

**Белорусское республиканское унитарное предприятие
экспортно-импортного страхования
«Белэксимгарант»**



Б Е Л Э К С И М Г А Р А Н Т
EXIMGARANT OF BELARUS

УТВЕРЖДАЮ
Заместитель генерального директора
«Белэксимгарант»

ПРАВИЛА № 23
добровольного страхования медицинских расходов

утверждены «Белэксимгарант» 23.04.2008 и
согласованы Министерством финансов Республики Беларусь
23.04.2008 рег. №351

(с изменениями и дополнениями, согласованными Министерством
финансов Республики Беларусь, от 15.08.2008 рег. №463, от 30.11.2009
рег. №732, от 29.03.2010 рег. №805, от 14.09.2011 рег. №147, от 20.11.2012
рег. №403, от 28.05.2014 рег. №254, от 27.02.2015 рег. №391, от 13.05.2015
рег. №431, от 18.09.2015 рег. №494, от 08.04.2016 рег. №569, от 23.04.2018
рег. №920,

а также изменениями, утвержденными «Белэксимгарант», от 28.08.2019,
от 06.11.2019, от 04.03.2020, от 18.06.2020, от 25.09.2020, от 17.05.2024, от
24.07.2024, от 12.12.2024, от 04.09.2025, 29.06.2026)

действуют с 30.07.2026

Минск 2008

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. На условиях настоящих Правил Белорусское республиканское унитарное предприятие экспортно-импортного страхования «Белэксимгарант» (далее – страховщик) заключает со страхователями договоры добровольного страхования медицинских расходов (далее – договор страхования).

Договор страхования является соглашением между страхователем и страховщиком, согласно которому страховщик обязуется при наступлении страхового случая оплатить в соответствии с законодательством выгодоприобретателю оказание застрахованному лицу медицинской помощи определенного объема в соответствии с выбранной программой страхования.

Страхователями могут быть юридические лица независимо от организационно-правовой формы или индивидуальные предприниматели, а также дееспособные физические лица, в том числе иностранные граждане и лица без гражданства.

Договор страхования может быть заключен страхователем – физическим лицом или индивидуальным предпринимателем в свою пользу и в пользу третьих лиц, страхователем – юридическим лицом только в пользу третьих лиц.

Застрахованное лицо – физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования. Застрахованными лицами могут быть граждане Республики Беларусь, иностранные граждане и лица без гражданства, проживающие или временно пребывающие в Республике Беларусь.

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

Застрахованное лицо при заключении договора страхования в его пользу освобождает медицинский персонал медицинской организации, индивидуального предпринимателя от обязательств сохранения врачебной тайны (конфиденциальности) перед страховщиком (его официальным представителем).

Выгодоприобретатель - медицинская организация, индивидуальный предприниматель, с которыми страховщик заключил договор на предоставление медицинской помощи застрахованному лицу и которые предоставили застрахованному лицу медицинскую помощь, а также застрахованное лицо (его законный представитель) или страхователь (его законный представитель), оплативший оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь.

2. Страховщик имеет право отказать в заключении договора страхования (статья 391 Гражданского кодекса Республики Беларусь).

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

4. Основные термины, применяемые в настоящих Правилах:

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

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

внезапное расстройство здоровья – резкое ухудшение состояния здоровья застрахованного лица;

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

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

медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, оказываемых застрахованному лицу при наступлении страхового случая, связанного с внезапным расстройством здоровья застрахованного лица, несчастным случаем, хроническим заболеванием или его обострением, в том числе обеспечение застрахованного лица лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и индивидуального ухода в рамках программы добровольного страхования медицинских расходов;

медицинская услуга – медицинское вмешательство либо комплекс медицинских вмешательств, а также иные действия, выполняемые при оказании медицинской помощи, имеющие самостоятельное значение и определенную стоимость;

медицинские организации – организации здравоохранения Республики Беларусь; другие организации, которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую, фармацевтическую

деятельность;

индивидуальные предприниматели – индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую, фармацевтическую деятельность.

ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

5. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Беларусь имущественные интересы страхователя либо застрахованного лица, связанные с компенсацией расходов медицинской организации, индивидуальному предпринимателю, страхователю или застрахованному лицу, вызванных обращением застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, предусмотренной программой страхования, при наступлении страхового случая.

СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ, ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

6. Страховым случаем является факт понесенных выгодоприобретателем расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу медицинской помощи, предусмотренной программой страхования, ввиду внезапного расстройства здоровья застрахованного лица, несчастного случая, хронического заболевания или его обострения.

7. По договору страхования застрахованное лицо имеет право на получение медицинской помощи, предусмотренной программой страхования, в соответствии с Клиническими протоколами диагностики и лечения заболеваний, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь, в медицинских организациях, у индивидуальных предпринимателей, с которыми страховщик заключил договоры на оказание медицинской помощи застрахованным лицам.

8. Если по договору страхования застрахованными лицами является группа лиц, то программа страхования определяется на каждое застрахованное лицо.

9. Договор страхования может быть заключен на условиях следующих программ страхования:

- **«амбулаторно-поликлиническая помощь» (стандартная либо индивидуальная);**
- **«комплексная помощь» (стандартная либо индивидуальная);**
- **унифицированная программа добровольного страхования медицинских расходов.**

9.1. *Программа страхования «амбулаторно-поликлиническая*

помощь»:

9.1.1. стандартная программа страхования «амбулаторно-поликлиническая помощь».

При выборе данной программы страхования застрахованному лицу оказывается медицинская помощь в амбулаторных условиях при травме, ожоге, отравлении, а также внезапном расстройстве здоровья застрахованного лица, хроническом или обострении хронического заболевания сердечно-сосудистого, пульмонологического, желудочно-кишечного профиля, эндокринной, нервной, мочеполовой, опорно-двигательной систем, органов чувств, расстройства питания и обмена веществ, требующих оказания медицинской помощи.

