

**ЗАКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ
СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ТАСК»**

ПРАВИЛА № 20
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ

согласованы МФ РБ № 881 от 28.07.2010г.
(в новой редакции от 16.05.2017 № 756, с изм. № 932 от 15.05.2018,
№ 1101 от 20.02.2019, Приказ № 194 от 18.12.2019, действ. с 02.12.2019,
Приказ № 77 от 13.07.2020, Приказ № 142 от 10.12.2020,
Приказ № 129 от 01.10.2021, Приказ № 160 от 19.10.2021)
Приказ № 156 от 26.12.2023, Приказ № 157 от 26.12.2023, Приказ № 53 от
31.07.2025 действ. с 20.08.2025)

Утверждаю
Генеральный директор
ЗАСО «ТАСК»
_____ И.И. Волков
«_____» _____ 2018 г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

Иностранные граждане и лица без гражданства, проживающие в Республике Беларусь, вправе заключать Договор страхования в соответствии с Правилами.

Договор страхования действует на территории Республики Беларусь.

Согласно статье 391 Гражданского Кодекса Республики Беларусь Страховщик имеет право отказать в заключение Договора страхования без объяснения причин.

1.2. Страхователь – физическое лицо, которое имеет право заключить Договор страхования в свою пользу и (или) в пользу третьих лиц. Страхователь, заключивший Договор страхования в свою пользу, является Застрахованным лицом.

Страхователь – юридическое лицо любой организационно-правовой формы, индивидуальный предприниматель, которые заключают Договоры страхования в свою пользу, в пользу своих работников, третьих лиц.

Застрахованное лицо – физическое лицо, в пользу которого заключен Договор страхования. Им может быть гражданин Республики Беларусь, иностранный гражданин, лицо без гражданства. Договор страхования заключается в пользу лиц в возрасте от одного месяца.

Выгодоприобретатель – организации здравоохранения государственной и негосударственной форм собственности, индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, и другие организации, осуществляющие медицинскую деятельность наряду с основной деятельностью, зарегистрированные и

действующие в соответствии с законодательством Республики Беларусь, имеющие специальное разрешение (лицензию) на осуществление медицинской, фармацевтической деятельности (далее – Организации здравоохранения), с которыми Страховщик заключил договоры на оказание медицинских услуг, и которые понесли расходы в связи с их оказанием Застрахованному лицу, а также по согласованию со Страховщиком Застрахованное лицо (его законный представитель) или Страхователь (его законный представитель), понесший расходы в связи с оказанием Застрахованному лицу медицинских услуг, оплативший лекарственные препараты при наступлении страхового случая.

1.3. Для целей настоящих Правил применяются следующие термины:

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

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

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

обострение хронического заболевания – стадия течения хронического заболевания, характеризующаяся усилением имеющихся симптомов или появлением новых (угроза жизни);

угроза жизни – острое нарушение соматического здоровья физического лица, требующее срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, острых тяжелых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний и т.д.);

медицинская услуга – медицинское вмешательство либо комплекс медицинских вмешательств, а также иные действия, выполняемые при оказании медицинской помощи;

программа добровольного страхования медицинских расходов (далее – Программа страхования) – неотъемлемая часть Договора страхования, содержащая перечень медицинских услуг определенного объема, предоставление которых гарантировано Застрахованному лицу согласно условиям Договора страхования;

амбулаторно-поликлиническая помощь – медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая в случае, если пациенту не требуется постоянное круглосуточное медицинское наблюдение;

стационарная помощь – медицинская помощь в стационарных условиях, оказываемая в случае, если пациенту требуются постоянное круглосуточное медицинское наблюдение и (или) интенсивное лечение;

клинический протокол – документ, утверждаемый Министерством здравоохранения Республики Беларусь и устанавливающий общие требования к оказанию медицинской помощи пациенту при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.

1.4. Договоры страхования не заключаются в отношении лиц:

- состоящих на учете в психоневрологическом и наркологическом диспансерах;
- которым установлена первая или вторая группа инвалидности;
- страдающих онкологическими заболеваниями (злокачественные новообразования, в том числе онкологические заболевания кроветворной и лимфатической систем);
- ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;
- находящихся на стационарном лечении при заключении Договора страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного страхования медицинских расходов являются не противоречащие законодательству Республики Беларусь имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с компенсацией расходов Выгодоприобретателю, в связи с оказанием Застрахованному лицу медицинских услуг согласно Программе страхования, вследствие внезапного расстройства здоровья, обострения хронических заболеваний, несчастного случая.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является факт понесенных Выгодоприобретателем расходов, вызванных обращением Застрахованного лица в Организацию здравоохранения в период действия Договора страхования за оказанием медицинской помощи согласно Программе страхования по поводу внезапного расстройства здоровья, обострения хронического заболевания, несчастного случая.

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

3.2. Страховщик заключает Договор страхования исходя из Программ страхования.

Программа страхования индивидуальна для каждого Застрахованного лица и может содержать, согласно условиям

страхования, набор медицинских услуг из перечней, определенных Приложениями №№ 11, 12 Правил, и иной перечень услуг, предусмотренных в разделе 4 Правил с применением соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных приказом Страховщика.

3.3. Программы страхования:

- программа «Амбулаторно-поликлиническая помощь» (Программа «А») – перечень медицинских услуг определенного объема (Приложение № 11 Правил).

По Договору страхования к Программе «А» на страхование могут быть приняты следующие дополнительные услуги:

- медикаментозное обеспечение «м» (Приложение № 11 Правил),
- стоматологическая помощь «с» (Приложение № 11 Правил).
- программа «Стационарная помощь» (Программа «С») – перечень медицинских услуг определенного объема (Приложение № 12 Правил).

Договор страхования по Программе «С» заключается при условии одновременного заключения Договора страхования по Программе «А» (Программа «А+С»).

