



УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ЗАСО "Белнефтестрах"
А.Н.Чайчиц
1 октября 2019 г.

**ПРАВИЛА № 17
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ**

Новая редакция Правил вступает в силу со 2 октября 2019 года

МИНСК – 2017

1. Страховщик и Страхователь

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на условиях настоящих Правил № 17 добровольного страхования медицинских расходов (далее – Правила) закрытое акционерное страховое общество "Белнефтестрах" (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного страхования медицинских расходов (далее – договоры страхования) с лицами, указанными в подпункте 1.2.1 пункта 1.2 Правил.

1.2. Субъектами добровольного страхования медицинских расходов являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо и Выгодоприобретатель.

1.2.1. Страхователями могут быть юридические лица любой организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, а также дееспособные физические лица – граждане Республики Беларусь, проживающие в Республике Беларусь, иностранные граждане и лица без гражданства, заключившие со Страховщиком договоры страхования.

Договоры страхования по **Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов** и программам добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»** и **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «МедЭкспресс»** заключаются со Страхователями-физическими лицами.

Страхователи-физические лица вправе заключать договоры страхования в отношении себя и в отношении группы лиц (близких родственников, членов семьи).

Страхователи-юридические лица и индивидуальные предприниматели (далее Страхователи-юридические лица) вправе заключать договоры страхования в отношении физических лиц, в том числе своих работников.

1.2.2. Застрахованным лицом является физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования.

Застрахованными лицами по договору страхования могут быть граждане Республики Беларусь, иностранные граждане и лица без гражданства в возрасте от 1 (одного) месяца.

Договор страхования может быть заключен в отношении одного физического лица или группы лиц.

Застрахованными лицами по договору страхования, заключенному со Страхователем, действующему за пределами Республики Беларусь, могут быть только граждане Республики Беларусь.

Гарантированная договором страхования медицинская помощь предоставляется Застрахованным лицам.

1.2.3. Выгодоприобретателями являются медицинская организация, индивидуальный предприниматель, осуществляющие медицинскую,

фармацевтическую деятельность, 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;

1.3. Договоры страхования не заключаются в отношении лиц:

а) состоящих на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах;

б) ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;

в) инвалидов 1-ой группы;

г) детей-инвалидов.

1.4. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

близкие родственники – супруг (супруга), родители, дети, усыновители, усыновленные;

внезапное расстройство здоровья – резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица;

медицинские организации – организации здравоохранения Республики Беларусь; организации здравоохранения иностранных государств в случае, предусмотренном пунктом 9.2. Правил; другие организации (в том числе индивидуальные предприниматели), которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность;

медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, оказываемых Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, связанного с внезапным расстройством здоровья Застрахованного лица, несчастным случаем, хроническим заболеванием или его обострением, в том числе обеспечение застрахованного лица лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и индивидуального ухода в рамках программы добровольного страхования медицинских расходов. Медицинская помощь также включает медицинскую профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию и протезирование;

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;

обострение хронического заболевания – стадия течения хронического заболевания, характеризующаяся усилением имеющихся симптомов или появлением новых у Застрахованного лица;

острое заболевание – неожиданные изменения в состоянии организма Застрахованного лица, угрожающие его здоровью, жизни и требующие

неотложной медицинской помощи;

программа добровольного страхования медицинских расходов (далее – программа добровольного страхования) – неотъемлемая часть договора добровольного страхования медицинских расходов, содержащая перечень медицинских услуг определенного объема, оказываемых Застрахованному лицу при его обращении в медицинскую организацию, к индивидуальному предпринимателю за медицинской помощью при наступлении страхового случая, в том числе обеспечение Застрахованного лица лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и индивидуального ухода;

член семьи – лицо, проживающее совместно с Застрахованным лицом, ведущие с ним общее хозяйство, и заключившие письменное соглашение о признании членом семьи либо признанные в судебном порядке членами его семьи;

хроническое заболевание – заболевание, которое имеет одну и (или) более нижеследующих характеристик: длительно растянуто во времени, оставляет остаточные нарушения, вызывает необратимые патологические изменения, требует специального (особого) обучения пациента для восстановления (реабилитации) и длительного периода наблюдения с обеспечением медицинской и социальной помощи.

1.5. Страховщик имеет право отказать в заключении договора страхования без объяснения причин (ст. 391 ГК РБ).

2. Объект страхования

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Страхователя либо Застрахованного лица, связанные с компенсацией расходов медицинской организации, индивидуальному предпринимателю, Страхователю или Застрахованному лицу, вызванных обращением Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, предусмотренной договором страхования (программой добровольного страхования), при наступлении страхового случая.

3. Страховой случай

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

3.2. По договору страхования Застрахованное лицо имеет право на получение медицинской помощи, предусмотренной программами добровольного страхования, в медицинских организациях, с которыми Страховщик заключил договоры на оказание медицинской помощи Застрахованным лицам.

3.3. Медицинская помощь Застрахованным лицам оказывается в соответствии с программами добровольного страхования, которые прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

По соглашению сторон договор страхования может быть заключен на условиях следующих программ добровольного страхования:

3.3.1. Программа добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»**.

Амбулаторно-поликлиническая помощь включает комплекс медицинских мероприятий, оказываемых Застрахованному лицу на амбулаторном уровне, в том числе оказание медицинской помощи по снятию острой зубной боли.

3.3.2. Программа добровольного страхования **«Стационарная помощь»**.

Стационарная помощь включает комплекс медицинских мероприятий, оказываемых Застрахованному лицу в стационарных условиях.

3.3.3. Программа добровольного страхования **«Комплексная помощь»**.

Комплексная помощь включает:

- комплекс медицинских мероприятий, оказываемых Застрахованному лицу по программе добровольного страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь» в соответствии с подпунктом 3.3.1 настоящего пункта;

- комплекс медицинских мероприятий, оказываемых Застрахованному лицу по программе «Стационарная помощь» в соответствии с подпунктом 3.3.2 настоящего пункта.

3.3.4. Программа добровольного страхования **«Комплексная помощь плюс»**.

Комплексная помощь плюс включает:

- комплекс медицинских мероприятий, оказываемых Застрахованному лицу по программе добровольного страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь» в соответствии с подпунктом 3.3.1 настоящего пункта;

- комплекс медицинских мероприятий, оказываемых Застрахованному лицу по программе «Стационарная помощь» в соответствии с подпунктом 3.3.2 настоящего пункта;

- один вид дополнительной медицинской помощи – лекарственное обеспечение или стоматологическую помощь – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, или реабилитационно-восстановительное лечение в условиях санатория – при оказании стационарной помощи (при обязательном установлении по включенному в договор страхования виду дополнительной медицинской помощи отдельной страховой суммы в пределах страховой суммы, установленной по программе добровольного страхования «Комплексная помощь плюс» по каждому Застрахованному лицу).

3.3.5. Программа добровольного страхования «Комплексная помощь плюс 2».

Комплексная помощь плюс 2 включает:

- комплекс медицинских мероприятий, оказываемых Застрахованному лицу по программе добровольного страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь» в соответствии с подпунктом 3.3.1 настоящего пункта;

- комплекс медицинских мероприятий, оказываемых Застрахованному лицу по программе «Стационарная помощь» в соответствии с подпунктом 3.3.2 настоящего пункта;

- два вида дополнительной медицинской помощи – лекарственное обеспечение и (или) стоматологическую помощь – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи и (или) реабилитационно-восстановительное лечение в условиях санатория – при оказании стационарной помощи (при обязательном установлении по этим видам дополнительной медицинской помощи отдельных страховых сумм в пределах страховой суммы, установленной по программе добровольного страхования «Комплексная помощь плюс 2» по каждому Застрахованному лицу).

3.3.6. **Унифицированная программа добровольного страхования медицинских расходов.** Порядок заключения договоров страхования, условия страхования и объем медицинской помощи, предоставляемой Застрахованному лицу в рамках этой программы, определяются Дополнительными условиями № 1 Правил.

3.3.7. Программа добровольного страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»». Порядок заключения договоров страхования, условия страхования и объем медицинской помощи, предоставляемой Застрахованному лицу в рамках этой программы, определяются Дополнительными условиями № 2 Правил.

3.3.8. Программа добровольного страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь «МедЭкспресс»». Порядок заключения договоров страхования, условия страхования и комплекс медицинских

мероприятий, предоставляемых Застрахованному лицу в рамках этой программы, определяются Дополнительными условиями № 3 Правил.

3.4. По соглашению сторон:

а) программы добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** (подпункт 3.3.1 пункта 3.3 Правил), **«Стационарная помощь»** (подпункт 3.3.2 пункта 3.3 Правил), **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»** (подпункт 3.3.7 пункта 3.3 Правил)» с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика, могут быть дополнены предоставлением следующих видов дополнительной медицинской помощи, что особо оговаривается в договоре страхования (страховом полисе):

- стоматологическая помощь – по программам добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** или **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»**;

- услуги личного врача – по программам добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** и (или) **«Стационарная помощь»**;

- ведение беременности и родов – только при включении в договор страхования двух программ добровольного страхования – **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** и **«Стационарная помощь»**;

- лекарственное обеспечение – по программам добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** или **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»**;

- реабилитационно-восстановительное лечение в условиях санатория – по программе добровольного страхования **«Стационарная помощь»**;

б) программы добровольного страхования **«Комплексная помощь»**, **«Комплексная помощь плюс»** и **«Комплексная помощь плюс 2»** с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика, могут быть дополнены предоставлением медицинской помощи, предусмотренной пунктом 3.5 Правил, при одновременном наличии следующих условий:

- количество одновременно принимаемых на страхование лиц по договору страхования составляет не менее 100 человек;

- страховая сумма на каждое Застрахованное лицо устанавливается в размере не менее 20 000 (двадцати тысяч) белорусских рублей;

в) программы добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** и **«Стационарная помощь»** (при одновременном включении в договор страхования двух этих программ), **«Комплексная помощь»**, **«Комплексная помощь плюс»** и **«Комплексная помощь плюс 2»** с применением корректировочного

коэффициента, утвержденного приказом Страховщика, при одновременном принятии на страхование по договору страхования не менее 5 000 человек, могут быть дополнены предоставлением медицинской услуги «Зрение».

Медицинская услуга «Зрение» включает плановые хирургические операции глаза, целью которых являются коррекция близорукости, дальнозоркости и астигматизма. Медицинская услуга «Зрение» может быть включена в договор страхования на весь срок его действия в отношении всех Застрахованных лиц по договору;

г) программы добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** и **«Стационарная помощь»** (при одновременном включении в договор страхования двух этих программ), **«Комплексная помощь»**, **«Комплексная помощь плюс»** и **«Комплексная помощь плюс 2»** с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика, при одновременном принятии на страхование по договору страхования не менее 10 000 человек, могут быть дополнены предоставлением медицинской услуги «Сердечно-сосудистые заболевания».