Не оплачиваются медицинские услуги, связанные с подготовкой к лечению в условиях стационара, а также медицинские услуги, связанные с необходимым амбулаторным наблюдением после стационарного лечения (консультации врачей, обследования, медицинские манипуляции, перевязки и др.) в период временной нетрудоспособности застрахованного лица, удостоверенной листком и (или) справкой о временной нетрудоспособности по заболеванию, послужившему причиной госпитализации застрахованного лица.

Амбулаторно-поликлиническая помощь включает консультации и другие профессиональные услуги врачей, проведение различных диагностических обследований и исследований.

Перечень услуг, подлежащих оплате страховщиком на условиях стандартной программы страхования «амбулаторно-поликлиническая помощь», приведен в Приложении 7 к настоящим Правилам;

9.1.2. индивидуальная программа страхования «амбулаторно-поликлиническая помощь».

Страхователь имеет право выбрать индивидуальную программу страхования «амбулаторно-поликлиническая помощь», которая разрабатывается на основе стандартной программы страхования «амбулаторно-поликлиническая помощь» путем установления ограничений к стандартной программе страхования (при условии применения к базовому страховому тарифу соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом (распоряжением) страховщика).

Выбранная страхователем программа страхования с конкретным перечнем медицинских услуг и ограничений по ним прилагается к договору страхования и является неотъемлемой его частью.

9.2. Программа страхования «комплексная помощь»:

9.2.1. стандартная программа страхования «комплексная помощь» включает в себя оказание застрахованному лицу как амбулаторно-поликлинической, так и стационарной помощи при травме,

ожоге, отравлении, а также внезапном расстройстве здоровья застрахованного лица, хроническом или обострении хронического заболевания сердечно-сосудистого, пульмонологического, желудочно-кишечного профиля, эндокринной, нервной, мочеполовой, опорно-двигательной систем, органов чувств, расстройства питания и обмена веществ, требующих оказания медицинской помощи.

При госпитализации застрахованного лица в случаях хронического или обострения хронического заболевания оплата медицинских расходов производится в пределах страховой суммы (ее остатка) до дня окончания срока действия договора страхования включительно. После окончания срока действия договора страхования оплата медицинских расходов производится застрахованным лицом самостоятельно. Медицинские расходы вследствие несчастного случая или внезапного расстройства здоровья застрахованного лица, требующих его немедленной госпитализации в период действия договора страхования, оплачиваются страховщиком до конца срока госпитализации (в том числе, если госпитализация продолжается после окончания срока действия договора страхования) в размере, не превышающем страховую сумму (ее остаток).

Для направления застрахованного лица на стационарное лечение обязательным условием является наличие у него направления (рекомендации) на госпитализацию, выданного лечащим врачом или врачом-консультантом медицинской организации, индивидуального предпринимателя.

Плановая госпитализация застрахованного лица проводится не менее чем за 14 календарных дней до окончания срока действия договора страхования.

При госпитализации для стационарного лечения страховщик оплачивает в том числе пребывание в палатах повышенной комфортности (преимущественно в 2-х, 3-х местных, при наличии их в отделении).

Применение дорогостоящего одноразового инструментария для проведения оперативных вмешательств подлежит обязательному письменному либо устному согласованию самим застрахованным лицом или медицинской организацией, в которой застрахованное лицо находится на стационарном лечении, со страховщиком либо его представителем в срок до проведения указанного оперативного вмешательства.

Перечень услуг, подлежащих оплате страховщиком на условиях стандартной программы страхования «комплексная помощь», приведен в Приложении 7 к настоящим Правилам;

9.2.2. *индивидуальная программа страхования «комплексная помощь».*

Страхователь имеет право выбрать индивидуальную программу страхования «комплексная помощь», которая разрабатывается на основе

стандартной программы страхования «комплексная помощь» путем установления ограничений к стандартной программе страхования (при условии применения к базовому страховому тарифу соответствующего корректировочного коэффициента, утвержденного локальным правовым актом (распоряжением) страховщика).

Выбранная страхователем программа страхования с конкретным перечнем медицинских услуг и ограничений по ним прилагается к договору страхования и является неотъемлемой его частью.

9.3. Унифицированная программа добровольного страхования медицинских расходов. Существенные условия договора страхования, в том числе перечень медицинских услуг, подлежащих оплате страховщиком, приведены в Приложении 8 к настоящим Правилам. Договор страхования на условиях данной программы страхования заключается на основании письменного заявления страхователя по форме, установленной в Приложении 9 к настоящим Правилам, а также на основании Сведений о состоянии здоровья застрахованного лица по форме, установленной в Приложении 10 к настоящим Правилам.

10. К программам страхования «амбулаторно-поликлиническая помощь» или «комплексная помощь» страхователю предлагаются дополнительные услуги:

10.1. **«медикаментозное лечение»** предусматривает возмещение выгодоприобретателю понесенных расходов, вызванных обращением застрахованного лица за получением лекарственных препаратов в связи с внезапным расстройством здоровья застрахованного лица, несчастным случаем, хроническим или обострением хронического заболевания.

По условиям данной дополнительной услуги не возмещаются медицинские расходы, связанные с приобретением лекарственных средств, используемых для лечения заболеваний и проведения манипуляций, перечисленных в пунктах 12 и 13 настоящих Правил.

10.2. **«стоматология»**, которая предусматривает:

- консультации врачей-специалистов;
- терапевтическое и хирургическое лечение с использованием современных материалов;
- профессиональную гигиену полости рта (снятие пигментного зубного налета, покрытие зубной эмали фтор-лаком (герметиком));
- рентгенологическую диагностику;
- физиопроцедуры;
- терапевтическое лечение пародонтоза;
- восстановление (реставрацию) зубов, замену старых пломб с косметической или профилактической целью;
- зубопротезирование, микропротезирование, установку анкерных и иных штифтов, имплантов;

- анестезиологические манипуляции.

