

ПРАВИЛА № 15 ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ

1. Общие положения

1.1. На условиях настоящих Правил и в соответствии с законодательством Республики Беларусь Закрытое Акционерное Страховое Общество «Имклива Иншуранс» (далее – Страховщик) заключает со Страхователями договоры добровольного страхования медицинских расходов.

Страхователем по настоящим Правилам страхования не могут быть Республика Беларусь, административно-территориальные единицы Республики Беларусь, государственные органы, государственные юридические лица, а также юридические лица, на решения которых может влиять государство, владея контрольным пакетом акций (долей, вкладов, паёв), если иное не установлено Президентом Республики Беларусь.

1.2. Субъектами по договору добровольного страхования медицинских расходов выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо.

1.3. Страхователями по договору добровольного страхования медицинских расходов могут быть:

- а) юридические лица;
- б) индивидуальные предприниматели;
- в) дееспособные физические лица.

1.4. Страхователи (физические лица и индивидуальные предприниматели) вправе заключать договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц).

В случае, если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица, предусмотренные настоящими Правилами страхования.

Юридические лица заключают договоры страхования в пользу третьих лиц (Застрахованные лица).

1.5. Застрахованным лицом по настоящим Правилам может быть физическое лицо в возрасте от 1 года до 75 лет. Возраст застрахованного лица устанавливается на дату заключения договоров страхования.

1.6. Договоры добровольного страхования медицинских расходов не заключаются в отношении лиц, которые на дату подачи заявления на страхование:

- а) ВИЧ-инфицированы или больны СПИД;
- б) являются инвалидами 1 и 2 групп;
- в) являются инвалидами с детства;
- г) госпитализированы или имеют направление (рекомендацию лечащего врача) на госпитализацию.

1.7. Для целей настоящих Правил страхования применяются следующие термины:

внезапное расстройство здоровья – резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица;

несчастный случай – внезапное, непредвиденное событие, происшедшее с Застрахованным лицом в период действия договора добровольного страхования медицинских расходов, сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями здоровья;

программа добровольного страхования медицинских расходов (далее – программа добровольного страхования) – неотъемлемая часть правил добровольного страхования медицинских расходов, содержащая перечень медицинских мероприятий определённого объёма, предоставление которого гарантировано Застрахованному лицу договором добровольного страхования медицинских расходов при его обращении в организацию здравоохранения за медицинской помощью вследствие внезапного расстройства здоровья или несчастного случая.

Программы добровольного страхования медицинских расходов являются неотъемлемой частью договора страхования (страхового полиса);

организация здравоохранения – юридическое лицо, основной целью деятельности которого является осуществление медицинской и (или) фармацевтической деятельности;

именная карточка – изготовленная Страховщиком в бумажном исполнении или на пластике карточка с указанием фамилии, имени и отчества Застрахованного лица, номера

договора страхования и сроков его действия с указанием наименований программ добровольного медицинского страхования, включённых в договор страхования. Именная карточка может выдаваться Страхователю (Застрахованному лицу) при заключении договора страхования. Именную карточку Страхователь (Застрахованное лицо) не вправе передавать третьим лицам.

2. Объект страхования

2.1. Объектом добровольного страхования медицинских расходов являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Страхователя либо Застрахованного лица, связанные с компенсацией расходов организации здравоохранения или Страхователю (Застрахованному лицу), вызванные его обращением в организацию здравоохранения за оказанием медицинской помощи, включенной в программу (ы) добровольного медицинского страхования, указанную (ые) в договоре страхования, вследствие внезапного расстройства здоровья или несчастного случая.

3. Страховые случаи

3.1. Страховым случаем является факт понесенных расходов организацией здравоохранения, Страхователем (Застрахованным лицом), вызванных обращением Страхователя (Застрахованного лица) в организацию здравоохранения за оказанием медицинской помощи, включенной в программу (ы) добровольного медицинского страхования и указанную (ые) в договоре страхования вследствие внезапного расстройства здоровья или несчастного случая, наступивших в период действия договора добровольного страхования.

3.2. Действие договора страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие на территории Республики Беларусь.