Медицинская услуга «Сердечно-сосудистые заболевания» включает медикаментозное лечение артериальной гипертензии (один из препаратов базисной терапии), что особо оговаривается в договоре страхования (страховом полисе), целью которого является лечение, профилактика тяжелых осложнений у лиц, состоящих на диспансерном учете с диагнозом артериальной гипертензии.

Медицинская услуга «Сердечно-сосудистые заболевания» может быть включена в договор страхования на весь срок его действия в отношении всех Застрахованных лиц по договору;

3.5. Страхователь-юридическое лицо, являющееся корпоративным клиентом, VIP-клиентом или постоянным клиентом, имеет право дополнить выбранную программу добровольного страхования услугой по предоставлению Застрахованным лицам медицинской помощи (включающей, в том числе и лекарственное обеспечение), вызванной их обращением в медицинские организации в связи со следующими заболеваниями (что указывается в договоре страхования (страховом полисе)):

- гепатитами и циррозами печени вирусной этиологии (подпункт 4.1.8 пункта 4.1 Правил);

- сахарным диабетом 1-го типа и его осложнениями (подпункт 4.1.16 пункта 4.1 Правил);

- онкологическими заболеваниями, (злокачественными новообразованиями, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей,

доброкачественными новообразованиями злокачественного течения) и их осложнениями (подпункт 4.1.17 пункта 4.1 Правил);

- демиелинизирующими и дегенеративными заболеваниями нервной системы (подпункт 4.1.18 пункта 4.1 Правил);

- системными заболеваниями соединительной ткани, в том числе ревматоидным артритом, болезнью Бехтерева, системными васкулитами (подпункт 4.1.19 пункта 4.1 Правил);

- неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона (подпункт 4.1.20 пункта 4.1 Правил),

а также:

- обострением (прогрессированием):

а) дегенеративно-дистрофических заболеваний органов (в том числе зрения и слуха), приводящее к потере функций;

б) дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательной системы с нарушением функции суставов 2-3 степени;

- специализированным лечением (включая лекарственное обеспечение), направленным на профилактику тромботических осложнений после операций на сердце и артериальных сосудах (антиагреганты тиенопиридинового ряда, в т.ч. комплексные) в период до 1 года после проведения операции.

Дополнение программы добровольного страхования осуществляется в отношении всех Застрахованных лиц по договору.

При этом расходы, вызванные предоставлением Застрахованным лицам такой медицинской помощи, возмещаются в пределах страховой суммы, установленной договором страхования по соответствующей программе добровольного страхования (с учетом отдельных страховых сумм по видам дополнительной помощи, которыми могут быть дополнены программы страхования (пункт 5.2 Правил).

4. Случаи, не относящиеся к страховым

4.1. Не признаются страховыми случаями и Страховщиком не возмещаются понесенные расходы, вызванные обращениями Застрахованных лиц в медицинские организации за предоставлением медицинской помощи по поводу:

4.1.1. травм, ожогов, отравлений, полученных Застрахованным лицом:

а) в результате покушения на самоубийство, сознательного совершения или попытки совершения противоправного действия (в т.ч. драки и других хулиганских действий в случаях, когда Застрахованное лицо было их инициатором, зачинщиком);

б) вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

в) вследствие управления транспортным средством, не имея

соответствующего удостоверения на право управления транспортным средством данной категории, либо в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, либо передавшим управление транспортным средством лицу, не имевшему соответствующего удостоверения на право управления или находившемуся в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;

4.1.2. осложнений, явившихся следствием нарушения Застрахованным лицом предписанного курса лечения или лечебного режима;

4.1.3. осложнений, явившихся следствием лечения или хирургического вмешательства по поводу заболевания или травмы, имевших место до вступления договора страхования в силу;

4.1.4. заболеваний, вызванных инфекциями, передающимися половым путем, в том числе вирусными инфекциями при наличии клинических проявлений;

4.1.5. ВИЧ-инфекции, СПИДа и их осложнений;

4.1.6. саркоидоза;

4.1.7. хронической печеночной и (или) почечной недостаточности, требующих проведения гемодиализа или других экстракорпоральных методов лечения;

4.1.8. гепатитов и циррозов печени вирусной этиологии, если иное не оговорено программами добровольного страхования, включенными в договор страхования в соответствии с пунктом 3.5 Правил;

4.1.9. туберкулеза;

4.1.10. острой и хронической лучевой болезни;

4.1.11. профессионального заболевания;

4.1.12. особо опасных инфекционных заболеваний;

4.1.13. врожденных, кроме выявленных у взрослых в стадии функциональной недостаточности органов и систем, и наследственных заболеваний;

4.1.14. эпилепсии и психических заболеваний, включая симптоматические психические расстройства;

4.1.15. алкоголизма, наркомании, токсикомании, а также болезней, наступивших вследствие алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений;

4.1.16. сахарного диабета 1-го типа и его осложнений, если иное не оговорено программами добровольного страхования, включенными в договор страхования в соответствии с пунктом 3.5 Правил;

4.1.17. онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. числе кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений, если иное не оговорено программами добровольного страхования, включенными в договор страхования в соответствии с пунктом 3.5 Правил;

4.1.18. демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы, если иное не оговорено программами добровольного страхования, включенными в договор страхования в соответствии с пунктом 3.5 Правил;

4.1.19. системных заболеваний соединительной ткани, в том числе ревматоидного артрита, болезни Бехтерева, системных васкулитов, если иное не оговорено программами добровольного страхования, включенными в договор страхования в соответствии с пунктом 3.5 Правил;

4.1.20. неспецифического язвенного колита, болезни Крона, если иное не оговорено программами добровольного страхования, включенными в договор страхования в соответствии с пунктом 3.5 Правил;

4.1.21. половых расстройств, бесплодия;

4.1.22. внезапного расстройства здоровья или несчастного случая, имевших место до вступления договора страхования в силу;

4.1.23. косметических дефектов лица, тела, конечностей, если они возникли до начала действия договора страхования или вследствие заболеваний, перенесенных в период действия договора страхования, по которым расходы за предоставленные услуги согласно настоящим Правилам не возмещаются Страховщиком;

4.1.24. трансплантации органов;

4.1.25. если иное не оговорено программами добровольного страхования, включенными в договор страхования:

а) заболеваний зубов, периодонта, зубопротезирования, ортодонтического лечения и подготовкой к ним;

б) ведения беременности и родов;

4.1.26. циррозов печени алиментарно-токсической этиологии;

4.1.27. дефектов речевого развития.

4.2. По условиям настоящих Правил не организуется предоставление медицинской помощи и не оплачиваются медицинские расходы, связанные с:

4.2.1. искусственной инсеминацией, экстракорпоральным оплодотворением;

4.2.2. стерилизацией мужчин или женщин, изменением пола;

4.2.3. плановой хирургической операцией глаза, целью которой

является коррекция близорукости, дальновзоркости и астигматизма, если иное не оговорено программами добровольного страхования, включенными в договор страхования в соответствии с абзацем в) пункта 3.4 Правил;

4.2.4. приобретением (вне зависимости от целей применения) травяных сборов, биологически активных добавок (БАД), гомеопатических средств, витаминов, витаминно-минеральных комплексов, если иное не оговорено в программе добровольного страхования, включенной в договор страхования;

4.2.5. получением попечительского ухода в стационаре;

4.2.6. обследованием и лечением нетрадиционными методами, самолечением, аутотренингом;

4.2.7. обследованием и лечением, которое является экспериментальным или исследовательским;

4.2.8. получением Застрахованным лицом справок на ношение оружия, вождение автотранспорта, посещение бассейна, для трудоустройства, поступления в учебные учреждения, выезда за рубеж и других справок, выдаваемых на основании приказов Министерства здравоохранения, если иное не оговорено в программах добровольного страхования, включенных в договор страхования с применением корректировочного коэффициента;

4.2.9. уходом за Застрахованным лицом членами его семьи;

4.2.10. приобретением технических средств социальной реабилитации (например, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, корсеты, костыли, шины, тьюторы, брейсы, ортезы, стельки), а также понесением расходов на их подгонку, если иное не оговорено в программах добровольного страхования, включенных в договор страхования;

4.2.11. приобретением и прокатом кондиционеров, увлажнителей воздуха, испарителей, тренажеров, спортивных снарядов или иного оборудования подобного рода;

изделий медицинского назначения, предметов и средств, предназначенных для ухода за больными, если иное не оговорено в программах добровольного страхования, включенных в договор страхования;

4.2.12. лечением у медицинского работника, состоящего в родственных отношениях с Застрахованным лицом;

4.2.13. обследованием и лечением с целью планирования семьи;

4.2.14. искусственным прерыванием беременности (абортом) в случаях отсутствия соответствующих медицинских показаний у Застрахованного лица;

4.2.15. если иное не оговорено программами добровольного страхования, включенными в договор страхования;

а) реабилитационно-восстановительным лечением в условиях санатория;

б) лекарственным обеспечением при амбулаторно-поликлинической помощи;

4.2.16. любыми способами снижения лишнего веса (в т.ч. диетологией, медикаментозными способами лечения, бариатрической хирургией);

4.2.17. использованием механических, химических, гормональных и других средств по контролю над рождаемостью, включая введение и удаление внутриматочной спирали, а также исследований, необходимых для назначения и контроля применения этих средств, если иное не оговорено в программах добровольного страхования, включенными в договор страхования;

4.2.18. проведением пластических операций, кроме реконструктивных, проводимых по медицинским показаниям и направленных на восстановление функций органов;

4.2.19. обязательным медицинским осмотром с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий, в том числе профилактической диспансеризацией с целью определения основных факторов риска развития нарушений здоровья, если иное не оговорено программой добровольного страхования;

4.2.20. профилактикой тяжелых осложнений у лиц, состоящих на диспансерном учете с заболеваниями ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензии, и медикаментозным лечением гиперлипидемии, если иное не оговорено программами добровольного страхования, включенными в договор страхования в соответствии с абзацем г) пункта 3.4 Правил;

4.2.21. медицинскими услугами или препаратами, не являющимися необходимыми с точки зрения выставленного диагноза или лечения болезни, примененными по желанию Застрахованного лица, а не по медицинским показаниям;

4.2.22. медицинскими услугами, не соответствующими Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь, за исключением случаев, когда договор страхования действует за пределами Республики Беларусь;

4.2.23. проведением повторных врачебных консультаций, обследований, с целью сбора мнений специалистов различных организаций здравоохранения по желанию Застрахованного лица без согласования со Страховщиком, если иное не оговорено в программах добровольного страхования, включенных в договор страхования с применением корректировочного коэффициента.