3.4. В течение действия Договора страхования Программа страхования, установленная для Застрахованного лица на момент заключения Договора страхования, подлежит изменению при условии уплаты дополнительного страхового взноса в соответствии с п.п.8.1.4. п.8.1. настоящих Правил.

3.5. Страховщик может заключить Договор страхования по Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов («УП») согласно Приложению № 13 Правил.

4. РАСХОДЫ, НЕПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

4.1. По Договору страхования не оплачиваются расходы, связанные с заболеваниями и услугами:

4.1.1 хронические заболевания вне обострения, в том числе диспансерное либо динамичное наблюдение, плановое обследование, профилактические мероприятия, получение рецептов на препараты постоянной коррекции хронического заболевания, если иное не предусмотрено Программой страхования;

4.1.2 медицинские услуги, связанные с диспансеризацией, если иное не предусмотрено Программой страхования;

4.1.3 профессиональные заболевания;

4.1.4 психические расстройства, расстройства поведения и их осложнения;

4.1.5 эпилепсия, в том числе осложнения;

4.1.5 алкоголизм, токсикомания, наркомания, независимо от сроков выявления, а также заболевания и травмы, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими, токсическими веществами;

4.1.6 травмы, полученные Застрахованным лицом в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения;

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

4.1.8 травмы, полученные Застрахованным лицом вследствие передачи им управления транспортным средством лицу, не имеющему водительского удостоверения, в том числе соответствующей категории;

4.1.9 травмы, полученные Застрахованным лицом в случае управления транспортным средством при отсутствии водительского удостоверения, в т.ч. соответствующей категории;

4.1.10 травмы, полученные Застрахованным лицом при совершении им действий, в которых установлены признаки преступления, во время массовых беспорядков, а также в драках, если Застрахованное лицо было их зачинщиком;

4.1.11 травмы, отравления, ожоги, полученные Застрахованным лицом в результате покушения на самоубийство и других противоправных действий, в том числе членовредительство;

4.1.12 туберкулез, саркоидоз, муковисцедоз, независимо от клинической формы и стадии процесса;

4.1.13 онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе онкологические заболевания кроветворной и лимфатической систем), а также их осложнения;

4.1.14 болезни крови и кроветворных органов, например: анемии различной этиологии, агранулоцитоз;

4.1.15 хроническая почечная и печеночная недостаточность;

4.1.16 цирроз и хронические гепатиты вирусной (В, С, Д, Е, G) токсической и аутоиммунной этиологии, а также их осложнения;

4.1.17 кожные заболевания, в том числе косметологические проблемы, их проявления и осложнения, например: атопический дерматит, нейродермит, экзема, псориаз, микозы, микозы ногтей пластинок, себорея, аллопеция, демодекоз, дисгидроз (гипо-, гипергидроз), педикулез, чесотка, микроспория, витилиго, импетиго, угревая болезнь, акне, розацеа, кератозы;

4.1.18 различные доброкачественные новообразования мягких

4.1.31 катаракта, глаукома, астигматизм, миопия, гиперметропия, страбизм, кератоконус, дистрофия сетчатки (кроме случаев травмирования в периоде действия договора страхования);

4.1.32 венерические заболевания, СПИД, ВИЧ-инфекция, заболевания, передающиеся половым путем, их осложнения, в том числе обследование партнера;

4.1.33 бесплодие (нарушение репродуктивной функции мужчин и женщин), половые расстройства;

4.1.34 дисфункция яичников, невоспалительные болезни и доброкачественные новообразования женских половых органов, доброкачественные новообразования молочной железы, например: нарушения менструального цикла, менопаузы и околоменопаузного периода (климактерический период), проявления, осложнения, за исключением маточных кровотечений (меноррагия, метроррагия, менопаузальное кровотечение), лейомиома матки, аденоматозный полип, доброкачественная дисплазия молочной железы;

4.1.35 аборты и миниаборты, исключая случаи экстренной медицинской помощи в результате несчастного случая или по медицинским показаниям при угрозе жизни;

4.1.36 экстракорпоральное оплодотворение, искусственная инсеминация, стерилизация мужчин и женщин, изменение пола;

4.1.37 планирование беременности, подготовка к беременности, ведение беременности, родов, за исключением осложнений послеродового периода;

4.1.38 внутриматочные контрацептивы;

4.1.39 реконструктивно-пластические операции на тазовом дне при пролапсе гениталий;

4.1.40 пластическая хирургия всех видов, например: устранение косметических дефектов, улучшение внешнего вида за исключением случаев устранения косметических дефектов, полученных в результате несчастных случаев (травмы, ожоги), произошедших в период действия Договора страхования;

4.1.41 операции по лечению храпа, удаления полипов носа лазером, лазерная коагуляция небных миндалин, септопластика и ринопластика, радиоволновая (лазерная) деструкция носовых раковин, вазотомия, за исключением септопластики и ринопластики в случаях устранения дефектов полученных в результате несчастных случаев (травмы, ожоги), произошедших в период действия Договора страхования;

4.1.42 малоинвазивные методы лечения варикозной болезни в амбулаторных условиях, если иное не предусмотрено Программой страхования, например: эхо-склеротерапия, эндовенозная лазерная

коагуляция (лазерное лечение варикоза, ЭВЛК), радиочастотная абляция (РЧА), микрофлебэктомия, турбофлебодеструкция;

4.1.43 малоинвазивные методы лечения геморроидальных узлов в амбулаторных условиях, если иное не предусмотрено Программой страхования, например: лигирование, лазерная коагуляция, склеротерапия, инфракрасная коагуляция (ИК-лучи), криодеструкция;

4.1.44 операции по поводу сужения наружного отверстия уретры, полипов уретры, фимоза, парауретральных кист, гидроцеле, варикоцеле;

4.1.45 экстракорпоральные методы детоксикации, например: гемодиализ, плазмоферез;

