



УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ЗАСО "Белнефтестрах"

А.Н.Чайчиц
26 июня 2026 г.

**ПРАВИЛА № 17
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ**

(новая редакция, вступает в силу с 30.06.2026)

Корректировочные коэффициенты и формы документов утверждены приказом от 26.06.2026 № 162 (вступают в силу с 30.06.2026).

МИНСК – 2026

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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 «Белнефтстрах» (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** заключаются со Страхователями-физическими лицами.

Страхователи-физические лица вправе заключать договоры страхования в отношении себя и в отношении группы лиц (например, 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.

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

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

Гарантированная договором страхования в соответствии с индивидуальной программой добровольного страхования медицинская помощь предоставляется Застрахованным лицам.

1.2.3. Выгодоприобретателями являются медицинские организации, 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. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

близкие родственники – родители, дети, усыновители, усыновленные (удочеренные), родные братья и сестры, дед, бабушка, внуки, супруг (супруга);

внезапное расстройство здоровья – резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица;

именная карточка Застрахованного лица – физическая или электронная карта, содержащая информацию о Застрахованном лице, договоре страхования, сроке его действия, индивидуальной программе добровольного страхования медицинских расходов;

индивидуальная программа добровольного страхования медицинских расходов (далее – индивидуальная программа добровольного страхования) – неотъемлемая часть договора добровольного страхования медицинских расходов, содержащая конкретный перечень медицинских мероприятий и услуг определенного объема (в том числе обеспечение Застрахованного лица лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и индивидуального ухода), предоставление которого гарантировано Застрахованному лицу договором добровольного страхования медицинских расходов при его обращении в медицинскую организацию, предусмотренную в индивидуальной программе добровольного страхования, за медицинской помощью (лечебной, консультативной, диагностической и профилактической) вследствие внезапного расстройства здоровья, хронического заболевания или его обострения, несчастного случая. Разрабатывается Страховщиком на основе программ добровольного страхования, определенных пунктом 3.3 Правил, видов дополнительной медицинской помощи (пункт 3.4 Правил) и услуг (пункт 3.5 Правил);

медицинские организации – организации здравоохранения Республики Беларусь; организации здравоохранения иностранных государств в случае, предусмотренном частью второй пункта 9.2 Правил; другие организации, которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность, и индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую, фармацевтическую деятельность;

медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, оказываемых Застрахованному лицу в медицинских организациях 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 препаратами, изделиями медицинского назначения и индивидуального ухода в рамках индивидуальной 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;

программа добровольного страхования медицинских расходов (далее – программа добровольного страхования) – неотъемлемая часть Правил, на основании которой Страховщиком разрабатываются индивидуальные программы добровольного страхования, содержащая перечень медицинских услуг определенного объема, оказываемых Застрахованному лицу при его обращении в медицинскую организацию за медицинской помощью при наступлении страхового случая;

санаторно-курортная помощь – это услуги по санаторно-курортному лечению и оздоровлению в условиях санатория;

член семьи – лицо, проживающее совместно с Застрахованным лицом, ведущее с ним общее хозяйство, и заключившее письменное соглашение о признании членом семьи либо признанное в судебном порядке членом его семьи;

хроническое заболевание – заболевание, которое имеет одну и (или) более из 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.

1.4. Страховщик имеет право отказать в заключении договора страхования без объяснения причин (статья 391 Гражданского кодекса Республики Беларусь).

2. Объект страхования

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Страхователя либо Застрахованного лица, связанные с компенсацией расходов медицинской

организации, Страхователя или Застрахованного лица, вызванных обращением Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, предусмотренной договором страхования (индивидуальной программой добровольного страхования), при наступлении страхового случая.

3. Страховой случай

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

3.2. В соответствии с договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинскую помощь, предусмотренную индивидуальной программой добровольного страхования, оказанную Застрахованным лицам в медицинских организациях в соответствии с индивидуальной программой добровольного страхования, в пределах обусловленной в ней страховой суммы (страховых сумм).

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

При заключении договора страхования Страховщик формирует индивидуальные программы добровольного страхования исходя из следующих программ добровольного страхования:

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

Амбулаторно-поликлиническая помощь включает комплекс медицинских мероприятий, в том числе снятие острой зубной боли, оказываемых Застрахованному лицу в медицинских организациях, а также в санаториях;

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

Стационарная помощь включает комплекс медицинских мероприятий, оказываемых Застрахованному лицу в стационарных условиях по медицинским показаниям, в том числе в случаях плановой госпитализации. Организация плановой госпитализации Застрахованного лица осуществляется не позднее 14 дней до окончания срока действия договора страхования;

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 Правил;

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

3.3.4. 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.

3.4. 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), «Комплексная помощь» (подпункт 3.3.3 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:

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

- ведение беременности (консультации гинеколога и назначенные им обследования/консультации в период беременности) и родов, в том числе обследование и наблюдение в послеродовый период, лечение послеродовых заболеваний, их осложнений и лактостаза – только при включении в договор страхования двух программ добровольного страхования – «Амбулаторно-поликлиническая помощь» и «Стационарная помощь» или «Комплексная помощь»;

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

- санаторно-курортная помощь в санаториях – по программам добровольного страхования «Стационарная помощь» или «Комплексная помощь»;

б) программы добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»**, **«Стационарная помощь»** (при одновременном включении в договор страхования двух этих программ), **«Комплексная помощь»** могут быть дополнены предоставлением медицинской услуги «Зрение» с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика.

Медицинская услуга «Зрение» включает хирургические вмешательства для коррекции близорукости, дальнозоркости и астигматизма;

в) программы добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»**, **«Комплексная помощь»** могут быть дополнены предоставлением медицинской услуги «Сердечно-сосудистые заболевания» с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика.

