

Заявление о добровольном страховании медицинских расходов (для Страхователей - физических лиц, когда страховым агентом выступает банк)

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 ЗАСО «Белнефестрах» Правил № 17 добровольного страхования медицинских расходов по программе добровольного страхования «Комплексная 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 13 714,30 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 1-ой группы,
- не является 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 № _____ серия АЛД
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ

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 ЗАСО «Белнефтестрах» № 17, утвержденных генеральным директором ЗАСО «Белнефтестрах» 01.10.2019 г. (далее – Правила), 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 медицинской организации, индивидуальному предпринимателю, Страхователю или Застрахованному лицу (далее - Выгодоприобретателю), вызванных обращением Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, предусмотренной договором страхования (программой добровольного страхования), при наступлении страхового случая.

2. Застрахованное лицо: _____, **дата рождения:** _____.

3. Программа добровольного страхования «Комплексная помощь» включает:

-комплекс медицинских мероприятий, оказываемых Застрахованному лицу по программе добровольного страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь» (подпункт 3.3.1 пункта 3.3 Правил);

-комплекс медицинских мероприятий, оказываемых Застрахованному лицу по программе «Стационарная помощь» (подпункт 3.3.2 пункта 3.3 Правил).

3.1. Выгодоприобретатели по программе «Амбулаторно-поликлиническая помощь»:

- 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 «ЛЮДЭ» (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».

3.2. Выгодоприобретатели по программе «Стационарная помощь»:

- организации здравоохранения, входящие в государственную систему здравоохранения, **за исключением:**

- ГУ «Республиканский клинический медицинский центр Управления делами Президента Республики Беларусь»,
- республиканских научно-практических центров.

4. Объем медицинских услуг, предоставляемых по медицинским показаниям Застрахованному лицу по договору добровольного страхования медицинских расходов, заключенному по программе добровольного страхования «Комплексная помощь», включает:

4.1. Амбулаторно-поликлиническую помощь (первичная медико-санитарная помощь, оказываемая в амбулаторных условиях):

- осмотры (консультации) врачей следующих специальностей: терапевта, гинеколога, уролога, гастроэнтеролога, кардиолога, оториноларинголога, офтальмолога, травматолога, хирурга, эндокринолога, аллерголога, флеболога, 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-, теплолечение, магнито- и лазеротерапия, ультразвуковая, микроволновая терапия, ингаляции.

4.2. Стационарную помощь (комплекс медицинских мероприятий, оказываемых Застрахованному лицу в стационарных условиях):

- плановая госпитализация при наличии направления;
- размещение в стационаре круглосуточного пребывания преимущественно в 1-2-хместной палате (при ее наличии в отделении);
- консультации врачей-специалистов, проводимые по назначению лечащего врача;
- диагностические, лабораторные и инструментальные исследования по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;
- медицинские манипуляции и процедуры, выполняемые по назначению лечащего врача;
- лекарственное обеспечение по назначению лечащего врача, включая лекарственные средства импортного производства;
- диетическое питание по назначению лечащего врача;
- хирургические вмешательства, проводимые на различных органах, в том числе реконструктивные операции на мочеполовых органах.

Исключения:

- высокотехнологичные оперативные вмешательства, проводимые на различных органах и с использованием дорогостоящих расходных материалов импортного производства, в том числе:
 - операции на венах, в том числе: флебэктомия и операции на прямой кишке;
 - эндоскопические операции на органах брюшной полости, органах малого таза, суставах и др.;
 - операции на органах зрения;
 - пересадка органов, систем;
 - операции на артериальных сосудах, сердце;
 - операции по эндопротезированию суставов;
 - диагностическая коронарография;
- косметические операции, в т. ч. пластика передней брюшной стенки;
- операции, направленные на снижение веса;
- плазмаферез.

5. Страховым случаем является факт понесенных Выгодоприобретателем расходов, связанных с предоставлением Застрахованному лицу медицинской помощи (лечебной, консультативной, диагностической), предусмотренной договором страхования (программой добровольного страхования), ввиду внезапного расстройства здоровья (острого заболевания) Застрахованного лица, несчастного случая, обострения хронического заболевания, наступившего в период действия договора страхования.

6. Страховая сумма по договору страхования: 13 714,30 (тринадцать тысяч семьсот сорок четыре белорусских рублей, 30 копеек).

7. Страховой тариф: 4,3750%

8. Страховой взнос по договору страхования 600,00 (Шестьсот белорусских рублей, 00 копеек). При заключении договора страхования страховой взнос уплачен Страхователем одновременно путем безналичного перечисления в сумме 600,00 (Шестьсот 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 «Комплексная 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 ЗАО «Белнефтестрах» 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 ЗАО «Белнефтестрах» 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 ЗАО «Белнефтестрах» принадлежащих ему функций и полномочий иному лицу, ЗАО «Белнефтестрах» 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 ЗАО «Белнефтестрах» 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 мною договоров страхования;

в целях информирования меня о новых услугах ЗАО «Белнефтестрах», 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 ЗАО «Белнефтестрах» 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.