

ПРАВИЛА № 1 ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ

(согласованные с Министерством финансов Республики Беларусь 03.03.2004 №97 с изменениями и дополнениями от 06.04.2007 №749, от 07.08.2008 №454, от 31.03.2010 №808, от 11.07.2011 №114, от 07.02.2012 №217, от 27.02.2015 №400, от 11.04.2016 №570, от 02.06.2016 №610, от 07.03.2017 №721(новая редакция), от 01.03.2018 №901, утвержденными приказами Белгосстраха от 24.04.2020 №14-пр, от 12.11.2020 №29-пр, от 12.01.2021 №1-пр, от 15.02.2021 № 7-пр, от 14.12.2022 №42-пр)

ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на основании настоящих Правил добровольного страхования медицинских расходов (далее – Правила) Белорусское республиканское унитарное страховое предприятие «Белгосстрах» (далее – страховщик) заключает договоры добровольного страхования медицинских расходов (далее – договоры страхования) с лицами, указанными в пункте 3 настоящих Правил (далее – страхователи).

2. Субъектами страхования являются страховщик, страхователь, застрахованное лицо, выгодоприобретатель.

3. **Страхователями** могут быть юридические лица независимо от организационно-правовой формы или индивидуальные предприниматели, а также дееспособные физические лица, в том числе иностранные граждане и лица без гражданства.

Договор страхования может быть заключен страхователем – физическим лицом в свою пользу и в пользу третьих лиц, страхователем – юридическим лицом только в пользу третьих лиц.

4. Застрахованное лицо – физическое лицо в возрасте от 1 (одного) месяца, в пользу которого заключен договор страхования.

Застрахованными лицами по договору страхования, действующему за пределами Республики Беларусь, могут быть только граждане Республики Беларусь.

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

5. Выгодоприобретатель - медицинская организация, индивидуальный предприниматель, с которыми страховщик заключил договор на предоставление медицинской помощи застрахованному лицу и которые предоставили застрахованному лицу медицинскую помощь, а

также застрахованное лицо (его законный представитель) или страхователь (его законный представитель), оплативший оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь.

6. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

программа добровольного страхования медицинских расходов (далее – страховая медицинская программа) - неотъемлемая часть договора страхования, содержащая перечень медицинских услуг определенного объема, оказываемых застрахованному лицу при его обращении в медицинскую организацию, к индивидуальному предпринимателю за медицинской помощью при наступлении страхового случая, в том числе обеспечение застрахованного лица лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и индивидуального ухода;

острое заболевание – неожиданные изменения в состоянии организма застрахованного лица, угрожающие его здоровью, жизни и требующие неотложной медицинской помощи;

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

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

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 страховой медицинской программы;

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

члены семьи – супруг (супруга) и лица, состоящие между собой в близком родстве: дети, родители, родные сестры и братья, внуки, бабки, деды;

высокотехнологичная медицинская помощь – вид оказания медицинской помощи при наличии у застрахованного лица заболеваний, требующих применения новых, сложных, уникальных, а также ресурсоемких методов оказания медицинской помощи, основанных на

современных достижениях медицинской науки и техники и имеющих высокую клиническую эффективность. В целях страхования применяется перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленный законодательством Республики Беларусь.

медицинская организация - организация здравоохранения Республики Беларусь; организация здравоохранения иностранного государства в случае, предусмотренном частью второй пункта 15 настоящих Правил; другая организация, которая наряду с основной деятельностью также осуществляет медицинскую, фармацевтическую деятельность;

индивидуальный предприниматель - индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую, фармацевтическую деятельность;

внезапное расстройство здоровья - резкое ухудшение состояния здоровья застрахованного лица;

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

ГЛАВА 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.

7. Объектом добровольного страхования медицинских расходов являются не противоречащие законодательству имущественные интересы страхователя либо застрахованного лица, связанные с компенсацией расходов медицинской организации, индивидуальному предпринимателю, страхователю или застрахованному лицу, вызванных обращением застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, предусмотренной договором страхования (страховой медицинской программой), при наступлении страхового случая.

8. Страховым случаем является факт понесенных выгодоприобретателем расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу медицинской помощи, предусмотренной договором страхования (страховой медицинской программой), ввиду внезапного расстройства здоровья застрахованного лица, несчастного случая, хронического заболевания или его обострения.

9. Медицинские услуги застрахованным лицам оказываются в соответствии со страховыми медицинскими программами, которые прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

Страховые медицинские программы для детей предусматриваются для лиц в возрасте от 1 (одного) месяца до 18 лет, страховые медицинские программы для взрослых предусматриваются для лиц в возрасте от 18 лет.

9.1. Базовая страховая медицинская программа (Приложение 13 к настоящим Правилам) – страховая медицинская программа, определяющая базовый объем и перечень предоставляемых медицинских услуг застрахованному лицу и соответствующая минимальным страховым суммам (пункт 18 настоящих Правил):

АВ – амбулаторно-поликлиническая для взрослых;

АД – амбулаторно-поликлиническая для детей;

СВ – стационарная для взрослых;

СД – стационарная для детей.

9.2. Комплексная базовая страховая медицинская программа (включающая амбулаторно-поликлиническую и стационарную базовые страховые медицинские программы):

КВ (АВ+СВ) – для взрослых;

КД (АД+СД) – для детей.

9.3. Индивидуальная страховая медицинская программа.

Разрабатывается по соглашению страховщика и страхователя на основе базовых страховых медицинских программ и может предусматривать как расширение перечня, объема, условий предоставления медицинских услуг, включенных в базовую страховую медицинскую программу (в том числе из указанных в пункте 12 настоящих Правил), так и их сокращение.

Дополнительные медицинские услуги, указанные в подпунктах 12.3, 12.4 пункта 12 настоящих Правил, могут быть включены в страховые медицинские программы, по условиям которых организуется предоставление медицинских услуг в условиях стационара – СВ или СД (подпункт 9.1 пункта 9 настоящих Правил), КВ или КД (подпункт 9.2 пункта 9 настоящих Правил).

По соглашению сторон в индивидуальной страховой медицинской программе, прилагаемой к договору страхования, могут быть установлены иные, не указанные в пунктах 11–12 настоящих Правил, дополнительные ограничения по предоставлению и оплате медицинских услуг. В индивидуальной страховой медицинской программе также могут устанавливаться определенные условия предоставления медицинской помощи, в том числе условия, при отсутствии которых медицинские услуги не организовываются и расходы по ним не возмещаются. Индивидуальная страховая медицинская программа также может устанавливать, что предоставление медицинской помощи производится исключительно по средствам телемедицины.

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

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

9.3.1. Договор страхования на условиях индивидуальной страховой медицинской программы может быть заключен со страхователем – физическим лицом, являющимся застрахованным лицом или законным представителем застрахованного лица по договору добровольного страхования медицинских расходов, заключенному страхователем – организацией со страховщиком. Застрахованным лицом по договору страхования может быть только лицо, являющееся застрахованным лицом по договору добровольного страхования медицинских расходов, заключенному страхователем – организацией со страховщиком. Договор страхования заключается с целью предоставления застрахованному лицу дополнительного перечня, объема и (или) условий предоставления медицинской помощи с учетом медицинских услуг, предоставляемых застрахованному лицу согласно страховой медицинской программе по договору добровольного страхования медицинских расходов, заключенному страхователем – организацией со страховщиком. При заключении со страхователем – физическим лицом указанного договора страхования на условиях индивидуальной страховой медицинской программы для расчета страховой премии применяется(ются) соответствующий(ие) корректировочный(ые) коэффициент(ы), утвержденный(ые) локальным правовым актом страховщика.

Дата окончания срока действия договора страхования, заключенного со страхователем – физическим лицом, устанавливается не позднее даты

окончания срока действия договора добровольного страхования медицинских расходов, заключенного страхователем – организацией со страховщиком. Декларация о состоянии здоровья застрахованного лица не заполняется, а при расчете страховой премии застрахованное лицо относится к группе здоровья, установленной ему по договору добровольного страхования медицинских расходов, заключенному страхователем – организацией.

Дополнительным основанием к указанным в пункте 41 настоящих Правил для прекращения договора страхования, заключенного со страхователем – физическим лицом, является прекращение в отношении застрахованного лица действия договора добровольного страхования медицинских расходов, заключенного страхователем – организацией со страховщиком. Договор страхования прекращается с даты прекращения действия договора добровольного страхования медицинских расходов, заключенного страхователем – организацией со страховщиком, или даты исключения застрахованного лица из указанного договора добровольного страхования медицинских расходов, соответственно. В случае прекращения договора страхования по указанному дополнительному основанию страховщик имеет право на часть страховой премии по договору пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и возвращает страхователю часть уплаченной страховой премии по договору пропорционально времени, оставшемуся со дня прекращения договора до окончания оплаченного срока действия договора страхования. Возврат страховой премии (ее части) осуществляется в безналичном порядке на счет, открытый в банке Республики Беларусь, если стороны не пришли к иному письменному соглашению о порядке возврата и данный порядок не противоречит законодательству Республики Беларусь.

Возврат производится в течение 5 рабочих дней со дня получения страховщиком заявления страхователя с реквизитами для возврата страховой премии (ее части). Если по договору страхования производились страховые выплаты или если по договору страхования заявлен страховой случай (имеются сведения о наступлении страхового случая), то в случае прекращения договора по указанному дополнительному основанию уплаченная страховая премия (ее часть) возврату не подлежит.

9.4. Унифицированная программа добровольного страхования медицинских расходов (Приложение 12 к настоящим Правилам).

9.5. Страховая медицинская программа «Семейный полис».

Индивидуальная страховая медицинская программа, которая предусматривает заключение договора страхования в отношении страхователя – физического лица и члена(ов) его семьи либо в отношении

только членов семьи страхователя – физического лица. В этом случае страхователю выдается договор страхования с пометкой «Семейный». Общее количество застрахованных лиц по договору страхования должно составлять не менее 2 (двух) застрахованных лиц. К договору страхования с пометкой «Семейный» прилагается одна страховая медицинская программа с общей страховой суммой, количеством медицинских услуг на всех застрахованных лиц либо прилагаются отдельные страховые медицинские программы по каждому застрахованному лицу. Для расчета страховой премии по договору страхования с пометкой «Семейный», заключенному на условиях страховой медицинской программы с общей страховой суммой, количеством медицинских услуг на всех застрахованных лиц, размер базового годового страхового тарифа определяется в зависимости от выбранной страховой медицинской программы соответствующий среднему возрасту принимаемых на страхование лиц (Приложение 1 к настоящим Правилам).

Дополнительные медицинские услуги, указанные в подпунктах 12.3-12.4 пункта 12 настоящих Правил, могут быть включены в страховые медицинские программы, по условиям которых организуется предоставление медицинских услуг в условиях стационара – СВ или СД (подпункт 9.1 пункта 9 настоящих Правил), КВ или КД (подпункт 9.2 пункта 9 настоящих Правил).