10.3. **«медикаментозное лечение + стоматология»**, которая предусматривает оказание услуг, перечисленных в подпунктах 10.1 и 10.2 настоящего пункта Правил.

11. Не подлежат оплате медицинские расходы, вызванные обращением застрахованного лица в медицинскую организацию, к индивидуальному предпринимателю за медицинской помощью в следующих случаях:

11.1. при совершении застрахованным лицом противоправных действий;

11.2. если заболевание развилось или травма получена в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также в случаях передачи застрахованным лицом управления транспортным средством иному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо лицу, не имеющему водительского удостоверения на право управления транспортным средством соответствующей категории;

11.3. если застрахованное лицо обратилось за медицинской помощью в медицинскую организацию, к индивидуальному предпринимателю после истечения срока действия договора страхования.

12. Если иное прямо не оговорено программой страхования, не подлежат оплате медицинские расходы, связанные с обращением застрахованного лица в медицинскую организацию, к индивидуальному предпринимателю по поводу следующих заболеваний:

12.1. инфекций, передающихся преимущественно половым путем (рубрики А50-А64 по МКБ-10, за исключением рубрик А63.81, А63.83), в том числе микоплазмоза, папилломовирусной инфекции (кондилломы и кондилломатоз); ВИЧ-инфекции, СПИДа и их осложнений;

12.2. туберкулеза, саркоидоза, остеомиелита, неспецифического язвенного колита, болезни Крона, муковисцидоза независимо от клинической формы и стадии процесса;

12.3. онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения), их осложнений и расходами, связанными с диспансерным наблюдением;

12.4. врожденных и наследственных заболеваний, в том числе синдрома Жильбера, и их осложнений;

12.5. психических расстройств и расстройств поведения (рубрики F00-F99 по МКБ-10, за исключением F45.3 – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы), в том числе эпилепсии, и их осложнений; расходы, связанные с проведением психотерапевтического лечения, за

исключением первичной консультации психотерапевта по назначению врача другого профиля;

12.6. алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений;

12.7. нарушений менструального цикла, бесплодия (мужского и женского), импотенции (эректильной дисфункции), дисфункции яичников и яичек (рубрики E28-E29 по МКБ-10), включая синдром поликистозных яичников; ожирения (рубрики E65-E68 по МКБ-10);

12.8. хронической почечной и печеночной недостаточности;

12.9. заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, в соответствии с перечнем, установленным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.06.2012 г. № 75;

12.10. псориаза и его осложнений, атопического дерматита, нейродермита, экземы, микозов, в том числе микозов гладкой кожи, микозов ногтей, витилиго, угревой болезни (акне), аллопеции, локализованной (ограниченной) склеродермии;

12.11. демиелинизирующих болезней центральной нервной системы (рубрики G35-37 по МКБ-10), а также болезни Альцгеймера;

12.12. гепатита В, С, Д и других вирусных гепатитов, алиментарно-токсического гепатита, токсического гепатита, цирроза печени любой этиологии;

12.13. системных поражений соединительной ткани (рубрики M30-M36 по МКБ-10), а также болезни Бехтерева, ревматоидного артрита;

12.14. заболеваний, которые явились причиной установления I или II группы инвалидности у застрахованного лица.

По соглашению сторон договора страхования в программе страхования, прилагаемой к договору страхования, могут быть установлены иные, не указанные в настоящем пункте Правил, дополнительные ограничения по предоставлению и оплате медицинских услуг в рамках индивидуальных программ страхования.

13. Если иное прямо не оговорено программой страхования, по условиям настоящих Правил не подлежат оплате медицинские расходы в случае:

13.1. обследования и лечения не по медицинским показаниям;

13.2. самолечения, аутотренинга;

13.3. медицинских услуг или препаратов, не являющихся необходимыми с точки зрения установленного диагноза или лечения болезни, примененными по желанию застрахованного лица, а не по медицинским показаниям;

13.4. медицинских услуг, не соответствующих Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь;

13.5. проведения консилиумов ведущих специалистов, консультаций профессоров и доцентов на базе республиканских научно-практических центров, учреждений образования медицинского профиля, частных медицинских центров без назначения лечащего врача;

13.6. проведения повторных (сравнительных) консультаций и обследований с целью сбора мнений специалистов в разных медицинских организациях, у индивидуальных предпринимателей по желанию застрахованного лица и консультаций врачей одной специальности в разных медицинских организациях, у индивидуальных предпринимателей по желанию застрахованного лица;

13.7. лечения осложнений, явившихся следствием лечения или хирургического вмешательства по поводу заболевания или травмы, не являющихся страховым случаем;

13.8. лечения любых осложнений, явившихся следствием нарушения застрахованным лицом курса лечения или режима, назначенного лечащим врачом;

13.9. вызова врача на дом и обследования на дому;

13.10. получения попечительского ухода в стационаре или дома;

13.11. госпитализации и пребывания в отделениях анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии;

13.12. госпитализации застрахованного лица без консультации врача, предварительно согласованной со страховщиком (оплачивается только улучшение условий пребывания);

13.13. дополнительного размещения в палате кондиционеров, увлажнителей воздуха, тренажеров;

13.14. проведения приемов, консультаций андролога, гинеколога-репродуктолога, сексопатолога, диетолога, гомеопата, трихолога, косметолога, психолога, подолога, ортодонта, нутрициолога, пластического хирурга, врача спортивной медицины;

13.15. проведения консультаций сомнолога, обследований в лаборатории сна, проведения полисомнографии, кардио-респираторного мониторинга, диагностики и лечения храпа, синдрома ночного апноэ;

