

Заявление о добровольном страховании медицинских расходов (для Страхователей - физических лиц, граждан Республики Беларусь, а также лиц, имеющих вид на жительство в Республике Беларусь)

**1. Сведения о Страхователе:**

1.1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)

Идентификационный номер \_\_\_\_\_

1.2. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

1.3. Регистрация по месту жительства \_\_\_\_\_

1.4. Паспортные данные (серия и номер, дата выдачи, наименование гос. органа, выдавшего паспорт)

1.5. Телефон \_\_\_\_\_

Прошу заключить договор добровольного страхования на условиях действующих в ЗАО «Белнефтехстрах» Правил № 17 добровольного страхования медицинских расходов по программе добровольного страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь» в пользу лица, указанного в пункте 2 настоящего заявления.

2. Сведения о Застрахованном лице:

2.1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)

2.2. Идентификационный номер \_\_\_\_\_

2.3. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

2.4. Регистрация по месту жительства

2.5. Паспортные данные (серия и номер, дата выдачи, наименование гос. органа, выдавшего паспорт)

2.6. Телефон \_\_\_\_\_

«Сведения о Застрахованном лице» не заполняются в случае, если Страхователь и Застрахованное лицо совпадают.

**3. Условия договора страхования:**

3.1. Страховая сумма по договору страхования 3 265,30 рублей.

3.2. Срок действия договора страхования – **12 месяцев**.

со дня, следующего за днем уплаты страхового взноса  с другой даты «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 г.

3.3. Периодичность уплаты страхового взноса: - **единовременно**.

3.4. Наличие договоров по добровольному страхованию медицинских расходов, заключенных с другой страховой организацией

\_\_\_\_\_ (наименование Страховщика, №№ договоров страхования (страховых полисов))

**4. Дополнительные сведения**

К лицам, не подлежащим страхованию в соответствии с пунктом 1.3. Правил страхования, Застрахованное лицо не относится:

- не состоит на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах; не является ВИЧ-инфицированным, не болен СПИДом; не является инвалидом I-ой группы или ребенком-инвалидом.

Настоящим подтверждаю, что сведения, приведенные в этом заявлении, являются полными и достоверными и служат основанием для заключения договора страхования, являясь его неотъемлемой частью.

С правилами страхования ознакомлен, согласен заключить договор страхования на условиях Правил страхования.

Страхователь \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ  
РАСХОДОВ серия \_\_\_\_\_**

Страховщик	Закрытое акционерное страховое общество «Белнефтестрах» 220089, г. Минск, ул. Щорса 3-я, 9 - 11, УНП 101143603 инфолиния (017) 2 900 400, факс (017) 226 78 88, insurance@bns.by		
от имени которого действует			
в лице			
на основании	договора поручения № _____	от _____	и доверенности № _____ от _____
Страхователь	ФИО, дата рождения _____		

на условиях Правил добровольного страхования медицинских расходов ЗАО «Белнефтестрах» (далее – Правила) № 17, согласованных с Министерством финансов Республики Беларусь от 24.03.2017 № 727 с изменениями и дополнениями, которые принимаются страхователем путем присоединения к настоящему договору страхования, в соответствии со специальным разрешением (лицензией) на право осуществления страховой деятельности 02200/13-00011 от 26.02.2004, на основании письменного заявления от \_\_\_\_\_ заключили договор страхования о нижеследующем:

**1.** Объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Страхователя либо Застрахованного лица, связанные с компенсацией расходов организации здравоохранения, вызванных его обращением в организацию здравоохранения за оказанием медицинской помощи, включенной в программу добровольного страхования, вследствие внезапного расстройства здоровья или несчастного случая.