Медицинская услуга «Сердечно-сосудистые заболевания» включает медикаментозное лечение артериальной гипертензии (препараты базисной терапии), что особо оговаривается в договоре страхования, 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;

г) программы добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»**, **«Стационарная помощь»** (при одновременном включении в договор страхования двух этих программ), **«Комплексная помощь»** могут быть дополнены предоставлением медицинской услуги «Вспомогательные репродуктивные технологии» с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика.

Медицинская услуга «Вспомогательные репродуктивные технологии» включает выполнение искусственной инсеминации, экстракорпорального оплодотворения, а также подготовку к ним, за исключением предоставления медицинской помощи по поводу, определенному подпунктом 4.1.12 пункта 4.1 Правил.

Медицинская услуга «Вспомогательные репродуктивные технологии» может быть включена в договор страхования на весь срок его действия в отношении всех Застрахованных лиц по договору;

д) программы добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»**, **«Стационарная помощь»** (при одновременном включении в договор страхования двух этих программ), **«Комплексная помощь»** могут быть дополнены предоставлением

медицинской услуги «Медицинская косметология» с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика.

Медицинская услуга «Медицинская косметология» включает проведение пластических операций и косметологическое лечение по медицинским показаниям при установленном диагнозе.

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

е) программы добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** и **«Стационарная помощь»** (при одновременном включении в договор страхования двух этих программ), **«Комплексная помощь»** могут быть дополнены предоставлением медицинской услуги «Сахарный диабет» с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика.

Медицинская услуга «Сахарный диабет» включает обследование и этиопатогенетическое лечение сахарного диабета и его осложнений с применением лекарственных препаратов для профилактики тяжелых нарушений функций организма.

Медицинская услуга «Сахарный диабет» может быть включена в договор страхования на весь срок его действия в отношении всех Застрахованных лиц по договору.

3.5. По соглашению сторон при заключении договора страхования со Страхователем-юридическим лицом программы добровольного страхования могут быть дополнены (с уплатой страхового взноса, рассчитанного с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика) услугой по предоставлению Застрахованным лицам медицинской помощи (включающей в том числе и лекарственное обеспечение), вызванной их обращением в медицинские организации в связи с заболеваниями, перечисленными в подпункте 4.3.7 пункта 4.3 Правил, что указывается в договоре страхования. Данная услуга не может быть включена при дополнении программ страхования медицинской услугой «Сахарный диабет».

Дополнение программы добровольного страхования осуществляется с включением одновременно всех заболеваний, предусмотренных в части первой настоящего пункта, 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)).

3.6. На основании программ добровольного страхования (пункт 3.3 Правил), видов дополнительной медицинской помощи (пункт 3.4 Правил) и медицинских услуг (пункт 3.5 Правил) в соответствии с условиями Правил Страховщиком могут быть разработаны (утверждены приказом Страховщика) типовые программы добровольного страхования, в которых определяются медицинские услуги, перечень заболеваний, условия предоставления медицинской помощи, ограничения по размеру страховой суммы и иные условия договора страхования. Типовая программа добровольного страхования, приложенная к договору страхования, является индивидуальной программой добровольного страхования.

В течение срока действия договора страхования в индивидуальную программу добровольного страхования по соглашению сторон могут быть внесены изменения.

По договорам страхования сроком действия более 1 года индивидуальная программа добровольного страхования согласовывается на каждый год страхования (период менее 1 года, оставшийся до окончания срока действия договора страхования).

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, а также их последствий и (или) осложнений, полученных Застрахованным лицом:

а) в результате покушения на самоубийство, сознательного совершения или попытки совершения противоправного действия (в том числе 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 Застрахованным лицом, не имеющим 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. ВИЧ-инфекции и ее осложнений;

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

4.1.5. туберкулеза;

4.1.6. острой и хронической лучевой болезни;

4.1.7. профессионального заболевания;

4.1.8. особо опасных инфекционных заболеваний, за исключением заболеваний, относимым к особо опасным по эпидемиологическим показаниям;

4.1.9. врожденных у детей (исключая МАРС) и наследственных заболеваний (исключая синдром Жильбера);

4.1.10. эпилепсии, психических расстройств и расстройств поведения, кроме соматоформных расстройств, реакции на тяжелый стресс, нарушения адаптации;

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

4.1.12. половых расстройств, бесплодия;

4.1.13. трансплантации органов и пересадки частей тела;

4.1.14. циррозов печени алиментарно-токсической этиологии;

4.1.15. алопеции и других потерь волос.

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

4.2.1. обследованием с целью выявления и контроля гипо-, гипервитаминозов, дефицита минералов и микроэлементов;

4.2.2. стерилизацией мужчин или женщин, изменением пола;

4.2.3. обследованием и лечением с целью планирования семьи;

4.2.4. искусственным прерыванием беременности (абортом), за исключением случаев оказания медицинской помощи по соответствующим медицинским показаниям, и его осложнениями;

4.2.5. аутотренингом и самолечением;

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

4.2.7. получением попечительского ухода в стационаре;

4.2.8. уходом за Застрахованным лицом членами его семьи;

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

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

4.2.11. любыми способами снижения лишнего веса (в том числе диетологией, медикаментозными способами лечения, бариатрической хирургией);

4.2.12. медицинскими услугами, не соответствующими Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь, за исключением случаев, когда договор страхования действует за пределами Республики Беларусь, а также медицинскими услугами и приобретением лекарственных препаратов по желанию Застрахованного лица, лечением или хирургическим вмешательством по поводу заболевания или травмы, определенных главой 4 настоящих Правил;

4.2.13. приобретением для ухода за больными изделий медицинского назначения, предметов и средств ухода;

4.2.14. приобретением в организациях, не относящимся к медицинским (например, в специализированных магазинах, отделах (секциях) по продаже биологически активных добавок, на (в) специально отведенном торговом оборудовании в отделах (секциях) по продаже продовольственных товаров, на интернет-площадках, у индивидуальных предпринимателей, не имеющих лицензии на медицинскую, фармацевтическую деятельность) лекарственных препаратов, травяных сборов, биологически активных добавок (БАД), гомеопатических средств, витаминов, витаминно-минеральных комплексов, минеральных добавок, изделий медицинского назначения, предназначенных не для ухода за больными, технических средств социальной реабилитации, указанных в подпункте 4.3.9 пункта 4.3 Правил.