4.1.46 прием, обследование и лечение у венеролога, генетика, гериатра, гомеопата, диетолога, косметолога, логопеда, миколога, нарколога, ортодонта, остеопата, пластического хирурга, психолога, психиатра, профпатолога, репродуктолога, сексопатолога, сомнолога, трихолога, врачей редких специальностей и нетрадиционной медицины;

4.1.47 динамичное наблюдение детей, например: консультативные приемы врачей-специалистов с целью диспансеризации, вакцинации по возрасту и оформления медицинских документов, если иное не предусмотрено Программой страхования;

4.1.48 профилактические медицинские осмотры и обследование, например: с целью приема на работу, оформления санитарной книжки, выдачи выписок из медицинских документов о состоянии здоровья для получения водительского удостоверения, разрешения на ношение оружия, посещения бассейна, спортивных секций;

4.1.49 повторные консультации и обследование с целью сбора мнений специалистов в рамках установленного диагноза;

4.1.50 медицинские услуги, не соответствующие Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь, в рамках заболевания, ставшего причиной обращения (госпитализации);

4.1.51 обследование и лечение, которые являются экспериментальными или исследовательскими;

4.1.52 мониторная очистка кишечника, например гидроколонотерапия;

4.1.53 аппаратные и манипуляционные методы лечения урологической патологии;

4.1.54 применение лазерных установок в хирургии, за исключением лазерной коагуляции сетчатки по медицинским показаниям и травмированных (воспаленных), например: папиллом, невусов;

4.1.55 лечение заболеваний зубов и периодонта, если оно не

предусмотрено Программой страхования;

4.1.56 самостоятельное приобретение Застрахованным лицом лекарственных препаратов, если медикаментозное обеспечение не предусмотрено Программой страхования;

4.1.57 приобретение за рубежом лекарственных препаратов;

4.1.58 оздоровление в условиях профилактория, санатория;

4.1.59 самолечение, аутотренинг;

4.1.60 подбор и приобретение очков, контактных линз, слуховых аппаратов;

4.1.61 приобретение изделий медицинского назначения, товаров медицинской техники, средств индивидуального ухода, расходных материалов;

4.1.62 приобретение супинаторов, вкладышей для коррекции стопы, различных корректирующих устройств;

4.1.63 приобретение технических средств социальной реабилитации, например: протезов, тростей, костылей, медицинских аппаратов;

4.1.64 получение Застрахованным лицом медицинских услуг, которые не включены в Программу страхования, либо не были согласованы со Страховщиком;

4.1.65 получение медицинских услуг членами семьи Застрахованного лица;

4.1.66 прием, наблюдение и лечение у медицинского работника, состоящего в родственных отношениях с Застрахованным лицом;

4.1.67 получение медицинских услуг Застрахованным лицом - медицинским работником в условиях лечебного учреждения, являющегося местом его работы;

4.1.68 медицинские услуги по поводу осложнений, явившихся следствием нарушения Застрахованным лицом курса лечения или лечебного режима, предписанного лечащим врачом.

4.2. При выявлении у Застрахованного лица в период действия Договора страхования заболевания (состояния), указанного в подпунктах 4.1.3-4.1.5, 4.1.12-4.1.28, 4.1.31-4.1.34, ему оказываются медицинские услуги и оплачиваются медицинские расходы в соответствии с выбранной Программой страхования до установления окончательного диагноза такого заболевания (состояния).

4.3. По Программе «А» не предоставляются следующие медицинские услуги:

4.3.1. лечение в условиях дневного стационара, стационара одного дня Организации здравоохранения негосударственной формы собственности, если иное не предусмотрено Программой страхования;

4.3.2. обследование и подготовка к стационарному лечению при

отсутствии Программы «С», если иное не предусмотрено Программой страхования;

4.3.3. реабилитационно-восстановительное лечение в условиях Организации здравоохранения негосударственной формы собственности, если иное не предусмотрено Программой страхования;

4.3.4. спелеотерапия, если иное не предусмотрено Программой страхования;

4.3.5. гипербарическая оксигенация (ГБО);

4.3.6. более десяти сеансов ручного лечебного массажа двух анатомических зон (за один сеанс), либо аппаратного, либо подводного душа-массажа в течение периода действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Программой страхования;

4.3.7. более десяти сеансов ЛФК;

4.3.8. плавание в бассейне, в том числе ЛФК в бассейне;

4.3.9. более десяти процедур гидrolечения в течение периода действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Программой страхования;

4.3.10. более десяти процедур грязелечения (сапропелевые грязи) в течение периода действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Программой страхования;

4.3.11. более пяти процедур ударно-волновой терапии, более двадцати процедур физиотерапевтического лечения: электро-, свето-, теплолечение, магнито- и лазеротерапия, микроволновая терапия и других в течение периода действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Программой страхования;

4.3.12. иглорефлексотерапия, мануальная терапия, если иное не предусмотрено Программой страхования;

4.3.13. более пяти биохимических исследований крови в течение периода действия Договора страхования, в том числе одного биохимического исследования крови, одномоментно включающего двадцать и более показателей, если иное не предусмотрено Программой страхования;

4.3.14. более пяти гормональных исследований крови в течение периода действия Договора страхования, независимо от количества показателей при одном исследовании, если иное не предусмотрено Программой страхования;

4.3.15. более одного исследования в течение действия Договора периода действия Договора страхования, независимо от количества показателей при одном исследовании: гистологическое, вирусологическое, серологическое, иммунологическое, паразитологическое, ПЦР диагностика, аллерготесты, обследование на ИПП, онкомаркеры, если иное не предусмотрено Программой

страхования;

4.3.16. генетические исследования;

4.3.17. исследование TORCH-комплекса;

4.3.18. более одного раза за период действия Договора страхования магнитно-резонансная томография (МРТ) или компьютерная томография (КТ), в том числе КТ-денситометрия, двух рядом расположенных анатомических зон одновременно при проведении томографического сканирования;

4.3.19. более двух раз за период действия Договора страхования магнитно-резонансная томография (МРТ) или компьютерная томография (КТ), в том числе КТ-денситометрия, но не более одной анатомической зоны при проведении каждого томографического сканирования;