4. Расходы, оплачиваемые Страховщиком

4.1. При наступлении страхового случая Страховщик оплачивает расходы на оказание медицинской помощи, объем которой определен выбранной Страхователем и указанной в договоре страхования программой (программами) добровольного страхования медицинских расходов (Приложение № 1 к настоящим Правилам страхования), при обращении Застрахованного лица в организации здравоохранения, указанные в договоре страхования, за исключением расходов, перечисленных в разделе 5 настоящих Правил страхования.

При заключении договора страхования на условиях Унифицированной программы добровольного страхования медицинских расходов Страховщик оплачивает расходы на оказание медицинской помощи, объем которой определен в Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов, за исключением расходов, перечисленных в данной программе страхования.

5. Расходы не возмещаемые Страховщиком

(не применяются при заключении договоров страхования на условиях Унифицированной программы добровольного страхования медицинских расходов)

5.1. Страховщик не признаёт страховым случаем и не возмещает расходы, связанные с лечением следующих заболеваний:

5.1.1. психических заболеваний их последствий и осложнений, в том числе травм, полученных в связи психическими заболеваниями;

5.1.2. заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем (алкоголизм), наркотическими или токсическими веществами, если о данной зависимости указано в медицинских документах, полученных Страховщиком из учреждения здравоохранения;

5.1.3. туберкулеза, саркоидоза и муковисцедоза, независимо от клинической формы и стадии процесса;

5.1.4. онкогематологические заболевания крови и их осложнения (с момента установления диагноза);

5.1.5. злокачественных новообразований с момента установления диагноза;

5.1.6. системных заболеваний соединительной ткани;

5.1.7. хронической почечной недостаточности, требующей проведения гемодиализа;

5.1.8. хронического гепатита, цирроза печени с момента установления диагноза, если иное не предусмотрено договором страхования;

5.1.9. наследственных заболеваний;

5.1.10. врожденных аномалий (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения), детский церебральный паралич, ортопедические нарушения;

5.1.11. псориаза, нейродермита, экземы;

5.1.12. кожных заболеваний (любых микозов, заболеваний волос и ногтей), если иное не предусмотрено договором страхования;

5.1.13. венерических заболеваний, заболеваний, передающихся половым путем, их генерализованных форм с момента установления диагноза;

5.1.14. жирового гепатоза, сахарного диабета, хронического гепатита В, С, D, E, F, G с момента установления диагноза;

5.1.15. острых и хронических лучевых поражений;

5.1.16. хронических заболеваний, кроме лечения по снятию их обострения, если иное не предусмотрено договором страхования;

5.1.17. острых расстройств здоровья или обострения хронических заболеваний, возникших до начала действия договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования;

5.1.18. лечение доброкачественных и злокачественных опухолей любой локализации, если иное не предусмотрено договором страхования;

5.1.19. удаление и постановка ВМС.

5.2. Страховщик не признаёт страховым случаем и не возмещает расходы, связанные с несчастным случаем, произошедшим с Застрахованным лицом, а именно:

5.2.1. травм, ожогов, отравлений, произошедших со Страхователем (Застрахованным лицом), находившимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, кроме случаев, когда эти события произошли со Страхователем (Застрахованным лицом) по вине третьих лиц или в результате противоправных действий третьих лиц;

5.2.2. травм, полученных Страхователем (Застрахованным лицом) в связи с управлением им транспортным средством без соответствующего права, установленного законодательством Республики Беларусь;

5.2.3. травм, ожогов, отравлений, полученных Страхователем (Застрахованным лицом) в результате покушения на самоубийство, если факт покушения на самоубийство подтверждён компетентными органами.

