подтверждающая факт наступления страхового случая.

7.3. В случае если Выгодоприобретателем выступает лицо, не являющееся медицинской организацией, Страховщику представляются следующие документы:

документ, удостоверяющий личность заявителя и (или) полномочия данного лица;

договор страхования;

документ, подтверждающий факт оплаты полученной медицинской помощи (оригинал оплаченного счета с указанием наименования медицинской организации с перечнем оказанных услуг и их стоимостью, квитанция, кассовый чек и др.);

копии направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, рецептов (при их наличии) или иного документа, подтверждающего факт наступления страхового случая и факт оказания услуги;

иные документы по требованию Страховщика.

7.4. После получения всех необходимых документов Страховщик в течение 10 рабочих дней принимает решение о признании или непризнании заявленного случая страховым либо об отказе в выплате страхового обеспечения. Решение о признании заявленного случая страховым оформляется путем составления Акта о страховом случае (Приложение 5 к Правилам). В случае непризнания заявленного случая страховым или отказа в страховой выплате решение Страховщика в письменном виде направляется заявителю с обоснованием причин в течение 5 рабочих дней после получения всех документов, необходимых для принятия решения.

Акт о страховом случае может составляться по нескольким событиям, Застрахованным лицам, медицинским организациям, договорам страхования.

7.5. При признании заявленного случая страховым Страховщик производит расчет суммы страхового обеспечения в размере фактически понесенных медицинской организацией или иным лицом расходов на оказание медицинской помощи.

Расходы по приобретению препаратов (медикаментов) в объеме, превышающем необходимый для лечения, в связи с неделимостью реализуемого товара возмещаются Страховщиком в полном объеме.

7.6. Страховое обеспечение выплачивается в течение 5 рабочих дней со дня составления Страховщиком Акта о

страховом случае путем безналичного перечисления в банк (почтовым переводом) на имя лица, имеющего право на получение страхового обеспечения (без открытия счета), или наличными деньгами из кассы Страховщика согласно законодательству Республики Беларусь.

7.7. В случае если в соответствии с договором на оказание медицинской помощи (услуг), заключенным Страховщиком с медицинской организацией, предусмотрена обязанность Страховщика производить предоплату понесенных медицинской организацией расходов, выплата страхового обеспечения может производиться в форме аванса до составления Акта о страховом случае, а окончательный расчет – после его составления.

7.8. Страховая выплата осуществляется в белорусских рублях либо по соглашению сторон в иностранной валюте, если законодательством Республики Беларусь допускается выплата в иностранной валюте.

Если страховое возмещение выплачивается в валюте, отличной от валюты, в которой определен размер ущерба, то пересчет выплачиваемой суммы страхового возмещения осуществляется:

по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к соответствующей иностранной валюте на дату понесенных расходов, – в случае выплаты страхового возмещения в белорусских рублях;

исходя из кросс-курса, рассчитанного на основании официальных курсов белорусского рубля, установленных Национальным банком Республики Беларусь по отношению к соответствующим иностранным валютам на дату понесенных расходов, – в случае выплаты страхового возмещения в иностранной валюте.

7.9. Из суммы страхового обеспечения, подлежащей выплате, Страховщик вправе удержать всю оставшуюся сумму неуплаченной, в том числе просроченной, страховой премии или ее часть.

7.10. Если иное не предусмотрено международными договорами Республики Беларусь, актами законодательства Республики Беларусь, Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения:

7.10.1. если страховой случай наступил вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения;

7.10.2. если страховой случай наступил вследствие военных действий, гражданской войны, а также маневров или иных военных мероприятий народных волнений всякого рода или забастовок;

7.10.3. если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица);

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

7.11. Страховщик вправе отказать в страховой выплате:

7.11.1. если Страхователь (Выгодоприобретатель) после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, не уведомил о его наступлении Страховщика в срок и способом, предусмотренные Правилами, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

7.11.2. если Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) создал препятствия Страховщику в определении обстоятельств, характера и размера вреда.

7.12. Страховщик несет ответственность, предусмотренную законодательством, за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств.

За просрочку в осуществлении страховой выплаты Страховщик уплачивает лицу, претендующему на получение страхового обеспечения, пению за каждый день просрочки в размере 0,5 процента от несвоевременно выплаченной суммы физическому лицу и 0,1 процента – юридическому лицу.

7.13. Застрахованное лицо обязано возратить Страховщику сумму страховой выплаты (или ее соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по Правилам полностью или частично лишает Застрахованное лицо права на страховое возмещение медицинских расходов, в том числе в случае:

7.13.1. получения соответствующего возмещения расходов от лица, виновного во внезапном расстройстве здоровья;

7.13.2. установления компетентным органом либо судом фактов сообщения Страхователем (Застрахованным лицом) заведомо ложных сведений об обстоятельствах события, которое признано страховым случаем, или фактов иного препятствования Страховщику в выяснении данных обстоятельств;

7.13.3. если при проведении медико-экономической экспертизы установлено, что фактические затраты, понесенные Выгодоприобретателем на оказание медицинской помощи, превысили предельный размер покрываемых расходов, предусмотренных договором страхования.

7.14. При возврате Застрахованным лицом суммы страховой выплаты (или ее части), предусмотренной пунктом 7.13 Правил, страховая сумма восстанавливается на сумму, возвращенную Застрахованным лицом, после поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика (в кассу Страховщика).

Глава 8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем), не разрешенные путем переговоров, разрешаются в судебном порядке.

8.2. При изменении законодательства Республики Беларусь Правила действуют в части, не противоречащей законодательству.

Правила изложены в редакции, вступившей в силу с 26.03.2020