

**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, согласованных от
10.07.2018 № 976, утвержденных 07.02.2020, 23.03.2022, изложены в
новой редакции, утвержденной 07.10.2022, с учетом изменений и
дополнений, утвержденных 20.12.2022, 28.08.2023 и 30.12.2024)*

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ЗАСО «Промтрансинвест»

В.А.Ефременко
«07» октября 2022 г.

Правила в редакции, вступившей в силу 01.01.2025

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на условиях 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, в том числе индивидуальными предпринимателями, и 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 или Выгодоприобретателя.

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

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

1.3.2. Внезапное расстройство здоровья – резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица.

1.3.3. Программа добровольного страхования медицинских расходов (далее – программа страхования) – неотъемлемая часть договора страхования, 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 выплаты

страхового обеспечения по Застрахованному лицу, в том числе по отдельным видам медицинских расходов, размер и порядок уплаты страховой премии и иные условия страхования.

1.3.4. Медицинские организации – организации здравоохранения Республики Беларусь; организации здравоохранения иностранных государств в случае, предусмотренном частью второй пункта 1.5 Правил; другие организации, которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность, индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую, фармацевтическую деятельность.

1.3.5. 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 страхования.

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

1.3.7. 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.

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

1.3.9. Последствия – патологические состояния, заболевания, наступившие по истечении времени вследствие перенесенного заболевания, травмы, проводившихся диагностических или лечебных мероприятий.

1.3.10. Обострение хронического заболевания – стадия течения хронического заболевания, характеризующаяся усилением имеющихся симптомов или появлением новых у Застрахованного лица.

1.3.11. Хроническое заболевание – заболевание, в том числе ВИЧ-инфекция, которое имеет одну и (или) более нижеследующих характеристик: длительно растянуто во времени, оставляет остаточные нарушения, вызывает необратимые патологические изменения, требует специального (особого) обучения пациента для восстановления (реабилитации) и длительного периода наблюдения с

обеспечением медицинской и социальной помощи.

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

1.5. 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.

1.6. Договор страхования заключается на условиях следующих программ страхования:

«Амбулаторно-поликлиническая помощь» и (или) «Стационарная помощь» (Приложение 2);

Унифицированная программа добровольного страхования медицинских расходов (Приложение 3);

«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 2.6 (за исключением подпунктов 2.6.14, 2.6.27) и 2.7 (за исключением подпунктов 2.7.3, 2.7.7) Правил.

Дополнение программы страхования медицинскими услугами, видами медицинской помощи, рисками, мероприятиями, указанными в пунктах 2.6 и 2.7 Правил, осуществляется с применением соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика.

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 страхования 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, в пользу которых заключен договор страхования. Если договор страхования заключается со Страхователем -физическим лицом и Застрахованное лицо в договоре страхования не указано, то Застрахованным лицом является Страхователь.

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

2.4. 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.

2.5. 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 и включенных в программу страхования. 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.

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

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

2.6.2. 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;

2.6.3. хламидиоза, уреоплазмоза, генитального герпеса, остроконечного кондиломатоза и других заболеваний, передающихся половым путем;

2.6.4. СПИДа;

2.6.5. заболеваний кожи и ее придатков, в том числе псориаза, нейродермита, истинной экземы, угревой болезни, акне, розацеа, дерматита (за исключением аллергических проявлений), себорей, микозов, иных заболеваний и поражений кожи, ногтевых пластинок (в том числе лечением деформированных ногтей стоп, кистей) и волосяного покрова;

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

2.6.7. гепатитов и цирроза печени различной этиологии;

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

2.6.9. острой и хронической лучевой болезни;

2.6.10. профессионального заболевания;

2.6.11. особо опасных инфекционных заболеваний (оспы, чумы, холеры, геморрагической лихорадки, сибирской язвы и т.п.); заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, а также атипичную пневмонию, инфекцию, вызванную коронавирусом COVID-19;

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

2.6.13. психических заболеваний, в том числе эпилепсии, расстройств поведения, а также их осложнений;

2.6.14. алкоголизма, наркомании, токсикомании;

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

2.6.16. онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного

течения), их осложнений и последствий;

2.6.17. демиелинизирующих заболеваний нервной системы (рассеянного склероза, сирингомиелии и др.);

2.6.18. аутоиммунных системных заболеваний, в том числе ревматоидного артрита, болезни Бехтерева, коллагенозов, включая диагностические исследования на их выявление;

2.6.19. неспецифического язвенного колита, болезни Крона;

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

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

2.6.22. половых расстройств, бесплодия, включая диагностические исследования на их выявление;

2.6.23. паразитарных заболеваний, в том числе чесотки, педикулеза, гельминтоза, демодекоза, включая диагностические исследования на их выявление;

2.6.24. алопеции, гипертрихоза, гирсутизма;

2.6.25. дефектов речевого развития;

2.6.26. нарушений менструального цикла, менопаузы и околоменопаузального периода (климактерического периода), за исключением маточных кровотечений;

2.6.27. 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.