10. Не признаются страховыми случаями обращения за медицинскими услугами в связи с:

10.1. несчастными случаями, полученными застрахованным лицом вследствие совершения им действий, в которых установлены признаки преступления, административного правонарушения, а также вследствие алкогольного (содержание алкоголя крови не менее 0,5 промилле), наркотического или токсического опьянения;

10.2. осложнениями, явившимися следствием нарушения застрахованным лицом курса лечения или лечебного режима;

10.3. лечением или хирургическим вмешательством по поводу заболевания или травмы, не являющегося страховым случаем;

10.4. алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией и их осложнениями;

10.5. ВИЧ-инфекцией, СПИДом и их осложнениями;

10.6. туберкулезом независимо от клинической формы и стадии процесса;

10.7. заболеваниями, явившимися причиной установления застрахованному лицу инвалидности;

10.8. сексуальными половыми расстройствами.

11. Не организуется предоставление медицинских услуг и не оплачиваются медицинские расходы, связанные с:

- 11.1. стерилизацией мужчин или женщин, изменением пола;
- 11.2. абортом, кроме аборта, проводимого по медицинским показаниям в соответствии с нормативными актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь;
- 11.3. пластической хирургией всех видов с целью устранения косметических дефектов, улучшения внешнего вида, за исключением случаев, прямо оговоренных страховой медицинской программой;
- 11.4. самолечением, аутотренингом;
- 11.5. медицинскими услугами или препаратами, не являющимися необходимыми с точки зрения выставленного диагноза или лечения болезни, примененными по желанию застрахованного, а не по медицинским показаниям;
- 11.6. медицинскими услугами не соответствующими Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь, за исключением, когда договор страхования действует за пределами Республики Беларусь либо в случаях, когда проведение альтернативных методов диагностики и (или) лечения предусмотрено страховой медицинской программой (подпункт 12.43 пункта 12 настоящих Правил);
- 11.7. психиатрической помощью, за исключением случаев, указанных в подпунктах 12.23 - 12.25 пункта 12 настоящих Правил.

По соглашению сторон договора страхования в индивидуальной страховой медицинской программе, прилагаемой к договору страхования, могут быть установлены иные, не указанные в настоящем пункте, дополнительные ограничения по предоставлению и оплате медицинских услуг.

12. Если иное прямо не оговорено страховой медицинской программой, не организуется предоставление медицинских услуг и не оплачиваются медицинские расходы, связанные с:

- 12.1. медикаментозным обеспечением, за исключением расходных материалов, принадлежащих медицинской организации и использованных в амбулаторных условиях при оказании медицинских услуг, предусмотренных страховой медицинской программой, а также стационарного лечения, предусмотренного страховой медицинской программой;
- 12.2. плановым терапевтическим и (или) хирургическим стоматологическим лечением, ортодонтическим лечением, зубопротезированием, имплантацией зубов, профилактической гигиеной полости рта, за исключением случаев оказания экстренной стоматологической помощи при острых: пульпите, периодонтите, периостите, перикоронарите, остеомиелите;
- 12.3. санаторно-курортным лечением в условиях санатория;

12.4. реабилитационным лечением в условиях реабилитационного центра;

12.5. планированием семьи, беременностью (в том числе необходимое медицинское наблюдение в данный период), родами, а также их осложнениями;

12.6. плановой хирургической операцией глаза, в связи с катарактой, близорукостью, дальнозоркостью и астигматизмом;

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

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

12.9. злокачественными новообразованиями, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественными новообразованиями злокачественного течения и их осложнениями;

12.10. врожденными, наследственными, системными (аутоиммунными) заболеваниями и их осложнениями;

12.11. демиелинизирующими заболеваниями нервной системы, в том числе рассеянным склерозом, сирингомиелией;

12.12. заболеваниями, передающимися половым путем и их осложнениями;

12.13. мужским и женским бесплодием;

12.14. сахарным диабетом инсулинозависимым (1-ого типа) и его осложнениями;

12.15. особо опасными инфекционными заболеваниями;

12.16. гепатитами, циррозами печени и их осложнениями;

12.17. псориазом и его осложнениями, нейродермитом, экземой, себореей, себорейным, атопическим дерматитом, микозами кожи и ногтевых пластин,

12.18. чесоткой, педикулезом, андрогенетической алопецией, гельминтозом любой этиологии;

12.19. дефектами речевого развития, косметическими дефектами лица, тела, конечностей и их исправлением;

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

12.21. генной диагностикой предрасположенности к заболеваниям;

12.22. полисомнографией;

12.23. медицинским осмотром с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий конкретного вида и(или) объема, указанного(ых) в страховой медицинской программе;

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

12.25. осмотрами медицинских работников, диагностическим обследованием в целях оформления санаторно-курортной карты, подготовки к стационарному лечению;

12.26. психотерапевтическим лечением;

12.27. искусственной инсеминацией, экстракорпоральным оплодотворением;

12.28. лечением нетрадиционными методами оказания медицинской помощи: гомеопатия, ароматерапия, апитерапия, талассотерапия, фитотерапия, фунготерапия, гирудотерапия, акупунктура, традиционная китайская медицина, акупрессура, аюрведа, биоэнергетика, литотерапия, мануальная терапия, мезотерапия, остеопатия, Су-Джок, тибетская медицина, шиацу;

12.29. мониторинговой очисткой кишечника, в т.ч. гидроколонотерапией;

12.30. гемодиализом, экстракорпоральными видами лечения, в том числе плазмоферезом (прямой абсорбции липопротеинов крови);

12.31. хирургическим лечением: храпа, вальгусной стопы, септопластикой, ринопластикой;

12.32. ортопедическим лечением плоскостопия,

12.33. малыми оперативными вмешательствами, кроме диагностических;

12.34. склеротерапией вен, турбофлебодеструкцией, лигирование гемморoidalных узлов, минифлебэктомией;

12.35. общей магнитотерапией, баротерапией, криотерапией, озонотерапией, карбокситерапией, аутогемотерапией, ВЛОК – терапией, ТЭС – терапией, тейпированием.

12.36. удалением доброкачественных новообразований кожи и подкожной клетчатки, в том числе папиллом, бородавок, невусов, остроконечных кандиллом, контагиозных моллюсков, мозолей, атером, дерматофибром, липом, гемангиом, кератом, дискератозов, кроме случаев наличия травмы и (или) острого воспалительного процесса;

12.37. лечением деформированных ногтей конечностей, за исключением случаев наличия воспалительного процесса при вросшем ногте;

12.38. приобретением супинаторов, вкладышей для коррекции стопы, костылей, бандажей, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, средств дополнительной реабилитации (тренажеры, спортивные снаряды);

12.39. лечением в условиях дневного стационара;

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

12.41. использованием гормональных препаратов с целью контрацепции, средств по контролю над рождаемостью;

12.42. проведением повторных врачебных консультаций, обследований, с целью сбора мнений специалистов различных организаций, здравоохранения по желанию застрахованного лица;

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

13. При выявлении у застрахованного лица в период действия договора страхования заболевания (состояния), указанного в подпунктах 10.5-10.8 пункта 10 настоящих Правил застрахованному лицу оказываются медицинские услуги и оплачиваются медицинские расходы в соответствии с выбранной страховой медицинской программой до установления окончательного диагноза такого заболевания (состояния).

14. Плановая госпитализация застрахованного лица проводится не менее чем за 14 календарных дней до окончания срока действия договора страхования.

При плановой госпитализации и плановом лечении оплата услуг выгодоприобретателю производится до дня окончания действия договора страхования. После окончания действия договора страхования оплата медицинских услуг производится непосредственно застрахованным лицом (страхователем).

Расходы по экстренной госпитализации оплачиваются страховщиком в полном объеме.

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

При наличии у страховщика 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.

Положение части второй настоящего пункта действует, если это прямо предусмотрено в отношении застрахованного лица в договоре страхования (страховой медицинской программе). Стороны вправе также установить в договоре страхования (страховой медицинской программе) страну (группу) стран за пределами Республики Беларусь, на территории которых действует договор страхования, и (или) перечень медицинских услуг, которые застрахованное лицо может получать за пределами Республики Беларусь.

ГЛАВА 3. СТРАХОВАЯ СУММА

16. Страховой суммой по договору страхования является установленная договором страхования денежная сумма, в пределах которой страховщик обязан произвести оплату медицинских услуг в связи с наступлением страхового случая в соответствии со страховой медицинской программой.

При страховании нескольких лиц страховая сумма устанавливается отдельно в отношении каждого застрахованного лица, за исключением случаев, когда к договору страхования с пометкой «Семейный» прилагается одна индивидуальная страховая медицинская программа с общей страховой суммой, количеством медицинских услуг на всех застрахованных лиц.

17. При заключении договора страхования Страховщик может устанавливать в пределах страховой суммы по договору страхования либо в пределах страховой суммы в отношении застрахованного лица следующие отдельные страховые суммы:

17.1. при заключении договора страхования на условиях комплексной страховой медицинской программы (подпункт 9.2 пункта 9 настоящих Правил) – страховая сумма по каждой страховой медицинской программе входящей в состав комплексной программы;

17.2. при заключении договора страхования на условиях включения в страховую медицинскую программу дополнительных услуг, указанных в подпунктах 12.1, 12.2, 12.5-12.9 пункта 12 настоящих Правил – страховая сумма по каждой дополнительной услуге. Страховщик может установить единую страховую сумму по дополнительным услугам, указанным в подпунктах 12.1-12.2 пункта 12 настоящих Правил (плановое стоматологическое лечение и медикаментозное обеспечение).

При включении в страховую медицинскую программу дополнительных услуг, указанных в подпунктах 12.1-12.9 пункта 12

настоящих Правил при расчете страховой премии к базовому страховому тарифу применяются корректировочные коэффициенты, разработанные и утвержденные Страховщиком в установленном порядке.

18. Страховая сумма по договору страхования, заключаемому на срок до 1 года включительно, устанавливается по соглашению сторон в долларах США, евро, белорусских рублях. Для страхователей – юридических лиц страховая сумма может быть установлена так же в российских рублях.

Страховая сумма по договору страхования, заключаемому на срок два года, устанавливается по соглашению сторон в долларах США, евро. Для страхователей – юридических лиц страховая сумма может быть установлена так же в российских рублях.

Минимальный размер страховой суммы при заключении договора страхования сроком действия равном либо менее 1 года устанавливается в следующих размерах в зависимости от валюты страховой суммы:

для страхователей – физических лиц: 1 000 долларов США, 750 евро, 2 000 белорусских рублей;

для страхователей – юридических лиц: 500 долларов США, 350 евро, 40 000 российских рублей, 1 000 белорусских рублей.