4.3. При выявлении впервые у Застрахованного лица в период действия договора страхования заболевания, указанного в подпунктах 4.1.4. – 4.1.14, 4.1.16 – 4.1.20 пункта 4.1 Правил, ему оказываются медицинские услуги и оплачиваются медицинские расходы в соответствии с выбранной страховой медицинской программой до установления окончательного диагноза такого заболевания, если иное не предусмотрено договором страхования в соответствии с пунктом 3.5 Правил.

5. Страховая сумма

5.1. Страховая сумма – установленная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязан произвести выплату страхового обеспечения при наступлении страхового случая.

5.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком при заключении договора страхования отдельно по каждой программе добровольного страхования, включенной в договор страхования.

5.2.1. По договору страхования, заключаемому со Страхователем-юридическим лицом в отношении работника и его близких родственников (членов семьи) либо со Страхователем-физическим лицом в отношении себя и (или) в отношении близких родственников (членов семьи), по соглашению сторон страховая сумма на этих лиц может быть установлена как общая (одна на всех), так и отдельная по каждому из них.

5.2.2. Если программа добровольного страхования включает такие дополнительные виды медицинской помощи, как стоматологическая помощь (при амбулаторно-поликлинической помощи), лекарственное обеспечение (при амбулаторно-поликлинической помощи), реабилитационно-восстановительное лечение в условиях санатория (при стационарной помощи), услуги личного врача (при амбулаторно-поликлинической помощи и (или) стационарной помощи), ведение беременности и родов (при амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи), то по указанным видам дополнительной медицинской помощи в пределах страховой суммы по соответствующей программе добровольного страхования по соглашению сторон могут устанавливаться отдельные страховые суммы.

По соглашению сторон с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика, в случаях, когда программа добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** включает одновременно такие виды дополнительной медицинской помощи, как стоматологическая помощь и лекарственное обеспечение, в пределах страховой суммы по этой программе на указанные виды дополнительной медицинской помощи может быть установлена общая (одна) страховая сумма.

5.2.3. Страховая сумма на каждое Застрахованное лицо по программам добровольного страхования **«Комплексная помощь»**, **«Комплексная помощь плюс»** и **«Комплексная помощь плюс 2»** с предоставлением медицинской помощи, предусмотренной пунктом 3.5 Правил, устанавливается в размере не менее 20 000 (двадцати тысяч) белорусских рублей.

При заключении договора страхования по программам добровольного страхования **«Комплексная помощь плюс»**, **«Комплексная помощь плюс 2»** в пределах страховой суммы на каждое Застрахованное лицо устанавливаются отдельные страховые суммы на каждый вид дополнительной медицинской помощи – лекарственное обеспечение и (или) стоматологическую помощь и (или) реабилитационно-восстановительное лечение в условиях санатория (при стационарной помощи).

По соглашению сторон с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика, по программе добровольного страхования **«Комплексная помощь плюс 2»** может быть установлена общая (одна) страховая сумма на каждое Застрахованное лицо на указанные виды дополнительной медицинской помощи, предусмотренные программой страхования.

5.2.4. При дополнении программ страхования согласно абзацам в) и г) пункта 3.4 Правил медицинскими услугами «Зрение» и «Сердечно-сосудистые заболевания» в пределах страховой суммы на каждое Застрахованное лицо устанавливается отдельная страховая сумма по данным услугам.

5.3. Страховая сумма может быть установлена как в белорусских рублях, так и в иностранной валюте.

5.4. Договор страхования, заключенный со Страхователем-юридическим лицом (в период его действия), по соглашению сторон на основании письменного заявления Страхователя может быть изменен на оставшийся срок его действия при:

- а) увеличении размера страховой суммы;
- б) изменении количества Застрахованных лиц (при страховании группы лиц);
- в) дополнении программы добровольного страхования предоставлением дополнительной медицинской помощи в соответствии с условиями пунктов 3.4 и 3.5 Правил;
- г) изменении программы страхования;
- д) дополнении договора программой добровольного страхования.

При внесении изменений в договор страхования при расчетах на оставшийся срок его действия неполный месяц принимается за полный, за

исключением случаев уменьшения количества Застрахованных лиц, когда расчет осуществляется в соответствии с частью второй подпункта 6.6.3 пункта 6.6 Правил.

5.5. Договор страхования, по которому произведена выплата страхового обеспечения, продолжает действовать до конца срока, указанного в договоре страхования, в размере разницы между соответствующей страховой суммой, установленной договором страхования в соответствии с условиями подпунктов 5.2.1-5.2.4 пункта 5.2 Правил, и суммой произведенных выплат.

6. Страховой тариф, страховой взнос

6.1. Страховой взнос – сумма денежных средств, подлежащая уплате Страхователем Страховщику за страхование в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

6.2. Размер страхового вноса определяется исходя из страховой суммы по выбранной программе добровольного страхования и страхового тарифа.

Страховой тариф исчисляется по каждому лицу, подлежащему страхованию, отдельно по каждой программе добровольного страхования, включенной в договор страхования, исходя из базового страхового тарифа по соответствующей программе добровольного страхования в соответствии с Приложением 1 к Правилам, и примененных корректировочных коэффициентов к базовому страховому тарифу, утвержденных приказом Страховщика. Исчисленный размер страхового тарифа округляется с применением правил математического округления до четырех знаков после запятой.

Страховой взнос определяется по каждому лицу, подлежащему страхованию, отдельно по каждой программе добровольного страхования, включенной в договор страхования.

Если договором страхования, заключаемым со Страхователем-юридическим лицом в отношении работника и его близких родственников (членов семьи) либо со Страхователем-физическим лицом в отношении себя и (или) в отношении близких родственников (членов семьи), предусмотрено установление:

- общей страховой суммы для этих лиц, то страховой взнос исчисляется исходя из устанавливаемой страховой суммы и страхового тарифа, рассчитанного по программе добровольного страхования, установленной для работника юридического лица либо физического лица (с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика);

- отдельных страховых сумм по каждому из этих лиц, то страховой взнос исчисляется по каждому Застрахованному лицу исходя из

устанавливаемой страховой суммы и страхового тарифа, рассчитанного по определенной для него программе добровольного страхования, включенной в договор страхования (с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика).

Общий страховой взнос по договору страхования определяется путем суммирования страховых взносов, по всем лицам, подлежащим страхованию.

6.3. При установлении страховой суммы в иностранной валюте страховой взнос, исчисленный в валюте, в которой установлена страховая сумма, может быть уплачен как в иностранной валюте (в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь), так и в белорусских рублях.

Если страховая сумма устанавливается в иностранной валюте с уплатой страхового взноса в белорусских рублях, то страховой взнос исчисляется в иностранной валюте, а уплачивается в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь, по отношению к этой валюте на день уплаты страхового взноса (его части).

6.4. По договору страхования, заключенному на срок менее шести месяцев, страховой взнос уплачивается единовременно при его заключении.

Страховой взнос по договору страхования, заключенному на срок шесть месяцев и более, может быть уплачен Страхователем единовременно за весь срок действия договора либо по соглашению сторон в рассрочку: в два срока, ежеквартально или ежемесячно.

При единовременной уплате страховой взнос уплачивается при заключении договора страхования.

При уплате страхового взноса в два срока первая его часть в размере не менее 50% исчисленного страхового взноса по договору уплачивается при заключении договора страхования, а оставшаяся часть – не позднее истечения половины срока действия договора страхования, исчисляемого со дня вступления в силу договора страхования.

При ежеквартальной или ежемесячной уплате первая часть страхового взноса в размере не менее $1/m$ (где m – соответственно количество кварталов или месяцев) от исчисленного страхового взноса по договору уплачивается при его заключении, а оставшиеся части уплачиваются равными долями не позднее последнего дня оплаченного периода (квартала или месяца).

6.5. Дополнительный страховой взнос по вносимым изменениям в договор страхования (его первая часть) уплачивается до вступления их в силу единовременно либо по соглашению сторон в рассрочку в порядке и

сроки, установленные договором.

Условия договора страхования считаются измененными с 00 часов 00 минут любого дня, определенного соглашением сторон, следующего за днем уплаты дополнительного страхового взноса (его части), за исключением случаев, когда по соглашению сторон Страхователю предоставляется право уплаты дополнительного страхового взноса (его первой части) одновременно с уплатой очередной части страхового взноса в срок, установленный договором страхования.

Соглашение об изменении договора страхования совершается в письменной форме.

6.6. Дополнительный страховой взнос определяется:

6.6.1. при увеличении страхового риска – по формуле:

$$ДВ = S (T_2 - T_1) \times n/m,$$

где:

ДВ – дополнительный страховой взнос;

S – страховая сумма по договору страхования;

T₁ – страховой тариф на момент заключения договора страхования;

T₂ – страховой тариф с учетом увеличения страхового риска;

n – количество полных месяцев, оставшихся до окончания срока действия договора страхования;

m – срок действия договора страхования в месяцах.

6.6.2. при увеличении страховой суммы – по формуле:

$$ДВ = (S_2 \times T_2 - S_1 \times T_1) \times n/m,$$

где:

ДВ – дополнительный страховой взнос;

S₂ – страховая сумма по договору страхования с учетом увеличения;

T₂ – страховой тариф, исходя из увеличенной страховой суммы;

S₁ – страховая сумма по договору страхования, установленная при его заключении;

T₁ – страховой тариф на момент заключения договора страхования;

n – количество полных месяцев, оставшихся до окончания срока действия договора страхования;

m – срок действия договора страхования в месяцах.

6.6.3. при увеличении численности Застрахованных лиц – как сумма страховых взносов, исчисленных по каждому подлежащему страхованию лицу исходя из устанавливаемых для них страховых сумм и определенных страховых тарифов (пункт 6.2 Правил) в размере 1/m (где m – срок действия договора страхования в месяцах) исчисленного страхового взноса за каждый полный месяц оставшегося срока действия договора страхования.

