



Совместное белорусско-австрийское закрытое акционерное страховое общество "Купала"
ул. Немига, 40, 200004, г. Минск, Республика Беларусь, УНП 500048039,
тел. +375 17 200-80-27, эл. почта: office@kupala.by

ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ
обращайтесь к Страховщику (СБА ЗАСО «Купала») по телефонам:
городской +375 17 306-51-67; мобильный +375 29 157 51 03, +375 33 357 51 03

ДОГОВОР _____

добровольного страхования медицинских расходов

Дата заключения договора страхования: _____

Срок действия договора страхования: _____ мес. с _____ по _____

Договор страхования вступает в силу с **00 часов 00 минут** _____

Страховщик: Совместное белорусско-австрийское закрытое акционерное страховое общество «Купала» в лице Закрытого акционерного общества «Альфа-Банк», действующего на основании договора поручения № _____ и доверенности _____

Страхователь, он же Застрахованное лицо:

Ф.И.О.: _____

Дата рождения _____

Документ, удостоверяющий личность (вид документа, серия, номер, кем и когда выдан): _____

Личный номер _____

АДРЕС: _____

Телефон _____

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.

Страховщик и Страхователь в дальнейшем именуется как "Стороны", и каждый отдельно – "Сторона". Стороны заключили настоящий договор добровольного страхования медицинских расходов (далее - Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора:

1.1. Страховщик на основании специального разрешения (лицензии) на осуществление страховой деятельности №02200/13-00044 от 11.11.2004 г. и Правил № 12 добровольного страхования медицинских расходов, согласованных 11.11.2004 г. № 513 Министерством финансов Республики Беларусь с изменениями и дополнениями, действующими на дату заключения Договора (далее - Правила страхования), берет на себя обязательства при наступлении страхового случая произвести выплату страхового обеспечения Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) в пределах страховой суммы согласно условиям настоящего Договора.

2. Объект страхования:

2.1. Объектом страхования по Договору 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 (программой страхования), при наступлении страхового случая.

3. Условия Договора:

3.1. Страховым случаем является факт понесенных Выгодоприобретателем расходов, связанных с предоставлением Застрахованному лицу медицинской помощи, предусмотренной договором страхования (программой страхования), ввиду внезапного расстройства здоровья Застрахованного лица, несчастного случая, хронического заболевания или его обострения.

3.2. Настоящий Договор заключается на условиях **программы медицинского страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь»**, в рамках которой установлен перечень и объем медицинских услуг согласно пакету «Альфа-про плюс».

По пакету «Альфа-про плюс» Страховщик оплачивает следующие расходы на лечение Застрахованного лица в амбулаторных условиях при обращении Застрахованного лица по поводу наступления страхового случая и самостоятельной оплате Застрахованным лицом медицинских услуг в порядке, предусмотренном разделами 6 и 7 настоящего Договора:

- консультации врачей-специалистов (в течение срока действия Договора): терапевта – 10 (десять) консультаций, гинеколога – 5 (пять) консультаций, уролога – 5 (пять) консультаций, аллерголога – 1 (одна) консультация, гастроэнтеролога – 4 (четыре) консультации, кардиолога – 4 (четыре) консультации, отоларинголога – 4 (четыре) консультации, офтальмолога – 4 (четыре) консультации, травматолога – 4 (четыре) консультации, хирурга – 4 (четыре) консультации, эндокринолога – 4 (четыре) консультации, проктолога – 2 (две) консультации, невролога – 5 (пять) консультаций, онколога (общий профиль) – 2 (две) консультации, дерматолога – 2 (две) консультации, инфекциониста – 4 (четыре) консультации, дерматовенеролога (первичная консультация) – 1 (одна) консультация, ревматолога – 1 (одна) консультация;

- лабораторные исследования (в течение срока действия Договора): анализы крови и других биологических сред организма человека (общеклинические – не более 10 (десяти) раз, биохимические – не более 10 (десяти) раз, бактериологические – не более 6 (шести) раз, гормональные – не более 2 (двух) исследований по 5 (пяти) показателям, иммунологические – не более 3 (трех) показателей, серологические – не более 4 (четырёх) раз, цитологические – не более 10 (десяти) раз, микологические – не более 4 (четырёх) раз, микроскопические – не более 4 (четырёх) раз, гистологические – не более 4 (четырёх) раз, ПЦР-диагностика – не более 5 (пяти) показателей, маркеры онкологических заболеваний – не более 3 (трех) исследований по 3 (трем) показателям, обследование на хеликобактер-пилори – не более 1 (одного) раза, аллергопробы – не более 1 (одного) исследования по 1 (одному) показателю, исследования на ИППП – не более 2 (двух) показателей 1 (один) раз;