Минимальный размер страховой суммы при заключении договора страхования сроком действия 2 года устанавливается в следующих размерах в зависимости от валюты страховой суммы:

для страхователей – физических лиц: 2 000 долларов США, 1 500 евро;

для страхователей – юридических лиц: 1 000 долларов США, 700 евро, 80 000 российских рублей.

В случае заключения договора страхования согласно подпункту 9.3.1 пункта 9 настоящих Правил положения частей третьей и четвертой настоящего пункта не применяются. К указанному договору страхования требования о минимальных размерах страховых сумм не устанавливаются.

19. Страховая сумма может быть увеличена по соглашению сторон путем внесения изменений в договор страхования с уплатой дополнительной страховой премии в порядке, предусмотренном настоящими Правилами. Размер страховой премии, подлежащей уплате после увеличения страховой суммы, рассчитывается в соответствии с Приложением 1 к настоящим Правилам. В договор страхования, заключенный на срок менее 1 года, изменения не вносятся.

20. Если страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю произведена страховая выплата, то последующая выплата производится в пределах разницы между страховой суммой по договору страхования и произведенной страховой выплатой.

ГЛАВА 4. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

21. Размер страховой премии определяется, исходя из страховой суммы, страхового тарифа.

Страховой тариф определяется путем умножения базового годового страхового тарифа в зависимости от выбранной страховой медицинской программы (Приложение 1 к настоящим Правилам) на соответствующие ему корректировочные коэффициенты, утвержденные локальным правовым актом страховщика, и округляется до двух знаков после запятой.

22. При заключении договора страхования на условиях комплексной страховой медицинской программы (подпункт 9.2 пункта 9 настоящих Правил) страховая премия исчисляется отдельно по каждой страховой медицинской программе, входящей в комплексную страховую медицинскую программу. Сумма исчисленных страховых премий составляет страховую премию по договору страхования.

23. При заключении договора страхования в отношении нескольких застрахованных лиц страховая премия по договору страхования определяется путем суммирования страховых премий рассчитанных в отношении каждого застрахованного лица. Исключение составляет случай, когда к договору страхования с пометкой «Семейный» прилагается одна индивидуальная страховая медицинская программа с общей страховой суммой, количеством медицинских услуг на всех застрахованных лиц, в этом случае страховая премия определяется путем умножения общей страховой суммы по договору страхования на страховой тариф.

При включении в страховую медицинскую программу дополнительных услуг, указанных в подпунктах 12.1-12.9 пункта 12 настоящих Правил при расчете страховой премии к базовому страховому тарифу применяются корректировочные коэффициенты, разработанные и утвержденные Страховщиком в установленном порядке.

24. Страховая премия исчисляется в валюте страховой суммы и может быть уплачена как в иностранной валюте (в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь), так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы на день уплаты страховой премии.

Страховая премия, подлежащая уплате в иностранной валюте, округляется: при уплате страхователем – физическим лицом до ближайшего целого значения, при уплате страхователем – юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем до двух знаков после

запятой. Страховая премия, подлежащая уплате в белорусских рублях, округляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

25. Страховая премия по договору уплачивается страхователем путем безналичного перечисления (в том числе с использованием банковской платежной карточки) или наличными деньгами в установленном законодательством порядке.

26. Страховая премия уплачивается страхователем единовременно за весь срок действия договора страхования либо по согласованию сторон в рассрочку. Уплата страховой премии по договору в рассрочку может предусматриваться только при сроке действия договора страхования от одного года.

При единовременной уплате страховая премия по договору страхования уплачивается страхователем при заключении договора страхования либо в срок, установленный в договоре страхования с учетом пункта 38 настоящих Правил.

Размер каждой части страховой премии по договору страхования при уплате в рассрочку устанавливается договором страхования.

При уплате страховой премии в рассрочку первая ее часть уплачивается страхователем при заключении договора страхования либо в срок, установленный в договоре страхования с учетом пункта 38 настоящих Правил. Сроки уплаты каждой последующей части страховой премии при уплате в рассрочку устанавливаются в договоре страхования.

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

27. Днем уплаты страховой премии по договору считается:

при безналичных расчетах (в том числе при перечислении наличных денег через банк или иное учреждение, осуществляющее перевод денег) – день поступления денежных средств на счет страховщика (его представителя);

при наличных расчетах – день уплаты денежных средств в кассу страховщика (его представителю);

при использовании для расчетов банковской платежной карточки – день совершения операции, подтверждением которой служит карт – чек (с обязательным предъявлением его страховщику (его представителю) по его требованию в случае первого платежа) и (или) иные документы, подтверждающие проведение операций по текущему (расчетному) счету.

28. В случае неуплаты страховой премии (ее части) по договору в установленный договором страхования срок страховщик вправе:

28.1. прекратить договор страхования с 00 часов дня, следующего за последним днем установленного срока уплаты страховой премии (ее части);

28.2. не прекращать договор страхования при наличии письменных обязательств страхователя погасить имеющуюся задолженность (просроченную часть страховой премии) в течение срока, предоставленного страховщиком, но не более 60 календарных дней со дня просрочки платежа, при этом последний день погашения просроченной части страховой премии не может быть установлен позднее дня окончания действия договора страхования. При неуплате просроченной части страховой премии в течение указанного выше срока договор страхования прекращается с 00 часов дня, следующего за последним днем срока, в течение которого страхователь обязан уплатить просроченную часть страховой премии.

Страхователь не освобождается от уплаты части страховой премии за фактический срок действия договора страхования.

ГЛАВА 5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

29. Договор страхования со страхователем – физическим лицом заключается на основании устного или письменного заявления о добровольном страховании медицинских расходов. Письменное заявление (Приложение 2 к настоящим Правилам) предоставляется страхователем, когда по договору страхования застрахованных лиц несколько либо по требованию страховщика.

Договор страхования со страхователем – юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем заключается на основании письменного заявления о добровольном страховании медицинских расходов (Приложение 3 к настоящим Правилам). К заявлению прилагается список застрахованных лиц (Приложение 4 к настоящим Правилам).

При оформлении письменного заявления о страховании, составлении списка застрахованных лиц, заполнении декларации о состоянии здоровья застрахованного лица, указанные документы составляются в двух экземплярах по одному для каждой из сторон. После заключения договора страхования заявление о страховании, список застрахованных лиц, декларация о состоянии здоровья застрахованного лица (при их наличии) становятся неотъемлемыми частями договора страхования.

30. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах, в том числе не включенные в текст договора страхования, обязательны для страховщика и страхователя или выгодоприобретателя.

31. В случае заключения договора страхования группы лиц, страхователем может выступать как каждый член группы в отдельности, так и руководитель (старший) группы, назначенный членами группы, о чем делается отметка в заявлении страхователя.

Договор страхования группы лиц заключается одновременно в отношении всех членов группы и на одинаковый срок.

32. Страхователь в течение действия договора страхования может обратиться к страховщику с заявлением о внесении изменений и (или) дополнений в договор страхования.

В договор страхования могут быть внесены следующие изменения и дополнения:

замена застрахованных лиц (подпункт 32.1 настоящего пункта);

увеличение количества застрахованных лиц (подпункт 32.2 настоящего пункта);

уменьшение количества застрахованных лиц (подпункт 32.3 настоящего пункта);

увеличение страховой суммы по договору страхования, изменение страховой медицинской программы, включение в страховую медицинскую программу дополнительных медицинских услуг (подпункт 32.4 настоящего пункта).

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

Изменения и (или) дополнения в договор страхования вносятся не позднее чем за 60 (шестьдесят) календарных дней до даты окончания действия договора страхования либо, если страхователь является юридическим лицом и количество застрахованных лиц составляет 1000 и более человек, - не позднее чем за 30 (тридцать) календарных дней до даты окончания действия договора страхования.

Изменения и (или) дополнения в договор страхования оформляются путем заключения Договора о внесении изменений и (или) дополнений в договор страхования. Договор о внесении изменений и (или) дополнений в договор страхования подписывается страхователем и страховщиком.

При внесении изменений и (или) дополнений в договор страхования и уплате дополнительной страховой премии, доплата страховой премии страхователем – физическим лицом производится единовременно при внесении изменений и (или) дополнений в договор страхования, страхователем – юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем производится либо единовременно, либо в рассрочку.

При заключении договора страхования страхователем – физическим лицом, в том числе при страховании группы физических лиц, замена

застрахованных лиц или увеличение количества застрахованных лиц в течение действия договора страхования не производится, кроме страхования по «Семейному полису», при котором возможно увеличение количества застрахованных лиц, но не позднее, чем за 120 календарных дней до окончания действия договора страхования.

32.1. Страхователь с согласия застрахованного лица и страховщика может произвести замену застрахованного по договору лица. Замена выгодоприобретателя, назначенного с согласия застрахованного лица, допускается лишь с согласия этого лица. Застрахованное лицо не может быть заменено другим лицом после того, как застрахованное лицо предъявило в качестве выгодоприобретателя страховщику требование о страховой выплате.

В случае замены застрахованного лица страхователь предоставляет страховщику заявление по форме, указанной в Приложении 10 к настоящим Правилам.

Договор страхования в отношении нового застрахованного лица действует на условиях, на которых он был заключен в отношении исключенного застрахованного лица в пределах остатка страховой суммы, в том числе остатка страховых сумм по дополнительным медицинским услугам при их наличии, неиспользованного объема страховой медицинской программы.

32.2. В течение действия договора страхования страхователь может увеличить количество застрахованных лиц. В таком случае страхователь предоставляет страховщику заявление и список застрахованных лиц в соответствии с частью второй пункта 29 настоящих Правил.

Страховщик производит расчет страховой премии, подлежащей доплате страхователем, которая рассчитывается за период со дня увеличения количества застрахованных лиц и до последнего дня действия договора страхования.

32.3. В течение действия договора страхования страхователь – юридическое лицо, индивидуальный предприниматель в связи с увольнением (сокращением) застрахованного лица может уменьшить количество застрахованных лиц. В таком случае страхователь предоставляет страховщику заявление и список исключаемых застрахованных лиц по форме, указанной в Приложении 7 к настоящим Правилам. Исключение застрахованного лица из списков застрахованных по договору страхования лиц возможно при согласии данного лица.

Страховщик проводит перерасчет страховой премии и производит возврат части уплаченной по договору страхования страховой премии в соответствии с частями второй и третьей пункта 42 настоящих Правил.

32.4. По соглашению страхователя и страховщика в течение действия договора страхования может быть увеличена страховая сумма по

договору страхования, изменены условия страховой медицинской программы, включены в страховую медицинскую программу дополнительные медицинские услуги.

Страховщик производит расчет страховой премии, подлежащей доплате страхователем, которая рассчитывается за период со дня внесения изменений в договор страхования и до последнего дня действия договора страхования.