В случае уменьшения количества Застрахованных лиц договор

страхования прекращается в отношении исключаемых из договора страхования лиц. В этом случае при отсутствии выплат страхового обеспечения по исключаемым из договора страхования Застрахованным лицам Страхователю возвращается часть уплаченного за них страхового взноса пропорционально времени со дня внесения изменений в договор страхования до окончания оплаченного срока его действия. Возврат части страхового взноса производится в порядке, предусмотренном пунктом 12.4 Правил;

6.6.4. при изменении программ добровольного страхования, дополнении в соответствии с условиями пунктов 3.4 и 3.5 Правил и одновременном увеличении страховой суммы – по формуле:

$$ДВ = (S_2 \times T_2 - S_1 \times T_1) \times n/m,$$

где:

ДВ – дополнительный страховой взнос;

S_2 – страховая сумма по договору страхования, установленная при изменении, дополнении программы добровольного страхования;

T_2 – страховой тариф, рассчитанный с условием изменения, дополнения программы добровольного страхования;

S_1 – страховая сумма по договору страхования, установленная при его заключении;

T_1 – страховой тариф на момент заключения договора страхования;

n – количество полных месяцев, оставшихся до окончания срока действия договора страхования.

m – срок действия договора страхования в месяцах.

6.6.5. при дополнении договора страхования программой добровольного страхования – по формуле:

$$ДВ = (S_2 \times T_2 + (S_1 \times T_{1.1} - S_1 \times T_1)) \times n/m,$$

где:

S_2 – страховая сумма, установленная по добавляемой программе добровольного страхования;

T_2 – страховой тариф, рассчитанный по добавляемой программе добровольного страхования;

S_1 – страховая сумма по договору страхования, установленная при его заключении;

$T_{1.1}$ – страховой тариф на дату заключения договора страхования, учитывающий заключение договора страхования на условиях оказания медицинской помощи одновременно по двум программам добровольного страхования;

T_1 – страховой тариф на дату заключения договора страхования;

n – количество полных месяцев, оставшихся до окончания срока действия договора страхования;

m – срок действия договора страхования в месяцах.

6.7. В случае неуплаты очередной части страхового взноса в установленный договором страхования срок Страховщик вправе:

6.7.1. прекратить договор страхования с 00 часов дня, следующего за последним днем установленного срока уплаты очередной части страхового взноса;

6.7.2. не прекращать договор страхования при наличии письменных обязательств погасить имеющуюся задолженность (просроченную сумму страхового взноса) не позднее 30 календарных дней со дня просрочки платежа. В случае неуплаты 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 очередную часть страхового взноса. При этом Страхователь не освобождается от уплаты части страхового взноса за указанный 30-дневный срок действия договора.

6.8. Страховой взнос уплачивается Страхователем путем безналичной формы расчетов, в том числе с использованием банковской платежной карточки, через автоматизированные платежные системы (в т.ч. через систему ЕРИП (АИС «Расчет»)) или наличными денежными средствами в соответствии с законодательством Республики Беларусь. Днем уплаты страхового взноса считается:

а) день списания страхового взноса (его частей, установленных договором страхования) с расчетного счета Страхователя – при уплате страхового взноса путем безналичного перечисления;

б) день списания денежных средств по уплате страхового взноса (его частей, установленных договором) со счета Страхователя (день совершения операции по перечислению страхового взноса или его частей) – при безналичной форме расчетов с использованием банковской платежной карточки, через автоматизированные платежные системы (в т.ч. через систему ЕРИП (АИС «Расчет»)), а также при внесении денежных средств непосредственно в кассы банков с последующим их зачислением на счет Страховщика или его уполномоченного представителя в случае предоставления Страхователем соответствующего документа (карт-чека), иного документа, подтверждающего совершение соответствующей операции, либо день поступления страхового взноса (его частей) на расчетный счет Страховщика, если Страхователем такой документ не предоставлен;

в) день уплаты страхового взноса (его частей, установленных договором) в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю – при уплате наличными денежными средствами.

6.9. В случае выполнения Страховщиком обязательств по договору в

полном объеме до истечения срока уплаты последней части страхового взноса Страхователь обязан уплатить всю неуплаченную сумму страхового взноса.

6.10. По соглашению сторон по договору страхования может быть установлена безусловная франшиза – размер собственного участия Застрахованного лица в возмещении расходов, связанных с оказанием ему медицинской помощи.

Безусловная франшиза устанавливается в процентах от размера расходов, связанных с оказанием медицинской помощи Застрахованному лицу.

Безусловная франшиза может быть установлена в целом по программе добровольного страхования либо в отношении оплаты расходов конкретных медицинских организаций, либо в отношении конкретных медицинских мероприятий, перечень которых определен программой добровольного страхования.

Безусловная франшиза применяется по каждому страховому случаю, связанному с получением отдельно взятой медицинской услуги, при обращении Застрахованного лица в медицинские организации.

II ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

7. Условия заключения договора страхования

7.1. Договор страхования заключается на условиях Правил страхования, принятых Страхователем путем присоединения к договору страхования. Условия, содержащиеся в Правилах страхования, в том числе не включенные в текст договора страхования или страхового полиса, обязательны для Страховщика, Страхователя и Выгодоприобретателя.

7.2. Основанием для заключения договора страхования является письменное заявление Страхователя (по форме, утвержденной Страховщиком). Если Страхователем является юридическое лицо, заключающее договор страхования в отношении третьих лиц, к заявлению прилагается список лиц, подлежащих страхованию (по форме, утвержденной Страховщиком). Ответственность за достоверность предоставленной информации, содержащейся в заявлении о добровольном страховании, несет Страхователь (Застрахованное лицо). После заключения договора страхования заявление о добровольном страховании является неотъемлемой частью договора страхования.

При заключении договора страхования со Страхователем-физическим лицом, договор страхования может быть заключен на основании устного заявления.

7.3. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности

наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны или не должны быть известны Страховщику.

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования (страховом полисе) на основании письменного заявления Страхователя. К существенным обстоятельствам также относятся обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в заявлении о страховании и анкете Застрахованного лица.

7.4. Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в пункте 7.3 Правил, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством.

Требование Страховщика о признании договора страхования недействительным не подлежит удовлетворению, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

7.5. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице), о состоянии их здоровья, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

7.6. До заключения договора страхования физическое лицо, в отношении которого заключается договор страхования, заполняет анкету Застрахованного лица (по форме, утвержденной Страховщиком). Если договор страхования заключается в отношении детей до 18 лет, указанная анкета заполняется родителями или законными представителями.

Необходимость заполнения анкеты Застрахованного лица определяется Страховщиком.

7.7. В случае, если анкета Застрахованного лица не заполняется, то лица, подлежащие страхованию, условно относятся ко II группе здоровья и при расчете страхового тарифа применяется корректировочный коэффициент, утвержденный приказом Страховщика, соответствующий II группе здоровья.

Страховщик также имеет право направить Застрахованное лицо на медицинское обследование для оценки фактического состояния его здоровья либо потребовать у Страхователя (Застрахованного лица)

предоставить медицинскую справку (медицинское заключение) о состоянии здоровья из медицинской организации, в которой данное лицо наблюдается либо наблюдалось. Медицинское обследование проводится за счет средств Страхователя (Застрахованного лица) в медицинских организациях, определяемых Страховщиком.

В случае отказа Застрахованного лица пройти медицинское обследование договор страхования не заключается.

При заключении договора страхования на новый срок до истечения прежнего договора по решению Страховщика анкета Застрахованного лица может не заполняться, при этом Страховщик имеет право на основании имеющейся информации об обращениях Застрахованного лица за медицинской помощью оставить ранее установленную группу здоровья или изменить ее.

7.8. По данным заполненных анкет Застрахованное лицо относится к одной из четырех групп здоровья:

I группа здоровья Д-1: практически здоровые лица с отсутствием жалоб, наследственных и хронических заболеваний в анамнезе; редкими (не чаще одного раза за год) острыми заболеваниями;

II группа здоровья Д-2: лица с наличием хронических заболеваний в стадии стойкой ремиссии с редкими обострениями без нарушения функций органов и систем; наличием в анамнезе острых заболеваний не чаще двух раз в год;

III группа здоровья Д-3: лица, страдающие хроническими заболеваниями в стадии компенсации (с нарушениями функций органов и систем не выше 1 степени) с редкими обострениями (не чаще одного раза в год); наличием в анамнезе частых (более двух раз в год) острых заболеваний; работавшие или работающие на производстве с вредными условиями труда; проживавшие или проживающие на территории, подвергшейся радиоактивному загрязнению;

IV группа здоровья Д-4: лица с наличием хронических заболеваний в стадии обострения с умеренным (не выше 2-ой степени) нарушением функций органов (систем), высокий риск острых заболеваний.

7.9. На основании заявления Страхователя и анкеты Застрахованного лица Страховщик в течение пяти рабочих дней после поступления вышеуказанных документов принимает решение о заключении договора страхования.

7.10. Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика. Замена Застрахованного лица не производится после того, когда им выполнены какие-либо обязанности по договору страхования, произведена страховая выплата или имело место обращение

за медицинской помощью, предусмотренной программами добровольного страхования.

В случае исключения из списка Застрахованных лиц при страховании группы лиц Страхователь предоставляет Страховщику заявление произвольной формы с приложением списка исключаемых из договора страхования лиц, на основании которого, по согласованию сторон, вносятся соответствующие изменения в договор страхования.

7.11. Страхователь имеет право выбрать одновременно несколько программ добровольного страхования, которые указываются в договоре страхования.

В случае, если договор страхования заключается в отношении нескольких лиц, то программа добровольного страхования определяется на каждое Застрахованное лицо и указывается в договоре страхования – когда договор страхования заключается со Страхователем-физическим лицом либо в списке лиц, подлежащих страхованию (по форме, утвержденной Страховщиком), который является неотъемлемой частью договора страхования – когда договор страхования заключается со Страхователем-юридическим лицом.

Если договором страхования в отношении физического лица и его близких родственников (членов семьи) предусмотрено установление:

- общей страховой суммы для этих лиц, то все указанные лица считаются застрахованными по одинаковой программе добровольного страхования, что особо оговаривается в списке лиц, подлежащих страхованию с отметкой «член семьи»;

- отдельных страховых сумм по каждому из этих лиц, то программа страхования определяется для каждого лица, что особо оговаривается в списке лиц, подлежащих страхованию с отметкой «родственник».

7.12. Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

Договор страхования может быть заключен путем:

а) вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного заявления страхового полиса, подписанного ими;

б) составления одного документа, подписанного сторонами по договору.

К договору страхования должны прилагаться Правила страхования и программа добровольного страхования с указанием перечня и объема предоставляемой медицинской помощи. Приложение к договору страхования Правил страхования и программы добровольного страхования удостоверяется записью в этом договоре.

Договор страхования (страховой полис) может быть выдан как

Страхователю на всех Застрахованных лиц, так и каждому Застрахованному лицу. При заключении договора страхования с физическим лицом в отношении близких родственников (членов семьи) договор страхования (страховой полис) выдается Страхователю.