4.3.20. более одного раза за период действия Договора страхования радиоизотопное исследование;

4.3.21. более одного раза за период действия Договора страхования снимки 3D и 4D форматах;

4.3.22. капсульная эндоскопия;

4.3.23. плановая иммунизация, согласно календарю прививок, если иное не предусмотрено Программой страхования;

4.3.24. более одной вакцинации против гриппа за период действия Договора страхования;

4.3.25. выезд медицинской бригады Организации здравоохранения негосударственной формы собственности с целью проведения противозидемической вакцинации против гриппа в коллективе, если иное не предусмотрено Программой страхования;

4.3.26. стоматологические услуги, связанные с:

- лечением под общим наркозом;

- восстановлением (реставрацией) зубов свыше $\frac{1}{2}$ коронковой части, если иное не предусмотрено Программой страхования, за исключением случаев, связанных с восстановлением и (или) коррекцией после несчастных случаев, возникших в период действия Договора страхования;

- заменой старых пломб с косметической (эстетической) целью, если иное не предусмотрено Программой страхования;

- профилактической стоматологией;

- гигиеной полости рта, если иное не предусмотрено Программой страхования, за исключением снятия зубных отложений с подлежащих лечению зубов;

- отбеливанием зубов, если иное не предусмотрено Программой страхования;

- шинированием при остром и хроническом пародонтите;

- хирургическим лечением хронического пародонтита;
- оказанием более десяти процедур терапевтического лечения острого и хронического пародонтита, если иное не предусмотрено Программой страхования;
- трансплантацией и имплантацией;
- подготовкой к зубопротезированию, если иное не предусмотрено Программой страхования;
- зубопротезированием, например: микропротезирование, виниры, ламинаты, анкерные и иные штифты, термофилы;
- ортодонтическими видами лечения и подготовка к ним;

4.3.27. медикаментозное обеспечение, связанное с приобретением:

- биологических активных добавок (БАД);
- гомеопатических средств;
- витаминов, витаминно-минеральных комплексов, за исключением комплексного лечения по страховому случаю;
- фитосборов (фиточаи);
- изделий медицинского назначения, например: калоприемник, мочеприемник, устройства для введения пищи;
- расходных материалов, например: перевязочные материалы, шприцы, катетеры;
- косметически, гигиенических средств индивидуального ухода, например: зубная паста, шампуни, кремы;
- гормональных препаратов и других средств с целью контрацепции;
- медикаментов для лечения заболеваний, синдромов, состояний, не являющихся страховыми случаями;
- психотропных лекарственных средств, за исключением комплексного лечения по страховому случаю.

4.4. По Программе «С» не предоставляются следующие медицинские услуги:

4.4.1. лечение в условиях стационара Организации здравоохранения негосударственной формы собственности;

4.4.2. более одного раза плановая госпитализация за период действия Договора страхования;

4.4.3. плановая госпитализация менее чем за четырнадцать календарных дней до окончания срока действия Договора страхования;

4.4.4. сеансы литотрипсии, за исключением оказания скорой и неотложной медицинской помощи (угроза жизни) при впервые выявленном заболевании в период действия Договора страхования;

4.4.5. реконструктивное оперативное лечение заболеваний сердца, сосудов (аорто-коронарное шунтирование, баллонная ангиопластика, стенирование сосудов, установка кава-фильтров,

трансплантация и прочее), нервной системы, органов зрения и чувств, опорно-двигательного аппарата (имплантация, протезирование, эндопротезирование), другие высокотехнологичные и сложные медицинские вмешательства согласно перечням, утвержденным Указом Президента Республики Беларусь от 28.02.2013 г. № 94;

4.4.6. плановые хирургические операции, если иное не предусмотрено Программой страхования.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ВЗНОС И ПОРЯДОК УПЛАТЫ

5.1. Страховая сумма – это денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязан произвести выплату Выгодоприобретателю за оказание медицинских услуг Застрахованному лицу согласно Программе страхования, выбранной Страхователем, если страховой случай произошел в течение срока действия Договора страхования.

Страховая сумма устанавливается отдельно на каждое Застрахованное лицо по каждой Программе страхования по согласованию Страхователя и Страховщика.

В пределах страховой суммы по Программе «А» устанавливается лимит ответственности по каждой дополнительной услуге.

Страховая сумма по Договору страхования устанавливается по соглашению сторон в белорусских рублях или иностранной валюте в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

5.2. Если Выгодоприобретателю произведена страховая выплата в отношении Застрахованного лица, то последующая выплата производится в пределах разницы между страховой суммой на данное Застрахованное лицо и произведенной страховой выплатой в отношении данного Застрахованного лица.

5.3. Страховой тариф рассчитывается путем умножения базового страхового тарифа (Приложение № 1 Правил) на соответствующие корректировочные коэффициенты, утвержденные приказом Страховщика, и округляется до двух знаков после запятой.

5.4. Размер страхового взноса по Договору страхования определяется исходя из страховой суммы и рассчитанного страхового тарифа в соответствии с выбранной Программой страхования.

5.5. Страховой взнос по Договору страхования Страхователем – физическим лицом и индивидуальным предпринимателем уплачивается единовременно при заключении Договора страхования.

По Договорам страхования, заключаемым с иностранными гражданами на время пребывания в Республике Беларусь, страховой

взнос уплачивается единовременно при заключении Договора страхования.

5.6. Страховой взнос по Договору страхования Страхователем – юридическим лицом может быть уплачен как единовременно при заключении Договора страхования, так и в рассрочку.