33. Физическое лицо, в пользу которого заключается договор страхования, обязано заполнить декларацию о состоянии здоровья застрахованного лица (Приложение 5 к настоящим Правилам), для детей до 18 лет декларация заполняется родителями или законными представителями (Приложение 6 к настоящим Правилам).

Декларация о состоянии здоровья застрахованного лица по решению страховщика может не заполняться.

34. Указанные страхователем (застрахованным лицом) при заполнении заявления и декларации о состоянии здоровья застрахованного лица данные являются существенными обстоятельствами, влияющими на определение степени страхового риска.

35. По результатам декларации застрахованное лицо относится к одной из четырех групп здоровья:

первая группа здоровья Д-1: практически здоровые лица с отсутствием жалоб, наследственных и хронических заболеваний в анамнезе; редкими (не чаще одного раза за год) острыми заболеваниями;

вторая группа здоровья Д-2: лица с наличием хронических заболеваний в стадии стойкой ремиссии с редкими обострениями без нарушения функций органов и систем; наличием в анамнезе острых заболеваний не чаще двух раз в год;

третья группа здоровья Д-3: лица, страдающие хроническими заболеваниями в стадии компенсации (с нарушениями функций органов и систем не выше 1 степени) с редкими обострениями (не чаще одного раза в год); наличием в анамнезе частых (более двух раз в год) острых заболеваний; работавшие или работающие на производстве с вредными условиями труда; проживавшие или проживающие на территории, подвергшейся радиоактивному загрязнению; курящие (более 20 сигарет в день); употребляющие алкоголь чаще 1 раза в неделю;

четвертая группа Д-4: лица с наличием хронических заболеваний в стадии обострения с умеренным (не выше 2-ой степени) нарушением функций органов (систем), высокий риск острых заболеваний.

По результатам декларации о состоянии здоровья застрахованного лица страховщик вправе потребовать у страхователя (застрахованного лица) дополнительную медицинскую документацию.

В зависимости от установления застрахованному лицу группы здоровья страховая премия по договору исчисляется с применением понижающих или повышающих коэффициентов, разработанных и утвержденных Страховщиком в установленном порядке.

При заключении договора страхования на новый срок по решению страховщика декларация о состоянии здоровья застрахованного лица может не заполняться, в этом случае расчет страховой премии осуществляется исходя из ранее установленного коэффициента для группы здоровья застрахованного лица.

36. Если по решению страховщика декларация о состоянии здоровья застрахованного лица не заполнялась, застрахованное лицо относится к группе здоровья Д-3, за исключением случаев, указанных в части второй подпункта 9.3.1 пункта 9, части четвертой пункта 35 настоящих Правил и части второй настоящего пункта.

Если по договору(ам) страхования общее количество застрахованных лиц (принимаемых на страхование лиц) составляет 10 и более человек, по решению страховщика Декларация о состоянии здоровья застрахованного лица (Приложение 5-6 к настоящим Правилам) может не заполняться, а при расчете страховой премии застрахованные лица относятся к группе здоровья Д-2.

37. Договор страхования заключается на срок от одного месяца до 3 (трех) лет включительно. Срок действия договора страхования должен быть кратен месяцу, данное положение не применяется к договорам страхования, заключенным согласно подпункту 9.3.1 пункта 9 настоящих Правил.

38. Договор страхования вступает в силу:

38.1. по соглашению сторон с 00 часов 00 минут любого дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первой ее части), за исключением случая, предусмотренного частью пятой пункта 26 настоящих Правил;

38.2. при заключении договора страхования на новый срок до истечения действия предыдущего договора – с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания действия предыдущего договора страхования, при условии уплаты страховой премии (первой ее части) не позднее дня окончания срока действия предыдущего договора страхования, за исключением случая, предусмотренного частью пятой пункта 26 настоящих Правил.

39. Договор страхования заключается на условиях настоящих Правил, принятых страхователем путем присоединения к договору страхования.

Договор страхования заключается в письменной форме не противоречащим законодательству Республики Беларусь способом.

При заключении договора страхования страхователю выдаются настоящие Правила, что удостоверяется записью в договоре страхования.

40. При утрате страхового полиса в период действия договора страхования страхователю на основании его письменного заявления выдается дубликат страхового полиса, после чего утраченный страховой полис считается аннулированным и страховые выплаты по нему не производятся.

При утрате дубликата страхового полиса в период действия договора страхования для получения второго и последующих дубликатов страхового полиса страхователь уплачивает страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления страхового полиса.

41. Договор страхования прекращается в случаях:

41.1. истечения срока его действия;

41.2. выполнения страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

41.3. ликвидации страхователя – юридического лица или прекращения деятельности страхователя – индивидуального предпринимателя;

41.4. неуплаты страхователем страховой премии (ее части) по договору в установленный договором срок, а в случае, указанном в подпункте 28.2 пункта 28 настоящих Правил – неуплаты просроченной страховой премии (ее части) по договору по истечении предоставленного для ее уплаты срока;

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

41.6. смерти страхователя – физического лица, кроме случаев, когда права и обязанности страхователя по договору страхования, заключенному в пользу третьих лиц, переходят к третьим лицам.

42. В случаях прекращения договора страхования по обстоятельствам, указанным в подпунктах 41.3, 41.5 и 41.6 пункта 41 настоящих Правил, страховщик имеет право на часть страховой премии по договору пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и возвращает страхователю часть уплаченной страховой премии по договору пропорционально времени, оставшемуся со дня прекращения договора до окончания срока действия договора страхования, в течение 5 рабочих дней со дня прекращения договора. Если по договору страхования производились страховые выплаты или если по договору страхования заявлен страховой случай (имеются сведения о наступлении страхового случая), то в случае прекращения договора по обстоятельствам, указанным в подпунктах 41.3, 41.5 и 41.6 пункта 41 настоящих Правил, страховая премия не возвращается.

В случае уменьшения количества застрахованных лиц, согласно подпункту 32.3 пункта 32 настоящих Правил, страховщик имеет право на часть страховой премии уплаченной в отношении исключенного застрахованного лица пропорционально времени, в течение которого действовало страхование в отношении данного лица, и возвращает страхователю часть уплаченной страховой премии в отношении исключенного лица пропорционально времени, оставшемуся со дня прекращения договора до дня окончания срока действия договора страхования, в течение 5 рабочих дней со дня подачи заявления о прекращении договора страхования.

Если в отношении исключаемого застрахованного лица сумма произведенных страховых выплат и размера неурегулированных обязательств страховщика, подлежащих оплате в связи со страховым(и) случаем(ями), о факте наступления которого(ых) в установленном законом или договором страхования порядке заявлено страховщику, составляет более 1% от страховой суммы, установленной в отношении исключаемого застрахованного лица, уплаченная страховая премия (ее часть) возврату не подлежит.

Страховая премия (часть страховой премии) возвращается страхователю в той валюте, в которой она была уплачена.

43. Страхователь вправе отказаться 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 письменного отказа страхователя от договора.

При досрочном отказе страхователя от договора страхования уплаченная страховщику страховая премия по договору возврату не подлежит.

44. Страховщик вправе расторгнуть договор страхования в случаях:

44.1. неуведомления страхователем страховщика в течение 3 (трех) рабочих дней со дня, когда страхователю стало известно о значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных страховщику в заявлении и декларации о состоянии здоровья застрахованного лица (Приложения 2-6 к настоящим Правилам) при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. В этом случае договор страхования расторгается по истечении 5 (пяти) календарных дней со дня направления страховщиком страхователю письменного уведомления о расторжении договора;

44.2. увеличения страхового риска и отказа страхователя от изменения условий договора страхования или уплаты им дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска (Приложение 1 к настоящим Правилам), кроме случая, когда такие обстоятельства,

влекущие увеличение риска, уже отпали. При расторжении договора обязательства страховщика прекращаются со дня получения страховщиком такого отказа либо неполучения ответа от страхователя на письменное предложение страховщика об изменении условий договора страхования или уплате страхователем дополнительной страховой премии в срок, указанный в таком письменном предложении.

45. При расторжении договора страхования в случаях, указанных в подпункте 44.2 пункта 44 настоящих Правил, страховщик возвращает страхователю при отсутствии страховых выплат по договору путем безналичного перечисления на его счет либо выдачи из кассы страховщика (в установленном законодательством порядке) часть страховой премии по договору пропорционально времени, оставшемуся со дня расторжения договора до дня окончания срока его действия, в течение 5 рабочих дней со дня расторжения договора. Соответствующая часть страховой премии по договору возвращается в той валюте (валютах), в которой уплачена страховая премия, если иное не предусмотрено законодательством.

При расторжении договора страхования по подпункту 44.1 пункта 44 настоящих Правил страховая премия возврату не подлежит.

46. За несвоевременный возврат части страховой премии по договору страховщик уплачивает пеню в размере 0,1% – юридическим лицам и 0,5% – физическим лицам от суммы, подлежащей возврату, за каждый день просрочки.

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

ГЛАВА 6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

48. Страховщик имеет право:

48.1. потребовать у страхователя (застрахованного лица) дополнительную медицинскую документацию;

48.2. проверять выполнение страхователем (застрахованным лицом) требований настоящих Правил и договора страхования;

48.3. потребовать признания договора недействительным, если после заключения договора страхования будет установлено, что страхователь сообщил страховщику заведомо ложные сведения об известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, кроме случая, когда обстоятельства, о

которых умолчал страхователь, уже отпали, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством;

48.4. потребовать расторжения договора страхования в случаях, предусмотренных пунктом 44 настоящих Правил;

48.5. определять организации здравоохранения для оказания медицинских услуг в соответствии со страховыми медицинскими программами;

48.6. требовать от организации здравоохранения выполнения обязательств по договору на оказание медицинских услуг лицам, застрахованным по добровольному страхованию медицинских расходов;

48.7. осуществлять медико-экономический контроль объемов и экспертизу качества медицинских услуг, оказываемых застрахованным лицам в соответствии с условиями договора, заключенного с организацией здравоохранения на оказание медицинских услуг;

48.8. направлять запросы в компетентные органы с целью получения информации, необходимой для выяснения причин наступления страхового случая;

48.9. отсрочить страховую выплату в случае, если ему не представлены все необходимые документы – до их представления, а также, если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов лицом, представившим такой документ (по требованию страховщика, предъявленному в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа), либо самим страховщиком (на основании запроса страховщика в орган, его выдавший, направленный в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа);

48.10. оспорить размер требований выгодоприобретателя (страхователя, застрахованного лица) в установленном законодательством порядке, привлекать независимых экспертов, для определения обстоятельств, характера страхового случая и размера страховой выплаты;

48.11. отказать в страховой выплате в случае, предусмотренном пунктом 62 настоящих Правил;

48.12. отказать застрахованному лицу в организации и оплате отдельного вида медицинских услуг, предусмотренных страховой медицинской программой, в случае его неявки без уважительных причин в организацию здравоохранения в согласованное страховщиком и застрахованным лицом время для получения данного вида медицинских услуг. К уважительным причинам относятся: болезнь застрахованного лица, подтвержденная медицинским документом; стихийные бедствия, техногенные аварии, судебные разбирательства, действия органов

дознания и следствия, участником которых является застрахованное лицо и подтверждает это документально;

49. Страховщик обязан:

49.1. выдать страхователю настоящие Правила;

49.2. ознакомить страхователя со страховой медицинской программой;

49.3. если иное не предусмотрено договором страхования или страховой медицинской программой, организовать оказание медицинских услуг застрахованным лицам;

49.4. защищать интересы застрахованного лица, связанные с оказанием ему медицинских услуг, предусмотренных страховой медицинской программой;

49.5. по случаям, признанным страховщиком страховыми:

а) составить акт о страховом случае в срок, установленный пунктом 59 настоящих Правил;

б) произвести страховую выплату выгодоприобретателю (страхователю, застрахованному лицу) в сроки, установленные пунктами 60 и 65 настоящих Правил;

49.6. не разглашать тайну сведений о страховании, состоянии здоровья застрахованного лица, проведенном лечении, заключенном договоре страхования, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

49.7. совершать другие действия, предусмотренные законодательством, настоящими Правилами и договором страхования.