5.3. Страховщик не признаёт страховым случаем и не возмещает расходы, связанные с оказанием иных медицинских услуг:

5.3.1. лечение, не назначенное (не указанное в назначении) врачом;

5.3.2. лечение, услуги или предметы, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, если иное не предусмотрено договором страхования;

5.3.3. лечение методами нетрадиционной медицины (гипноз, гомеопатическое лечение, рефлексотерапия, мануальная терапия, фототерапия, гипоксия, иридодиагностика и т.п.), если иное не предусмотрено договором страхования;

5.3.4. лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским: услуги, связанные с телемедициной; экстракорпоральные методы лечения, в т.ч. УФО крови; внутривенное и накожное облучение крови, озонотерапия; лечение с использованием альфа - капсул, если иное не предусмотрено договором страхования;

5.3.5. предоставление дополнительного комфорта в период госпитализации (стационарного лечения), а именно: телевизора, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера или косметолога;

5.3.7. пребывание в стационаре для получения попечительского или реабилитационного ухода;

5.3.8. санаторно-курортное лечение, вакцинацию от гриппа, если иное не предусмотрено договором страхования;

5.3.9. пластическая хирургия, ортопедия, за исключением случаев, связанных с восстановлением и/или коррекцией, непосредственно связанных с несчастным случаем, произошедшим в период действия договора страхования;

5.3.10. зубопротезирование, ортодонтия, за исключением случаев, связанных с восстановлением и/или коррекцией, непосредственно связанных с несчастным случаем, произошедшим в период действия договора страхования;

5.3.11. диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью; дородовое наблюдение, прерывание беременности без медицинских показаний, лечение в отделении патологии беременности, родовспоможение, если иное не предусмотрено договором страхования;

5.3.12. изменение веса или хирургическое лечение ожирения;

5.3.13. модификация человеческого тела с целью улучшения психологического, умственного или эмоционального состояния Застрахованного лица, такие как хирургическое изменение пола;

5.3.14. использование и подгонка корректирующих медицинских устройств или приспособлений (очков, контактных линз, слуховых устройств, слуховых имплантатов);

5.3.15. лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностика бесплодия и импотенции;

5.3.16. лечение аденомы простаты, если иное не предусмотрено договором страхования;

5.3.17. хирургические операции глаза (лазеротерапия и пр.), целью которых является коррекция близорукости, дальнозоркости или астигматизма, а также их осложнений, лечение глаукомы, катаракты, если иное не предусмотрено договором страхования;

5.3.18. трансплантация органов или тканей, аортокоронарное шунтирование (стентирование), ангиография, если иное не предусмотрено договором страхования;

5.3.19. переливание крови и ее компонентов, за исключением случаев, согласованных с лечащим врачом и Страховщиком;

5.3.20. лечение нарушений речи;

5.3.21. расходы, понесённые Страхователем (Застрахованным лицом) либо членами его семьи по оплате услуг сиделки (услуг по уходу за лежачим больным);

5.3.22. приобретение Страхователем (Застрахованным лицом) самостоятельно лекарственных средств без рецепта, если иное не предусмотрено договором страхования;

5.3.23. полученные Застрахованным лицом медицинские услуги, объём и перечень которых не предусмотрены программой добровольного медицинского страхования в соответствии с договором страхования;

5.3.24. получение Застрахованным лицом справки на ношение оружия, направления на вождение автотранспорта, посещения бассейна, если иное не предусмотрено программой добровольного медицинского страхования в соответствии с договором страхования, если иное не предусмотрено договором страхования;

5.3.25. пластические и косметические операции;

5.3.26. профилактические и оздоровительные мероприятия (профилактический массаж, тренажеры, гидроколонотерапия и пр.), ЛФК, плановая диспансеризация, если иное не предусмотрено программой добровольного медицинского страхования в соответствии с договором страхования;

5.3.27. медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации, а также плановая госпитализация, если иное не предусмотрено программой добровольного медицинского страхования в соответствии с договором страхования;

5.3.28. лечение более одного курса в течение действия договора страхования дисфункции яичников (включая контрольное обследование).

5.3.29. получение Застрахованным лицом медицинских услуг в организации здравоохранения, не включённой в договор страхования, либо без согласования со

Страховщиком, если договором страхования предусмотрено такое согласование;

5.3.30. госпитализацию (стационарное лечение) Застрахованного лица в течение первых 35 дней (период ожидания) с начала действия договора страхования, кроме случаев, когда госпитализация связана с несчастным случаем, произошедшим с Застрахованным лицом в период действия договора страхования. Об установлении периода ожидания в соответствии с настоящим пунктом настоящих Правил страхования делается запись в договоре страхования (страховом полисе).