4.3. Если иное не предусмотрено индивидуальными программами добровольного страхования и договором страхования с применением соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных приказом Страховщика, не оплачиваются медицинские расходы, связанные с обращениями Застрахованных лиц в медицинские организации по поводу:

4.3.1. стоматологической помощи (лечение заболеваний зубов, периодонта), а также зубопротезирования, ортодонтического лечения и подготовки к нему, за исключением случаев, когда необходимость такой помощи вызвана полученной Застрахованным лицом травмой;

4.3.2. ведения беременности (консультации гинеколога и назначенные им обследования/консультации в период беременности) и родов, в том числе обследования и наблюдения в послеродовой период, лечения послеродовых заболеваний, их осложнений и лактостаза;

4.3.3. лекарственного обеспечения:

4.3.3.1. приобретения лекарственных препаратов;

4.3.3.2. приобретения (вне зависимости от целей применения) травяных сборов, биологически активных добавок (БАД), гомеопатических средств, витаминов, витаминно-минеральных комплексов, минеральных добавок;

4.3.3.3. приобретения лекарственных препаратов, зарегистрированных как изделия медицинского назначения, предназначенных не для ухода за больными;

4.3.4. санаторно-курортной помощи в санаториях;

4.3.5. хирургических вмешательств для коррекции близорукости, дальнозоркости и астигматизма;

4.3.6. предоставления медикаментозного лечения по заболеваниям, включаемым в медицинскую услугу «Сердечно-сосудистые заболевания»;

4.3.7. следующих заболеваний:

- саркоидоза;
- миастении;
- гепатитов и циррозов печени вирусной этиологии;
- сахарного диабета инсулинозависимого, инсулинонуждающегося и их осложнений;

- онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений;

- демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы;

- системных заболеваний соединительной ткани, в том числе ревматоидным и псориатическим артритом, болезнью Бехтерева, системными васкулитами;

- остеопороза, остеопении и других нарушений плотности костей;

- неспецифического язвенного колита, болезни Крона;

- специализированного лечения (включая лекарственное обеспечение), направленного на профилактику тромботических осложнений после операций на сердце и артериальных сосудах (антиагреганты по назначению врача, указанные в заключении либо эпикризе) в период до 1 года после проведения операции;

4.3.8. получения Застрахованным лицом медицинских документов (справок) на ношение оружия, вождение автотранспорта, посещение

бассейна, для трудоустройства, поступления в учебные учреждения, выезда за рубеж и других медицинских документов, выдаваемых на основании приказов Министерства здравоохранения;

4.3.9. приобретения технических средств социальной реабилитации (очки, слуховые аппараты, корсеты, костыли, шины, тьюторы, брейсы, ортезы, стельки), а также их подгонки;

4.3.10. проведения искусственной инсеминации, экстракорпорального оплодотворения, в том числе подготовки к ним, за исключением предоставления медицинской помощи по поводу, определенному подпунктом 4.1.12 пункта 4.1 Правил;

4.3.11. использования механических, химических, гормональных и других средств по контролю над рождаемостью, включая введение и удаление внутриматочной спирали, а также проведения исследований, необходимых для назначения и контроля применения этих средств;

4.3.12. медицинского обследования с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий, в том числе профилактической диспансеризации с целью определения основных факторов риска развития нарушений здоровья;

4.3.13. проведения повторных врачебных консультаций, обследований, назначенных врачом по результатам этих консультаций, с целью сбора мнений специалистов различных медицинских организаций по желанию Застрахованного лица без согласования со Страховщиком;

4.3.14. лечения нетрадиционными методами;

4.3.15. проведения пластических операций и косметологического лечения по медицинским показаниям при установленном диагнозе;

4.3.16. предоставления медикаментозного лечения по заболеваниям, включаемым в медицинскую услугу «Сахарный диабет».

4.4. При выявлении впервые у Застрахованного лица в период действия договора страхования заболевания, указанного в подпунктах 4.1.3 – 4.1.10 пункта 4.1 Правил, а также в подпункте 4.3.7 пункта 4.3 Правил, ему оказываются медицинские услуги и оплачиваются медицинские расходы в соответствии с индивидуальной программой добровольного страхования до установления окончательного диагноза такого заболевания, если иное не предусмотрено договором страхования в соответствии с пунктом 4.3 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 индивидуальную программу добровольного страхования, прилагаемую к договору 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.

При заключении договора страхования со Страхователем-физическим лицом в отношении себя и (или) в отношении лиц, не являющихся близкими родственниками (членами семьи), страховая сумма устанавливается отдельно по каждому из этих лиц.

5.2.2. Если индивидуальная программа добровольного страхования включает такие дополнительные виды медицинской помощи, как стоматологическая помощь (в рамках амбулаторно-поликлинической помощи), лекарственное обеспечение (в рамках амбулаторно-поликлинической помощи), санаторно-курортная помощь в санаториях (в рамках стационарной помощи), ведение беременности (консультации гинеколога и назначенные им обследования/консультации в период беременности) и родов, в том числе обследование и наблюдение в послеродовый период, лечение послеродовых заболеваний, их осложнений и лактостаза (в рамках 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 программы добровольного страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** или **«Комплексная помощь»** включают одновременно такие виды дополнительной медицинской помощи, как стоматологическая помощь и лекарственное обеспечение, в пределах страховой суммы по этим программам на указанные виды дополнительной медицинской помощи может быть установлена общая (одна) страховая сумма.