- инструментальные методы исследования (в течение срока действия Договора): велоэргометрия – не более 2 (двух) исследований, реовазография нижних конечностей – не более 2 (двух) исследований, реовазография верхних конечностей – не более 2 (двух) исследований, реоэнцефалография – не более 2 (двух) исследований, суточное мониторирование артериального давления – не более 2 (двух) исследований, холтеровское мониторирование ЭКГ – не более 1 (одного) исследования, ЭКГ – не более 3 (трех) исследований, электроэнцефалография – не более 2 (двух) исследований, исследование функции внешнего дыхания не более – 2 (двух) исследований, ультразвуковая диагностика не более – 8 (восьми) исследований, рентгенологические исследования не более – 5 (пяти) исследований; эндоскопические

(эзофагогастродуоденоскопия – не более 2 (двух) исследований, колоноскопия – не более 2 (двух) исследований, кольпоскопия, ректороманоскопия – не более 2 (двух) исследований, радиоизотопные исследования не более 1 (одного) исследования, компьютерная томография – 2 (два) исследования и 1 (одна) зона, магнитно-резонансная томография – 2 (два) исследования и 1 (одна) зона; иные виды исследований – не более 1 (одного) исследования;

- физиотерапевтическое лечение осуществляется только в государственных учреждениях здравоохранения (не более 4 (четырёх) курсов по всем видам физиотерапевтического лечения в совокупности, в том числе массаж, в течение срока действия Договора): гальванизация, электрофорез, амплипульстерапия, электростимуляция, дарсонвализация, электросон, диадинамотерапия, интерференстерапия, индукторотерапия, флюктуоризация, электронаркоз, магнитотерапия, ультратонотерапия, УВЧ, СВЧ, инфрита-терапия, импульсные токи, франклиннизация; светолечение: ультрафиолет, инфракрасное излучение, видимое излучение, лазерная терапия; ингаляции; теплотечение: парафинотерапия, озокеритотерапия, теплорезинотерапия, псамматерапия (песок), глинтотерапия, грязелечение, пакетная теплотерапия; гидротерапия: души, ванны, бальнеолечение, ингаляции, фонофорез; классический массаж не более 1 (одного) курса 1 (одной) зоны (в совокупности не более 10 (десяти) сеансов);

- помощь врача на дому – 2 (два) выезда врача к Застрахованному лицу для оказания медицинской помощи.

- **лекарственное обеспечение** в размере **50,00** (пятьдесят белорусских рублей 00 копеек).

Страхователю (Застрахованному лицу) оказывается медицинская помощь (услуга), предусмотренная настоящим пунктом Договора, в любых государственных организациях здравоохранения Республики Беларусь, указанных на официальном сайте Страховщика www.kupala.by (исключая «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь), а так же в любых негосударственных учреждениях здравоохранения Республики Беларусь в областных центрах (кроме г. Минска) и в следующих негосударственных учреждениях здравоохранения Республики Беларусь, находящихся в г. Минске: медицинский центр «ПраксисМед»; медицинский центр «Авиценна»; медицинский центр «Виамед»; медицинский центр «Эксана»; медицинский центр «КОНФИДЕНС»; медицинский центр «Новый Лекарь»; Медицинский центр МТЗ, Медицинский центр «ГОРИЗОНТ», Медицинский центр «ДОМДОК», Проктологический центр «МедКлиник», ОАО «Медицинская инициатива», УЗИ медцентр доктора Лукашевича Н.А., Центр исследований сердца «КАРДИОЛИТА», Доктор-Лор "КристияИнвест", независимая лаборатория «ИНВИТРО».

3.3. Страховая сумма по Договору: **11 505,60BYN (Одиннадцать тысяч пятьсот пять рублей 60 копеек).**

3.4. Страховой тариф по Договору: **4,224 %** от страховой суммы.

3.5. Страховой взнос по Договору: **486 BYN (Четыреста восемьдесят шесть рублей).**

3.6. Порядок уплаты страхового взноса – **единовременно**. Страховой взнос уплачен при заключении Договора.

3.7. Территория действия Договора: **Республика Беларусь.**

4. Расходы, не оплачиваемые Страховщиком по настоящему Договору, указаны в разделе 4 Правил страхования.

5. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, если страховой случай произошел вследствие:

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

6. Порядок действий Страхователя (Застрахованного лица) и Страховщика при наступлении страхового случая и оказания медицинской услуги (помощи) Страхователю (Застрахованному лицу).

6.1. При наступлении события, которое по условиям настоящего Договора может быть признано страховым случаем, Страхователь (Застрахованное лицо) обращается к специалистам Страховщика в будние дни с 9.00 до 18.00 с понедельника по четверг, с 9.00 до 16.45 в пятницу,

по номерам телефонов городской +375 17 306-51-67; мобильный +375 29 157 51 03, +375 33 357 51 03 либо посредством электронной почты на адрес medic@kupala.by

6.2. Страхователь (Застрахованное лицо), обратившись к Страховщику по номерам телефонов, указанным в пункте 6.1 настоящего Договора, сообщает следующую информацию: серию и номер договора, фамилию, имя Застрахованного лица, причину обращения, какого рода помощь необходима Застрахованному лицу, наименование организации здравоохранения, где будут оказаны медицинские услуги (помощь), дату и время записи. При этом Страхователь (Застрахованное лицо) самостоятельно осуществляет предварительную запись на оказание медицинской услуги (помощи) в организацию здравоохранения, предусмотренной пунктом 3.2 настоящего Договора и самостоятельно оплачивает медицинские услуги.

6.3. В случае признания Страховщиком обращения Страхователя (Застрахованного лица) страховым случаем, Страховщик вправе направить организации здравоохранения гарантийное письмо для подтверждения оплаты медицинских услуг;

6.4. Организация здравоохранения оказывает медицинскую услугу (помощь), предусмотренную программой медицинского страхования в рамках договора страхования Застрахованному лицу на основании представленного Застрахованным лицом документа, удостоверяющего личность (паспорта, вида на жительство).

7. Порядок выплаты страхового обеспечения Страхователю (Застрахованному лицу):

7.1. Страхователь (Застрахованное лицо) вправе самостоятельно оплатить медицинские услуги, предусмотренные пунктом 3.2 настоящего Договора. В таком случае для возмещения понесенных расходов Страхователь (Застрахованное лицо) представляет Страховщику следующие документы:

- копию настоящего Договора;
- копии документа, удостоверяющего личность (паспорт, вид на жительство) Страхователя (Застрахованного лица);
- оригинала (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;
- оригиналов чеков, подтверждающих оплату Страхователем (Застрахованным лицом) медицинских услуг (помощи), оказанных организациями здравоохранения;
- оригиналов (копий) рецептов, выписанных лечащим врачом;
- оригиналов чеков на приобретение медикаментов с указанием наименования и стоимости каждого препарата.

7.2. В течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения необходимого пакета документов, согласно пункту 7.1 настоящего Договора, Страховщик принимает решение о признании или непризнании заявленного события страховым случаем либо об отказе в выплате страхового обеспечения. Решение о признании заявленного случая страховым оформляется путем составления акта о страховом случае по форме, утвержденной Страховщиком. В случаях, когда Страховщик не признает произошедшее событие страховым случаем, акт о страховом случае не составляется. В таком случае Страховщик оформляет документ произвольной формы с обоснованием причин отказа и направляет его в адрес Страхователя (Застрахованного лица), медицинской организации (Выгодоприобретателя) в срок, установленный пунктом 11.2 Правил.

7.3. Выплата страхового обеспечения производится Страхователю (Застрахованному лицу) в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня составления акта о страховом случае путем безналичных расчетов.

8. Порядок прекращения (расторжения) Договора:

8.1. Договор прекращается (расторгается) в случае:

8.1.1. истечения срока действия Договора;

8.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств по Договору в полном объеме;

8.1.3. смерти Страхователя-физического лица, за исключением случая, предусмотренного пунктом 8.2 Правил страхования;

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

8.1.5. по заявлению Страхователя, оформленному в письменном виде. В случае отказа Страховщика от досрочного прекращения (расторжения) договора страхования Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения письменного заявления Страхователя о прекращении (расторжении) договора страхования направляет Страхователю письменное уведомление об отказе в прекращении (расторжении) договора страхования;

8.1.6. отказа Страхователя Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в подпункте 8.1.4 настоящего Договора.