5.3.31. приобретение Страхователем (Застрахованным лицом) лекарственных средств одинакового фармакологического действия или в количестве, превышающем однократный курс лечения, рекомендованный лечащим врачом;

5.3.32. удаление мозолей, папиллом, бородавок, невусов, кондилом с косметической целью;

5.3.33. госпитализацию Застрахованного лица в связи с наступлением страхового случая свыше 20 дней в период действия договора страхования (если иное не указано в договоре страхования), кроме случаев, когда госпитализация (стационарное лечение) необходима по заключению лечащего врача в связи с несчастным случаем, произошедшим с Застрахованным лицом в период действия договора страхования.

5.4. Страховщик не признаёт страховым случаем и не возмещает расходы, связанные с приобретением:

5.4.1. следующих лекарственных препаратов:

5.4.1.1. не разрешённых, в установленном законодательством порядке, к применению в Республике Беларусь;

5.4.1.2. отсутствующих в готовой рецептурной форме;

5.4.1.3. для лечения ВИЧ-инфекции, СПИДа;

5.4.1.4. для лечения психических расстройств и расстройств поведения, алкоголизма, наркомании, токсикомании;

5.4.1.5. для лечения злокачественных новообразований, гемобластозов;

5.4.1.6. для лечения туберкулеза;

5.4.1.7. для лечения хронических гепатитов В, С, Е, F, G;

5.4.1.8. для лечения системных поражений соединительной ткани, в т.ч. всех недифференцированных коллагенозов;

5.4.1.9. для лечения наследственных заболеваний, врожденных аномалий, пороков развития;

5.4.1.10. для лечения заболеваний, сопровождающихся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующих проведения хронического гемодиализа;

5.4.1.11. для лечения бесплодия и импотенции, а также препараты, используемые в контрацептивных целях;

5.4.1.12. для проведения иммунопрофилактики и иммунотерапии;

5.4.1.13. для прерывания беременности;

5.4.2. а также следующих средств/препаратов:

5.4.2.1. биологически активных добавок (БАД), витаминов;

5.4.2.2. гомеопатических препаратов;

5.4.2.3. питательных смесей и препаратов для лечебного питания;

5.4.2.4. лечебной косметики;

5.4.2.5. для профилактики заболеваний, если иное не предусмотрено договором страхования;

5.4.2.6. средств личной гигиены;

5.4.2.7. очков, контактных линз, слуховых аппаратов, имплантатов, внутриматочных спиралей, если иное не предусмотрено договором страхования;

5.5. Страховщик не возмещает расходы Страхователя (Застрахованного лица), возникшие после окончания срока действия договора страхования.

5.6. Страховщиком не организуется предоставление медицинских услуг и не оплачиваются медицинские расходы, связанные с:

5.6.1. медицинскими услугами не соответствующими Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь;

5.6.2. проведением повторных врачебных консультаций, обследований, с целью сбора мнений специалистов различных организаций здравоохранения по желанию Застрахованного лица;

5.6.3. обязательным медицинским осмотром с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий.

6. Страховая сумма.

6.1. Страховая сумма (лимит ответственности) – установленная в договоре страхования сумма денежных средств, в пределах которой Страховщик обязан произвести организации здравоохранения или Страхователю (Застрахованному лицу) выплату страхового обеспечения, при наступлении страхового случая.

6.2. При страховании группы лиц страховая сумма устанавливается на каждое Застрахованное лицо.

Общая сумма всех выплат страхового обеспечения на каждое Застрахованное лицо по всем страховым случаям, наступившим в течение действия договора страхования, не может превышать установленную данным договором страхования страховую сумму на каждое Застрахованное лицо.

6.3. Страховая сумма устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя при заключении договора страхования по каждой из программ добровольного медицинского страхования.

6.4. Страховая сумма в договоре страхования может устанавливаться по соглашению Страховщика и Страхователя в белорусских рублях в иностранной валюте, если это не противоречит законодательству Республики Беларусь.

6.5. Страховая сумма по Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов устанавливается на условиях, изложенных в данной программе.

7. Страховой взнос и порядок его уплаты.