5.2.3. При дополнении программ страхования согласно абзацам б) - е) пункта 3.4 Правил медицинскими услугами «Зрение», «Сердечно-сосудистые заболевания», «Вспомогательные репродуктивные технологии», «Медицинская косметология», «Сахарный диабет» по соглашению сторон в пределах страховой суммы по соответствующей

программе добровольного страхования могут устанавливаться отдельные страховые суммы по данным медицинским услугам.

5.2.4. При включении в договор страхования вида дополнительной медицинской помощи – санаторно-курортная помощь в санаториях (пункт 3.4 Правил):

5.2.4.1. может быть установлена отдельная страховая сумма на каждое Застрахованное лицо по соглашению сторон;

5.2.4.2. без установления отдельной страховой суммы на каждое Застрахованное лицо – в обязательном порядке в договоре страхования устанавливается лимит возмещения (предельная сумма страховых выплат) по данному виду дополнительной помощи в целом по договору страхования.

5.2.5. По соглашению сторон в пределах страховой суммы по договору страхования (в том числе по Застрахованному лицу) могут быть установлены лимиты возмещения (предельные суммы страховых выплат) на отдельные медицинские услуги (в том числе дополнительные медицинские услуги) и (или) виды дополнительной медицинской помощи, указанные в пункте 3.4 Правил.

Договором страхования по соглашению сторон могут быть установлены ограничения по количеству отдельных медицинских услуг (с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика).

5.2.6. Страховая сумма по договору страхования, заключенному на срок действия более 1 года, может быть установлена на каждый период страхования (каждый год страхования либо период менее 1 года, оставшийся до окончания срока действия договора страхования).

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

е) уменьшении страхового тарифа.

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

5.5. Договор страхования, по которому произведена выплата страхового обеспечения, продолжает действовать до конца срока (периода страхования согласно подпункту 5.2.6 пункта 5.2 Правил), указанного в договоре страхования, в размере разницы между соответствующей страховой суммой (лимитом возмещения), установленной договором страхования в соответствии с подпунктами 5.2.1-5.2.6 пункта 5.2 Правил, и суммой произведенных выплат.

Если по Застрахованному лицу разница между соответствующей страховой суммой (лимитом возмещения) и суммой произведенных выплат страхового обеспечения (часть первая настоящего пункта) составляет менее 10% от соответствующей страховой суммы (лимита возмещения), установленной договором страхования, то Страховщик производит выплату страхового обеспечения на основании оплаченных Страхователем (Застрахованным лицом) расходов в соответствии с пунктом 17.6 Правил.

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 индивидуальную программу добровольного страхования, исходя из базового годового страхового тарифа по соответствующей программе добровольного страхования в соответствии с Приложением 1 к Правилам и примененных корректировочных коэффициентов к базовому годовому страховому тарифу, утвержденных приказом Страховщика.

Страховой взнос определяется по каждому лицу, подлежащему страхованию, отдельно по каждой программе добровольного страхования, включенной в индивидуальную программу добровольного 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, включенной в индивидуальную программу добровольного страхования, установленную 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 индивидуальную программу добровольного 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 6 месяцев, страховой взнос уплачивается единовременно.

Страховой взнос по договору страхования, заключенному на срок 6 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, если иное не предусмотрено договором страхования по соглашению сторон, но не позднее дня вступления договора страхования в силу согласно пункту 8.1 Правил.

При уплате страхового взноса в рассрочку первая часть страхового взноса в размере не менее $1/n$ (где n – соответственно количество этапов оплаты, кварталов или месяцев) от исчисленного страхового взноса по

договору уплачивается при его заключении (если иное не предусмотрено договором страхования по соглашению сторон, но не позднее дня вступления договора страхования в силу согласно пункту 8.1 Правил), а оставшиеся части уплачиваются не позднее последнего дня оплаченного периода (этапа оплаты, квартала или месяца).

В случае неуплаты страхового взноса (его первой части) в установленные договором страхования сроки договор страхования считается не вступившим в силу.

Порядок, размер и сроки уплаты страхового взноса (его частей) оговариваются в договоре страхования.

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.

Внесение изменений и (или) дополнений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, совершается путем заключения договора о внесении изменений в условия страхования, изложенные в договоре страхования, в письменной форме с указанием даты его заключения, вступления в силу, который является неотъемлемой частью договора страхования, в условия которого внесены изменения и (или) дополнения.

6.6. Дополнительный страховой взнос (сумма возврата) определяется:

6.6.1. при увеличении (уменьшении – абзац е) пункта 5.4 Правил страхового риска – по формуле:

$$ДВ = S (T_2 - T_1) \times n/m,$$

где:

ДВ – дополнительный страховой взнос (сумма возврата);

S – страховая сумма по договору страхования;

T₁ – страховой тариф на дату заключения договора страхования;

T₂ – страховой тариф с учетом увеличения (уменьшения) страхового риска;

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

m – срок действия договора страхования в месяцах.

При этом неполный месяц срока действия договора страхования принимается за полный;

6.6.2. при изменении (увеличении, уменьшении) страховой суммы – по формуле:

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

где:

ДВ – дополнительный страховой взнос (сумма возврата);

S_2 – страховая сумма по договору страхования с учетом изменения;

T_2 – страховой тариф, исходя из измененной страховой суммы;

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

T_1 – страховой тариф на дату заключения договора страхования;

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

m – срок действия договора страхования в месяцах.

При этом неполный месяц срока действия договора страхования принимается за полный;

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) за оставшийся срок действия договора страхования (в месяцах). При этом неполный месяц срока действия договора страхования принимается за полный.