50. Страхователь имеет право:

50.1. ознакомиться с настоящими Правилами;

50.2. выбрать по своему желанию страховые медицинские программы;

50.3. уплачивать страховую премию по договору в соответствии с настоящими Правилами единовременно либо по соглашению сторон в рассрочку;

50.4. требовать предоставления застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, в соответствии с выбранной страховой медицинской программой;

50.5. требовать возмещения медицинских расходов, оплаченных по согласованию со страховщиком самостоятельно;

50.6. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты;

50.7. получить информацию о страховщике в соответствии с законодательством;

50.8. отказаться от договора страхования либо потребовать расторжения договора в связи с нарушением страховщиком настоящих Правил. В последнем случае в течение 5 рабочих дней со дня расторжения

договора страховщик возвращает страхователю путем безналичного перечисления на его счет (выдачи из кассы страховщика) уплаченные им суммы страховой премии по договору;

50.9. требовать выполнения страховщиком иных условий договора страхования в соответствии с настоящими Правилами.

51. Страхователь обязан:

51.1. своевременно уплачивать страховую премию по договору либо ее части в размере и порядке, предусмотренном договором страхования;

51.2. при заключении договора страхования сообщать страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны страховщику;

51.3. в период действия договора в течение 3 (трех) рабочих дней сообщать страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

Значительными признаются изменения, оговоренные в договоре страхования и переданных страхователю настоящих Правил.

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

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

51.6. совершать другие действия, предусмотренные законодательством, условиями страхования;

51.7. вернуть страховщику договор страхования (карточку застрахованного лица) в случае признания договора страхования недействительным или расторжении договора страхования.

52. Застрахованное лицо имеет право:

52.1. получать информацию о настоящих Правилах и страховых медицинских программах, порядке предоставления медицинских услуг;

52.2. запрашивать информацию об изменении условий страхования;

52.3. при наступлении страхового случая требовать исполнения страховщиком или его представителем за рубежом принятых обязательств по договору страхования;

52.4. сообщать страховщику или его представителю за рубежом о случаях непредоставления медицинских услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг;

52.5. оплатить самостоятельно по согласованию со страховщиком медицинские услуги, предусмотренные страховой медицинской программой;

52.6. требовать возмещения медицинских расходов, оплаченных по согласованию со страховщиком самостоятельно;

52.7. обращаться устно или письменно к страховщику по всем спорным вопросам.

53. Застрахованное лицо обязано:

53.1. при заключении договора страхования заполнить декларацию о состоянии здоровья застрахованного лица (Приложения 5, 6 к настоящим Правилам) в случаях, оговоренных настоящими Правилами;

53.2. по предложению страховщика пройти до заключения договора страхования медицинское обследование с целью уточнения фактического состояния здоровья и предоставить дополнительную медицинскую документацию. Медицинское обследование проводится за счет средств застрахованного лица;

53.3. сообщить круглосуточной службе ассистанса страховщика или его представителя за рубежом о наступлении страхового случая по телефону, указанному в договоре страхования или карточке застрахованного лица;

53.4. обеспечить сохранность договора страхования, карточки застрахованного лица и не передавать свое право на получение медицинских услуг по ним другим лицам;

53.5. при наступлении страхового случая обращаться за медицинской помощью в организации здравоохранения, указанные в договоре страхования, при обращении в организации здравоохранения предъявить договор страхования или карточку застрахованного лица, а также документ, удостоверяющий его личность;

53.6. соблюдать предписания врача, полученные в ходе предоставления медицинских услуг;

53.7. соблюдать правила внутреннего распорядка организации здравоохранения, в которой оказывается медицинская услуга застрахованному лицу;

53.8. вернуть страховщику договор страхования (карточку застрахованного лица) в случае признания договора страхования недействительным или расторжении договора страхования либо исключения из списков застрахованных лиц в течение 3 рабочих дней со дня прекращения договора страхования в отношении исключенных застрахованных лиц;

53.9. не позднее, чем за один день до запланированного дня оказания медицинской услуги (последний рабочий день перед выходными днями, если оказание медицинской услуги запланировано на выходной день) уведомить страховщика о невозможности получения медицинской услуги в согласованные страховщиком и застрахованным лицом сроки;

53.10. контролировать остатки страховой суммы, отдельных страховых сумм по дополнительным услугам, установленные в договоре страхования в отношении застрахованного лица.

ГЛАВА 7. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

54. В случае обращения застрахованного лица в организацию здравоохранения медицинские услуги оказываются ему на основании документа, удостоверяющего личность застрахованного лица, договора страхования (карточки застрахованного лица), а также в соответствии с режимом функционирования организации здравоохранения.

55. Организация здравоохранения оказывает медицинские услуги застрахованному лицу в соответствии со страховой медицинской программой. На каждое застрахованное лицо в организациях здравоохранения оформляется медицинская документация установленного образца.

56. Для получения страховой выплаты выгодоприобретатель после оказания медицинских услуг застрахованному лицу предоставляет страховщику следующие документы:

счет-фактуру с указанием суммы расходов, понесенных по оказанию застрахованному лицу медицинских услуг;

акт приемки-передачи оказанных медицинских услуг (реестр отпущенных медицинских препаратов) или справку-счет;

выписной эпикриз при оказании стационарной (или санаторной) помощи;

иные документы, относительно оказания медицинских услуг застрахованному лицу, содержащие информацию: номер (серия) и срок действия договора страхования; сведения о застрахованном лице, которому была оказана медицинская помощь, (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения, идентификационный номер либо номер (при отсутствии идентификационного номера) документа, удостоверяющего личность); стоимость, общая сумма расходов, понесенных за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь, с детализацией по медицинским услугам, если в документах, указанных в абзацах втором – четвертом части первой настоящего пункта, данная информация отсутствует.

При оказании медицинских услуг нескольким застрахованным лицам выгодоприобретатель может предоставлять сводные платежные документы, акты, счета, справки.

57. По решению страховщика (когда оказываются медицинские услуги большого объема и (или) стоимости) страховая выплата может осуществляться страховщиком до окончания оказания медицинских услуг застрахованному лицу.

58. В случае возникновения споров по вопросу оплаты размера (объема), вида медицинских расходов, качества медицинских услуг заинтересованная сторона (страхователь, застрахованное лицо, организация здравоохранения) имеет право потребовать проведения экспертизы. Экспертиза проводится за счет ее инициатора.

59. На основании представленных документов, страховщик в течение 10 рабочих дней принимает решение о признании или непризнании заявленного случая страховым либо об отказе в осуществлении страховой выплаты. Решение о признании заявленного случая страховым оформляется путем составления акта о страховом случае (Приложения 9, 14 к настоящим Правилам).

60. Страховая выплата производится выгодоприобретателю в течение 5 рабочих дней со дня составления акта о страховом случае (датой составления акта является дата подписания акта). Страховая выплата выгодоприобретателю на территории Республики Беларусь производится в белорусских рублях, выгодоприобретателю за границей Республики Беларусь – в валюте, установленной договором о сотрудничестве.

По согласованию со страховщиком страховая выплата может быть произведена страхователю (застрахованному лицу либо его законному представителю), понесшему расходы в связи с оказанием застрахованному лицу медицинских услуг при наступлении страхового случая.

Страховая выплата осуществляется выгодоприобретателю в безналичном порядке путем перечисления на счет, открытый в банке Республики Беларусь, если выгодоприобретатель и страховщик не пришли к иному соглашению о порядке страховой выплаты и данный порядок не противоречит законодательству Республики Беларусь.

61. Страховщик освобождается от страховой выплаты в случае:

а) наступления страхового случая вследствие ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны – если международными договорами Республики Беларусь, актами законодательства или договором страхования не предусмотрено иное;

б) умысла застрахованного лица (выгодоприобретателя);

в) в иных случаях, предусмотренных законодательством.

62. Страховщик вправе отказать выгодоприобретателю (страхователю, застрахованному лицу) в страховой выплате, если выгодоприобретатель (страхователь, застрахованное лицо) создал препятствия страховщику в определении обстоятельств, характера и размера страхового обеспечения.

63. Решение о непризнании заявленного случая страховым и об отказе в страховой выплате в течение 3 рабочих дней со дня его принятия сообщается выгодоприобретателю (страхователю, застрахованному лицу) в письменной форме с обоснованием причин отказа.

64. Для решения вопроса о страховой выплате по расходам, оплаченным страхователем (застрахованным лицом) самостоятельно, страхователь (застрахованное лицо) должен в течение 30 календарных дней после оплаты предоставить следующие документы:

заявление о страховом случае, в котором в обязательном порядке указываются номер (серия) и срок действия договора страхования; сведения о застрахованном лице, которому была оказана медицинская помощь, (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения, идентификационный номер либо номер (при отсутствии идентификационного номера) документа, удостоверяющего личность); стоимость, общая сумма расходов, понесенных за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь, с детализацией по медицинским услугам (Приложение 8 к настоящим Правилам);

оригинал (надлежащим образом заверенная медицинским учреждением копия) документа, подтверждающего факт обращения за медицинской помощью и содержащего дату обращения, сроки оказания медицинских услуг, диагноз заболевания, перечень оказанных медицинских услуг, их стоимость;

оригинал документа, подтверждающего оплату медицинских услуг.

65. Страховая выплата страхователю (застрахованному лицу, его законному представителю), оплатившему по согласованию со страховщиком медицинские расходы самостоятельно, выплачивается в белорусских рублях в течение 5 рабочих дней со дня составления акта о страховом случае (датой составления акта является дата подписания акта).