7.13. При заключении договора страхования со Страхователем-юридическим лицом одновременно с договором страхования (страховым полисом) на каждое Застрахованное лицо выдается именная карточка Застрахованного лица, удостоверяющая право последнего на получение медицинской помощи по договору страхования в соответствии с настоящими Правилами.

Застрахованному лицу категорически запрещается передавать указанную карточку другим лицам с целью получения ими медицинской помощи по договору страхования. В случае нарушения указанного условия Страховщик не оплачивает расходы по оказанию медицинской помощи другим лицам.

7.14. Страхователь до истечения срока действия договора страхования, заключенного на один год и более, вправе обратиться к Страховщику с письменным заявлением о заключении нового договора страхования с предоставлением права уплаты страхового взноса в течение 30 календарных дней после вступления договора в силу. По соглашению сторон уплата страхового взноса может быть произведена в течение 30 календарных дней, следующих за днем вступления в силу нового договора страхования. Страховщик обязан оформить договор страхования (страховой полис) до вступления в силу нового договора страхования. В этом случае новый договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания предыдущего договора.

В случае неуплаты страхового взноса в течение указанного срока договор страхования досрочно прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем 30-дневного срока, в течение которого Страхователь обязан его уплатить. При этом Страхователь не освобождается от уплаты части страхового взноса за указанный 30-дневный срок действия договора.

О применении данного условия производится отметка в договоре страхования (страховом полисе) при его заключении.

8. Вступление договора страхования в силу

8.1. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут любого дня в течение 30 календарных дней, следующих за днем уплаты страхового взноса (первой его части) Страховщику или его уполномоченному представителю.

8.2. Страхование, обусловленное договором, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования

в силу.

8.3. При заключении договора страхования на новый срок до истечения действия предыдущего договора дата вступления его в силу указывается со дня, следующего за тем, в котором истекает срок действующего договора страхования.

9. Срок и территория действия договора страхования

9.1. Договоры страхования в отношении граждан Республики Беларусь, иностранных граждан и лиц без гражданства, имеющих вид на жительство в Республике Беларусь, заключаются сроком действия от одного месяца и более.

Договоры страхования в отношении иностранных граждан или лиц без гражданства, не имеющих вида на жительство в Республике Беларусь, могут быть заключены на срок от одного месяца до трех лет включительно.

9.2. Действие договора страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие на территории Республики Беларусь, если иное не предусмотрено договором страхования в соответствии с условиями части второй настоящего пункта.

При наличии у Страховщика договора, заключенного с организациями здравоохранения иностранных государств, расположенными в стране пребывания Застрахованного лица, договоров об оказании Застрахованному лицу медицинской помощи или договора с зарубежным партнером, выступающим гарантом обеспечения оплаты расходов по оказанию медицинской помощи Застрахованному лицу, располагающим собственными сервисными центрами в стране пребывания Застрахованного лица, с приложением их перечня и мест нахождения, действие договора страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие за пределами Республики Беларусь, если это предусмотрено программой страхования, с применением соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного Приказом Страховщика.

10. Выдача копии договора страхования (дубликата страхового полиса, карточки Застрахованного лица)

10.1. При утрате договора страхования (страхового полиса) и (или) карточки Застрахованного лица в период его действия Страхователю на основании письменного заявления выдается копия договора страхования (дубликат страхового полиса) и (или) карточки Застрахованного лица. После выдачи копии договора страхования (дубликата страхового полиса), карточки Застрахованного лица утраченный экземпляр договора страхования (страховой полис), карточки Застрахованного лица считаются

недействительными и никаких выплат по ним не производится.

11. Увеличение страхового риска

11.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно, но не позднее 3-х рабочих дней сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными во всяком случае признаются изменения, оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе, заявлении о страховании, анкете Застрахованного лица) и в переданных Страхователю Правилах страхования.

11.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению страхового риска в соответствии с условиями подпункта 6.6.1 пункта 6.6 Правил.

Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения договора. В этом случае договор страхования расторгается с момента получения такого отказа. К отказу приравнивается неполучение в течение 7-ми календарных дней ответа от Страхователя (Застрахованного лица) на надлежаще отправленное письменное предложение Страховщика (заказное письмо с уведомлением) об изменении условий страхования или уплате дополнительного страхового взноса. До уплаты Страхователем дополнительного страхового взноса или изменения условий договора страхования Страховщик не несет ответственности за понесенные расходы, вызванные увеличением страхового риска.

11.3. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности, предусмотренной пунктом 11.1 Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора. В этом случае договор страхования расторгается с даты наступления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска.

11.4. Страховщик не вправе требовать расторжения договора, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

11.5. В случае расторжения договора страхования по инициативе Страховщика (пункты 11.2, 11.3 Правил) при отсутствии выплат страхового обеспечения Страховщик возвращает Страхователю часть страхового взноса пропорционально времени, оставшемуся с момента

расторжения договора страхования до окончания срока его действия за вычетом убытков, причиненных расторжением договора страхования. Возврат причитающейся части страхового взноса производится в соответствии с пунктом 12.4 Правил.

12. Прекращение договора страхования

12.1. Договор страхования прекращается в случаях:

12.1.1. истечения срока действия;

12.1.2. выполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме;

12.1.3. неуплаты Страхователем очередной части страхового взноса в установленные договором сроки и размере с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем, установленным договором страхования для его уплаты, а в случаях, предусмотренных подпунктом 6.7.2 пункта 6.7 Правил и пунктом 7.14 Правил – неуплаты просроченной части страхового взноса по истечении предоставленного для его уплаты 30-дневного срока;

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

12.1.5. ликвидации Страхователя-юридического лица, прекращения в установленном порядке деятельности Страхователя-индивидуального предпринимателя;

12.1.6. смерти Страхователя, кроме случая предусмотренного пунктом 13.1 Правил;

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

12.1.8. соглашения сторон, оформленного в письменном виде. Договор страхования прекращается с даты, определенной соглашением сторон;

12.1.9. когда в период действия договора страхования у Застрахованного лица обнаружены заболевания, перечисленные в пункте 1.3 Правил (пункте 4 Дополнительных условий № 2 Правил – когда договор страхования заключен по программе «Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс», пункте 3 Дополнительных условий № 3 Правил – когда договор страхования заключен по программе «Амбулаторно-поликлиническая помощь «МедЭкспресс»). Договор страхования по указанным основаниям прекращается в отношении Застрахованного лица, у которого обнаружены такие заболевания;

12.1.10. в других случаях, предусмотренных законодательством.

12.2. При досрочном прекращении договоров страхования по обстоятельствам, указанным в подпунктах 12.1.4, 12.1.5, 12.1.6, 12.1.8, 12.1.9 пункта 12.1 Правил, Страховщик имеет право на часть страхового

взноса пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и возвращает Страхователю (наследникам по закону – подпункт 12.1.6 пункта 12.1 Правил) 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.

12.3. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования (подпункт 12.1.7 пункта 12.1 Правил) страховой взнос возврату не подлежит.

12.4. 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 путем перечисления на счет Страхователя в банке – если Страхователь юридическое лицо, либо наличными денежными средствами из кассы Страховщика или путем перечисления на счет Страхователя в банке – если Страхователь физическое лицо. 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. Соответствующая часть страхового взноса по договору страхования возвращается в той валюте, в которой уплачен страховой взнос, если иное не предусмотрено законодательством или соглашением сторон. Если договором страхования страховая сумма установлена в иностранной валюте с уплатой страхового взноса в белорусских рублях, то расчет части страхового взноса, подлежащей возврату производится в иностранной валюте, а его выплата осуществляется в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на дату досрочного прекращения договора страхования.

12.5. 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.

12.6. Обязательства Страховщика по выплате страхового обеспечения, возникшие до прекращения договора страхования, продолжают действовать до их исполнения в предусмотренном Правилами порядке.

13. Переход прав и обязанностей по договору страхования

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

Если в период действия договора страхования Страхователь признан судом недееспособным или ограниченным в дееспособности, права и обязанности такого Страхователя переходят к его опекуну или попечителю.

13.2. В случае реорганизации Страхователя-юридического лица в период действия договора страхования права и обязанности по договору страхования переходят к его правопреемнику.

14. Двойное страхование

14.1. При заключении договора страхования Страхователь обязан поставить Страховщика в известность об имеющихся в отношении Застрахованного лица договорах страхования, заключенных в других страховых организациях.

15. Права и обязанности сторон

15.1. Страхователь имеет право:

15.1.1. ознакомиться с Правилами страхования;

15.1.2. выбрать по своему желанию программу(ы) добровольного страхования;

15.1.3. отказаться от договора страхования в соответствии с условиями подпункта 12.1.7. пункта 12.1 Правил;

15.1.4. получить копии договора страхования (дубликат страхового полиса), карточки Застрахованного лица в случае их утраты;

15.1.5. требовать предоставления Застрахованному лицу медицинской помощи, определенной программой медицинского страхования по заключенному договору страхования;

15.1.6. по согласованию со Страховщиком уплачивать страховой взнос единовременно при заключении договора либо в рассрочку в соответствии с условиями пункта 6.4 Правил;

15.1.7. получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

15.2. Страхователь обязан:

15.2.1. при заключении договора страхования выполнить условия, предусмотренные пунктом 7.3 Правил, а также сообщить Страховщику обо всех имеющихся договорах страхования в отношении принимаемого на страхование лица, заключенных с другими Страховщиками;

15.2.2. выполнить условия пункта 11.1 Правил при ставших известными Страхователю в период действия договора страхования значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования;

15.2.3. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованных лиц с условиями страхования, правами и обязанностями по договору страхования (в т.ч. при наступлении страхового случая), предоставлять им информацию об изменении условий договора страхования;

15.2.4. уплачивать страховые взносы в установленные договором сроки и размере;

15.2.5. в случае расстройства здоровья Застрахованного лица уведомить об этом Страховщика в соответствии с пунктом 16.1 Правил;

15.2.6. вернуть Страховщику договор страхования (страховой полис), карточку Застрахованного лица в случаях признания договора страхования недействительным или расторжения договора страхования;

15.2.7. требовать от Застрахованного лица выполнения условий договора страхования;

15.2.8. совершать другие действия, предусмотренные законодательством, условиями страхования.

15.3. Застрахованное лицо имеет право:

15.3.1. получать информацию о Правилах страхования и условиях договора страхования, порядке предоставления медицинских услуг;

15.3.2. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования;

15.3.3. сообщать Страховщику о случаях непредоставления медицинской помощи либо неполного или некачественного ее предоставления;

15.3.4. по согласованию со Страховщиком оплатить самостоятельно медицинские услуги, предусмотренные программой добровольного страхования, и предоставить Страховщику документы на их оплату;

15.3.5. требовать возмещения медицинских расходов, оплаченных по согласованию со Страховщиком самостоятельно;

15.3.6. обращаться устно или письменно к Страховщику по всем спорным вопросам.