В случае уменьшения количества Застрахованных лиц в договор страхования вносятся изменения в части уменьшения страховой суммы в связи с исключением из списка Застрахованных лиц. В этом случае при отсутствии выплат страхового обеспечения по исключаемым из договора страхования Застрахованным лицам и (или) заявленных событий в отношении данных Застрахованных лиц, которые могут быть признаны страховым случаем, 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 12.5 Правил;

6.6.4. при изменении программ добровольного страхования, дополнении в соответствии с условиями пунктов 3.4 и 3.5 Правил – 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 дату заключения договора страхования;

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

m – срок действия договора страхования в месяцах.

При этом неполный месяц срока действия договора страхования принимается за полный;

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 месяцев, оставшихся до окончания срока действия договора страхования;

m – срок действия договора страхования в месяцах.

При этом неполный месяц срока действия договора страхования принимается за полный;

6.6.6. при увеличении срока действия договора страхования – по формуле:

$$ДВ = В \times n, \text{ где:}$$

где ДВ – дополнительный страховой взнос;

$В$ – страховой взнос за один день срока действия договора страхования, рассчитанный для Застрахованного лица по программе страхования на дату, предшествующую дате внесения изменений в договор страхования;

n – количество дней, на которые продлевается договор страхования.

Внесение изменений в договор страхования в части увеличения срока его действия допускается только на срок не более 60 календарных дней для договоров сроком действия не менее 11 месяцев.

6.7. В случае неуплаты очередной части страхового взноса в установленный договором страхования срок Страховщик вправе по соглашению со Страхователем, оформленному в письменном виде, предоставить отсрочку уплаты очередной части страхового взноса при наличии письменных обязательств Страхователя (с обоснованием причин и предоставлением по требованию Страховщика соответствующих подтверждающих документов) погасить имеющуюся задолженность в сроки, установленные в соответствии с частью второй настоящего пункта.

Срок отсрочки (в календарных днях) определяется соглашением сторон и не может превышать:

- 30 календарных дней при уплате страхового взноса ежемесячно;
- 45 календарных дней при уплате страхового взноса в рассрочку – в два срока, ежеквартально.

В случае неуплаты части страхового взноса, по которой предоставлена отсрочка, в течение указанного срока договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем предоставленной отсрочки. При этом Страхователь не освобождается от уплаты части страхового взноса за указанный срок действия договора страхования.

6.8. Страховой взнос уплачивается Страхователем путем безналичной формы расчетов, в том числе с использованием банковской платежной карточки, через автоматизированные платежные системы (в том числе 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 части) с расчетного счета Страхователя – при уплате страхового взноса путем безналичного перечисления;

б) день списания денежных средств по уплате страхового взноса (его части) со счета Страхователя (день совершения операции по перечислению страхового взноса или его части) – при безналичной форме расчетов с использованием банковской платежной карточки, через автоматизированные платежные системы (в том числе 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 части) 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 индивидуальной программе добровольного страхования либо в отношении оплаты расходов конкретных медицинских организаций, либо в отношении конкретных медицинских мероприятий, перечень которых определен индивидуальной программой добровольного страхования.

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

6.11. По договорам страхования, заключенным на срок более 1 года, страховые тарифы для Застрахованных лиц на каждый последующий год срока действия договора страхования могут быть изменены в сторону увеличения в зависимости от уровня выплат по данному виду добровольного страхования по всем Застрахованным лицам конкретного Страхователя (по действующим договорам страхования в ЗАСО «Белнефтстрах» за период до даты внесения изменений в договор страхования). О применении данного условия должно быть указано в договоре страхования.

По договору страхования со Страхователем-юридическим лицом, заключенному на срок 1 год и более, по истечении 6 месяцев срока действия договора страхования при уровне выплат по этому договору страхования более 100% страховой тариф на оставшийся срок действия договора страхования может быть пересчитан с учетом уровня выплат по данному виду добровольного страхования в целом по Страхователю (по действующим договорам страхования в ЗАСО «Белнефтстрах» за период до даты внесения изменений в договор страхования). Изменения в связи

с учетом уровня выплат могут быть внесены в договор страхования не чаще одного раза в квартал. О применении данного условия должно быть указано в договоре страхования.

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, обязательны для Страховщика, Страхователя и Выгодоприобретателя.

7.2. Основанием для заключения договора страхования является письменное заявление Страхователя (по форме, утвержденной приказом Страховщика). Если Страхователем является юридическое лицо, заключающее договор страхования в отношении третьих лиц, к заявлению прилагается список лиц, подлежащих страхованию (по форме, утвержденной приказом Страховщика). Ответственность за достоверность предоставленной информации, содержащейся в заявлении о страховании, несет Страхователь (Застрахованное лицо). После заключения договора страхования заявление о 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 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 приказом Страховщика). 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 степени) нарушением функций органов (систем), высокий риск острых заболеваний.

7.9. На основании заявления Страхователя и анкеты Застрахованного лица Страховщик в течение 5 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, как им выполнены какие-либо обязанности по договору страхования, произведена страховая выплата или имело место обращение за медицинской помощью, предусмотренной индивидуальной программой 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 включаются в индивидуальную программу добровольного страхования, прилагаемую к договору страхования.

В случае, если договор страхования заключается в отношении нескольких лиц, то индивидуальная программа добровольного страхования определяется на каждое Застрахованное лицо и прилагается к договору страхования – когда договор страхования заключается со Страхователем-

физическим лицом, либо к списку лиц, подлежащих страхованию (по форме, утвержденной приказом Страховщика), 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 одной индивидуальной программе добровольного страхования, что особо оговаривается в списке лиц, подлежащих страхованию с отметкой «член семьи»;

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

Если договор страхования заключается со Страхователем-физическим лицом в отношении себя и (или) в отношении лиц, не являющихся близкими родственниками (членами семьи), с установлением отдельных страховых сумм по каждому из этих лиц, то индивидуальная программа добровольного страхования определяется для каждого лица, что особо оговаривается в договоре страхования (заявлении с отметкой «третье лицо»).