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

За просрочку в осуществлении страховой выплаты страховщик уплачивает пеню за каждый день просрочки: выгодоприобретателю (юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю) – в размере, установленном в договоре на оказание медицинских услуг, заключенном между страховщиком и выгодоприобретателем, но не менее 0,1% от суммы, подлежащей выплате, физическому лицу – в размере 0,5% от суммы, подлежащей выплате.

67. Застрахованное лицо обязано возвратить выплаченную выгодоприобретателю сумму страховой выплаты (ее части), если после ее проведения страховщику станут известны такие обстоятельства, которые в соответствии с настоящими Правилами лишают права застрахованное лицо на оплату его расходов в соответствии с настоящими Правилами.

ГЛАВА 8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

68. Споры по договору страхования между страховщиком, страхователем, застрахованным лицом, организацией здравоохранения, не разрешенные путем переговоров, разрешаются в судебном порядке.

Приложение 1
к Правилам № 1
добровольного страхования
медицинских расходов

Раздел 1. Базовые годовые страховые тарифы

1.1. Размеры базовых годовых страховых тарифов при заключении договора страхования юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем.

Базовая страховая медицинская программа	Базовый годовой страховой тариф, % от страховой суммы
АВ – амбулаторно-поликлиническая для взрослых	4,95
СВ – стационарная для взрослых	5,12
АД – амбулаторно-поликлиническая для детей	6,40
СД – стационарная для детей	3,81

1.2. Размеры базовых годовых страховых тарифов при заключении договора страхования физическим лицом.

Базовая страховая медицинская программа	Базовый годовой страховой тариф, % от страховой суммы
АВ – амбулаторно-поликлиническая для взрослых	8,2
СВ – стационарная для взрослых	9,5
АД – амбулаторно-поликлиническая для детей	11,4
СД – стационарная для детей	13,2

Приложение 2
к Правилам № 1
добровольного страхования
медицинских расходов

ЗАЯВЛЕНИЕ

о добровольном страховании медицинских расходов
(для страхователей – физических лиц)

Страхователь _____
(Фамилия, имя, отчество, данные документа, удостоверяющего личность

(серия номер, дата выдачи, наименование государственного органа, выдавшего документ),

идентификационный номер)

Адрес, телефон: _____

Список лиц, в отношении которых заключается договор страхования:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество застрахованного лица	Дата рождения	Данные документа, удостоверяющего личность. Идентификационный номер. Место жительства	Степень родства*	Страховая медицинская программа	Страховая сумма	Страховая премия

*Примечание: графа «степень родства» обязательно заполняется при заключении договора страхования по страховой медицинской программе «Семейный полис».

Срок действия договора страхования _____ с _____ по _____

Общая страховая сумма по договору _____

Сумма страховой премии по договору _____

Порядок уплаты страховой премии: _____
(единовременно, в 2 срока, поквартально, ежемесячно)

Декларация(-ии) о состоянии здоровья застрахованного(-ых) лиц(а)
заполнялась(-ись) _____.

« _____ » _____ 20 _____
(да/нет)

Страхователь _____
подпись _____ фамилии и инициалы _____

Представитель _____
страховщика _____
подпись _____ фамилии и инициалы _____

Приложение 3
к Правилам № 1
добровольного страхования
медицинских расходов

З А Я В Л Е Н И Е

о добровольном страховании медицинских расходов
(для страхователей – юридических лиц,
индивидуальных предпринимателей)

Страхователь _____
наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя

Место нахождения _____

телефон, телефакс _____

Банковские реквизиты _____

По договору страхования застрахованы лица в количестве _____ чел.

К заявлению прилагается список застрахованных лиц на _____ листах.

Срок действия договора страхования _____

Порядок уплаты страховой премии _____
(единовременно, в рассрочку)

Полноту и достоверность сведений, изложенных в настоящем заявлении и списке застрахованных лиц, подтверждаю.

С условиями страхования ознакомлен и согласен.

Правила № 1 добровольного страхования медицинских расходов получил.

Дата составления заявления «___» _____ 20__ г.

руководитель юридического лица,
индивидуальный предприниматель

подпись

фамилия и инициалы

Доверенность от «___» _____ 20__ г.

Выдана _____
должность, ФИО

паспорт серии _____ № _____, выдан _____ дата выдачи _____

в том, что он уполномочен на заключение, подписание и получение договора (полиса) добровольного страхования медицинских расходов согласно Правилам № 1 в Белорусском республиканском унитарном страховом предприятии «Белгосстрах».

Доверенность действительна по «___» _____ 20__ г.

Подпись доверенного лица _____ удостоверяю.

Руководитель _____

Главный бухгалтер _____

_____ подписать

_____ ФИО

М.П.

Заполняется страховщиком

Срок действия договора страхования с « ____ » _____ 20__ г.
по « ____ » _____ 20__ г.

Общая страховая сумма по договору _____

Коэффициент в зависимости от количества застрахованных лиц _____

Корректировочные коэффициенты, применяемые при страховании коллектива _____

Сумма страховой премии _____

Страховая премия (первая часть) в сумме _____

_____ по официальному курсу белорусского рубля по отношению к доллару США _____, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день перечисления денежных средств _____ должна быть перечислена на расчетный счет страховщика _____

Сроки уплаты страховой премии: _____

_____ должность представителя страховщика

_____ подпись

_____ фамилия и инициалы

« ____ » _____ 20__ г.

Приложение 4
к Правилам № 1
добровольного страхования
медицинских расходов

Список застрахованных лиц

наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя										
№ п/п	Фамилия, имя, отчество застрахованного лица	Дата рождения	Должность	Адрес, телефон	Страховая медицинская программа	Страховая сумма	Страховая премия	Паспортные данные. Идентификационный номер.	Разрешение. Согласие	Подпись застрахованного лица, подтверждающая его разрешение (согласие)
									Разрешаю страховщику запрашивать и/или получать информацию о состоянии моего здоровья из организаций здравоохранения, в которых я обслуживался или буду обслуживаться. Согласен на мое исключение из списка или замену в случае моего увольнения.	
									Разрешаю страховщику запрашивать и/или получать информацию о состоянии моего здоровья из организаций здравоохранения, в которых я обслуживался или буду обслуживаться. Согласен на мое исключение из списка или замену в случае моего увольнения.	

Руководитель страхователя _____
М.П. _____
подпись фамилия и инициалы

Представитель страховщика _____

подпись фамилия и инициалы

Приложение 5
к Правилам № 1
добровольного
страхования
медицинских расходов

**ДЕКЛАРАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ
ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА (для взрослых)**

1. Фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол _____
2. Место жительства _____
3. Контактные телефоны _____
4. Место работы, должность _____
5. Стаж работы по последнему месту работы _____
6. Семейное положение: _____
7. Служба в армии (да /нет) _____ Рост _____ Вес _____
8. Изменился ли Ваш вес за последний год более, чем на 5 кг в ту или иную сторону (если да, то на сколько кг увеличился /уменьшился Ваш вес): _____
9. Медицинское учреждение, где обслуживаетесь _____
10. Состоите ли на диспансерном учете (да/нет, наименование диспансера, заболевание по которому состоите на учете) _____
11. Имеете ли Вы группу инвалидности (да/нет, указать группу, заболевание) _____
12. Какими хроническими заболеваниями Вы страдаете: _____

- с обострениями: 1 раз в год (да/нет) _____ 2 и более раз в год (да/нет) _____
13. Сколько раз за последний год болели простудными заболеваниями: 1, 2, более 2-ух раз (нужное подчеркнуть).
14. Находились ли Вы на территории, подвергшейся радиоактивному загрязнению? Если да, то укажите район, и период пребывания: _____

	Вопрос	Варианты ответа		Примечание
		Да	Нет	
1.	Регулярное питание, 3-4 раза в день			
2.	Вредные привычки ((курение (до 20 сигарет в день или более 20 сигарет в день), употребление алкоголя (реже 1 раза в неделю или чаще 1 раза в неделю))			
3.	Работа во вредных условиях			
4.	Регулярные занятия физической культурой и спортом			
5.	Регулярные медосмотры			
6.	Аллергическая реакция на медикаменты			Указать препарат, на который имеется аллергия
7.	Стационарное лечение в течение последних 5 лет			В связи с каким заболеванием
8.	Оперативные вмешательства за последние 10 лет			Если ответ да, то указать, где проводилась операция и какая

9.	Постоянный прием лекарственных средств			Если ответ да, то указать наименования медпрепаратов
10.	Считаете ли Вы себя здоровым человеком			
11.	Имеются ли у Вас следующие жалобы:			
	онемение конечностей			
	бессонница			
	судороги			
	обмороки			
	повышение АД			
	понижение АД			
	боль, чувство дискомфорта в грудной клетке			
	постоянный кашель			
	одышка			
	головные боли			
	приступы удушья			
	изжога			
	расстройства пищеварения (рвота, отрыжка, тошнота)			
	расстройства работы кишечника (диарея, запор, метеоризм)			
	боли в эпигастральной области			
боли при мочеиспускании, затрудненное мочеиспускание				
учащенное мочеиспускание				
постоянное чувство усталости				

Я заверяю, что, насколько я знаю, все вышеуказанные представленные мною данные является точными и верными.

Я информирован и полностью согласен с тем, что в случае сообщения мною в декларации заведомо ложной информации о состоянии моего здоровья, договор страхования может быть признан недействительным.

Разрешаю страховщику запрашивать и получать информацию о состоянии моего здоровья из организаций здравоохранения, в которых я обслуживался (или буду обслуживаться).