**2. Застрахованное лицо:** \_\_\_\_\_, **дата рождения:** \_\_\_\_\_.

**3. Выгодоприобретатели:**

- организации здравоохранения, входящие в государственную систему здравоохранения, кроме ГУ «Республиканский клинический медицинский центр Управления делами Президента Республики Беларусь»,
- негосударственные организации здравоохранения, индивидуальные предприниматели и другие организации, которые наряду с основной деятельностью осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Республики Беларусь, имеющие специальное разрешение (лицензию) на осуществление медицинской деятельности, **за исключением** ООО «ЛОДЭ» (в том числе и в регионах), ООО «Медицинский центр Нордин», Медицинский центр «Полимед», Реабилитационный центр «Элеос», ОДО «Медицинский центр Кравира», ИООО «Синэво», ООО «Медицинский центр ТОМОГРАФИЯ».

**4. Программа добровольного страхования: «Амбулаторно-поликлиническая помощь»** включает:

- осмотры (консультации) врачей следующих специальностей: терапевта, гинеколога, уролога, гастроэнтеролога, кардиолога, оториноларинголога, офтальмолога, травматолога, хирурга, эндокринолога, проктолога, невролога, онколога (общий профиль), дерматолога, инфекциониста;
- лабораторные исследования: анализы крови и других биологических сред организма;
- общеклинические;
- биохимические в количестве, не более 7-и показателей однократно за период действия договора страхования (исключая исследования витаминов);
- гормональные не более 3-х показателей однократно за период действия договора страхования;
- гистологические;
- бакпосев однократно;
- цитологические (за исключением жидкостной цитологии);
- онкомаркеры не более 2-х показателей за период действия договора страхования;
- одна аллергопанель однократно за период действия договора страхования;
- диагностика на инфекции (не более 3-х показателей) методами РИФ, ИФА, ПЦР (кроме количественного определения типа ДНК ВПЧ);
- малые оперативные и диагностические вмешательства: диагностическая биопсия лимфатического узла, щитовидной железы, молочной железы (однократно по каждой позиции); обработка ран или инфицированных тканей в случаях травматических и термических повреждений; наложение/снятие швов на раны;
- медицинские манипуляции по назначению врача (только в государственных организациях здравоохранения, не более 10 процедур в совокупности): перевязки; инъекции (подкожные, внутримышечные, внутривенно-струйные), любые виды блокад (не более 2-х процедур в совокупности), промывание лакун миндалин (не более 5 процедур);
- инструментальные методы исследования (не более 3-х раз за период действия договора страхования в совокупности по всем видам инструментальных методов): велоэргометрия реовазография нижних конечностей, реовазография верхних конечностей, реоэнцефалография, исследование функции внешнего дыхания, электроэнцефалография, суточное мониторирование артериального давления, ЭКГ, ультразвуковая диагностика (не более 2-х исследований, исключая стресс ЭХО-КГ и УЗИ с эластографией); рентгенологические исследования (за исключением снимков в 3D и 4D форматах, денситометрии), эзофагогастродуоденоскопия, ректороманоскопия; эндоскопические исследования (1 раз по каждому виду исследования) органов дыхания, мочеполовых и др. органов (исключая гистероскопию);
- магнитно-резонансная томография без контрастирования (1 раз и 1 анатомическая зона без ангиопрограммы)
- только в государственных организациях здравоохранения;
- физиотерапевтическое лечение (только в государственных организациях здравоохранения, не более 10 процедур по каждому виду воздействия, но не более 20 процедур в совокупности): электро-, свето-,

теплотечение, магнито- и лазеротерапия, ультразвуковая, микроволновая терапия), ингаляции.

**5.** Страховой случай: факт понесенных организацией здравоохранения расходов, вызванных обращением Застрахованного лица в организацию здравоохранения за оказанием медицинской помощи, включенной в программу добровольного страхования, вследствие внезапного расстройства здоровья (острого заболевания или обострения хронического), требующее неотложного медицинского вмешательства, или несчастного случая, наступившего в период действия договора страхования (травмы, ожоги, отравления, возникшие в период действия договора).

**6.** Страховая сумма по договору страхования: 3 265,30 (три тысячи двести шестьдесят пять белорусских рублей 30 копеек).