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

Договор страхования может быть заключен путем:

а) составления одного текстового документа, подписанного сторонами по договору;

б) обмена текстовыми документами, которые подписаны сторонами собственноручно либо с использованием средств связи и иных технических средств, компьютерных программ, информационных систем или информационных сетей, если такой способ подписания позволяет достоверно установить, что соответствующий текстовый документ подписан сторонами по договору (факсимильное воспроизведение собственноручной подписи с помощью средств механического или другого копирования, электронная цифровая подпись или другой аналог собственноручной подписи, обеспечивающий идентификацию стороны по договору) и не противоречит законодательству и соглашению сторон.

Письменное предложение Страховщика заключить договор страхования путем направления текстового документа принимается Страхователем путем уплаты страхового взноса (его части) в срок, установленный в предложении, если иное не предусмотрено законодательством или не указано в предложении.

Договор страхования может быть заключен в письменной форме способами, предусмотренными законодательством Республики Беларусь, в электронном виде через официальный сайт Страховщика либо организации, заключающей договор страхования от имени Страховщика и имеющей право в соответствии с законодательством проводить идентификацию обратившихся к ней Страхователей (Выгодоприобретателей), их представителей без личного присутствия указанных лиц.

К договору страхования должны прилагаться Правила страхования и индивидуальная программа добровольного страхования (в том числе путем их направления в электронном виде на электронный адрес, указанный Страхователем, или путем размещения в мобильном приложении), что удостоверяется записью в этом договоре.

Договор страхования может быть выдан как Страхователю на всех Застрахованных лиц, так и каждому Застрахованному лицу. При заключении договора страхования с физическим лицом договор страхования выдается Страхователю.

7.13. При заключении договора страхования со Страхователем-юридическим лицом по соглашению сторон на каждое Застрахованное лицо может выдаваться 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, либо при заключении договора страхования сроком один год и более впервые вправе обратиться к Страховщику с письменным заявлением о заключении договора страхования с предоставлением права уплаты страхового взноса (первой его части) с отсрочкой. Срок отсрочки (в календарных днях) определяется соглашением сторон и не может превышать:

- 30 календарных дней при уплате страхового взноса ежемесячно;
- 45 календарных дней при уплате страхового взноса единовременно или в рассрочку – в два срока, ежеквартально.

По соглашению сторон уплата страхового взноса (первой его части) может быть произведена в течение срока предоставленной отсрочки, что должно быть отражено в договоре страхования. Страховщик обязан оформить договор страхования на новый срок до вступления его в силу. В

этом случае новый договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания предыдущего договора.

Если договором страхования предусмотрена рассрочка уплаты страхового взноса, то первая часть страхового взноса уплачивается в соответствии с частью первой настоящего пункта, а остальные части страхового взноса уплачиваются в порядке, установленном пунктом 6.4 Правил.

В случае неуплаты страхового взноса (первой его части) в течение указанного срока (срока отсрочки – в календарных днях) договор страхования при отсутствии страховых выплат и (или) заявленных событий, которые могут быть признаны страховым случаем, досрочно прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем срока отсрочки, в течение которого Страхователь обязан его уплатить. При этом Страхователь не освобождается от уплаты части страхового взноса за указанный в настоящем пункте срок действия договора.

О применении данного условия производится отметка в договоре страхования при его заключении.

7.15. Составление первичных учетных документов по договору страхования, подтверждающих оказание услуг, осуществляется каждой из сторон единолично.

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), за исключением случаев, предусмотренных пунктом 7.14 Правил.

Договор страхования заканчивается в 24 часа 00 минут даты, указанной в договоре страхования как дата окончания срока его действия.

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 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.

Действие договора страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие за пределами Республики Беларусь, если это предусмотрено индивидуальной программой добровольного страхования с применением соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика:

- при наличии у Страховщика договора, заключенного с медицинскими организациями 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;

- при отсутствии у Страховщика договора, заключенного с медицинскими организациями 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, при условии возмещения только понесенных самостоятельно Застрахованным лицом расходов на лекарственные препараты (зарегистрированные в Республике Беларусь), назначенные по медицинским показаниям в Республике Беларусь и приобретенные за пределами Республики Беларусь.

10. Выдача копии договора страхования (физической карточки Застрахованного лица)

10.1. При утрате договора страхования и (или) физической карточки Застрахованного лица в период их действия Страхователю на основании письменного заявления выдается копия договора страхования и (или) физической карточки Застрахованного лица.

11. Увеличение страхового риска

11.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно, но не позднее 3 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 (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 подпунктом 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 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.

12. Прекращение договора страхования

12.1. Договор страхования прекращается в случаях:

12.1.1. истечения срока его 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 учетом условий, предусмотренных пунктами 6.7 и 7.14 Правил) – с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем, установленным договором страхования для его уплаты;

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. требования Страховщика в соответствии с пунктами 11.2 и 11.3 Правил;

12.1.10. в других случаях, предусмотренных законодательством.

12.2. При досрочном прекращении договоров страхования (в том числе при уменьшении количества Застрахованных лиц по договору – прекращение договора страхования в отношении исключаемого Застрахованного лица) по обстоятельствам, указанным в подпунктах 12.1.4 12.1.5, 12.1.6, 12.1.8 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) 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, за исключением случаев отказа Страхователя-физического лица от договора страхования в период охлаждения (если он предусмотрен договором страхования) при условии отсутствия в данном периоде события, которое впоследствии может быть признано страховым случаем. Период охлаждения – срок в 5 календарных дней со дня заключения договора страхования, в течение которого Страхователь-физическое лицо вправе отказаться от договора страхования и получить уплаченный страховой взнос в полном размере.