_____ «___» _____ 20__ г
подпись _____ фамилия, имя, отчество застрахованного лица

Заполняется страховщиком

Группа здоровья _____ Корректировочный коэффициент _____

Рекомендации о заключении договора страхования _____

_____ «___» _____ 20__ г
подпись _____ (Ф.И.О. представителя страховщика)

Приложение 6
к Правилам № 1 добровольного
страхования медицинских расходов

**ДЕКЛАРАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ
ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА (для детей)**

1. Фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол _____
2. Место жительства _____
3. Контактные телефоны _____
4. Ф.И.О. родителей _____
5. Рост _____, Вес _____
6. Рост и вес при рождении _____. Оценка по АПГАР _____
7. Медицинское учреждение, где обслуживается ребенок _____
8. Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет, наименование диспансера, заболевание по которому состоит на учете) _____
9. Имеет ли ребенок инвалидность (да/нет, указать степень утраты здоровья, заболевание) _____
10. Какими хроническими заболеваниями страдает ребенок: _____

- с обострениями: 1 раз в год (да/нет) _____ 2 и более раз в год (да/нет) _____
11. Сколько раз за последний год ребенок болел простудными заболеваниями: 1, 2, более 2-ух раз (нужное подчеркнуть).
12. Находился ли ребенок на территории, подвергшейся радиоактивному загрязнению? Если да, то укажите район, и период пребывания: _____

	Вопрос	Варианты ответа		Примечание
		Да	Нет	
1.	Профилактические прививки сделаны в соответствии с возрастом			
2.	Наследственные заболевания у родителей			Если да, то указать диагноз
3.	Посещает ли ребенок ДДУ, школу			Если нет, то указать причину
4.	Регулярное питание, 3-4 раза в день			
5.	Имеются ли в анамнезе следующие заболевания:			
	Корь			
	Коклюш			
	Краснуха			
	Скарлатина			
	Эпидпаратит			
	Ветряная оспа			
	Дифтерия			
6.	Регулярные занятия физической культурой и спортом			
7.	Регулярные медосмотры			
8.	Аллергическая реакция на медикаменты			Указать препарат, на который имеется аллергия
9.	Стационарное лечение			В связи с каким заболеванием

10.	Оперативные вмешательства			Если да, то указать, где проводилась операция и какая
11.	Постоянный прием лекарственных средств			Если да, то указать наименования медпрепаратов
12.	Считаете ли Вы, что Ваш ребенок болезненный			
13.	Имеются ли у ребенка следующие жалобы:			
	онемение конечностей			
	бессонница			
	судороги			
	обмороки			
	повышение АД			
	понижение АД			
	боль, чувство дискомфорта в грудной клетке			
	постоянный кашель			
	одышка			
	приступы удушья			
	изжога			
	расстройства пищеварения (рвота, отрыжка, тошнота)			
	расстройства работы кишечника (диарея, запор, метеоризм)			
	боли в эпигастральной области			
	боли при мочеиспускании, затрудненное мочеиспускание			
учащенное мочеиспускание				
постоянное чувство усталости				

Я заверяю, что, насколько я знаю, все вышеуказанные представленные мною данные являются точными и верными.

Я информирован и полностью согласен с тем, что в случае сообщения мною в декларации заведомо ложной информации о состоянии здоровья моего ребенка, договор страхования может быть признан недействительным.

Разрешаю страховщику запрашивать и получать информацию о состоянии здоровья моего ребенка из организаций здравоохранения, в которых он обслуживался (или будет обслуживаться).

_____ « _____ » _____ 20 _____ г.
подпись _____ фамилия, имя, отчество законного представителя ребенка

Заполняется страховщиком

Группа здоровья _____ Корректировочный коэффициент _____
Рекомендации о заключении договора страхования: _____

_____ « _____ » _____ 20 _____ г _____
подпись _____ ФИО представителя страховщика

Приложение 7
к Правилам № 1
добровольного страхования
медицинских расходов

З А Я В Л Е Н И Е

Об исключении застрахованного (-ых) лиц (-а) по договору
добровольного страхования медицинских расходов

Договор страхования серии _____ № _____
Срок действия договора страхования с «__» _____ 20__ г. по «__»
_____ 20__ г.
Страхователь _____
полное наименование

Место нахождения _____
телефон, телефакс _____
Подлежат исключению _____ застрахованных лиц

Лица, подлежащие исключению

№ п/п	Фамилия имя отчество	Страховая медицинская программа	Дата исключения

Полноту и достоверность сведений, изложенных в настоящем заявлении и
списке застрахованных лиц, подтверждаю.

Руководитель _____
подпись фамилия и инициалы

м.п.

Дата составления заявления «__» _____ 20__ г.

**Приложение 8
к Правилам № 1
добровольного страхования
медицинских расходов**

Директору

(наименование подразделения Белгосстраха)
проживающего(ей) по адресу:

тел. _____
договор страхования серия ___ № _____
срок действия договора
страхования _____

Заявление о страховом случае

Прошу возместить понесенные мною медицинские расходы.
Застрахованное лицо: _____

Ф.И.О.

Дата рождения: _____ Идентификационный номер _____

Номер документа, удостоверяющего личность _____

Дата обращения __/__/20__ Причина обращения (диагноз) _____

Мне были оказаны следующие медицинские услуги:

Самостоятельная оплата медицинских расходов согласована(да/нет) _____

Мною были оплачены медицинские услуги на сумму _____

Оплаченные счета и медицинские документы прилагаются на _____ листах.

Перечень документов: _____

Страховую выплату прошу произвести _____

Разрешаю страховщику запрашивать и получать сведения из организаций здравоохранения (медицинских учреждений, врачей) о состоянии моего здоровья, проведенном лечении, иные сведения, составляющие врачебную тайну, по поводу заявленного на выплату случая.

_____ подпись, ФИО застрахованного лица (законного представителя)

«___» _____ 20__ года

_____ подпись

Приложение 9
к Правилам № 1
добровольного страхования
медицинских расходов

УТВЕРЖДАЮ:

_____ (должность)

подпись _____ ФИО _____
« _____ » _____ 20__ г.

**АКТ О СТРАХОВОМ СЛУЧАЕ № _____
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ
МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ**

« _____ » _____ 20__ г.

_____ место составления

Застрахованное лицо (Ф.И.О.)

Договор страхования серия _____ № _____

Срок действия договора страхования с «__»__ 20__ г. по «__»__ 20__ г.

Выгодоприобретатель _____

Дата заявления о страховом случае (дата поступления счета организации здравоохранения) «_____» _____ 20__ г.

Дата наступления страхового случая (медицинские услуги оказывались) с «__»__ 20__ г. по «__»__ 20__ г.

Диагноз: _____

Расчет размера страховой выплаты

Страховая сумма по договору страхования (в отношении застрахованного лица):

_____ (цифрами, прописью, валюта страховой суммы)

Размер страховой выплаты составляет _____

_____ (цифрами, прописью, валюта страховой выплаты)

Курс Национального Банка Республики Беларусь валюты страховой суммы на день выставления счета выгодоприобретателем (оплаты медицинских услуг выгодоприобретателем – физическим лицом): _____

Размер страховой выплаты в валюте страховой суммы: _____

_____ (цифрами, прописью, валюта страховой суммы)

Решение о проведении страховой выплаты

Подлежит выплате выгодоприобретателю страховая выплата в размере ____

(цифрами, прописью, валюта страховой выплаты)

Банковские реквизиты выгодоприобретателя: _____

Представитель страховщика

должность

подпись

Ф.И.О.

Сведения о выплате

Выплачено (перечислено)

(сумма цифрами, прописью, валюта выплаты)

пл. поручение № _____ от «_____» _____ 20____ г.

должность

подпись

Ф.И.О.

М.П.

Приложение 10
к Правилам № 1
добровольного страхования
медицинских расходов

З А Я В Л Е Н И Е

о замене застрахованных лиц по договору
добровольного страхования медицинских расходов

Договор страхования серии _____ № _____

Срок действия договора страхования с « ___ » _____ 20__ г. по « ___ »
_____ 20__ г.

Страхователь _____
полное наименование

Место нахождения _____

телефон, телефакс _____

Подлежат исключению _____ застрахованных лиц

Лица, подлежащие исключению

№ п/п	Фамилия имя отчество	Страховая медицинская программа	Дата исключения

**К заявлению прилагается список лиц, включаемых в договор
страхования**

с « ___ » _____ 20__ г.

Порядок уплаты страховой премии _____
(единовременно, в два срока, поквартально, ежемесячно)

Полноту и достоверность сведений, изложенных в настоящем заявлении и
списке застрахованных лиц, подтверждаю.

Руководитель _____
подпись фамилия и инициалы

Дата составления заявления « ___ » _____ 20__ г.

м.п.

Приложение 11
к Правилам №1
добровольного страхования
медицинских расходов

ИСКЛЮЧЕНО

Приложение 12
к Правилам №1
добровольного страхования
медицинских расходов

**Унифицированная программа
добровольного страхования медицинских расходов**
(оплата медицинских услуг по настоящей программе производится только
при обращении Застрахованного лица
в государственные учреждения здравоохранения за исключением
республиканских медицинских и научных центров и учреждений):

Амбулаторно-поликлиническая помощь:

Страховая премия- 300 долларов США в год;

Страховая сумма – 5 000 долларов США.

Оплата страховой премии производится единовременно.

Территория действия – Республика Беларусь.

Срок действия договора страхования – один год.

Страхователь – физическое лицо (гражданин Республики Беларусь, а также лицо, имеющее вид на жительство в Республике Беларусь).

Застрахованное лицо - физическое лицо (гражданин Республики Беларусь, а также лицо, имеющее вид на жительство в Республике Беларусь).

Страховщик – страховая организация Республики Беларусь.

Страховая премия может уплачиваться страхователем, как в иностранной валюте в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь, так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному НБ Республики Беларусь к доллару США на дату уплаты страховой премии.

Если страховая премия уплачивается в белорусских рублях, то страховая сумма по договору устанавливается в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленного НБ Республики Беларусь, по отношению к доллару США на дату уплаты страховой премии.

1. консультативно-диагностические приемы и наблюдение специалистов (терапевта, гинеколога, уролога, гастроэнтеролога, кардиолога, оториноларинголога, офтальмолога, хирурга, травматолога, эндокринолога, невролога, физиотерапевта и др.), но не более 5-ти приемов в совокупности на каждое застрахованное лицо в период действия договора страхования.

Исключение составляют:

- выезд медицинских работников на дом к застрахованному лицу;
- оформление и выдача листка нетрудоспособности;
- профилактические медицинские осмотры с выдачей справок о состоянии здоровья, проводимые с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещения бассейна, санаторно-курортной карты и т.п.;
- прием, наблюдение и лечение у стоматолога, психотерапевта, психиатра, нарколога, врачей нетрадиционной медицины;

2. лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические, цитологические, но не более 5-ти исследований в совокупности на каждое застрахованное лицо в период действия договора страхования;

3. функциональная диагностика (ЭКГ, РВГ, РЭГ, ЭЭГ, исследование функции внешнего дыхания);

4. ультразвуковые исследования, но не более 3-х исследований на каждое застрахованное лицо в период действия договора страхования;

5. эндоскопические исследования органов пищеварения, дыхания, мочеполовых органов, за исключением капсульной эндоскопии, но не более 2-х исследований в совокупности на каждое застрахованное лицо в период действия договора страхования;

6. диагностическая биопсия;

7. рентгенологические исследования.

Исключение составляют:

– высокоточные методы исследования (МРТ, компьютерная томография);

- радиоизотопные исследования;

- маммография;

- снимки 3D и 4D форматах;

8. малые оперативные и диагностические вмешательства в амбулаторно-поликлинических условиях:

- диагностическая биопсия органов, тканей, лимфатических узлов;

- пункции (стерильные пункции, пункции суставов с эвакуацией содержимого и введением лекарственных препаратов, брюшной полости, люмбальные, пункции под контролем УЗИ);

- блокады;

- обработка ран или инфицированных тканей в случаях травматических и термических повреждений, включая ожоги и обморожения;

- наложение и снятие швов;

- оперативное лечение гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, панариций, нагноившаяся атерома, нагноившаяся гематома, гидрадениты);

- резекция ногтевой пластинки, удаление вросших ногтей.