15.4. Застрахованное лицо обязано:

15.4.1. при заключении договора страхования заполнить анкету Застрахованного лица в случаях, оговоренных пунктами 7.6, 7.7 Правил и пунктом 8 Дополнительных условий № 1 Правил;

15.4.2. по предложению Страховщика до заключения договора страхования пройти медицинское обследование для оценки фактического

состояния здоровья либо предоставить дополнительную медицинскую документацию (пункт 7.7 Правил);

15.4.3. перед обращением за оказанием медицинской помощи незамедлительно в соответствии с условиями пункта 16.1 Правил уведомить об этом Страховщика, и согласовать медицинскую организацию, которая будет ее оказывать, а также объем медицинской помощи, если иное не предусмотрено программой добровольного страхования (договором страхования);

15.4.4. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;

15.4.5. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;

15.4.6. при обращении в медицинскую организацию для получения медицинской помощи предъявить документ, удостоверяющий личность, договор страхования (страховой полис) или карточку Застрахованного лица;

15.4.7. выполнять указания и распоряжения Страховщика при наступлении страхового случая;

15.4.8. вернуть Страховщику договор страхования (страховой полис), карточку Застрахованного лица в случае признания договора страхования недействительным или расторжении договора страхования;

15.4.9. незамедлительно, но не позднее, чем за один день до запланированного дня оказания медицинской услуги (последний рабочий день перед выходными днями, если оказание медицинской услуги запланировано на выходной день) уведомить Страховщика о невозможности получения медицинской услуги в согласованные Страховщиком и Застрахованным лицом сроки;

15.4.10. контролировать предоставление медицинской помощи в соответствии с программой добровольного страхования, (отдельными видами дополнительной медицинской помощи), включенной в договор страхования, а также остаток страховой суммы по договору страхования.

15.5. Страховщик имеет право:

15.5.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также исполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий договора страхования;

15.5.2. получать информацию и документы от правоохранительных, судебных органов, медицинских организаций и третьих лиц (медицинских работников), которых Застрахованное лицо освобождает от обязанности хранить медицинскую тайну и которые вправе предоставить Страховщику

требуемую информацию (за исключением информации, не подлежащей разглашению этими лицами в соответствии с законодательством);

15.5.3. потребовать расторжения договора страхования в случаях, предусмотренных пунктами 11.2, 11.3, 12.5 Правил;

15.5.4. определять медицинские организации для оказания медицинской помощи в соответствии с программами добровольного страхования, предусмотренными договором страхования;

15.5.5. отсрочить страховую выплату в случае, если ему не представлены все необходимые документы – до их представления, а также, если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов лицом, представившим такой документ (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа), либо самим Страховщиком (на основании запроса Страховщика в орган, его выдавший, направленный в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа);

15.5.6. требовать от медицинской организации выполнения обязательств по договору по оказанию медицинской помощи Застрахованным лицам в соответствии с программами добровольного страхования;

15.5.7. осуществлять медико-экономический контроль объемов и экспертизу качества медицинской помощи, оказываемой Застрахованным лицам в соответствии с условиями договора, заключенного с медицинской организацией на предоставление такой медицинской помощи;

15.5.8. оспорить размер требований Выгодоприобретателя (Страхователя, Застрахованного лица) в установленном законодательством порядке, привлекать независимых экспертов, для определения обстоятельств, характера страхового случая и размера страховой выплаты;

15.5.9. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных пунктом 18.2 Правил;

15.5.10. отказать Застрахованному лицу в последующей организации и оплате отдельного вида медицинских услуг, предусмотренных программой страхования, в случае его неявки без уважительных причин в медицинскую организацию в согласованное Страховщиком и Застрахованным лицом время для получения данного вида медицинских услуг, за исключением, когда Страховщик был уведомлен о неявке в соответствии с подпунктом 15.4.9 пункта 15.4 Правил. К уважительным причинам относятся болезнь Застрахованного лица, подтвержденная медицинским документом, стихийные бедствия, судебные разбирательства, действия органов дознания и следствия, участником

которых является Застрахованное лицо, подтвержденные Застрахованным лицом документально.

15.6. Страховщик обязан:

15.6.1. вручить Страхователю договор страхования (страховой полис – если договор страхования заключен на условиях подпункта а) пункта 7.12 Правил) с приложением Правил добровольного страхования, программы страхования и карточки Застрахованного лица (если договор страхования заключен со Страхователем-юридическим лицом);

15.6.2. организовать оказание медицинской помощи;

15.6.3. контролировать объем и качество оказываемой Застрахованному лицу медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования в рамках выбранной программы добровольного страхования;

15.6.4. по случаям, признанным страховыми:

а) составить акт о страховом случае в срок, установленный пунктом 17.4 Правил;

б) произвести страховую выплату Выгодоприобретателю (Застрахованному лицу) в срок, установленный пунктом 17.5 Правил;

15.6.5. не разглашать тайну сведений о страховании, состоянии здоровья Застрахованного лица, проведенном лечении, заключенном договоре страхования, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

15.6.6. совершать другие действия, предусмотренные законодательством, Правилами и договором страхования.

III ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

16. Порядок оказания медицинской помощи

16.1. В случае расстройства здоровья Застрахованного лица Страхователь или Застрахованное лицо обязаны до обращения в медицинскую организацию, уведомить о случившемся Страховщика (если иное не предусмотрено программой добровольного страхования (договором страхования)) по телефонам, указанным в договоре страхования (страховом полисе) или в карточке Застрахованного лица, либо иным любым доступным способом и сообщить следующую информацию:

- фамилию и имя Застрахованного лица;
- номер договора страхования (страхового полиса), период его действия и программу добровольного страхования по договору страхования;
- причину обращения в медицинскую организацию;
- номер телефона и адрес, по которым можно связаться при первой

возможности;

- иную информацию, запрашиваемую Страховщиком.

Если до обращения в медицинскую организацию уведомить Страховщика о случившемся не представляется возможным, это необходимо сделать при первой возможности в письменной форме с пояснением причины невыполнения данного требования.

16.2. Медицинская организация, с которой Страховщиком заключен договор на оказание медицинской помощи Застрахованным лицам, оказывает медицинскую помощь на основании документов, удостоверяющих личность Застрахованного лица, договора страхования (страхового полиса) или карточки Застрахованного лица в соответствии с программой добровольного страхования по договору и прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным медицинской организацией в установленном порядке. Стоимость оказанных медицинских услуг рассчитывается согласно прейскуранту цен на дату их оказания.

На каждое Застрахованное лицо в медицинских организациях оформляется медицинская документация установленного образца.

17. Порядок выплаты страхового обеспечения

17.1. После оказания медицинской помощи Застрахованному лицу Выгодоприобретатель предоставляет Страховщику счет с указанием общей суммы расходов, понесенных по оказанию Застрахованным лицам медицинской помощи, акт оказанных медицинских услуг, заверенные печатью и подписью ответственного лица Выгодоприобретателя, с приложением документов, подтверждающих факт оказания медицинской помощи (в частности, перечень оказанной медицинской помощи, карта вызова скорой медицинской помощи, выписной эпикриз при оказании стационарной (или санаторной) помощи, консультативные заключения, документы, подтверждающие приобретение Застрахованным лицом лекарственных препаратов).

В представленных документах в обязательном порядке в том числе указываются:

- номер и дата заключения договора страхования;

- фамилия, собственное имя, отчество (если такое имеется), гражданство, дата и место рождения, регистрация по месту жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность (идентификационный номер, серия (при их наличии), номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ) Застрахованного лица, которому была оказана медицинская помощь;

- стоимость, общая сумма расходов, понесенных за оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь, с детализацией по медицинским услугам.

Страховщик имеет право запросить у медицинской организации дополнительные документы, касающиеся оказания медицинской помощи Застрахованному лицу.

17.2. Страховщик вправе до полного определения размера, подлежащего возмещению страхового обеспечения, выплатить Выгодоприобретателю (Застрахованному лицу) по его заявлению часть страховой выплаты, соответствующую фактически определенному и подтвержденному документально размеру понесенных расходов (предварительная выплата).

17.3. Страховщик имеет право на проведение контроля и экспертизы качества предоставленной медицинской помощи по собственной инициативе, а также право проверки всех представленных документов вплоть до проведения специалистами медицинского обследования Застрахованного лица за счет Страховщика. С этой целью Застрахованное лицо должно пройти специальное обследование у врача, определенного Страховщиком.

В случае возникновения споров между Страховщиком, Застрахованным лицом и Выгодоприобретателем по вопросу, касающемуся оплаты медицинских расходов, их размера (объема), вида медицинских расходов заинтересованная сторона может потребовать проведения независимой экспертизы. Расходы по проведению экспертизы при рассмотрении спорных вопросов оплачиваются заинтересованной стороной. Если результатами экспертизы будет установлено, что отказ Страховщика в выплате страхового обеспечения был необоснованным, расходы по экспертизе оплачиваются Страховщиком.

17.4. На основании представленных документов, подтверждающих оказание Застрахованному лицу медицинской помощи и понесенные, в связи с этим расходы Выгодоприобретателя, Страховщик в течение 10 рабочих дней принимает решение о признании или непризнании заявленного случая страховым. Решение о признании случая страховым оформляется актом о страховом случае или сводным актом о страховых случаях (по форме, утвержденной Страховщиком) (если страховая выплата осуществляется за 2-х и более Застрахованных лиц), который является основанием для выплаты страхового обеспечения.

Если событие не признано страховым случаем, то составляется документ произвольной формы, в котором указываются причины отказа, о чем сообщается Выгодоприобретателю (Застрахованному лицу, Страхователю) в порядке, оговоренном в пункте 18.3 Правил.

17.5. Страховое обеспечение выплачивается медицинской организации (Выгодоприобретателю) в размере понесенных расходов, вызванных оказанием Застрахованному лицу медицинской помощи в

соответствии с программой добровольного страхования в пределах установленной договором страхования страховой суммы, с учетом установленной договором страхования безусловной франшизы. Страховое обеспечение выплачивается в белорусских рублях путем безналичного перечисления на текущий (расчетный) счет Выгодоприобретателя в банке в течение 5 рабочих дней со дня составления акта о страховом случае или сводного акта о страховых случаях (по форме, утвержденной Страховщиком).

Если страховая сумма установлена в иностранной валюте, а страховой взнос уплачен в белорусских рублях, размер страхового обеспечения, подлежащего выплате, определяется в валюте, в которой установлена страховая сумма, а выплата страхового обеспечения производится в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы, на день выставления счета медицинской организацией (Выгодоприобретателем).