12.4. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с подпунктом 12.1.9 пункта 12.1 Правил:

12.4.1. при расторжении договора страхования в соответствии с пунктом 11.3 Правил страховой взнос, уплаченный Страхователем, возврату не подлежит;

12.4.2. при расторжении договора страхования в соответствии с пунктом 11.2 Правил Страховщик возвращает Страхователю при отсутствии выплат страхового обеспечения и (или) заявленных событий, которые могут быть признаны страховым случаем, часть страхового взноса пропорционально времени, оставшемуся со дня, следующего за днем расторжения договора страхования, до окончания оплаченного периода действия договора страхования, за вычетом убытков, причиненных расторжением договора страхования.

12.5. 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 уплаты страхового взноса (его частей).

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

12.7. 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 и виды дополнительной помощи (пункты 3.4 и 3.5 Правил) для формирования индивидуальной программы добровольного страхования;

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

15.1.4. получить копии договора страхования, физической карточки Застрахованного лица в случае их утраты;

15.1.5. требовать предоставления Застрахованному лицу медицинской помощи, определенной индивидуальной программой добровольного 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 пунктом 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 (в том числе индивидуальными программами добровольного страхования), правами и обязанностями по договору страхования (в том числе 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. вернуть Страховщику договор страхования в случаях признания договора страхования недействительным или расторжения договора страхования;

15.2.6. требовать от Застрахованного лица:

- выполнения условий договора страхования;
- возврата Страховщику суммы страхового обеспечения (его части), если по результатам медико-экономического контроля обнаружится такое обстоятельство, которое полностью или частично лишает Застрахованное лицо права на получение страхового обеспечения;

15.2.7. 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 (в том числе об индивидуальной программе добровольного страхования), порядке предоставления медицинских услуг;

15.3.2. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с индивидуальной программой страхования, предусмотренной договором 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 индивидуальной программой добровольного страхования, и предоставить Страховщику документы на их оплату;

15.3.5. требовать возмещения медицинских расходов, оплаченных по согласованию со Страховщиком самостоятельно в соответствии с

индивидуальной программой страхования, предусмотренной договором страхования;

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 пунктом 16.1 Правил уведомить об этом Страховщика и согласовать медицинскую организацию, которая будет ее оказывать, а также объем медицинской помощи, если иное не предусмотрено индивидуальной программой добровольного страхования (договором страхования) с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика;

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 или карточку Застрахованного лица;

15.4.7. выполнять указания и распоряжения Страховщика при наступлении страхового случая, в том числе предоставлять запрашиваемые Страховщиком необходимые документы для принятия решения о признании или непризнании заявленного случая страховым;

15.4.8. 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;

15.4.9. контролировать предоставление медицинской помощи в соответствии с индивидуальной программой добровольного страхования, включенной в договор страхования, а также остаток страховой суммы по договору страхования, по дополнительным видам медицинской помощи и

медицинским услугам;

15.4.10. в установленные пунктом 19.1 настоящих Правил сроки вернуть Страховщику сумму страхового обеспечения (его часть), если по результатам медико-экономического контроля обнаружится такое обстоятельство, которое полностью или частично лишает Застрахованное лицо права на получение страхового обеспечения.

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, 12.6 Правил;

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

15.5.5. отсрочить страховую выплату в случае, если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, сомнения в необходимости получения медицинских услуг, не соответствующих Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь, по установленному диагнозу – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов лицом, представившим такой документ (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 10 рабочих дней со дня получения такого документа), либо самим Страховщиком (на основании запроса Страховщика в орган, его выдавший, направленный в сроки, определенные пунктом 17.1 Правил);

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

15.5.7. осуществлять медико-экономический контроль объемов и 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 медицинских услуг, предусмотренных индивидуальной программой добровольного страхования:

- в случае его неявки без уважительных причин в медицинскую организацию в согласованное со Страховщиком время для получения данного вида медицинских услуг, за исключением случаев, когда Страховщик был уведомлен о неявке в соответствии с подпунктом 15.4.8 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;

- до возврата Страховщику суммы страхового обеспечения (его части) в соответствии с пунктом 19.1 Правил, если обнаружится такое обстоятельство, которое по законодательству или по настоящим Правилам полностью или частично лишает Застрахованное лицо права на получение страхового обеспечения;

15.5.11. возместить фактические расходы медицинской организации, понесенные в связи с оказанием медицинской помощи Застрахованному лицу, при условии последующего истребования Страховщиком возврата Застрахованным лицом суммы страхового обеспечения (его части), если по результатам медико-экономического контроля обнаружится такое обстоятельство, которое полностью или частично лишает Застрахованное лицо права на получение страхового обеспечения;

15.5.12. требовать от Страхователя исключения Застрахованного лица из списка Застрахованных лиц в случае его отказа от возврата суммы страхового обеспечения (его части), если обнаружится такое обстоятельство, которое по законодательству или по настоящим Правилам полностью или частично лишает Застрахованное лицо права на получение страхового обеспечения;

15.5.13. в случае непредоставления документов, подтверждающих страховой случай, в течение 30 календарных дней по обращениям за медицинской помощью без уведомления Страховщика в соответствии с частью третьей пункта 16.1 Правил, требовать от Застрахованного лица возврата суммы страхового обеспечения (его части).

15.6. Страховщик обязан:

15.6.1. вручить Страхователю договор страхования с приложением Правил страхования, индивидуальной программы добровольного страхования;

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 индивидуальной 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.

16. Порядок организации 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 индивидуальной программой добровольного страхования (договором страхования) с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика) по телефонам, указанным в договоре страхования или в карточке Застрахованного лица, либо иным любым доступным способом и сообщить следующую информацию:

- фамилию и имя Застрахованного лица;
- номер договора страхования, период его действия и индивидуальную 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.