Исключение составляют:

- оториноларингологические операции: септопластика, удаление полипов носа лазером, лазерная коагуляция небных миндалин, радиоволновая (лазерная) деструкция носовых раковин, вазотомия;
- проктологические операции: лазерная коагуляция геморроя и питающих узлы артерий, легирование геморроидальных узлов и питающих узлы артерий;
- флебологические операции: эндовенозная лазерная коагуляция варикозных вен, склеротерапия варикозных вен;
- урологические операции по поводу: сужения наружного отверстия уретры и полипов уретры, фимоза, парауретральных кист, гидроцеле, варикоцеле;
- офтальмокоррекция с помощью лазерных аппаратов и оперативного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях;
- хирургическое удаление любых новообразований кожи и подкожной клетчатки;
- лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностика бесплодия, импотенции, прерывание беременности.

9. восстановительное лечение: физиотерапевтические процедуры (электро-, свето-, теплолечение, магнитотерапия, микроволновая терапия) не более 10 сеансов по каждому виду воздействия процедуры в период действия договора страхования на каждое застрахованное лицо;

Исключение составляют:

- лечебные души всех видов, лечебные ванны, бассейн, баня/сауна, грязелечение, ручной и механический массаж, рефлексотерапия и ИРТ, мануальная терапия;
- услуги лаборатории сна;
- лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.

Страховая выплата осуществляется только организации здравоохранения. Застрахованному лицу не возмещаются расходы по оказанию медицинской помощи, предоставленной в соответствии с Унифицированной программой добровольного страхования медицинских расходов, и оплаченной им самостоятельно организации здравоохранения.

По настоящей унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов хронические заболевания и обострения хронических заболеваний не являются страховым случаем.

При заключении договора страхования страхователь (застрахованное лицо) предоставляет сведения о состоянии здоровья застрахованного лица по следующей форме:

Сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____ Пол М Ж Возраст _____ лет

Паспорт _____ выдан _____
Серия № _____ кем, когда _____

Страна постоянного местожительства _____

Место работы, должность _____

Учебное заведение, курс _____

Адрес проживания (прописки) _____ тел. _____

Поликлиника (медицинский центр), в котором Вы наблюдаетесь _____

1. Лекарственные препараты, принимаемые Вами регулярно _____

2. Оперативные вмешательства за последние 10 лет: ДА НЕТ

Если «ДА», то операция по поводу _____ в _____ году

3. Наличие следующих заболеваний, зарегистрированных ранее:

Гепатит	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	в _____ году;	СПИД	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
венерические заболевания	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	в _____ году;	ВИЧ-носитель	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
дизентерия	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	в _____ году;	ВИЧ-инфицированный	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
туберкулез	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	в _____ году;	Носитель вируса гепатита С, Д	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
черепно-мозговая травма	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	в _____ году;	Носитель австралийского антигена	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
переломы костей	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	в _____ году;	Проф. заболевание	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
травмы внутренних органов	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	в _____ году;			

4. Страдаете ли Вы хроническими болезнями? ДА НЕТ

Если «ДА», то каким _____ с _____ года, частота обострений в году: 1 раз 2 и более

5. Состоите на диспансерном учете с _____ года, по поводу _____ последнее обострение в _____ году

6. Наличие группы инвалидности: ДА НЕТ

Если «ДА», то какая (1, 2, 3) _____ по поводу _____ с _____ года

пожизненно , с ежегодным переосвидетельствованием

Если группа инвалидности была ранее, то по поводу _____ снята в _____ году

7. Заболевания за последние три года (отметить имеющиеся):

№ п/п	Заболевания (состояние)	Да	Нет	Примечание/ Количество раз
1.	простудные заболевания (ОРВИ, грипп, ларингиты, трахеиты, фарингиты и т.п.), ангины			
2.	пневмонии, бронхиты, плевриты, хр. бронхиты			
3.	бронхиальная астма			
4.	гипертоническая, гипотоническая болезнь			
5.	аллергические реакции (местная, общая, сезонная)			
6.	язвенная болезнь, колиты			
7.	ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт, прединфарктное состояние острые и преходящие нарушения мозгового кровообращения (инсульт)			
8.	гинекологические кровотечения			

9.	ревматизм, пороки сердца, недостаточность кровообращения			
10.	хроническая почечная и печеночная недостаточность			
11.	болезни крови, в т.ч. наследственные			
12.	болезни половой сферы			
13.	опухоли (доброкачественные и злокачественные)			
14.	эпизоды потери сознания, судорог			
15.	заболевания глаз, расстройство зрения			
16.	заболевания уха, горла, носа, расстройство слуха			
17.	сахарный диабет			

8. Наличие заболеваний, указанных в пункте 7 у родителей, братьев, сестер: ДА НЕТ
Если «ДА», то какие _____

9. Наблюдаетесь в диспансерах:

психоневрологическом	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	с _____ года
наркологическом	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	с _____ года
кожно-венерологическом	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	с _____ года
противотуберкулезном	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	с _____ года
онкологическом	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	с _____ года
эндокринологическом	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	с _____ года
кардиологическом	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	с _____ года

10. Сколько раз в году Вы обращаетесь за медицинской помощью:

- А) по поводу острого заболевания:
1 раз в год , 2 раза и более в год , 1 раз в месяц
- Б) по поводу обострения хронического заболевания:
1 раз в год , 2 раза и более в год , 1 раз в месяц
- В) по поводу простудного заболевания:
1 раз в год , 2 раза и более в год , 1 раз в месяц

11. Имели ли вы временную утрату трудоспособности за прошедший год ___ раз, в т.ч. по поводу респираторной вирусной инфекции ___ раз, со сроком лечения ___ дней

12. Стационарное лечение за последние 5 лет ДА НЕТ

Если «ДА», то в _____ году по поводу _____
в учреждении здравоохранения _____

13. Курите ДА НЕТ

Если «ДА», то в день до 20 сигарет свыше 20 сигарет

14. Находились на территории, подвергшейся радиоактивному загрязнению: ДА НЕТ

Если «ДА», то в _____ районе, период пребывания с _____ по _____

Я заверяю, что, насколько я знаю, все вышеуказанные представленные мною данные являются верными.

Я информирован и полностью согласен с тем, что в случае представления мной выше заведомо ложной информации о состоянии моего здоровья, Страховщик имеет право признать договор страхования недействительным.

Разрешаю Страховщику запрашивать и получать информацию о состоянии моего здоровья из учреждений здравоохранения, в которых я обслуживался или обслуживаюсь.

Перед тем, как подписать этот документ, ещё раз убедитесь, что Вы внимательно прочитали вопросы и достоверно ответили на них.

Страхователь _____ «____» _____ 20__ г.
подпись

Представитель Страховщика _____ (_____) _____
подпись *фамилия, инициалы*

Приложение 13
к Правилам №1
добровольного страхования
медицинских расходов

**Базовая страховая медицинская программа
(амбулаторно – поликлиническая для взрослых – АВ,
амбулаторно – поликлиническая для детей - АД)**

1. консультативно-диагностические приемы и наблюдение специалистов (терапевта (педиатра), гинеколога, уролога, гастроэнтеролога, кардиолога, оториноларинголога, офтальмолога, хирурга, травматолога, эндокринолога, невролога, физиотерапевта и др.), но не более 3-х консультаций (приемов) в совокупности в период действия договора страхования.

Исключение составляют:

- выезд медицинских работников на дом к застрахованному лицу;
- оформление и выдача листка нетрудоспособности;
- профилактические медицинские осмотры с выдачей справок о состоянии здоровья, проводимые с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещения бассейна, санаторно-курортной карты и т.п.;
- прием, наблюдение и лечение у стоматолога, психотерапевта, психиатра, нарколога, врачей нетрадиционной медицины.

2. лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические, цитологические, но не более 5-ти исследований в совокупности на каждое застрахованное лицо в период действия договора страхования.

3. функциональная диагностика (ЭКГ), реовазография (РВГ), реоэнцефалография (РЭГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), исследование функции внешнего дыхания.

4. ультразвуковые исследования, но не более 2-х исследований на каждое застрахованное лицо в период действия договора страхования.

5. эндоскопические исследования органов пищеварения, дыхания, мочеполовых органов, за исключением капсульной эндоскопии, но не более 2-х исследований в совокупности на каждое застрахованное лицо в период действия договора страхования.

6. диагностическая биопсия.

7. рентгенологические исследования.

Исключение составляют:

- высокоточные методы исследования (магнитно – резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ));

- радиоизотопные исследования;
- маммография;
- снимки 3D и 4D форматах.

8. восстановительное лечение: физиотерапевтические процедуры - электро-, свето-, теплолечение, магнитотерапия, микроволновая терапия, не более 10 сеансов по каждому виду воздействия процедуры в период действия договора страхования на каждое застрахованное лицо.

9. экстренная стоматологическая помощь (оплата медицинских услуг, в связи со снятием болевого синдрома) - при острых: пульпите, периодонтите, периостите, перикоронарите, остеомиелите.

Базовая страховая медицинская программа (стационарная для взрослых – СВ, стационарная для детей - СД)

1. Организация плановой госпитализации и планового лечения согласно утвержденным клиническим протоколам диагностики и лечения заболевания, послужившего причиной плановой госпитализации.

2. Обеспечение питанием, медикаментами, дополнительным уходом (при необходимости).

3. Проведение объема необходимых лабораторных, инструментальных исследований, за исключением:

- капсульной эндоскопии;
- высокоточных методов исследования (магнитно – резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ));
- радиоизотопных исследований;
- маммографии;
- снимков 3D и 4D форматах;

4. Проведение оперативных вмешательств в соответствии с правилами страхования по экстренным показаниям.

Приложение 14
к Правилам №1 добровольного
страхования медицинских
расходов

УТВЕРЖДАЮ:

(должность)

подпись

ФИО

« ____ » _____ 20__ г.

Акты о страховых случаях по делу № __ от __. __. 20__
по добровольному страхованию медицинских расходов

(наименование выгодоприобретателя - организации здравоохранения)

№ п/п	Номер акта о страховом случае	Дата составления акта о страховом случае	Ф. И.О. застрахованного лица	Серия, номер договора страхования	Страхователь (наименование, Ф.И.О.)	Обособленное подразделение страховщика, заключившее договор страхования	Дата страхового случая	Диагноз	Подлежит страховой выплате, валюта выплаты
1									
2									
...									
.									

Итого подлежит выплате выгодоприобретателю: _____
(сумма цифрами, прописью, валюта страховой выплаты)

Представитель страховщика

должность

подпись

Ф.И.О.

Сведения о выплате

Выплачено (перечислено) _____
(сумма цифрами, прописью, валюта выплаты)

пл. поручение № _____ от « ____ » _____ 20__ г.

должность

подпись

Ф.И.О.

М.П.