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

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

2.7.2. искусственной инсеминацией, экстракорпоральным оплодотворением;

2.7.3. стерилизацией мужчин или женщин, изменением пола;

2.7.4. офтальмокоррекцией – подбором очков, линз; коррекцией с помощью лазерных аппаратов и оперативного лечения, включая плановую хирургическую операцию на глазах, целью которой является коррекция близорукости, дальнозоркости и астигматизма; лазерной или контактной коррекцией зрения (кроме случаев острых и хронических заболеваний глаз и придаточного аппарата в стадии обострения, травм, ожогов, а также иных факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или при других обстоятельствах, определенных экстренными медицинскими показаниями);

2.7.5. лечением катаракты, глаукомы любой этиологии;

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

2.7.7. получением попечительского ухода в стационаре;

2.7.8. самолечением, аутотренингом;

2.7.9. обследованием и лечением нетрадиционными методами (в том числе веготесты, 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;

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

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

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

2.7.13. уходом за Застрахованным лицом членами его семьи;

2.7.14. лечением членов семьи Застрахованного лица,

2.7.15. подбором и приобретением слуховых аппаратов;

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

2.7.17. лечением в условиях дневного стационара;

2.7.18. абортom;

2.7.19. 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);

2.7.20. ортопедическим лечением и диагностикой 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.;

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

2.7.22. профилактическими осмотрами на поиск патологии без признаков заболевания, в том числе по поводу хронических

заболеваний вне стадии обострения;

2.7.23. 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.;

2.7.24. 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, согласованным со Страховщиком;

2.7.25. консультациями и услугами врачей следующих специальностей: андролог, гомеопат, фитотерапевт, психолог, логопед, сомнолог, психотерапевт, диетолог, гнатолог, сурдолог, фониатр, гепатолог. Договором страхования также может быть предусмотрено исключение из страхового покрытия расходов по оплате консультаций и услуг врачей других специальностей;

2.7.26. следующими стоматологическими услугами: восстановление (реставрация) зуба с косметической целью, замена пломб с косметической или профилактической целью, депофорез, 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;

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

2.7.28. проведением капсульной эндоскопии;

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

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

2.7.31. проведением лабораторных исследований количественными методами;

2.7.32. постановкой (введением) и удалением внутриматочной

спирали не по экстренным медицинским показаниям;

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

2.7.34. проведением альтернативных методов диагностики и (или) лечения (сверх предусмотренных клиническими протоколами диагностики и лечения заболеваний, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь);

2.7.35. проведением высокотехнологичных обследований и операций;

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

2.8. 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 по договору страхования устанавливается при его заключении. По соглашению сторон в пределах страховой суммы по договору страхования могут быть в том числе установлены отдельные страховые суммы по каждой программе страхования и (или) по каждому Застрахованному лицу отдельно и (или) по группе застрахованных лиц.

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 в порядке, установленном Страховщиком, исходя из предусмотренных Приложением 1 к Правилам базовых страховых тарифов 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 одновременно за весь срок действия договора страхования либо по соглашению сторон в рассрочку.

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

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 страховая премия 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:

$Pd = (P2 - P1) \times M / N$, где:

Pd – дополнительная страховая премия;

$P1$ – страховая премия до внесения изменений в договор страхования;

$P2$ – 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 $P2$ по результатам расчета, предусмотренного настоящим пунктом Правил, менее значения $P1$, 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.

4.8. Договором страхования может быть предусмотрен порядок перерасчета страховой премии в зависимости от изменения в течение срока действия договора страхования факторов, влияющих на степень страхового риска.

В таком случае доплата (возврат) части страховой премии производится в сроки, установленные договором страхования.

4.9. Договором страхования, заключенным на срок 1 год и более со страхователем-юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем по соглашению сторон может быть установлена предельная величина выплат страхового обеспечения и (или) уровня выплат (с учетом или без учета сумм, подлежащих оплате Страховщиком по заявленным, но неурегулированным страховым случаям), при достижении (превышении) которой Страховщик осуществляет перерасчет страховой премии по договору страхования.

В случае установления предельной величины, указанной в части первой настоящего пункта, порядок перерасчета страховой премии, доплаты Страхователем части страховой премии по результатам перерасчета и сроков прекращения договора страхования в случае неуплаты Страхователем части страховой премии по результатам перерасчета устанавливаются договором страхования.