7.1. Страховой взнос является платой за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования на условиях настоящих Правил страхования.

7.2. Размер страхового взноса определяется Страховщиком исходя из страховой суммы по каждой из программ добровольного медицинского страхования и базового страхового тарифа (Приложение № 2 к настоящим Правилам страхования), с учётом корректировочных коэффициентов. Корректировочные коэффициенты утверждаются локальными нормативными актами (приказами руководителя Страховщика).

7.3. Страховой взнос по договору страхования уплачивается Страхователем путём безналичного перечисления или наличными деньгами в установленном законодательством Республики Беларусь порядке единовременно за весь срок действия договора страхования либо по соглашению со Страховщиком в рассрочку: в два срока, поквартально.

Единовременно страховой взнос уплачивается Страхователем при заключении договора страхования сроком на один год или при страховании на срок менее года, если иное не предусмотрено договором страхования.

При уплате страхового взноса в рассрочку уплата производится в следующем порядке:

- в два срока - первая часть страхового взноса в размере не менее 1/2 подлежащей уплате страхового взноса уплачивается Страхователем при заключении договора страхования, а оставшаяся часть – в течение шести месяцев после заключения договора страхования;

- при поквартальной уплате страхового взноса – первая часть страхового взноса в размере не менее 25% суммы страхового взноса уплачивается Страхователем при заключении договора страхования, оставшаяся часть страхового взноса уплачивается равными долями не позднее последнего дня оплаченного периода (квартала).

7.4. Порядок уплаты страхового взноса указывается в договоре страхования (страховом полисе).

7.5. Если страховая сумма по договору страхования установлена в иностранной валюте, уплата страхового взноса производится в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленного Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы на день уплаты (перечисления) страхового взноса. Страховой взнос может быть уплачен в иностранной валюте, если это не противоречит законодательству Республики Беларусь.

7.6. По соглашению сторон может быть предусмотрено, что при неуплате очередной части страхового взноса в установленные договором страхования сроки, договор страхования продолжает действовать на прежних условиях при наличии письменных обязательств Страхователя погасить имеющуюся задолженность (просроченную сумму страхового взноса) не позднее 30

календарных дней со дня просрочки платежа. При неуплате просроченной части страхового взноса в течение указанного срока, договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем 30-дневного срока, в течение которого Страхователь обязан уплатить просроченную часть страхового взноса. При этом Страхователь не освобождается от уплаты неоплаченной части страхового взноса по договору страхования.

7.7. При заключении договора страхования на условиях Унифицированной программы добровольного страхования медицинских расходов размер страхового взноса и порядок его оплаты установлен в данной программе страхования.

8. Порядок заключения договора страхования

8.1. Договор страхования заключается на условиях Правил страхования, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования.

Договор страхования заключается в письменной форме путем выдачи Страховщиком Страхователю страхового полиса по форме, разработанной Страховщиком, либо иным способом в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

8.2. При заключении договора страхования Страховщик выдаёт Страхователю копию настоящих Правил страхования в редакции, действующей на дату заключения договора страхования, что удостоверяется записью в договоре страхования. Список (перечень) организаций здравоохранения, в которые Застрахованное лицо вправе обращаться в соответствие с условиями договора страхования и программы страхования, включённые в договор страхования, могут излагаться в тексте договора страхования, либо выдаются Страхователю вместе с Правилами страхования при заключении договора страхования в качестве приложения к договору страхования и являются неотъемлемыми частями договора страхования.

8.3. Договор страхования (страховой полис) вручается Страхователю:

- в день уплаты страхового взноса (его первой части) – при наличной оплате;
- в течение 3-х рабочих дней со дня поступления страхового взноса (его первой части) на расчётный счёт Страховщика – при безналичной оплате;
- в день предоставления документа, подтверждающего оплату банковской платежной карточкой – при оплате банковской платёжной карточкой.

8.4. Договор страхования заключается, по соглашению Страхователя и Страховщика, на основании устного или письменного (Приложение № 4 к настоящим Правилам страхования) заявления Страхователя физического лица. Страхователь – юридическое лицо заключает договоры страхования на основании письменного заявления на страхование (Приложение № 3 к настоящим Правилам страхования). Письменное заявление на страхование является неотъемлемой частью договора страхования.