Индивидуальной программой добровольного страхования (договором страхования) с применением корректировочного коэффициента, утвержденного приказом Страховщика, Застрахованному лицу может быть предоставлено право обращения за медицинской помощью в медицинскую организацию, определенную индивидуальной программой добровольного страхования, без уведомления Страховщика.

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 или карточки Застрахованного лица в соответствии с индивидуальной 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.

III. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

17. Порядок выплаты страхового обеспечения

17.1. После оказания медицинской помощи Застрахованному лицу медицинская организация предоставляет Страховщику счет-фактуру с указанием общей суммы расходов, понесенных по оказанию Застрахованным лицам медицинской помощи, акт оказанных медицинских услуг, заверенные печатью и подписью ответственного лица медицинской организации, либо документ в электронном виде, подписанный электронно-цифровой подписью, с приложением документов, подтверждающих факт оказания медицинской помощи (в частности, перечень оказанной медицинской помощи, карта вызова скорой медицинской помощи, выписной эпикриз при оказании стационарной помощи, консультативные заключения, документы, подтверждающие реализацию Застрахованным лицам лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и др.).

В представленных документах в обязательном порядке в том числе указываются:

- номер, серия и срок действия договора страхования;
- фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения, идентификационный номер либо (при отсутствии идентификационного номера) номер документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица, которому была оказана медицинская помощь;

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

Страховщик вправе проверить обоснованность составления документов, а также аргументированно отказаться от их использования при расчете размера страховой выплаты.

Непредставление требуемых Страховщиком документов без объективных причин дает ему право не принимать решение о признании заявленного события страховым случаем.

Страховщик имеет право в течение 10 рабочих дней со дня, следующего за днем получения документов, при необходимости запросить у медицинской организации дополнительные документы (в том числе определенные подпунктом 15.5.5 пункта 15.5 Правил), касающиеся оказания медицинской помощи Застрахованному лицу.

В случае обращения Застрахованного лица за медицинской помощью в медицинскую организацию без уведомления Страховщика, когда это предусмотрено индивидуальной программой добровольного страхования (договором страхования), если на основании документов, предоставленных Выгодоприобретателем, невозможно принять решение, является ли случай страховым (отсутствует обоснование необходимости оказанной медицинской помощи), Застрахованное лицо в дополнение к документам, предоставленным Выгодоприобретателем, должно предоставить копию документа, подтверждающего необходимость обращения за медицинской помощью, содержащего дату обращения, диагноз и перечень назначений (консультативное заключение, эпикриз, выписка из карты амбулаторного больного и т.п.), заверенного печатью и подписью ответственного лица медицинской организации, либо документ в электронном виде, подписанный электронно-цифровой подписью.

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 объема и 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 со дня, следующего за днем получения необходимых для принятия решения документов, 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 приказом Страховщика), если страховая выплата осуществляется за 2 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 индивидуальной программой добровольного страхования в пределах установленной договором страхования страховой суммы (лимита возмещения), 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.

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 дату оказания медицинских услуг.

17.6. Для решения вопроса о страховой выплате по расходам, оплаченным Страхователем либо Застрахованным лицом по согласованию со Страховщиком самостоятельно, Страхователь (Застрахованное лицо) должен не позднее 35 календарных дней со дня их оплаты предоставить Страховщику 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 медицинских документов и т.п.), заверенного печатью и подписью ответственного лица медицинской организации, либо документ в электронном виде, подписанный электронно-цифровой подписью;
- в) оригиналы документов (например, кассовые чеки, выписка из банка по счету), копия карт-чека, копия выписки с карт-счета (на бумажном носителе), для юридических лиц – копия платежного поручения, подтверждающих оплату лечения, оказанных медицинских услуг, лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, назначенных врачом (указанных в заключении лечащего врача, эпикризе). В случае, если в документах отсутствует наименование медицинских услуг, лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, необходимо представить товарный чек (акт оказанных медицинских услуг, договор, копию чека, заказ-наряд), в котором должны быть указаны наименование и стоимость каждой медицинской услуги, лекарственного препарата, изделия медицинского назначения.

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 индивидуальную 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 индивидуальную 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-юридическому лицу – 0,1%;
- Выгодоприобретателю-физическому лицу, в том числе индивидуальному предпринимателю, – 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, 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, следующего за днем получения необходимых для принятия решения документов, и сообщается Выгодоприобретателю (Застрахованному лицу, Страхователю) в письменной форме с обоснованием причины отказа.

19. Прочие условия

19.1. Застрахованное лицо (Страхователь, Выгодоприобретатель) обязано возвратить Страховщику выплаченное страховое обеспечение (или

его соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по законодательству или по настоящим Правилам полностью или частично лишает Застрахованное лицо (Страхователя, Выгодоприобретателя) права на его получение, в течение 15 рабочих дней со дня письменного уведомления об обнаружении такого факта путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

При невозврате Застрахованным лицом (Страхователем) суммы, определенной частью первой настоящего пункта, в установленные сроки и размере Застрахованное лицо (Страхователь) обязано уплатить Страховщику пеню за каждый день просрочки в размере 0,1% от суммы, подлежащей возврату, а Страховщик вправе взыскать данную сумму и пеню в судебном порядке.

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

При недостижении соглашения споры 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 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 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 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 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 (фурункулы, карбункулы, абсцессы, флегмоны, панариции, 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 4.1-4.3 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 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 единовременно 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. 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 пунктом 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.

Настоящая редакция Правил вступает в силу с 30 июня 2026 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

Правила № 17 добровольного страхования медицинских расходов
договора страхования по соглашению сторон с учетом данной редакции
Правил страхования.

Заместитель генерального
директора-начальник
управления страхования

Д.В. Витченко