Глава 5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

5.2. Договор страхования заключается в письменной форме способами, предусмотренными законодательством Республики Беларусь, на основании письменного (по форме, установленной Страховщиком) либо устного заявления Страхователя или письменного предложения Страховщика, в том числе размещенного на официальном сайте Страховщика в глобальной компьютерной сети Интернет, принятого Страхователем способом, указанным в таком предложении.

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

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

Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования на основании письменного заявления Страхователя, а также в представляемых Страхователем Страховщику документах.

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

5.5. 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 недействительным.

Требования о признании договора страхования недействительным не подлежат удовлетворению, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

5.6. 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.

5.7. По требованию Страховщика до заключения договора страхования лицо, в отношении которого заключается договор страхования, заполняет медицинскую анкету о состоянии

своего здоровья (далее – анкета), по форме установленной Страховщиком. 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 данные. Передача необходимого объема информации организациям, действующим от имени Страховщика в целях реализации договора страхования, осуществляется при условии обеспечения сохранности переданной информации.

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

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

5.10. 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.

5.11. 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.

5.12. По соглашению сторон в договор страхования до истечения срока его действия могут быть внесены изменения, не противоречащие законодательству и настоящим Правилам, которые совершаются путем заключения договора о внесении

изменений в условия страхования в письменной форме.

5.13. Страхователь до истечения срока действия договора страхования, заключенного на срок 1 год и более, вправе обратиться к Страховщику с письменным заявлением о заключении договора страхования на новый срок с предоставлением права уплаты страховой премии (первой ее части – при уплате в рассрочку) в течение 30 календарных дней со дня вступления договора в силу. По соглашению сторон уплата страховой премии (первой ее части – при уплате в рассрочку) может быть произведена в течение 30 календарных дней со дня вступления в силу нового договора страхования. Страховщик обязан оформить договор страхования до вступления в силу нового договора страхования. В этом случае новый договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания предыдущего договора либо со дня, указанного в договоре страхования как день начала срока его действия, но не позднее 30 календарных дней с даты его заключения.

Если договором страхования предусмотрена рассрочка внесения страховой премии, то ее остальные части уплачиваются в порядке, установленном соглашением сторон в соответствии с подпунктом 4.5.2 пункта 4.5 Правил.

В случае неуплаты страховой премии (первой ее части – при уплате в рассрочку) в течение указанного срока договор страхования досрочно прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем указанного в настоящем пункте Правил 30-дневного срока, в течение которого Страхователь обязан ее уплатить. При этом Страхователь не освобождается от уплаты части страховой премии за указанный 30-дневный срок действия договора.

О применении данного условия производится отметка в договоре страхования при его заключении.

5.14. Договор страхования прекращается в случаях:

5.14.1. окончания срока действия договора страхования;

5.14.2. выполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

5.14.3. 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;

5.14.4. смерти Страхователя - физического лица, за исключением случая, предусмотренного пунктом 5.15 Правил; ликвидации Страхователя - юридического лица;

5.14.5. по соглашению сторон, оформленному в письменном

виде;

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

5.14.7. 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;

5.14.8. неуплаты Страхователем части страховой премии по результатам перерасчета в соответствии с пунктом 4.9 Правил. Договор страхования прекращается в сроки, установленные договором страхования.

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

5.16. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в подпунктах 5.14.4 – 5.14.6 пункта 5.14 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 5.14.4 пункта 5.14 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 подпунктах 5.14.7, 5.14.8 пункта 5.14 Правил, уплаченная страховая премия возврату не подлежит, за исключением случаев, указанных в части четвертой настоящего пункта.

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

5.17. Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в отношении Застрахованного лица, которое передало иному лицу договор страхования или

идентификационную карточку Застрахованного лица с целью получения этим лицом медицинских услуг по договору страхования. Страховая премия в таком случае возврату не подлежит.

5.18. Возврат части страховой премии производится Страхователю 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 5.14.5 пункта 5.14 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.

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

5.20. 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. выяснять причины и обстоятельства события, которое может быть признано страховым случаем, включая направление запросов в компетентные органы (организации) по вопросам, связанным с установлением обстоятельств, характера и размера причиненных убытков;

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 непризнании 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, их 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 Застрахованного лица в медицинскую организацию, отказать в повторной организации и оплате отдельных видов

медицинской помощи и медицинских расходов, предусмотренных договором страхования, в случае 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;

6.1.11. потребовать при уведомлении об обстоятельствах (наступлении таких обстоятельств), влекущих увеличение страхового риска, изменения условий и (или) уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска. Дополнительная страховая премия рассчитывается в соответствии с пунктом 4.6 Правил;

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования и (или) уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования. В этом случае договор страхования расторгается с момента получения такого отказа Страхователя. К отказу приравнивается неполучение в течение 7 дней ответа от Страхователя на надлежаще отправленное письменное предложение Страховщика (заказное письмо с уведомлением) об изменении условий страхования и (или) уплаты дополнительной страховой премии.