8.5. При заключении договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) должен сообщить Страховщику все известные обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не могли быть известны Страховщику. Существенными признаются, обстоятельства, ответы на которые предусмотрены в письменном заявлении Страхователя.

8.6. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Страховщик, уведомлённый об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению степени страхового риска. Сумма дополнительного страхового взноса рассчитывается Страховщиком согласно формуле,

предусмотренной разделом вторым Приложения № 2 к настоящим Правилам.

Дополнительный взнос уплачивается единовременно, если иное не предусмотрено дополнительным соглашением к договору страхования.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования и уплаты дополнительного страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования.

8.7. При утрате договора страхования (страхового полиса) в период действия договора страхования Страхователь должен в письменной форме известить об этом Страховщика в срок не позднее 5 рабочих дней со дня утраты (дня, когда ему стало известно об утрате) для получения дубликата. После выдачи Страхователю (Застрахованному лицу) дубликата договора страхования (страхового полиса) утерянный договор страхования (страховой полис) считается недействительным, выплаты страхового обеспечения по нему не производятся.

8.8. Застрахованное лицо освобождает врачей медицинских организаций от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком, о чём делается запись в договоре страхования (страховом полисе).

9. Срок действия договора страхования

9.1. Договор добровольного страхования медицинских расходов заключается по соглашению Страховщика и Страхователя на срок от 3 месяцев до одного года включительно, или иной срок, указанный в договоре страхования (страховом полисе).

9.2. Договор страхования вступает в силу по соглашению сторон с 00 часов 00 минут любого дня в течение 30 календарных дней со дня уплаты страхового взноса или первой его части Страховщику или его уполномоченному представителю, но не ранее дня, следующего за днём оплаты страхового взноса или его первой части в соответствии с заявлением Страхователя.

9.3. Договор страхования заканчивается в 24.00 часа дня, указанного в договоре страхования как дата окончания договора страхования.

10. Порядок оказания медицинской помощи, действия Сторон

10.1. Медицинские услуги оказываются Страхователю (Застрахованному лицу) в режиме работы организации здравоохранения при предъявлении в организации здравоохранения Страхователем договора добровольного страхования медицинских расходов (страхового полиса) и/или именной карточки, или документа, удостоверяющего личность, а при необходимости направления (подтверждения), выданного Страховщиком в форме, которую требует организация здравоохранения.

10.2. Страховщик организует и оплачивает медицинские услуги, входящие в программы добровольного медицинского страхования, указанные в договоре страхования. Если объём предоставляемых по указанной в договоре страхования программе добровольного страхования медицинских расходов не предусматривает услуги, рекомендованные лечащим врачом, Застрахованное лицо по настоящей программе не имеет права на организацию и оплату Страховщиком таких услуг.

10.3. Выплата страхового обеспечения осуществляется Страховщиком организации здравоохранения на основании счётов, предоставленных организацией здравоохранения. Счет должен быть заверен печатью и подписью ответственного лица организации здравоохранения.

Порядок расчетов Страховщика с организацией здравоохранения, перечень документов и сроки оплаты определяются договором на предоставление медицинских услуг Застрахованным лицам, заключенным между этой организацией здравоохранения и Страховщиком.

10.4. Застрахованное лицо, самостоятельно оплатившее медицинские услуги, включённые в договор страхования при наступлении страхового случая, для решения вопроса о выплате страхового обеспечения обязано предоставить Страховщику заявление о страховом случае и выплате страхового обеспечения произвольной формы, а также документы (копии), подтверждающие факт обращения за медицинской помощью, содержащие дату обращения, диагноз выставленный врачом, перечень оказанных услуг;

Условия, изложенные в настоящем пункте Правил страхования не распространяются на договоры страхования, заключенные по Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов.

10.5. Страховщик составляет Акт о страховом случае (Приложение №5 к настоящим Правилам страхования) в течение 5 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов.

10.6. Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком организации здравоохранения, которая предоставила Застрахованному лицу медицинские услуги, включенные в договор страхования или Застрахованному лицу, в случае, если оно самостоятельно оплатило медицинские услуги на основании Акта о страховом.