17.6. Для решения вопроса о страховой выплате по расходам, оплаченным Страхователем (Застрахованным лицом) по согласованию со Страховщиком самостоятельно, Страхователь (Застрахованное лицо) должно не позднее 35-ти календарных дней с момента их оплаты предъявить Страховщику договор страхования (страховой полис) – если договор страхования заключен со Страхователем-физическим лицом, карточку Застрахованного лица и предоставить следующие документы:

а) заявление о страховой выплате;

б) 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 медицинской организации оригинала такого документа;

в) 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;

г) 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. Страховое обеспечение определяется в размере понесенных расходов, вызванных оказанием Застрахованному лицу медицинской помощи в соответствии с программой добровольного страхования, с учетом установленной безусловной франшизы, в пределах установленной договором страхования страховой суммы. Страховая выплата осуществляется путем безналичного перечисления на текущий (расчетный) счет Страхователя (Застрахованного лица) в банке или наличными денежными средствами из кассы Страховщика в течение 5 рабочих дней со дня составления акта о страховом случае.

17.7. Общая сумма выплат страхового обеспечения по всем страховым случаям, произошедшим с Застрахованным лицом в период действия договора страхования, не может превышать установленной договором страхования страховой суммы (страховых сумм по дополнительным видам медицинской помощи (пункты 3.4, 3.5 Правил) – когда они включены в программу добровольного страхования).

Если договором страхования, заключаемым со Страхователем-юридическим лицом в отношении работника и его близких родственников (членов семьи), предусмотрено установление общей страховой суммы для этих лиц, то общая сумма выплат страхового обеспечения по всем страховым случаям, произошедшим с этими лицами в период действия договора страхования, не может превышать установленной договором страхования общей страховой суммы (страховых сумм по дополнительным видам медицинской помощи (пункты 3.4, 3.5 Правил) – когда они включены в программу добровольного страхования).

17.8. За несвоевременную выплату страхового обеспечения по вине Страховщика он уплачивает пеню за каждый день просрочки от суммы, подлежащей выплате в размере:

- Выгодоприобретателю – 0,1%;
- Застрахованному лицу – 0,5%.

18. Основания освобождения Страховщика от выплаты страхового обеспечения

18.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, если страховой случай наступил вследствие:

18.1.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица;

18.1.2. воздействия ядерного взрыва, радиации и радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны, если международными договорами Республики Беларусь, актами законодательства не предусмотрено иное;

18.1.3. в иных случаях, предусмотренных законодательством.

18.2. Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения, если Выгодоприобретатель (Страхователь, Застрахованное лицо):

18.2.1. после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, не уведомил о его наступлении Страховщика в предусмотренный договором страхования срок указанным в договоре способом, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое обеспечение;

18.2.2. создал препятствия Страховщику в определении обстоятельств, характера наступившего события и (или) размера страхового обеспечения, в том числе в результате неисполнения, ненадлежащего исполнения своих обязанностей при наступлении страхового случая, предусмотренных настоящими Правилами.

18.3. Решение об отказе в выплате страхового обеспечения или о непризнании заявленного случая страховым принимается Страховщиком в течение 10 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов и сообщается Страхователю в письменной форме с обоснованием причины отказа.

19. Прочие условия

19.1. При расчетах между Страхователем (Выгодоприобретателем) и Страховщиком по уплате и возврату страхового вноса, выплате страхового обеспечения суммы в белорусских рублях округляются до наименьшего номинала денежных знаков, находящихся в обращении на территории Республики Беларусь, с применением правил математического округления.

19.2. Споры между Страховщиком, Страхователем, Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров.

При недостижении соглашения они разрешаются в судебном порядке в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Дополнительные условия № 1 заключения договоров страхования по Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов

Настоящие Дополнительные условия № 1 заключения договоров страхования по **Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов** сформированы в соответствии с настоящими Правилами и отражают существенные и дополнительные условия договора страхования при страховании по этой программе.

Во всем, что прямо не предусмотрено в настоящих **Дополнительных**

условиях № 1 заключения договоров страхования по **Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов**, применяются положения (условия) Правил страхования.

1. Договоры страхования по **Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов** заключаются со Страхователями-физическими лицами (гражданами Республики Беларусь, а также лицами, имеющими вид на жительство в Республике Беларусь).

2. Договоры страхования по **Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов** заключаются в отношении физических лиц (граждан Республики Беларусь, а также лиц, имеющих вид на жительство в Республике Беларусь) (далее – Застрахованных лиц).

3. Выгодоприобретателями по договору страхования, заключенному по **Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов**, являются государственные медицинские организации, за исключением республиканских медицинских и научных центров и учреждений, имеющие специальное разрешение (лицензию) на осуществление медицинской деятельности, с которыми Страховщик заключил договоры об оказании медицинской помощи, и которые произвели расходы в связи с ее оказанием Застрахованному лицу.

4. **Унифицированная программа добровольного страхования медицинских расходов** включает комплекс медицинских мероприятий определенного (нижеуказанного) объема, предоставление которого гарантировано Застрахованному лицу договором страхования при его обращении в государственные медицинские организации, кроме республиканских медицинских и научных центров и учреждений, за медицинской помощью вследствие внезапного расстройства здоровья или несчастного случая.

**Объем медицинских услуг,
предоставляемых Застрахованному лицу в рамках Унифицированной
программы добровольного страхования медицинских расходов по
медицинским показаниям**

(оплата медицинских услуг по настоящей программе производится только при обращении Застрахованного лица в государственные медицинские организации, за исключением республиканских медицинских и научных центров и учреждений):

а) консультативно-диагностические приемы и наблюдение специалистов (терапевта, гинеколога, уролога, гастроэнтеролога, кардиолога, оториноларинголога, офтальмолога, хирурга, травматолога, эндокринолога, невролога, физиотерапевта и др.), но не более 5-ти приемов в совокупности на каждое Застрахованное лицо в период

действия договора страхования.

Исключение составляют:

- выезд медицинских работников на дом к Застрахованному лицу;
- оформление и выдача листка нетрудоспособности;
- профилактические медицинские осмотры с выдачей справок о состоянии здоровья, проводимые с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещения бассейна, санаторно-курортной карты и т.п.;

- прием, наблюдение и лечение у стоматолога, психотерапевта, психиатра, нарколога, врачей нетрадиционной медицины;

б) лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические, цитологические, но не более 5-ти исследований в совокупности на каждое Застрахованное лицо в период действия договора страхования;

в) функциональная диагностика (ЭКГ, РВГ, РЭГ, ЭЭГ, исследование функции внешнего дыхания);

г) ультразвуковые исследования, но не более 3-х исследований на каждое Застрахованное лицо в период действия договора страхования;

д) эндоскопические исследования органов пищеварения, дыхания, мочеполовых органов, за исключением капсульной эндоскопии, но не более 2-х исследований в совокупности на каждое Застрахованное лицо в период действия договора страхования;

е) диагностическая биопсия;

ж) рентгенологические исследования.

Исключение составляют:

- высокоточные методы исследования (МРТ, компьютерная томография);

- радиоизотопные исследования;

- маммография;

- снимки 3D и 4D форматах;

з) малые оперативные и диагностические вмешательства в амбулаторно-поликлинических условиях:

- диагностическая биопсия органов, тканей, лимфатических узлов;

- пункции (стерильные пункции, пункции суставов с эвакуацией содержимого и введением лекарственных препаратов, брюшной полости, люмбальные, пункции под контролем УЗИ);

- блокады;

- обработка ран или инфицированных тканей в случаях травматических и термических повреждений, включая ожоги и обморожения;

- наложение и снятие швов;

- оперативное лечение гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, панариций, нагноившаяся атерома, нагноившаяся гематома, гидрадениты);

- резекция ногтевой пластинки, удаление вросших ногтей.

Исключение составляют:

- оториноларингологические операции: септопластика, удаление полипов носа лазером, лазерная коагуляция небных миндалин, радиоволновая (лазерная) деструкция носовых раковин, вазотомия;

- проктологические операции: лазерная коагуляция геморроя и питающих узлы артерий, легирование геморроидальных узлов и питающих узлы артерий;

- флебологические операции: эндовенозная лазерная коагуляция варикозных вен, склеротерапия варикозных вен;

- урологические операции по поводу: сужения наружного отверстия уретры и полипов уретры, фимоза, парауретральных кист, гидроцеле, варикоцеле;

- офтальмокоррекция с помощью лазерных аппаратов и оперативного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях;

- хирургическое удаление любых новообразований кожи и подкожной клетчатки;

- лечение и (или) процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностика бесплодия, импотенции, прерывание беременности;

и) восстановительное лечение: физиотерапевтические процедуры (электро-, свето-, теплотечение, магнитотерапия, микроволновая терапия) не более 10 сеансов по каждому виду воздействия процедуры в период действия договора страхования на каждое Застрахованное лицо;

Исключение составляют:

- лечебные души всех видов, лечебные ванны, бассейн, баня/сауна, грязелечение, ручной и механический массаж, рефлексотерапия и ИРТ, мануальная терапия;

- услуги лаборатории сна;

- лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.

5. По договору страхования, заключенному по **Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов**, в дополнение к событиям, предусмотренным пунктами 4.1-4.2 Правил, не признаются страховыми случаями и Страховщиком не возмещаются понесенные расходы, вызванные обращениями Застрахованных лиц в медицинские организации за предоставлением медицинской помощи по

поводу хронических заболеваний и их обострений.

6. Страховая сумма на одно Застрахованное лицо по договору страхования устанавливается в размере 5 000 долларов США, годовой страховой взнос составляет 300 долларов США (корректировочные коэффициенты не применяются).

По договору страхования, заключенному по **Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов**, франшиза не устанавливается.

Страховой взнос может уплачиваться Страхователем как в иностранной валюте (в случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь), так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь к доллару США на дату уплаты страхового взноса.

Если страховой взнос уплачивается в белорусских рублях, то страховая сумма по договору устанавливается в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь к доллару США на дату уплаты страхового взноса.

7. Страховой взнос уплачивается одновременно при заключении договора страхования.

8. Договор страхования по **Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов** заключается на основании устного заявления Страхователя.

До заключения договора страхования физическое лицо, в отношении которого заключается договор страхования, обязано заполнить анкету Застрахованного лица (по форме, утвержденной Страховщиком). Если договор страхования заключается в отношении детей до 18 лет, указанная анкета заполняется родителями или их законными представителями.

9. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны или не должны быть известны Страховщику.

Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования (страховом полисе). К существенным обстоятельствам также относятся обстоятельства, оговоренные в анкете Застрахованного лица (по форме, утвержденной Страховщиком).

10. Договор страхования заключается на срок один год. Действие

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

11. Страховая выплата осуществляется Выгодоприобретателям - государственным медицинским организациям (за исключением республиканских медицинских и научных центров и учреждений) в соответствии с условиями пункта 17.5 Правил.

Расходы по оказанию медицинской помощи, предоставленной в соответствии с **Унифицированной программой добровольного страхования медицинских расходов**, оплаченные Застрахованным лицом медицинской организации самостоятельно, Застрахованному лицу не возмещаются.

**Дополнительные условия № 2
заключения договоров добровольного страхования
медицинских расходов
по программе добровольного страхования
«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»**

Настоящие **Дополнительные условия № 2** заключения договоров добровольного страхования медицинских расходов по программе добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»** (далее – **Дополнительные условия № 2**) сформированы в соответствии с настоящими Правилами и отражают существенные и дополнительные условия договора страхования при страховании по этой программе.

Во всем, что прямо не предусмотрено в настоящих **Дополнительных условиях № 2**, применяются положения (условия) Правил страхования.

1. Договоры страхования по программе добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»** заключаются со Страхователями-физическими лицами (гражданами Республики Беларусь, а также лицами, имеющими вид на жительство в Республике Беларусь).

2. Застрахованным лицом по договору страхования, заключенному по программе добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»**, является только сам Страхователь.

3. Выгодоприобретателями по договору страхования, заключенному по программе добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»**, являются государственные медицинские организации, за исключением республиканских медицинских и научных центров и учреждений, имеющие специальное разрешение (лицензию) на осуществление медицинской деятельности, с которыми Страховщик заключил договоры об оказании медицинской помощи, и которые произвели расходы в связи с ее оказанием

Застрахованному лицу.

4. Договоры страхования не заключаются в отношении лиц:

- а) состоящих на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах;
- б) ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;
- в) инвалидов 1-ой группы;
- г) имеющих злокачественные новообразования, в том числе онкогематологические, тяжелые заболевания эндокринной системы.

5. Программа добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»** включает комплекс медицинских мероприятий, оказываемых в амбулаторно-поликлинических условиях, определенного в соответствии с пунктом 6 настоящих Дополнительных условий № 2 объема, предоставление которого гарантировано Застрахованному лицу договором страхования при его обращении в государственные медицинские организации, кроме республиканских медицинских и научных центров и учреждений, за медицинской помощью вследствие внезапного расстройства здоровья или несчастного случая.

6. Объем медицинских услуг, предоставляемых по медицинским показаниям Застрахованному лицу по договору добровольного страхования медицинских расходов, заключенному по программе добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»**, включает:

а) приём врачей-специалистов: терапевта, гинеколога, уролога, отоларинголога, офтальмолога, хирурга, травматолога;

б) лабораторные исследования: анализы крови и других биологических сред организма: общеклинические, биохимические (не более 7-и показателей), ПЦР (исследования методом полимеразной цепной реакции) – не более 2-х исследований в период действия договора страхования, кроме ИППП (инфекции, передающиеся половым путем), исследования гормонов щитовидной железы - однократно;

в) инструментальные методы исследования: электрокардиография, реоэнцефалография, ультразвуковая диагностика (не более 2-х исследований в течение действия договора страхования), рентгенологические исследования (не более 1-го исследования в течение действия договора страхования);

г) физиолечение: лазеротерапия, электро-, свето- и теплотечение, магнитотерапия, ингаляции (не более 10 сеансов одним курсом по каждому виду воздействия в период действия договора страхования, но не более 2-х видов ФТЛ (физиотерапевтическое лечение)).

7. Оплата медицинских услуг по программе добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»**

производится только при обращении Застрахованного лица в государственные медицинские организации, за исключением республиканских медицинских и научных центров и учреждений.

8. По договору добровольного страхования медицинских расходов, заключенному по программе добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»**, в дополнение к событиям, предусмотренным пунктами 4.1-4.2 Правил, не признаются страховыми случаями и Страховщиком не возмещаются понесенные расходы, вызванные обращениями Застрахованных лиц в медицинские организации за предоставлением медицинской помощи по поводу хронических заболеваний, кроме лечения по снятию их обострений.

9. Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем в белорусских рублях.

10. Страховой взнос исчисляется путем умножения страховой суммы на страховой тариф.

Страховой тариф по договору страхования, заключенному по программе добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»**, определяется в размере базового страхового тарифа, установленного по этой программе добровольного страхования (Приложение 1 к Правилам), с применением корректировочных коэффициентов (соответствующих III группе здоровья и количеству Застрахованных лиц), утвержденных приказом Страховщика.

11. Страховой взнос уплачивается в белорусских рублях единовременно при заключении договора страхования.

12. По соглашению сторон программа добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»** в порядке, предусмотренном пунктом 3.4 Правил, может быть дополнена предоставлением дополнительной медицинской помощи - стоматологическая помощь либо лекарственное обеспечение, что особо оговаривается в договоре страхования (страховом полисе).

При этом, в пределах страховой суммы, установленной по программе добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»**, по соглашению сторон определяется отдельная страховая сумма на вид дополнительной медицинской помощи, включенной в договор страхования.

13. Договор страхования по программе добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «Экспресс»** заключается на основании письменного заявления Страхователя установленной формы (по форме, утвержденной Страховщиком).

Анкета о состоянии здоровья Застрахованного лица не заполняется. Лицо, подлежащее страхованию, условно относится к III группе здоровья.

14. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны или не должны быть известны Страховщику.

Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования (страховом полисе). К существенным обстоятельствам также относятся обстоятельства, оговоренные в заявлении о страховании (по форме, утвержденной Страховщиком).

15. Договор страхования заключается на срок от одного года до трех лет включительно в целых годах.

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

16. Страховая выплата осуществляется:

- Выгодоприобретателям - государственной медицинской организации (за исключением республиканских медицинских и научных центров и учреждений) в соответствии с условиями пункта 17.5 Правил;

- Застрахованному лицу в соответствии с условиями пункта 17.6 Правил.

**Дополнительные условия № 3
заключения договоров добровольного страхования
медицинских расходов
по программе добровольного страхования
«Амбулаторно-поликлиническая помощь «МедЭкспресс»**

Настоящие Дополнительные условия № 3 заключения договоров добровольного страхования медицинских расходов по программе добровольного страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь «МедЭкспресс» (далее – Дополнительные условия № 3) сформированы в соответствии с настоящими Правилами и отражают существенные и дополнительные условия договора страхования при страховании по этой программе.

Во всем, что прямо не предусмотрено в настоящих дополнительных условиях № 3, применяются положения (условия) Правил страхования.

1. Договоры страхования по программе добровольного страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь «МедЭкспресс» заключаются с физическими лицами – гражданами Республики Беларусь, иностранными гражданами и лицами без гражданства, имеющими вид на жительство в Республике Беларусь (далее – Страхователи).

2. Страхователь вправе заключить договор страхования как в отношении себя, так и в отношении других лиц – граждан Республики Беларусь, иностранных граждан и лиц без гражданства, имеющих вид на жительство в Республике Беларусь (далее – Застрахованные лица).

3. Договоры страхования не заключаются в отношении лиц:

а) состоящих на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах;

б) ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;

в) инвалидов 1-ой группы;

г) имеющих злокачественные новообразования, в том числе онкогематологические;

д) имеющих тяжелые заболевания эндокринной системы, в том числе сахарный диабет, аденому гипофиза;

е) детей-инвалидов.

4. Программа добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «МедЭкспресс»** включает комплекс медицинских мероприятий, оказываемых Застрахованному лицу на амбулаторно-поликлиническом уровне (в том числе оказание медицинской помощи по снятию острой зубной боли), предусмотренных программой добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** (подпункт 3.3.1 пункта 3.3 Правил).

5. Страховщик гарантирует Застрахованному лицу предоставление медицинских услуг, оказываемых в рамках программы **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «МедЭкспресс»**, которая прилагается к договору страхования (страховому полису), и осуществляет страховую выплату при его обращении за медицинской помощью вследствие внезапного расстройства здоровья (острого или обострения хронического заболевания) или несчастного случая только в те медицинские организации, которые определены договором страхования.

6. По договору добровольного страхования медицинских расходов, заключенному по программе добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «МедЭкспресс»**, в дополнение к событиям, предусмотренным пунктами 4.1 - 4.2 Правил, не признаются страховыми случаями и Страховщиком не возмещаются понесенные расходы, вызванные обращениями Застрахованных лиц в медицинские организации за предоставлением медицинской помощи по поводу хронических заболеваний, кроме лечения по снятию их обострений.

7. Страховая сумма по договору страхования устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем в белорусских рублях.

8. Страховой взнос исчисляется путем умножения страховой суммы на страховой тариф.

Страховой тариф по договору страхования, заключенному по программе добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «МедЭкспресс»**, определяется в размере базового страхового тарифа, установленного по этой программе добровольного страхования (Приложение 1 к Правилам), с применением корректировочных коэффициентов по группе здоровья и срока действия договора страхования, утвержденного приказом Страховщика.

9. Страховой взнос по договору страхования по соглашению сторон уплачивается единовременно при заключении договора страхования или в рассрочку в соответствии с требованиями пункта 6.4 Правил.

10. Страховой взнос уплачивается в белорусских рублях в порядке, определенном пунктом 6.8 Правил.

11. Договор страхования по программе добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь «МедЭкспресс»** заключается на основании письменного заявления Страхователя установленной формы (по форме, утвержденной Страховщиком).

Анкета о состоянии здоровья Застрахованного лица не заполняется. Лицо, подлежащее страхованию, условно относится ко III группе здоровья.

12. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны или не должны быть известны Страховщику.

Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования (страховом полисе). К существенным обстоятельствам также относятся обстоятельства, оговоренные в заявлении о страховании (по форме, утвержденной Страховщиком).

13. Договор страхования по соглашению сторон может быть заключен на срок от 1 месяца до трех лет включительно.

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

14. Страховая выплата осуществляется:

- Выгодоприобретателям – медицинским организациям в соответствии с условиями пункта 17.5 Правил;

- Застрахованному лицу в соответствии с условиями пункта 17.6 Правил.

Настоящая редакция Правил вступает в силу со 2 октября 2019 года. Договоры страхования, заключенные до вступления в силу настоящей

редакции Правил, действуют до их прекращения в установленном порядке на тех условиях, на которых они были заключены, кроме случаев изменения договора страхования по соглашению сторон с учетом данной редакции Правил страхования.