13.16. лечения дефектов речевого развития;

13.17. лечения чесотки и педикулеза;

13.18. устранения косметических дефектов лица, тела, конечностей, удаления папиллом, бородавок, невусов, контагиозных моллюсков, мозолей, атером, липом, гемангиом, фибром и др. доброкачественных новообразований кожи, подкожной клетчатки и соединительной ткани более 2 штук на одно застрахованное лицо за период страхования. Удаление папиллом, кондилом, полипов аногенитальной области не оплачивается;

13.19. применение СО-2 лазеров в гинекологии;

13.20. планирования беременности, беременности (в том числе консультации гинеколога и назначенные им обследования в период беременности), родовспоможением, обследованием и наблюдением в послеродовой период, послеродовыми заболеваниями и осложнениями, лактостазом, абортами, постановкой и удалением внутриматочной спирали (ВМС), обращения по поводу подбора методов контрацепции и наблюдения за их применением;

13.21. искусственной инсеминации, экстракорпорального оплодотворения, генетической диагностики;

13.22. стерилизации мужчин или женщин, изменения пола;

13.23. плановой хирургической операции глаза, целью которой является коррекция близорукости, дальнозоркости и астигматизма, если это не связано со страховым случаем, операции кросслинкинга, пластики роговицы, установки интрастромальных колец, кератинга, интравитреальных инъекций;

13.24. пластической хирургии всех видов с целью устранения косметических дефектов и (или) улучшения внешнего вида, реконструктивного оперативного лечения заболеваний сердца, сосудов, нервной системы, органов зрения и опорно-двигательного аппарата, органов пищеварения, дыхания, слуха, мочеполовой системы (аортокоронарного шунтирования, баллонной ангиопластики, стентирования, трансплантации, эндопротезирования), радиочастотной абляции, радиочастотной облитерации, дистанционной литотрипсии, ортопедического лечения плоскостопия, вальгусной деформации 1-го пальца стопы (Hallus Valgus), реконструктивных пластических операций при пролапсе тазовых органов, пластики тазового дна, в том числе с использованием трансплантатов, предоперационной подготовкой к ним и пребыванием в стационаре;

13.25. ортодонтических видов лечения и подготовки к ним;

13.26. обследования и лечения, которое является экспериментальным или исследовательским, а также обследования с использованием комплекса медицинского спектрально-динамического (КМСД);

13.27. обследования и лечения нетрадиционными методами, в том числе СУ-Джок терапии, стоун-терапии, ароматерапии, микроаурикулярной иглорефлексотерапии, апитерапии, гирудотерапии, аурикулодиагностики, иридодиагностики, талассотерапии;

13.28. приобретения биологически активных добавок (БАД), витаминов, витаминно-минеральных комплексов, минералов, фиточаев (фитосборов), гомеопатических препаратов;

13.29. приобретения лекарственных средств с целью контрацепции, а также лекарственных препаратов, содержащих половые гормоны, вне

зависимости от целей их применения;

13.30. приобретения очков, контактных линз или слуховых аппаратов;

13.31. приобретения (применения) предметов ухода и средств медицинского назначения (бинты, шприцы, системы для инфузий, бандажи, ортезы, туторы и т.п.), облегченных гипсов, средств медицинской реабилитации (калоприемники, мочеприемники, тренажеры, эластичные носки, гольфы, чулки, костыли, трости, кресла-коляски и т.п.), устройств для приема пищи, аппаратов для измерения артериального давления, веса, глюкометров, аппаратов для проведения дезартеризации геморроидальных узлов, косметических и гигиенических средств (пасты, кремы, шампуни и др.), ортопедических стелек, супинаторов, вкладышей, светодиодов для эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК), каво-фильтров, трансплантатов, микросфер для эмболизации и т.п.;

13.32. прохождения следующих обследований (процедур): капсульная эндоскопия, магнитно-резонансная томография (МРТ) сердца, позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), тейпирование, в том числе кинезиотейпирование, спермограмма, склеротерапия (в том числе КЛАКС-терапия, эхосклеротерапия), эндоскопическое ультразвуковое исследование, стресс-ЭХОКГ, 3D УЗИ, 4D УЗИ, гастропанель, фемофлор, андрофлор, антимюллеров гормон (АМГ), хорионический гонадотропин человека (ХГЧ), определение уровня витаминов в крови, молекулярная алергодиагностика (например, алергочип, ImmunoCAP), мультипрайм, жидкостная цитология, гибкая уретроцистоскопия, квант-21, флороценоз, компьютерная денситометрия (КТ денситометрия), а также обследований (процедур), не соответствующих установленному диагнозу;

13.33. проведения лабораторных исследований на следующие инфекции: токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирус, вирус простого герпеса;

13.34. посещения сауны, бассейна, лечебной физической культуры (ЛФК) в бассейне;

13.35. получения застрахованным лицом справок на ношение оружия, управление транспортным средством, для посещения бассейна, для направления на санаторно-курортное лечение, для поступления в ВУЗы, ССУЗы, детские дошкольные учреждения, школу и других справок, выдаваемых на основании приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

13.36. лечения у медицинского работника, состоящего в родственных отношениях с застрахованным лицом;

13.37. оплатой медицинских расходов сверх стоимости медицинской помощи, оговоренной в прейскуранте цен, утвержденном в установленном порядке медицинской организацией, индивидуальным предпринимателем;

13.38. оказания медицинских услуг, реабилитационно-восстановительного лечения в условиях санатория (в стационарных и амбулаторных условиях); оказания медицинских услуг, реабилитационно-восстановительного лечения в условиях реабилитационного центра (в стационарных условиях);

13.39. оказания следующих медицинских услуг: экстракорпоральные методы лечения (в том числе плазмаферез, эритроцитаферез, гемодиализ), лечение с использованием клеточных технологий (в том числе стволовых клеток), аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ), озонотерапия, лазеропунктура, фармакопунктура, криотерапия, аутогемотерапия, внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), узкополосная фототерапия, карбокситерапия, PRP-терапия, общая магнитотерапия, криосауна, гидроколонотерапия, кислородные коктейли.