**7.** Страховой тариф: 6,125%

**8.** Страховой взнос по договору страхования 200,00 (двести белорусских рублей 00 копеек). При заключении договора страхования страховой взнос уплачен Страхователем одновременно путем безналичного перечисления в сумму 200,00 (двести белорусских рублей 00 копеек).

**9.** Срок действия договора страхования - 12 месяцев с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут \_\_\_\_\_.

**10.** Территория действия договора страхования – действие договора страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие на территории Республики Беларусь.

**11.** Порядок оказания медицинской помощи:

11.1. По гарантийному письму страховой компании, подтверждающему посещение специалиста (после звонка в страховую компанию).

11.2. Самостоятельная запись и оплата оказанной медицинской услуги с последующим обращением за возмещением понесенных расходов (подтвержденных документально).

**12.** Порядок выплаты страхового обеспечения Застрахованному лицу при его самостоятельном обращении за медицинской помощью.

Выплата страхового обеспечения производится застрахованному лицу, понесшему расходы при получении медицинской помощи.

Для решения вопроса о страховой выплате по расходам, оплаченным Застрахованным лицом самостоятельно Застрахованное лицо должно не позднее 35- ти календарных дней с момента их оплаты предоставить Страховщику следующие документы:

а) заявление о страховой выплате;

б) договор страхования;

в) копию документа, подтверждающего факт обращения за медицинской помощью, содержащего дату обращения, сроки оказания медицинских услуг с указанием их перечня, диагноз (консультативное заключение, эпикриз, выписка из карты амбулаторного больного и т.п.) – при предъявлении заверенного печатью и подписью ответственного лица организации здравоохранения оригинала такого документа;

г) оригиналы платежных документов, подтверждающих оплату лечения, медикаментов, изделий медицинского назначения, назначенных врачом (указанных в заключении лечащего врача, эпикризе). В случае, если в платежных документах отсутствует наименование медицинских услуг, лекарственных средств, изделий медицинского назначения, то необходимо представить товарный чек (акт оказанных медицинских услуг, заказ-наряд), в котором должны быть указаны наименования медицинских услуг, лекарственных средств, изделий медицинского назначения;

д) копию документа, удостоверяющего личность (паспорт, свидетельство о рождении Застрахованного несовершеннолетнего лица) – при предъявлении оригиналов этих документов.

Решение о признании случая страховым принимается Страховщиком в соответствии с условиями пункта 17.4 Правил.

Расчет размера страхового обеспечения и страховая выплата производится в порядке, определенном пунктом 17.5 Правил.

**13.** Страховщик не признает страховым случаем по настоящему Договору и не возмещает расходы, связанные с оказанием услуг Застрахованному лицу, не включенных в программу «Амбулаторно-поликлиническая помощь».

Не признаются страховыми случаями и Страховщиком не возмещаются понесенные расходы, вызванные обращениями Застрахованных лиц в медицинские организации за предоставлением медицинской помощи по поводу заболеваний согласно пункту 4.1. Правил № 17.

Не организуется предоставление медицинской помощи и не оплачиваются медицинские расходы в случаях, указанных в пункте 4.2. Правил № 17.

**14.** Основания расторжения договора страхования ранее установленного срока:

14.1. выполнение Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме;

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

14.3. смерть Страхователя, кроме случая предусмотренного пунктом 13.1 Правил;

14.4. отказ Страхователя от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по причинам иным, чем наступление страхового случая;

14.5. соглашение сторон, оформленное в письменном виде. Договор страхования прекращается с даты, определенной соглашением сторон;

14.6. когда в период действия договора страхования у Застрахованного лица обнаружены заболевания, перечисленные в пункте 1.3 Правил;

14.7. в других случаях, предусмотренных законодательством.