По Договорам страхования, заключаемым на срок один год, страховой взнос может уплачиваться единовременно при заключении Договора страхования, в два срока, ежеквартально, ежемесячно:

5.6.1 при уплате страхового взноса в два срока первая его часть в размере не менее 50 % от исчисленного по Договору страхования страхового взноса уплачивается при заключении Договора страхования, а вторая часть – не позднее половины срока, прошедшего со дня вступления Договора страхования в силу;

5.6.2 при уплате страхового взноса ежеквартально первая его часть в размере не менее 25 % от исчисленного по Договору страхования страхового взноса уплачивается при заключении Договора страхования, а оставшаяся часть – равными долями ежеквартально по принципу предоплаты до начала следующего неоплаченного квартала;

5.6.3 при уплате страхового взноса ежемесячно первая его часть в размере не менее 8,33 % от исчисленного по Договору страхования страхового взноса уплачивается при заключении Договора страхования, а оставшаяся часть – равными долями ежемесячно по принципу предоплаты до начала следующего неоплаченного месяца.

5.7. исключен

5.8. В случае неуплаты Страхователем очередной части страхового взноса в установленный Договором страхования срок, Договор страхования прекращает действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем установленного срока уплаты очередной части страхового взноса, либо продолжает действие при наличии письменных обязательств Страхователя погасить задолженность (отсроченную сумму страхового взноса) в течение тридцати календарных дней со дня отсрочки платежа.

При неуплате отсроченной суммы страхового взноса в течение тридцати календарных дней со дня отсрочки платежа Договор страхования прекращает действовать с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем тридцатидневного срока, в течение которого Страхователь обязан уплатить отсроченную сумму страхового взноса.

При этом Страхователь не освобождается от уплаты страхового взноса за тридцатидневный срок действия Договора страхования.

5.9. Страховой взнос по Договору страхования уплачивается Страхователем путём безналичного перечисления или наличными денежными средствами в установленном законодательством порядке.

5.10. При установлении страховой суммы в иностранной валюте страховой взнос, исчисленный в валюте страховой суммы (округляется до двух знаков после запятой), может быть уплачен как в иностранной валюте (в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь), так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса (его части).

5.11. Исключён.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, а также путем обмена документами посредством почтовой (телетайпной, телеграфной), электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит со стороны по договору, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного ими.

Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя (по форме, утвержденной Страховщиком), являющегося неотъемлемой частью Договора страхования. Для заключения договора страхования Страхователь – физическое лицо предоставляет Страховщику документ, удостоверяющий личность.

6.2. Физические лица могут быть застрахованы как индивидуально, так и в группе физических лиц.

6.3. В случае заключения Договора страхования для группы физических лиц, Страхователем выступает старший группы. Страхователь предоставляет письменное заявление и список Застрахованных лиц (Приложение №1 к настоящим Правилам по форме, утвержденной Страховщиком), являющиеся неотъемлемой частью Договора страхования.

При этом Договор страхования (страховой полис) может быть оформлен один на группу физических лиц либо оформляется на каждое Застрахованное лицо.

Действующий Договор страхования для группы физических лиц не предполагает увеличения либо замены в списке Застрахованных лиц.

6.4. При коллективном страховании Страхователь - юридическое лицо предоставляет письменное заявление и список Застрахованных лиц (Приложение №2 к настоящим Правилам по форме, утвержденной Страховщиком), являющиеся неотъемлемыми частями Договора

страхования.

6.5. По согласованию Страховщика и Страхователя в действующий Договор страхования могут быть внесены изменения по списочному составу Застрахованных лиц (увеличение, сокращение, замена) путем заключения дополнительного соглашения о внесении изменений в действующий Договор страхования.

6.6. При внесении изменений в Договор страхования на оставшийся срок его действия неполный месяц считается как полный.

6.7. Письменное заявление об увеличении количества Застрахованных лиц со списком Застрахованных лиц (по форме, утвержденной Страховщиком), о замене Застрахованных лиц со списком Застрахованных лиц (по форме, утвержденной Страховщиком), о сокращении списка Застрахованных лиц (по форме, утвержденной Страховщиком) подается Страхователем за пять рабочих дней до предполагаемой даты внесения изменений в Договор страхования:

6.7.1 в случае увеличения количества Застрахованных лиц Страхователь производит доплату страхового взноса, исчисленного за период со дня, указанного в заявлении Страхователя, как срок начала действия Договора страхования для вновь Застрахованных лиц, до окончания срока действия Договора страхования.

Дополнительный страховой взнос рассчитывается согласно формуле:

$ДСВ = ГСВ \times n/t$, где

ДСВ – дополнительный страховой взнос;

ГСВ – годовой страховой взнос;

n – срок действия Договора страхования в месяцах, оставшихся до окончания срока действия Договора страхования с момента увеличения числа лиц по Договору страхования (неполный месяц считается за полный);

t – срок действия Договора страхования (в месяцах).

Доплата страхового взноса производится в следующем порядке, согласно пункту 5.6. Правил:

- одновременно с уплатой каждой части страхового взноса в порядке, установленном Правилами и указанным в Договоре страхования (страховом полисе), при уплате страхового взноса в рассрочку,

- либо единовременно при внесении изменений и дополнений в Договор страхования.

Лимит ответственности по дополнительным услугам рассчитывается пропорционально оставшемуся сроку действия Договора страхования (в месяцах);

6.7.2 замена Застрахованного лица применяется в том случае,

если по Договору страхования не производились страховые выплаты в пользу исключаемого из списка Застрахованного лица.

По решению Страховщика возможна замена Застрахованного лица и при наличии страховых выплат в отношении исключаемого Застрахованного лица, если страховые выплаты в пользу лица, исключаемого из списка Застрахованных лиц, не превышали одного процента от страховой суммы, установленной по данному Застрахованному лицу. В таком случае Договор страхования продолжает действовать в отношении вновь Застрахованного лица в пределах остатка страховой суммы, о чем вновь Застрахованное лицо должно быть уведомлено Страхователем.

Договор страхования в отношении вновь Застрахованного лица действует на условиях, на которых он был заключен (Программа страхования, страховая сумма, дополнительные услуги, порядок уплаты страхового взноса) в отношении исключаемого Застрахованного лица.