По соглашению сторон договора страхования в программе страхования, прилагаемой к договору страхования, могут быть установлены иные, не указанные в настоящем пункте Правил, дополнительные ограничения по предоставлению и оплате медицинских услуг в рамках индивидуальных программ страхования.

14. При обращении застрахованного лица в медицинскую организацию, к индивидуальному предпринимателю по вопросу диагностики заболеваний, указанных в пункте 12 настоящих Правил, страховщик оплачивает медицинские расходы в соответствии с выбранной программой страхования до установления диагноза таких заболеваний. В случае установления диагноза такого заболевания застрахованному лицу, страховщик не оплачивает медицинские расходы, связанные с данным заболеванием, в том числе и по всем последующим договорам страхования до предоставления застрахованным лицом медицинских документов, подтверждающих снятие такого диагноза.

При выявлении у застрахованного лица заболеваний, указанных в подпункте 12.1 пункта 12 настоящих Правил, гинекологические для женщин (урологические – для мужчин) услуги не сопровождаются и не оплачиваются страховщиком до момента предоставления застрахованным лицом заключения об отсутствии выявленных у него заболеваний, указанных в подпункте 12.1 пункта 12 настоящих Правил (подтвержденного результатами соответствующих исследований).

СТРАХОВАЯ СУММА

15. Страховой суммой является сумма денежных средств, в пределах которой страховщик обязан произвести выгодоприобретателю выплату страхового обеспечения при наступлении страхового случая в течение срока действия договора страхования.

16. Страховая сумма устанавливается в белорусских рублях, долларах США, евро или российских рублях, и ее размер определяется при заключении договора страхования соглашением страхователя со страховщиком на каждое застрахованное лицо и указывается в списке лиц, подлежащих страхованию. Общая страховая сумма по договору страхования указывается в договоре страхования (страховом полисе).

Если договором страхования предусматриваются дополнительные медицинские услуги (пункт 10 настоящих Правил), то страховщик в пределах страховой суммы отдельно устанавливает предельную страховую сумму по включенным дополнительным медицинским услугам.

По соглашению сторон по договору страхования, заключенному на условиях индивидуальной программы 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 страхования либо в отношении конкретных медицинских услуг, либо в отношении медицинских услуг, оказанных конкретными медицинскими организациями, перечень которых определен в индивидуальной программе страхования. Безусловная франшиза применяется по каждой оказанной застрахованному лицу медицинской услуге, признанной страховым случаем, на которую распространяется действие безусловной франшизы.

17. В период действия договора страхования страхователь может обратиться к страховщику с заявлением о внесении изменений в договор страхования.

По соглашению между страхователем и страховщиком, оформленному в письменном виде, в договор страхования могут быть внесены следующие изменения:

- увеличен размер страховой суммы по договору страхования;
- изменено количество застрахованных лиц в рамках действующего договора страхования;
- изменена программа страхования;
- изменена форма собственности обслуживающих медицинских организаций;
- включены дополнительные медицинские услуги в соответствии с пунктом 10 настоящих Правил.

При этом дополнительный страховой взнос, подлежащий уплате страхователем в связи с увеличением страховой суммы и/или изменением программы страхования, изменением формы собственности

обслуживающих медицинских организаций, включением в программу страхования дополнительных услуг, рассчитывается по формуле, указанной в Приложении 1 к настоящим Правилам.

В случае увеличения количества лиц, подлежащих страхованию, дополнительный страховой взнос, подлежащий уплате страхователем, определяется согласно страховому тарифу, рассчитанному на момент заключения договора страхования, скорректированному на оставшийся срок действия договора страхования в месяцах. В случае уменьшения количества застрахованных лиц договор страхования прекращается в отношении этих лиц.

Дополнительный страховой взнос по внесенным изменениям в договор страхования уплачивается единовременно, если соглашением страхователя со страховщиком не предусмотрено иное.

Заявление об изменении условий договора страхования подается страхователем не позднее чем за 5 рабочих дней до даты внесения изменений в договор страхования, если иное не установлено соглашением между страховщиком и страхователем.

Изменения в договор страхования вносятся не позднее чем за 60 календарных дней до даты окончания действия договора страхования, за исключением случаев уменьшения количества застрахованных лиц в связи с их увольнением.

Внесение изменений в договор 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.

При изменении программы страхования «амбулаторно-поликлиническая помощь» на программу страхования «комплексная помощь» оплата медицинских расходов при госпитализации застрахованного лица, в отношении которого изменяется программа страхования, производится исключительно вследствие внезапного расстройства здоровья застрахованного лица или несчастного случая (госпитализация по экстренным медицинским показаниям) с учетом условий, установленных подпунктом 13.12 пункта 13 настоящих Правил.

Если выгодоприобретателю произведена страховая выплата, то договор страхования продолжает действовать в пределах разницы между страховой суммой по договору страхования и произведенной страховой выплатой. При этом если страховая сумма по договору страхования установлена в долларах США, евро или российских рублях, то сумма произведенной выплаты пересчитывается по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на дату

выставления счет-фактуры медицинской организацией, индивидуальным предпринимателем, а при выплате по расходам, оплаченным застрахованным лицом самостоятельно, – на дату заявления о страховом случае.

В случае, когда в отношении застрахованного лица в период действия договора страхования вносятся изменения, указанные в части второй настоящего пункта Правил, страховщик учитывает стоимость и количество фактически оказанных данному лицу медицинских услуг на дату внесения изменений в договор страхования при расчете остатка медицинских услуг и страховой суммы (в том числе по дополнительным медицинским услугам) по договору страхования с учетом вносимых изменений.