**15.** При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, в соответствии с условиями

подпунктов 14.2, 14.3, 14.5, 14.6, Страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и возвращает Страхователю (наследникам по закону – подпункт 14.3) при отсутствии выплат страхового обеспечения (заявленных событий, которые могут быть признаны страховым случаем и по которым может быть произведена выплата страхового обеспечения) часть уплаченного страхового взноса пропорционально времени, оставшемуся со дня досрочного прекращения договора страхования до окончания срока его действия.

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования (подпункт 14.4) страховой взнос возврату не подлежит.

Возврат причитающейся части страхового взноса в случае прекращения договора страхования ранее установленного срока производится Страхователю в течение 5 рабочих дней со дня расторжения договора страхования наличными деньгами из кассы Страховщика или путем перечисления на счет Страхователя в банке. За несвоевременный возврат причитающейся части страхового взноса по вине Страховщика Страхователю выплачивается пеня за каждый день просрочки в размере 0,1% от суммы, подлежащей возврату.

**16.** Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в отношении Застрахованного лица, которое передало иному лицу договор страхования (страховой полис) или карточку Застрахованного лица с целью получения этим лицом медицинских услуг по договору страхования. Страховой взнос в этом случае возврату не подлежит.

**17.** Стороны принимают использование факсимильного воспроизведения печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования при заключении настоящего договора.

**18.** Во всем остальном, что прямо не предусмотрено настоящим договором страхования, стороны руководствуются Правилами, которые являются неотъемлемой частью настоящего договора страхования, и законодательством Республики Беларусь. Споры, возникающие между Страхователем и Страховщиком, разрешаются судами Республики Беларусь в соответствии с их компетенцией.

**19.** Предоставляю ЗАСО «Белнефестрах» право (даю свое согласие) осуществлять обработку, хранение, сбор и иное использование моих персональных данных в целях заключения и исполнения договоров страхования, совершения иных сделок и действий, влекущих установление, изменение, прекращение моих гражданских прав и обязанностей, гражданских прав и обязанностей третьих лиц, а также в целях выполнения иных уставных целей и задач ЗАСО «Белнефестрах» в соответствии с законодательством. Настоящим также даю свое согласие на то, что в случае необходимости предоставления моих персональных данных для достижения указанных выше целей третьему лицу, а равно как при привлечении третьих лиц к оказанию услуг в указанных целях, передачи ЗАСО «Белнефестрах» принадлежащих ему функций и полномочий иному лицу, ЗАСО «Белнефестрах» вправе раскрывать в необходимом объеме для совершения вышеуказанных действий информацию о моих персональных данных таким третьим лицам, их уполномоченным представителям, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие такую информацию. Раскрытие информации третьим лицам производится с соблюдением тайны сведений о страховании и законодательства. Указанные мною персональные данные предоставляются также:

в целях информирования меня ЗАСО «Белнефестрах» о необходимости уплаты очередных частей страховых взносов по заключенным со мной договорам страхования, об истечении сроков действия указанных договоров страхования, возможности их пролонгации на прежних либо новых условиях, предоставления мне иной информации, связанной с исполнением заключенных со мной договоров страхования;

в целях информирования меня о новых услугах ЗАСО «Белнефестрах», проводимых рекламных акциях, играх и т.д. посредством электронной почты, сообщений в личном кабинете.

Настоящее согласие дается до истечения определяемых в соответствии с законодательством Республики Беларусь сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих информацию о моих персональных данных. Согласие может быть отозвано путем направления в ЗАСО «Белнефестрах» письменного уведомления об отзыве согласия заказным письмом с уведомлением о вручении.

Подтверждаю, что указанные при заключении договора страхования персональные данные являются достоверными и полными, сообщены мною по своей воле и в своем интересе.

Я ознакомился с Согласием и принимаю условия \_\_\_\_\_

(подпись Страхователя)

С условиями страхования ознакомлен и согласен, правила страхования получил  
**Страхователь**

Дата заключения  
договора  
страхования

**Страховщик**



(подпись) / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_

(подпись)  
М.П.