Выплата страхового обеспечения Выгодоприобретателю (Застрахованному лицу) осуществляется в течение 7 рабочих дней со дня составления Страховщиком Акта о страховом случае.

10.7. Если страховая сумма по договору страхования установлена в иностранной валюте, пересчет (для ведения учета израсходованных денежных средств) произведенной в белорусских рублях страховой выплаты в валюту страховой суммы производится по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь к валюте страховой суммы на дату страхового случая (получения медицинских услуг, приобретения лекарственных препаратов).

10.8. За несвоевременную выплату страхового обеспечения по вине Страховщика он уплачивает Застрахованному лицу, самостоятельно оплатившему медицинские услуги пени за каждый день просрочки в размере 0,5 процента от суммы, подлежащей выплате, и организации здравоохранения пени за каждый день просрочки в размере 0,1 процента от суммы, подлежащей выплате.

11. Прекращение договора страхования

11.1. Договор страхования прекращается в случае:

11.1.1. истечения срока действия договора;

11.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств по договору в полном объеме;

11.1.3. неуплаты Страхователем очередной части страховой взноса в установленные договором сроки и размере, а в случае, указанном в пункте 7.6. настоящих Правил страхования – по истечении установленного срока;

11.1.4. ликвидации Страхователя – юридического лица, прекращения деятельности Страхователя – индивидуального предпринимателя, смерти Страхователя – физического лица, кроме случаев, указанных в пункте 11.4. настоящих Правил страхования;

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

11.1.6. по соглашению Страхователя и Страховщика, оформленному в письменном виде;

11.1.7. отказа Страхователя от договора страхования в любое время действия договора страхования, если к моменту отказа от договора страхования возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 11.1.5. настоящих Правил.

11.2. В случаях, предусмотренных п.п. 11.1.4., 11.1.5. и п.п. 11.1.6. настоящих Правил страхования, Страховщик возвращает Страхователю часть страхового взноса за неоконченный срок действия договора страхования. В случае смерти Страхователя (кроме случаев, указанных в пункте 11.4. настоящих Правил страхования) выгодоприобретателями (Выгодоприобретателем) являются наследники Страхователя, назначенные в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь. Датой расторжения договора страхования в случаях, предусмотренных п.п. 11.1.5. и 11.1.6. является дата, следующая за датой поступления заявления от Страхователя; в случае, предусмотренном п.п. 11.1.4. – дата, следующая за датой смерти Застрахованного лица, датой ликвидации Страхователя – юридического лица, датой прекращения деятельности Страхователя – индивидуального предпринимателя.

Возврат части страхового взноса Страхователю производится в течение 5 рабочих дней со дня прекращения

действия договора страхования. За несвоевременное исполнение этой обязанности Страховщик уплачивает пени Застрахованному лицу за каждый день просрочки в размере 0,5 процента от суммы, подлежащей возврату, и Страхователю (юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю) пени за каждый день просрочки в размере 0,1 процента от суммы, подлежащей выплате.

В случае, указанном в п. 11.1.7. настоящих Правил страхования, уплаченный страховой взнос возврату Страхователю не подлежит.

Не подлежит возврату часть страхового взноса при досрочном прекращении договора страхования в отношении Застрахованного лица, если в течение действия договора страхования производилась выплата страхового обеспечения.

11.3. В случае реорганизации Страхователя – юридического лица в период действия договора страхования права и обязанности по заключенному с ним договору страхования переходят к его правопреемнику.

О предстоящей ликвидации или реорганизации, влекущей утрату прав юридического лица, Страхователь обязан письменно, не позднее 30 календарных дней после принятия решения о таковой, уведомить Страховщика.

11.4. В случае смерти Страхователя, заключившего договор личного страхования в пользу третьих лиц, его права и обязанности переходят к этим лицам. Если третьи лица являются недееспособными, то выполнение действий по такому договору страхования возлагается на опекуна или попечителя.