СТРАХОВОЙ ВЗНОС

18. Размер страхового взноса, подлежащего уплате страхователем при заключении договора страхования, определяется для каждого застрахованного лица исходя из страховой суммы, срока действия договора страхования и рассчитанного страхового тарифа.

19. Страховой тариф определяется в соответствии с базовыми страховыми тарифами (Приложение 1 к настоящим Правилам) с учетом корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом (распоряжением) страховщика. Окончательный размер страхового тарифа округляется по правилам математики до двух знаков после запятой.

20. Страховой взнос по договору страхования, исчисленный в валюте страховой суммы (если страховая сумма установлена в иностранной валюте), может быть уплачен как в иностранной валюте (в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь), так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к иностранной валюте, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день уплаты (перечисления) страхового взноса (его части) страхователем.

21. Страховой взнос может быть уплачен страхователем единовременно при заключении договора страхования за весь срок его действия либо в рассрочку.

Если договор страхования заключается на срок **до шести месяцев включительно**, уплата страхового взноса производится единовременно при заключении договора страхования.

При заключении договора страхования на срок **от шести месяцев и до одного года**, уплата страхового взноса может производиться:

единовременно за весь срок действия договора страхования при его

заключении;

в два срока – первая часть страхового взноса в размере не менее 50% взноса уплачивается при заключении договора страхования, а оставшаяся часть – не позднее четырех месяцев со дня вступления договора страхования в силу.

Если договор страхования заключается сроком **на один год**, уплата страхового взноса может производиться:

единовременно за весь срок действия договора страхования при его заключении;

в два срока – первая часть страхового взноса в размере не менее 50% взноса уплачивается при заключении договора страхования, а оставшаяся часть – не позднее шести месяцев со дня вступления договора страхования в силу;

ежеквартально – первая часть страхового взноса в размере не менее 25% страхового взноса уплачивается при заключении договора страхования, а оставшаяся часть взноса уплачивается ежеквартально в согласованные между страховщиком и страхователем в договоре страхования размерах и сроки до истечения каждого оплаченного периода (квартала);

ежемесячно – первая часть страхового взноса в размере не менее 1/12 страхового взноса уплачивается при заключении договора страхования, а оставшаяся часть взноса уплачивается ежемесячно в согласованные между страховщиком и страхователем в договоре страхования размерах и сроки до истечения каждого оплаченного периода (месяца).

Если договор страхования заключается сроком **на два года**, уплата страхового взноса может производиться:

единовременно за весь срок действия договора страхования при его заключении;

в два срока – первая часть страхового взноса в размере не менее 50% взноса уплачивается при заключении договора страхования, а оставшаяся часть – не позднее истечения последнего рабочего дня половины срока действия договора страхования, исчисляемого со дня вступления договора страхования в силу;

ежеквартально – первая часть страхового взноса в размере не менее 25% страхового взноса уплачивается при заключении договора страхования, а оставшаяся часть взноса уплачивается равными долями не позднее последнего рабочего дня оплаченного квартала срока действия договора страхования в течение первого года со дня начала срока действия договора страхования;

ежемесячно – первая часть страхового взноса в размере не менее 1/12 страхового взноса уплачивается при заключении договора

страхования, а оставшаяся часть взноса уплачивается равными долями не позднее последнего рабочего дня оплаченного месяца срока действия договора страхования в течение первого года со дня начала срока действия договора страхования.

Договором страхования может предусматриваться иной порядок уплаты страхового взноса. При этом первая его часть в размере не менее 10% суммы исчисленного страхового взноса уплачивается страхователем при заключении договора страхования, оставшиеся части страхового взноса уплачиваются страхователем в согласованных сторонами размерах и в согласованные сроки, указанные в договоре страхования (страховом полисе), но не позднее последнего дня оплаченного периода срока действия договора страхования (страхового полиса).

Порядок и сроки уплаты страховых взносов оговариваются сторонами при заключении договора страхования и указываются в договоре страхования (страховом полисе).

22. Страховые взносы уплачиваются страхователем – физическим лицом наличными денежными средствами или путем безналичных расчетов на расчетный счет страховщика. Страхователь – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель уплату страховых взносов производит путем безналичного расчета либо наличными денежными средствами в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

Днем уплаты страхового взноса по договору страхования считается:

- при безналичных расчетах (в том числе при перечислении наличных денежных средств через банк или иное учреждение, осуществляющее перевод денежных средств) – день поступления денежных средств на расчетный счет страховщика (его представителя);
- при наличных расчетах – день уплаты денежных средств в кассу страховщика (его представителю).

В случае неуплаты очередной части страхового взноса по договору страхования в установленный договором страхования срок страховщик вправе прекратить договор страхования с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем установленного срока уплаты очередной части страхового взноса.

ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

23. Договор страхования заключается на основании письменного заявления страхователя по установленной форме (Приложение 2 к настоящим Правилам – для физического лица и Приложение 3 к настоящим Правилам – для юридического лица и индивидуального предпринимателя). Если договор страхования заключается в пользу

третьих лиц (застрахованных лиц), к заявлению прилагается список лиц, подлежащих страхованию (Приложение 2-а к настоящим Правилам – для страхователя – физического лица, Приложение 3-а к настоящим Правилам – для страхователя – юридического лица или индивидуального предпринимателя).

Заявление о страховании составляется в двух экземплярах. Первый экземпляр заявления со всеми прилагаемыми к нему документами остается у страховщика, второй после исчисления страхового взноса по договору страхования передается страхователю.

После заключения договора страхования заявление становится его неотъемлемой частью.