Договор страхования для вновь внесенных в список Застрахованных лиц начинает действовать после поступления доплаты страхового взноса на расчетный счет Страховщика (его представителя) по дополнительному соглашению сторон с 00 часов 00 минут дня, определенного заключенным дополнительным соглашением о внесении изменений в действующий Договор страхования и действует до окончания срока действия Договора страхования, о чем указано в Договоре страхования (страховом полисе);

6.7.3 в случае сокращения списка Застрахованных лиц Страхователю возвращается часть уплаченного за исключаемых из списка Застрахованных лиц страхового взноса пропорционально времени со дня внесения изменений в Договор страхования до окончания срока действия Договора страхования в течение пяти рабочих дней со дня внесения изменений в Договор страхования, если по Договору страхования в отношении исключаемых из списка Застрахованных лиц страховые выплаты не производились.

Сумма возврата части страхового взноса рассчитывается согласно формуле:

$$\text{ЧСВ} = \text{СВФ} - \text{СВР} / t \times n, \text{ где}$$

ЧСВ – часть страхового взноса, подлежащая возврату;

СВФ – страховой взнос (его часть), фактически уплаченный Страхователем;

СВР – страховой взнос, рассчитанный по Договору страхования;

t – срок действия Договора страхования (в месяцах);

n – срок действия Договора страхования в месяцах с начала его действия до его прекращения (неполный месяц считается за полный).

Возврат части страхового взноса по договору осуществляется в той валюте, в которой уплачен страховой взнос, если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь или соглашением сторон.

6.8. Замена Застрахованных лиц, изменение в сторону увеличения количества Застрахованных лиц возможны не позднее, чем за девяносто календарных дней до дня окончания действия Договора страхования для Страхователя, численностью до трехсот человек (включительно) и за шестьдесят календарных дней до дня окончания действия Договора страхования для Страхователя, численностью более трехсот человек.

6.9. Исключён.

6.10. При исключении из списка Застрахованных лиц взрослого члена семьи (родственника) одновременно исключается Застрахованное лицо – ребенок.

6.11. При заключении Договора страхования Застрахованное лицо оформляет «Карту здоровья» (Приложение №7 к настоящим Правилам по форме, утвержденной Страховщиком), на основании которой Страховщик относит его к определенной группе здоровья, используемой для расчета страхового тарифа:

6.11.1 после заполнения «Карты здоровья» и ее оценки Страховщиком для Застрахованного лица определяется одна из четырех групп здоровья:

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

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

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

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

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

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

- лица, выкуривающие более двадцати сигарет в день.

- IV группа – лица, страдающие хроническими заболеваниями в стадии компенсации или субкомпенсации (с нарушениями функций

органов и систем не выше второй степени) с обострениями два и более раз в год;

- лица, которым установлена 3-я группа инвалидности.

6.11.2 если число Застрахованных лиц одиннадцать и более, то «Карта здоровья» не заполняется, а при расчете страхового тарифа применяется корректировочный коэффициент, утвержденный приказом Страховщика, соответствующий группе здоровья II.

По решению Страховщика «Карта здоровья» Застрахованного лица может не заполняться и при расчете страхового тарифа применяется корректировочный коэффициент, утвержденный приказом Страховщика, соответствующий группе здоровья II.

6.12. Договор страхования заключается в письменной форме на условиях Правил, принятых Страхователем, путем присоединения к Договору страхования.

Страховщик вручает Страхователю:

- Договор страхования (страховой полис), подписанный Страховщиком и Страхователем;
- Правила, о чем в Договоре страхования (страховом полисе) делается отметка;
- именные карточки Застрахованных лиц;
- Программы страхования, подписанные Страховщиком и Страхователем.

В случае утраты Договора страхования (страхового полиса) Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает копию Договора страхования (дубликат страхового полиса). Утерянный документ признается недействительным с момента его утраты и выплаты по нему не производятся.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования может заключаться на срок от одного месяца до трех лет включительно.

С иностранными гражданами и лицами без гражданства, временно пребывающими или временно проживающими в Республике Беларусь, – на срок пребывания в Республике Беларусь, но не менее одного месяца.

Срок действия Договора страхования указывается в Договоре страхования (страховом полисе).

7.2. Договор страхования по соглашению Страховщика и Страхователя вступает в силу с 00 часов 00 минут любого дня в течение тридцати календарных дней со дня уплаты страхового взноса или его первой части Страховщику (его представителю).

Днем уплаты считается день поступления страхового взноса или

его части на расчетный счет Страховщика (его представителя), либо в кассу Страховщика.

7.3. Договор страхования прекращается в случаях:

7.3.1 окончания срока действия Договора страхования;

7.3.2 выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме;

7.3.3 неуплаты Страхователем очередной части страхового взноса в установленные Договором страхования (страховом полисе) сроки и размере, за исключением случая, предусмотренного пунктом 5.8. Правил;

7.3.4 ликвидации Страхователя – юридического лица, прекращения деятельности Страхователя – индивидуального предпринимателя, смерти Страхователя – физического лица, кроме случая, предусмотренного пунктом 7.5. Правил;

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

7.3.6. в отношении Застрахованного лица, у которого в период действия Договора страхования обнаружены заболевания (обстоятельства), перечисленные в пункте 1.4. Правил;

7.3.7 соглашения Страховщика и Страхователя, оформленного в письменном виде;

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

7.4. При досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с подпунктами 7.3.4-7.3.7. пункта 7.3. Правил Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовал Договор страхования. Если по Договору страхования (по подпункту 7.3.6. пункта 7.3. Правил – в отношении Застрахованного лица) производились выплаты страхового обеспечения или заявлены убытки, страховой взнос возврату не подлежит.

При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования (подпункт 7.3.8. пункта 7.3. Правил) уплаченный Страховщику страховой взнос возврату не подлежит.