12. Отказ в выплате страхового обеспечения

12.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения если:

страховой случай наступил в результате умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица);

страховой случай наступил вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения;

страховой случай наступил вследствие военных действий, гражданской войны;

12.2. Решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному лицу) в срок не позднее 5 рабочих дней после получения документов, позволяющих принять решение по заявленному случаю, в письменной форме с мотивацией причины отказа.

13. Права и обязанности сторон

13.1. Страхователь имеет право:

а) требовать от Страховщика предоставления медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями договора страхования и программой добровольного медицинского страхования;

б) отказаться от договора страхования в соответствии с подпунктом 11.1.7. пункта 11.1. настоящих Правил страхования, подав письменное заявление Страховщику об отказе от договора страхования;

в) ознакомиться с условиями договора добровольного страхования.

13.2. Страхователь обязан:

а) предоставлять Страховщику достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

б) уплачивать страховой взнос в установленном договором страхования порядке;

в) в период действия договора страхования сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

г) надлежащим образом исполнять обязанности, определенные настоящими Правилами страхования и договором страхования.

13.3. Застрахованное лицо имеет право:

а) на получение медицинских услуг в учреждениях здравоохранения в соответствии с условиями договора страхования;

б) при утрате договора страхования получить дубликат.

13.4. Застрахованное лицо обязано:

14. Порядок рассмотрения споров

14.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров. При не достижении соглашения, они разрешаются судом или экономическим судом в соответствии с их компетенцией, установленной законодательством Республики Беларусь.

а) соблюдать предписания врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный организацией здравоохранения;

б) не передавать третьим лицам своё право на получение медицинских услуг по договору страхования;

в) при изменении фамилии письменно уведомить Страховщика в трехдневный срок;

г) по запросу Страховщика предоставлять все имеющиеся документы о полученных медицинских услугах в соответствии с программами добровольного медицинского страхования, установленных в договоре страхования (направления, выписки, справки, заключения, протоколы обследования, анализы, чеки, счета, рецепты), а также предоставлять Страховщику право получения выше указанных документов из учреждений здравоохранения.

13.5. Страховщик имеет право:

а) определять организации здравоохранения для оказания медицинской помощи Застрахованным лицам, в том числе устанавливать (ограничивать) список организаций здравоохранений, в которых Застрахованное лицо вправе получать медицинские услуги, внося данное ограничение в договор страхования (страховой полис);

б) проверять полученную от Страхователя (Застрахованного лица) информацию, а также выполнение Страхователем условий договора;

в) до заключения договора страхования за счет средств Страхователя потребовать обследования и/или документы, подтверждающие состояние здоровья лица, в чью пользу заключается договор страхования;

г) давать рекомендации и консультировать Застрахованное лицо;

д) устанавливать порядок получения медицинских услуг Застрахованным лицом, делая об этом запись в договоре страхования (страховом полисе);

е) запрашивать в организациях здравоохранения, в государственных и правоохранительных органах документы, необходимые для принятия решения о выплате страхового обеспечения;

ж) отсрочить принятие решения о признании, либо не признании заявленного события страховым случаем и составление Акта о страховом случае, когда ему не представлены все необходимые документы – до их представления, а также, если у него имеются сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай и размер вреда (в частности, в порядке оформления и регистрации документов, в подлинности печати, подписи на документе, наличие незаверенных исправлений) - 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);

з) потребовать у Страхователя (Застрахованного лица) дополнительные медицинские документы, необходимые для принятия решения о выплате страхового обеспечения.

13.6. Страховщик обязан:

а) выдать Страхователю после оплаты страхового взноса (его первой части) договор страхования (страховой полис) с приложением программ (ы) добровольного медицинского страхования, копию настоящих Правил страхования, именную карточку;

б) при наступлении страхового случая произвести организации здравоохранения или Страхователю (Застрахованному лицу) оплату стоимости оказанных в соответствии с договором страхования медицинских услуг;

в) обеспечивать конфиденциальность в отношении информации, ставшей известной о Застрахованном лице;

г) при заключении договора страхования ознакомить Страхователя с условиями добровольного страхования медицинских расходов;

д) надлежащим образом исполнять обязанности, определенные настоящими Правилами страхования и договором добровольного страхования.