До уплаты Страхователем дополнительной страховой премии и (или) изменения условий договора страхования Страховщик не несет ответственности за понесенные расходы, вызванные увеличением страхового риска;

6.1.12. потребовать расторжения договора страхования в случаях, предусмотренных пунктом 5.17 Правил;

6.1.13. (исключен);

6.1.14. в случае неисполнения (ненадлежащего исполнения) Страхователем обязанностей, установленных подпунктами 6.4.4, 6.4.5 пункта 6.4 Правил, потребовать возмещения

Страхователем - юридическим лицом оплаченных расходов Выгодоприобретателя, превысивших 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;

6.1.15. совершать иные действия, предусмотренные Правилами и законодательством Республики Беларусь.

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, включенной в программу 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;

6.2.7. с целью надлежащего исполнения обязанностей по договору страхования (организации получения Застрахованным лицом медицинских услуг и т.п.) предоставить медицинским либо иным организациям, с которыми Страховщиком заключены соответствующие договоры, сведения о Застрахованном лице, включая фамилию, имя, отчество, дату рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номер страхового полиса (договора страхования), сроки действия договора страхования, вид медицинской помощи, объем медицинских услуг, страховую сумму по данному виду помощи, в т.ч. на дату оказания услуги (при необходимости, исходя из имеющихся у Страховщика сведений).

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. при заключении договора страхования сообщать

Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможного ущерба от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику, в том числе предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица.

Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования на основании письменного заявления Страхователя, а также в представляемых Страхователем Страховщику документах;

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. требовать от Застрахованного лица выполнения условий договора страхования;

6.4.6. незамедлительно, но не позднее 3 рабочих дней сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, в том числе указанных в заявлении о страховании, анкете Застрахованного лица, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

6.4.7. 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 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 2.3 Правил, письменно уведомить Страховщика в течение 3 рабочих дней;

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

6.6.6. при обращении в медицинскую организацию предъявить договор страхования или идентификационную карточку, выданную Страховщиком, а также документ, удостоверяющий личность;

6.6.7. 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;

6.6.8. не позднее чем за 1 день до согласованного дня оказания медицинской услуги, уведомить Страховщика о невозможности получения медицинской услуги в согласованные Страховщиком и Застрахованным лицом сроки;

6.6.9. 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.

6.8. Если иное не предусмотрено договором страхования, для целей бухгалтерского учета первичные учетные документы, подтверждающие факт оказания услуг по договору страхования, каждая из сторон договора страхования составляет единолично.

Глава 7. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

7.1. Решение вопроса о признании заявленного события

страховым случаем 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, для составления Страховщиком Акта о страховом случае обязана представить Страховщику документы (акт выполненных работ, счет либо иной документ), в котором указываются:

7.2.1. номер (серия), срок действия договора страхования;

7.2.2. сведения о Застрахованном лице, которому оказана медицинская помощь (фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения, регистрация по месту жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность (идентификационный номер, серия (при их наличии)), номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ);

7.2.3. стоимость, общая сумма расходов, понесенных в связи с оказанием Застрахованному лицу медицинской помощи, с детализацией по медицинским услугам;

7.2.4. 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 (оригиналы или по согласованию со Страховщиком их копии):

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

7.3.2. договор страхования;

7.3.3. 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.);

7.3.4. 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.

Конкретный перечень документов, представляемых при наступлении события, которое может быть признано страховым случаем, определяется в каждом конкретном случае с учетом всех обстоятельств наступившего события.

7.4. После получения всех необходимых документов Страховщик в течение 10 рабочих дней принимает решение о признании или непризнании заявленного события страховым случаем либо об отказе в выплате страхового обеспечения. Решение о признании заявленного события страховым случаем

оформляется путем составления Акта о страховом случае по форме, установленной Страховщиком.

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

В случае непризнания заявленного события страховым случаем или отказа в страховой выплате решение Страховщика в письменном виде направляется заявителю с обоснованием причин в течение 5 рабочих дней со дня принятия такого решения.

7.5. При признании заявленного события страховым случаем 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 обеспечение выплачивается в валюте, отличной от валюты, в которой определен размер ущерба, то пересчет выплачиваемой суммы страхового обеспечения 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 обеспечения 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 обеспечения 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 события, которое может быть признано страховым случаем, не уведомил о его наступлении Страховщика в срок и способом, предусмотренные Правилами, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении такого события, 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, в том числе в результате неисполнения, ненадлежащего исполнения своих обязанностей, предусмотренных Правилами.

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, пеню за каждый день просрочки в размере 0,5 процента от несвоевременно выплаченной суммы физическому лицу (в том числе индивидуальному предпринимателю) 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 обеспечение, 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.

Заместитель генерального директора

А.А.Бабарика