О намерении досрочно прекратить Договор страхования по обстоятельствам, указанным в подпунктах 7.3.4-7.3.8. пункта 7.3. Правил Страхователь должен уведомить Страховщика не позднее, чем за пять рабочих дней до даты прекращения.

Основанием для досрочного прекращения договора страхования в случаях, предусмотренных подпунктами 7.3.4.-7.3.8. пункта 7.3. Правил,

является письменное заявление Страхователя. Датой досрочного прекращения договора страхования признается дата, следующая за датой поступления заявления о прекращении договора страхования Страховщику. Часть страхового взноса, подлежащая возврату в случае досрочного прекращения Договора страхования в соответствии с подпунктами 7.3.4-7.3.7. пункта 7.3. Правил, выплачивается Страховщиком Страхователю путем безналичного перечисления на его расчетный счет либо выдачи из кассы Страховщика (в установленном законодательством порядке) пропорционально времени, оставшемуся с даты прекращения договора до дня окончания срока его действия, в течение 5 рабочих дней с даты прекращения договора страхования. Возврат части страхового взноса по договору осуществляется в той валюте, в которой уплачен страховой взнос, если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь или соглашением сторон.

Сумма возврата части страхового взноса рассчитывается согласно формуле:

$$\text{ЧСВ} = \text{СВФ} - \text{СВР} / t \times n$$
, где

ЧСВ – часть страхового взноса, подлежащая возврату;

СВФ – страховой взнос, фактически уплаченный Страхователем;

СВР – страховой взнос, рассчитанный по Договору страхования;

t – срок действия Договора страхования (в месяцах);

n – срок действия Договора страхования в месяцах с начала его действия до его прекращения (неполный месяц считается за полный).

Исключен.

За несвоевременный возврат вышеуказанной суммы Страхователю выплачивается пеня в размере 0,1 % за каждый день просрочки от суммы, подлежащей возврату.

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

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

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

8.1. Страхователь обязан:

8.1.1 своевременно и в полном объеме уплачивать страховой взнос;

8.1.2 надлежащим образом исполнять условия Договора страхования;

8.1.3 при заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для определения вероятности наступления страхового случая, а также обо всех заключенных аналогичных Договорах страхования.

Существенными признаются обстоятельства, предусмотренные в Договоре страхования или страховом полисе, на основании письменного заявления и списка Застрахованных лиц от Страхователя.

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в части первой настоящего пункта, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным.

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

При неисполнении Страхователем данной обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения ему убытков, причиненных расторжением Договора страхования.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска. Дополнительный страховой взнос рассчитывается согласно формуле:

$$ДСВ = (НСС \times T2 - ПСС \times T1) \times n/t,$$
 где

ДСВ – дополнительный страховой взнос;

ПСС – прежняя страховая сумма;

НСС – новая страховая сумма;

T1 – страховой тариф на момент заключения Договора страхования с учетом корректировочных коэффициентов;

T2 – страховой тариф на момент увеличения страхового риска с учетом корректировочных коэффициентов;

n – срок действия Договора страхования в месяцах, оставшихся до окончания срока действия Договора страхования с момента увеличения страхового риска (неполный месяц считается за полный);

t – срок действия Договора страхования (в месяцах).

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского кодекса Республики Беларусь.

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

8.1.5 незамедлительно, но не позднее трех рабочих дней, уведомлять Страховщика о наступлении страхового случая;

8.1.6 при заключении Договора страхования ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по Договору страхования, предоставлять им информацию об изменении условий Договора страхования.

8.2. Страхователь имеет право:

8.2.1 выбрать Программы страхования на момент заключения Договора страхования;

8.2.2 ознакомиться с условиями Договора страхования;

8.2.3 уплачивать страховой взнос по Договору страхования в соответствии с Правилами единовременно либо по соглашению сторон в рассрочку.

8.3. Страховщик обязан:

8.3.1 ознакомить Страхователя с условиями добровольного страхования медицинских расходов;

8.3.2 выдать Страхователю Договор страхования (страховой полис), именную карточку Застрахованного лица, Правила, Программу страхования;

8.3.3 надлежащим образом исполнять условия Договора страхования;

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

8.4. Страховщик имеет право:

8.4.1 проверять информацию, сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) при заключении Договора страхования и требовать при необходимости дополнительную медицинскую информацию;

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

8.4.3 отсрочить составление Акта о страховом случае (по форме, утвержденной Страховщиком) в случаях, когда ему не предоставлены все необходимые документы – до их предоставления, а также если имеются сомнения в подлинности документов, подтверждающих факт страхового случая, до того времени, пока не будет подтверждена их подлинность лицами, предоставившими такие документы, либо самим Страховщиком на основании его запроса в орган, выдавший документы;

8.4.4 определить Организацию здравоохранения для оказания медицинской услуги Застрахованному лицу;

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

8.4.6 затребовать от Застрахованного лица:

- заключение (направление) врача-специалиста Организации здравоохранения для получения медицинской услуги, а при отсутствии возможности у Застрахованного лица предоставить документ, запросить его непосредственно в Организации здравоохранения;

- возмещение понесенных Организацией здравоохранения расходов, превышающих страховую сумму по каждой Программе страхования, лимит ответственности по каждой дополнительной услуге, при признании случая не страховым согласно Договору страхования;

- возмещение стоимости медицинских услуг, гарантированных Организации здравоохранения в период действия Договора страхования, но оказанных по истечении срока страхования в случае исключения Страхователем Застрахованного лица из списка Застрахованных лиц;

Возмещение стоимости медицинских услуг производится Застрахованным лицом Организации здравоохранения.

8.4.7 отказать в оплате медицинских услуг, а также досрочно прекратить действие Договора страхования в отношении Застрахованного лица, передавшего именную карточку Застрахованного лица другому лицу с целью получения им медицинских услуг по Договору страхования.

