

# **ПРАВИЛА № 1 ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ**

## **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 –физическими 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, произшедшее 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 также предусматривать включение дополнительных: видов медицинских услуг, объема медицинских услуг, в том числе и указанных в пункте 12 настоящих Правил.

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 (под пункт 9.1 пункта 9 настоящих Правил), КВ или КД (под пункт 9.2 пункта 9 настоящих Правил).

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 членов семьи страхователя – физического лица. В этом случае страхователю выдается договор страхования с пометкой «Семейный».

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 (под пункт 9.1 пункта 9 настоящих Правил), КВ или КД (под пункт 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 абORTA, 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 (под пункт 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, периодоните, 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, ириодиагностика, 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 (автоиммунными) 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 инсулиновозисимым (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 заболеванию;
- 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. мониторной очисткой кишечника, в т.ч. гидроколонтерапией;
- 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 геммороидальных 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, дерматофитом, 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, расположеными 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.
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 12.1-12.9 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).

Страховая сумма по санаторно-курортному, реабилитационному лечению (подпункты 12.3-12.4 пункта 12 настоящих Правил) устанавливается страховщиком в размере стоимости медицинских услуг в соответствии с программой санаторно-курортной организации или реабилитационного центра, но не более 60,0% стоимости санаторной путевки, стоимости реабилитации.

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.

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, разработанные и утвержденные Страховщиком в установленном порядке.

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.

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.

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

Сроки уплаты каждой последующей части страховой премии при уплате в рассрочку устанавливаются не позднее последнего дня оплаченного периода.

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) и (или) иные документы, подтверждающие проведение операций по текущему (расчетному) счету.

28. В случае неуплаты очередной части страховой премии 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 очередной части страховой премии;

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 период действия договора страхования, в котором предоставлялась отсрочка по уплате страховой премии.

## ГЛАВА 5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

29. Договор страхования заключается на основании письменного заявления страхователя. Страхователь – физическое лицо предоставляет страховщику заявление по форме, согласно Приложению 2 к настоящим Правилам. При страховании не по программе «Семейный полис» группы лиц страхователь – физическое лицо предоставляет страховщику заявление по форме, согласно Приложению 11 к настоящим Правилам. Страхователь – юридическое лицо, индивидуальный предприниматель предоставляет страховщику заявление и список застрахованных лиц по формам, согласно Приложениям 3 и 4 к настоящим Правилам.

Заявление о страховании составляется в двух экземплярах. Первый экземпляр заявления со всеми прилагаемыми к нему документами остается у страховщика, второй после исчисления страховой премии по договору передается страхователю. После заключения договора страхования заявление со всеми прилагаемыми к нему документами становится неотъемлемой частью 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.

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 – предприятием 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 представляет 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 представляет 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 представляет 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.

При включении в страховую медицинскую программу дополнительных медицинских услуг доплата страховой премии производится страхователем единовременно при внесении соответствующих изменений (дополнений) в договор 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 случая, указанного в 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 может заключаться в отношении граждан Республики Беларусь на срок от одного месяца до 1 года, 1 или 2 года.

В отношении иностранных граждан, лиц без гражданства договор страхования заключается на срок пребывания в Республике Беларусь, но не менее одного месяца и не более, чем на 1 год, или когда срок пребывания превышает либо равен 2 годам на срок 2 года.

38. Договор страхования вступает в силу:

38.1. при безналичном перечислении – по соглашению сторон с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем поступления страховой премии по договору или первой его части на счет страховщика (его представителя), либо с 00 часов 00 минут любого дня в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня уплаты страховой премии по договору или первой ее части на счет страховщика (его представителя);

38.2. при уплате наличными деньгами – по соглашению сторон с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем получения страховой премии или первой его части страховщиком (его представителем), либо с 00 часов 00 минут любого дня в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения страховой премии по договору или первой

его части страховщиком (его представителем);

38.3. при заключении договора страхования на новый срок до истечения действия предыдущего договора – с 00 часов дня следующего за днем окончания действия предыдущего договора страхования.

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

41.5. если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпада, 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-б 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, предусмотренных 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 Правилах.

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 телеконференции), 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. возвратить страховщику договор страхования (карточку застрахованного лица) в случае признания договора страхования недействительным или расторжения 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 круглогодичной службе ассистанта 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 нем другим лицам;

53.5. при наступлении страхового случая обращаться за медицинской помощью в организации здравоохранения,

указанные в договоре страхования, при обращении в организацию 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. возвратить страховщику договор страхования (карточку застрахованного лица) в случае признания договора страхования недействительным или расторжения 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 организаций 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 И ВСТУПЛЕНИЕ ПРАВИЛ СТРАХОВАНИЯ В СИЛУ**

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

Настоящие Правила вступают в силу с даты, указанной в специальном разрешении (лицензии) на осуществление страхований деятельности, для такой составляющей страховую деятельность работы и услуги как добровольное страхование медицинских расходов.