8.2. В случае досрочного прекращения (расторжения) Договора по условиям, предусмотренным подпунктами 8.1.3-8.1.5 настоящего Договора, Страховщик возвращает Страхователю (его представителю) часть уплаченного страхового взноса пропорционально времени (в календарных днях), оставшемуся с даты досрочного прекращения договора страхования до указанного в договоре страхования дня окончания срока действия договора страхования (оплаченного периода) за вычетом понесенных Страховщиком расходов (отчислений в фонд превентивных мероприятий).

8.3. Основанием для досрочного прекращения (расторжения) договора страхования в случаях, предусмотренных подпунктами 8.1.3-8.1.5 настоящего Договора, является письменное заявление Страхователя (его представителя). Датой досрочного прекращения (расторжения) договора страхования в случаях, предусмотренных подпунктами 8.1.4-8.1.5 настоящего Договора, является дата, следующая за датой получения Страховщиком заявления о расторжении (прекращении) Договора, а в случае, предусмотренном подпунктом 8.1.3 настоящего Договора, – дата, следующая за датой смерти Страхователя-физического лица; ликвидации Страхователя-юридического лица, прекращения деятельности Страхователя-индивидуального предпринимателя.

8.4. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования в случае, предусмотренном подпунктом 8.1.6 настоящего Договора, уплаченный Страховщику страховой взнос возврату не подлежит.

8.5. Возврат страхового взноса (его части) Страхователю производится в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты расторжения (прекращения) Договора.

8.6. В случае расторжения (прекращения) договора страхования до вступления его в силу уплаченный страховой взнос возвращается полностью.

8.7. Если по договору страхования производились выплаты страхового обеспечения или заявлены убытки, страховой взнос возврату не подлежит.

9. Права и обязанности Сторон изложены в главе 9 Правил страхования.

10. Ответственность:

10.1. В случае возникшей по вине Страховщика необоснованной задержки в выплате страхового обеспечения Страховщик выплачивает физическому лицу пени за каждый день просрочки в размере 0,5% от суммы, подлежащей выплате.

10.2. За несвоевременный возврат части страхового взноса по вине Страховщика Страхователю выплачивается пеня в размере 0,5% – физическому лицу.

11. Заключительные положения:

11.1. Условия, содержащиеся в Правилах страхования, в том числе не включенные в текст настоящего Договора, обязательны для Страховщика, Страхователя, Застрахованного лица и Выгодоприобретателя.

11.2. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия – в судебном порядке, установленном действующим законодательством Республики Беларусь.

11.3. Настоящий Договор заключен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

11.4. Страховщик вправе с помощью средств связи осуществлять рассылку информации Страхователю.

11.5. Стороны пришли к соглашению, что при заключении настоящего договора от имени Страховщика (его представителя) допускается использовать факсимильное воспроизведение подписи и печати с помощью средств механического или иного копирования, либо иного аналога собственноручной подписи и печати.

11.6. Прием документов на досрочное прекращение (расторжение) настоящего Договора осуществляется по адресу: **220004, г. Минск, ул.**

Немига, 40-702, выплату страхового обеспечения осуществляется по адресу: **220004, г. Минск, ул. Шорная, 20, офис 9Н,**

12. Реквизиты Сторон:

12.1. Страховщик: **СБА ЗАСО «Купала», УНП 500048039, 220004, г. Минск, ул. Немига, 40-702, электронная почта office@kupala.by тел. +375-17-200-80-27, факс. +375-17-200-80-13 специальное разрешение (лицензии) на право осуществления страховой деятельности № 02200/13-00044 от 11.11.2004 г.**

От имени Страховщика:

Страхователь: _____

13. Подписи Сторон:

<p>Страховщик: СБА ЗАСО «Купала», УНП 500048039 специальное разрешение (лицензии) на право осуществления страховой деятельности № 02200/13-00044 от 11.11.2004 г. От имени Страховщика: ЗАО «Альфа-банк»</p> <p>_____/_____ (подпись)</p>	<p>Страхователь:</p> <p>Своей подписью подтверждаю, что:</p> <p>с условиями страхования ознакомлен и согласен. Правила страхования получил;</p> <p>Застрахованное лицо не является лицом: инвалидами I группы, инвалидами с детства - ВИЧ-инфицированы, больны СПИД - страдают психическими, тяжелыми нервными заболеваниями состоят на учете в наркологическом, туберкулезном, кожно-венерологическом диспансере госпитализированы</p> <p>_____/_____ (подпись)</p>
---	---