8.5. Застрахованное лицо обязано:

8.5.1 при заключении Договора страхования заполнить «Карту здоровья»;

8.5.2 выполнять условия Договора страхования;

8.5.3 при расстройстве здоровья (несчастном случае) обратиться по телефону, указанному в именной карточке Застрахованного лица, к представителю Страховщика, который своевременно организует

оказание медицинской услуги. В случаях, требующих оказания скорой и неотложной медицинской помощи, Застрахованное лицо имеет право обращаться на станцию скорой и неотложной медицинской помощи по тел. «103».

8.5.4 по требованию Страховщика предоставить заключение (направление) врача-специалиста Организации здравоохранения для получения медицинской услуги;

8.5.5 при обращении в Организацию здравоохранения за медицинской помощью предъявлять именную карточку Застрахованного лица, документ, удостоверяющий личность;

8.5.6 соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Организацией здравоохранения;

8.5.7 возместить Организации здравоохранения, понесенные ею расходы, либо Страховщику, оплатившему расходы Организации здравоохранения, превышающие страховую сумму по каждой Программе страхования, лимит ответственности по каждой дополнительной услуге, при признании случая не страховым согласно Договору страхования;

8.5.8 в случае исключения Страхователем из списков Застрахованных лиц самостоятельно возместить стоимость медицинских услуг, гарантированных Страховщиком в период действия Договора страхования, но оказанных по истечении срока действия Договора страхования, Организации здравоохранения;

8.5.9 заботиться о сохранности Договора страхования (страхового полиса), именной карточки Застрахованного лица. При утрате Договора страхования (страхового полиса) и (или) именной карточки Застрахованного лица незамедлительно сообщить об этом Страховщику;

8.5.10 пользоваться именной карточкой Застрахованного лица лично и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования;

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

8.5.12 надлежащим образом исполнять условия Договора страхования.

8.6. Застрахованное лицо имеет право на:

8.6.1 получение информации о Правилах и Программах страхования, порядке предоставления медицинских услуг;

8.6.2 требование исполнения Страховщиком принятых обязательств по Договору страхования при наступлении страхового случая;

8.6.3 самостоятельную (по согласованию со Страховщиком) оплату медицинских услуг, лекарственных препаратов при наступлении страхового случая;

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

9. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

9.1. Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком на основании Акта о страховом случае (по форме, утвержденной Страховщиком). Акт о страховом случае составляется на основании следующих документов, представляемых:

9.1.1 Выгодоприобретателем – Организацией здравоохранения, с которой Страховщик заключил договор на оказание медицинских услуг и, которая в соответствии с Программой страхования предоставила Застрахованному лицу медицинскую услугу:

- счет-фактура;
- акт оказанных медицинских услуг в амбулаторных условиях и (или) стационарных условиях;
- выписка из стационарных карт пациента (эпикриз) в случае лечения в стационарных условиях Застрахованного лица, в которой отражается объем оказанных медицинских услуг;
- сводный реестр на отпущенные лекарственные препараты;

9.1.2. Выгодоприобретателем – Застрахованным лицом (его законным представителем) или Страхователем (его законным представителем), понесшим расходы в связи с оказанием Застрахованному лицу медицинских услуг, оплатившим лекарственные препараты (при наличии в Программе страхования дополнительной услуги «медикаментозное обеспечение») при наступлении страхового случая (документы предоставляются не позднее 30 календарных дней с момента их оплаты):

- заявление о выплате страхового обеспечения (по форме, утвержденной Страховщиком);
- документ (его копия), подтверждающий факт обращения за медицинской помощью и содержащий дату обращения, сроки оказания медицинских услуг, перечень оказанных медицинских услуг, диагноз. В случае приобретения лекарственных препаратов – оригинал либо копия рецепта и/или оригинал либо копия выписки из медицинских

документов, подтверждающие факт назначения лекарственного препарата;

- оригинал платежного документа, подтверждающего оплату медицинских услуг, лекарственных препаратов. В случае, если в платежных документах отсутствует наименование медицинских услуг, лекарственных препаратов, необходимо предоставление товарного чека (акт оказанных медицинских услуг, заказ-наряд), в котором должны быть указаны наименования медицинских услуг, лекарственных препаратов.

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

9.3. Выплата страхового обеспечения Выгодоприобретателю осуществляется в пределах установленной Договором страхования страховой суммы по каждой Программе страхования, лимита ответственности по каждой дополнительной услуге.

Выплата страхового обеспечения производится в белорусских рублях.

Для определения размера выплаты страхового обеспечения в иностранной валюте применяется официальный курс белорусского рубля по отношению к иностранной валюте, установленный Национальным банком Республики Беларусь на день составления Акта о страховом случае.

Договор страхования, по которому произведена выплата, действует в размере разницы между страховой суммой, установленной на каждую Программу страхования и суммами выплаченного страхового обеспечения.

9.4. Выплата страхового обеспечения Выгодоприобретателю - Организации здравоохранения осуществляется в сроки, определенные договором на оказание медицинских услуг, заключенным между Страховщиком и Организацией здравоохранения, после составления Страховщиком Акта о страховом случае.

Выплата страхового обеспечения Выгодоприобретателю - Застрахованному лицу (его законному представителю) или Страхователю (его законному представителю) осуществляется в течение пяти рабочих дней после составления Страховщиком Акта о страховом случае.

9.5. За несвоевременную выплату страхового обеспечения Страховщик уплачивает Выгодоприобретателю - Организации здравоохранения пеню за каждый день просрочки в размере 0,1 % от суммы, подлежащей к выплате.

За несвоевременную выплату страхового обеспечения Страховщик уплачивает Выгодоприобретателю - Застрахованному лицу

пеню за каждый день просрочки в размере 0,5 % от суммы, подлежащей к выплате.

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

- а) умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица);
- б) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны, если международными договорами Республики Беларусь, актами законодательства Республики Беларусь не предусмотрено иное.

Решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком и сообщается Выгодоприобретателю и (или) Страхователю (Застрахованному лицу) в письменной форме с мотивацией причины отказа в течение десяти рабочих дней со дня его принятия.

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