24. До заключения договора страхования физическое лицо, в пользу которого заключается договор страхования, обязано заполнить анамнестическую анкету (Приложение 4 к настоящим Правилам). На основании проведенного анкетирования страховщик принимает решение, на каких условиях возможно заключение договора страхования в отношении данного физического лица. В зависимости от состояния здоровья лица, изъявившего желание застраховаться, его относят к соответствующей группе здоровья. При необходимости страховщик вправе потребовать медицинскую справку (медицинское заключение) о состоянии здоровья лица, подлежащего страхованию, из медицинской организации, от индивидуального предпринимателя, у которых данное лицо наблюдается либо наблюдалось (у самого лица, подлежащего страхованию, либо у медицинской организации, от индивидуального предпринимателя, у которых наблюдается или наблюдалось данное лицо).

В том случае, когда договор страхования заключается в пользу иностранного гражданина либо в пользу группы лиц численностью свыше 5 человек, анамнестическая анкета ими может не заполняться, и этих лиц условно относят ко II группе здоровья. В спорных ситуациях либо по запросу страховщика лица, подлежащие страхованию, заполняют анамнестическую анкету либо представляют медицинскую справку (медицинское заключение) о состоянии здоровья.

Группы здоровья определяются следующим образом:

I группа – практически здоровые лица без отягощенной наследственности и хронических заболеваний в анамнезе, без вредных привычек, не работающие на производстве с вредными условиями труда, редкими (не чаще одного раза в год) острыми простудными заболеваниями;

II группа – лица с наличием отдельных хронических заболеваний в стадии стойкой ремиссии без нарушения функций органов и систем; работавшие или работающие на производстве с вредными условиями труда; проживавшие или проживающие на территории, подвергшейся

радиоактивному загрязнению; злоупотребляющие курением; с наличием в анамнезе острых заболеваний (не чаще двух раз в год), черепно-мозговых травм, осложненных детских инфекций;

III группа – лица, имеющие одно или несколько хронических заболеваний в стадии нестойкой ремиссии, с рецидивирующим течением, умеренными (не выше 2-ой степени) нарушениями функций органов, систем.

По результатам анкетирования и отнесения лица, подлежащего страхованию, к соответствующей группе здоровья и с учетом иных факторов, которые учитываются при заключении договора страхования, при исчислении страхового взноса к базовым страховым тарифам применяются соответствующие корректировочные коэффициенты.

25. При заключении договора страхования страхователь и лицо, в пользу которого заключается договор страхования, обязаны сообщить страховщику известные обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны страховщику.

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования (страховом полисе) на основании письменного заявления страхователя. К существенным обстоятельствам также относятся обстоятельства, определенно оговоренные страховщиком в заявлении о страховании (Приложения 2, 3 к настоящим Правилам) и анамнестической анкете (Приложение 4 к настоящим Правилам).

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, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

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

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.

26. В период действия договора страхования страхователь обязан незамедлительно сообщать страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных страховщику при заключении договора страхования (пункт 25 настоящих Правил), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными признаются изменения, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе) и в переданных страхователю Правилах страхования.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска (согласно формуле, указанной в Приложении 1 к настоящим Правилам).

Если страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса, страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования.

При неисполнении страхователем обязанности, предусмотренной в части первой настоящего пункта Правил, страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

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

СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

27. Договор страхования может быть заключен на срок от 1 месяца до 1 года включительно либо на 2 года. Со страхователями, которые впервые заключают договор добровольного страхования медицинских расходов со страховщиком, а также в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих в Республике Беларусь, договор страхования может быть заключен на срок от 1 месяца до 1 года включительно. Срок действия договора страхования указывается в договоре страхования (страховом полисе). В течение указанного срока страховщик несет ответственность по договору страхования.

ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В СИЛУ

28. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования (страховом полисе) как дата начала срока действия договора страхования, но не ранее дня, следующего за

днем уплаты страхового взноса (первой его части) по договору, и не позднее 30 календарных дней со дня, следующего за днем уплаты страхового взноса (первой его части).

29. В случае неуплаты очередной части страхового взноса по договору в установленный договором страхования срок страховщик вправе:

29.1. прекратить действие договора страхования с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем установленного срока уплаты очередной части страхового взноса;

29.2. начислить страхователю пеню в размере 0,1% от неуплаченной в срок части страхового взноса по договору за каждый день просрочки при продолжении действия договора страхования и наличии письменных обязательств страхователя погасить имеющуюся задолженность (просроченную сумму страхового взноса по договору и пеню) в течение 30 календарных дней со дня просрочки платежа. При неуплате просроченной части страхового взноса и пени в течение указанного выше срока, договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем тридцатидневного срока, в течение которого страхователь обязан уплатить просроченную часть страхового взноса и пеню. При этом страхователь не освобождается от уплаты части страхового взноса по договору страхования за указанный тридцатидневный срок действия договора страхования и начисленной пени.

29.3. предоставить страхователю период для внесения очередной части страхового взноса в количестве 30 календарных дней от последнего дня оплаченного срока действия договора страхования при наличии письменных обязательств о внесении оплаты. При этом пеня за неуплаченную в срок часть страхового взноса не начисляется и страхователь не освобождается от уплаты части страхового взноса по договору за указанный тридцатидневный срок действия договора страхования.

30. В случае заключения договора страхования на новый срок до истечения срока действия предыдущего договора, дата вступления в силу нового договора указывается со дня, следующего за днем окончания действующего договора страхования (при условии уплаты страхового взноса до его окончания).

ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ (СТРАХОВОГО ПОЛИСА) И ЕГО КОПИИ (ДУБЛИКАТА)

31. Договор страхования заключается на условиях настоящих Правил страхования, принятых страхователем путем присоединения к

договору страхования.

Условия, содержащиеся в Правилах страхования, в том числе не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для страховщика, страхователя, застрахованного лица и выгодоприобретателя.

32. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, а также путем обмена документами посредством почтовой, электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от стороны по договору, либо вручения страховщиком страхователю на основании его письменного заявления страхового полиса, подписанного ими. К договору страхования (страховому полису) прилагаются настоящие Правила страхования и именная карточка, которая выдается каждому застрахованному лицу.

Страхователю (застрахованному лицу) запрещается передавать договор страхования (страховой полис) и именную карточку другим лицам с целью получения ими медицинской помощи по договору страхования.

Если будет установлено, что страхователь (застрахованное лицо) передало иному лицу договор страхования (страховой полис) и (или) именную карточку с целью получения иным лицом медицинской помощи по договору страхования, страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования. При этом уплаченный страховщику страховой взнос возврату не подлежит.

33. В случае утери договора страхования (страхового полиса) в период его действия страхователь в течение 2 рабочих дней с момента обнаружения пропажи обязан сообщить об этом страховщику. Страховщик на основании письменного заявления страхователя выдает копию договора страхования (дубликат страхового полиса). Утраченный договор страхования (страховой полис) признается недействительным и оплата медицинских расходов по нему не производится. При повторной утере страхового полиса в течение срока его действия страхования страхователь уплачивает страховщику денежную сумму в размере стоимости его изготовления. Аналогичные действия осуществляются застрахованным лицом при утере именной карточки.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

34. Страхователь имеет право:

- 34.1. ознакомиться с условиями договора страхования;
- 34.2. выбрать по своему желанию программу(ы) страхования;
- 34.3. отказаться от договора страхования в соответствии с условиями

пункта 42 настоящих Правил;

34.4. получить копию договора страхования (дубликат страхового полиса) в случае его утери;

34.5. заменить застрахованное лицо при наличии письменного заявления страхователя и согласия застрахованного лица (за исключением случая увольнения застрахованного лица) и страховщика при условии отсутствия обращений заменяемого лица за медицинской помощью в медицинские организации, к индивидуальным предпринимателям по действующему договору страхования (страховому полису), на условиях страхования, указанных в данном договоре страхования (страховом полисе).

По решению страховщика возможна замена застрахованного лица в том числе при наличии страховых выплат в отношении заменяемого застрахованного лица. В таком случае договор страхования продолжает действовать в отношении нового застрахованного лица в пределах остатка страховой суммы и остатка медицинских услуг в рамках их перечня, предусмотренного программой страхования, о чем новое застрахованное лицо должно быть письменно уведомлено страхователем;

34.6. требовать предоставления застрахованному лицу медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, в соответствии с выбранной программой страхования;

34.7. требовать от страховщика выполнения иных условий договора страхования;

34.8. по согласованию со страховщиком уплачивать страховой взнос единовременно при заключении договора страхования либо в рассрочку.

35. Застрахованное лицо имеет право:

35.1. получать информацию об условиях страхования медицинских расходов, программах страхования, порядке предоставления медицинской помощи;

35.2. получить копию именной карточки в случае ее утери;

35.3. при наступлении страхового случая требовать выполнения страховщиком своих обязательств в соответствии с условиями заключенного договора страхования;

35.4. получать медицинскую помощь в соответствии с условиями договора страхования и выбранной программы страхования;

35.5. сообщать страховщику о случаях непредоставления медицинской помощи, неполного или некачественного предоставления такой помощи;

35.6. предъявлять претензии при нарушении страховщиком, медицинской организацией, индивидуальным предпринимателем условий страхования медицинских расходов;

35.7. оплатить самостоятельно по согласованию со страховщиком

медицинские услуги, предусмотренные выбранной программой страхования.

36. Страховщик имеет право:

36.1. проверять сообщенную страхователем (застрахованным лицом) при заключении договора страхования информацию, а также исполнение страхователем (застрахованным лицом) условий договора страхования;

36.2. получать информацию и документы, касающиеся застрахованных лиц, от правоохранительных, судебных органов, медицинских организаций, индивидуальных предпринимателей и третьих лиц (медицинских работников), которые вправе предоставить страховщику требуемую информацию (за исключением информации, не подлежащей разглашению этими лицами в соответствии с законодательством);

36.3. потребовать признания договора страхования недействительным, если при его заключении страхователь сообщил заведомо ложные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, за исключением случаев, если обстоятельства, о которых страхователь умолчал при заключении договора страхования, уже отпали;

36.4. определять медицинские организации, индивидуальных предпринимателей для оказания медицинской помощи застрахованным лицам в соответствии с программами страхования, предусмотренными договором страхования;

36.5. осуществлять медико-экономический контроль обоснованности назначенных застрахованному лицу исследований и видов лечения, медицинских препаратов в соответствии с действующими Клиническими протоколами диагностики и лечения заболеваний, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь, и принимать решения об объеме медицинских услуг, предоставляемых по договору страхования согласно выбранной программе страхования;

36.6. отсрочить составление акта о страховом случае, когда ему не представлены все необходимые документы в полном объеме и оформленные надлежащим образом – до их представления, а также если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов лицом, представившим такой документ (по требованию страховщика, предъявленному в течение 10 рабочих дней со дня получения такого документа), либо самим страховщиком (на основании запроса страховщика, направленного в орган, его выдавший, в течение 10 рабочих дней со дня получения такого документа);

36.7. оспорить размер требований выгодоприобретателя в

установленном законодательством порядке, привлекать независимых экспертов для определения обстоятельств, характера страхового случая и размера страховой выплаты;

36.8. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных пунктами 49, 55 и 59 настоящих Правил.

37. Страхователь обязан:

37.1. при заключении договора страхования сообщить страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера убытка от его наступления, а также обо всех аналогичных заключенных договорах страхования;

37.2. своевременно уплачивать страховой взнос в размере и порядке, установленном договором страхования;

37.3. в период действия договора страхования незамедлительно сообщить страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

37.4. ознакомить застрахованное лицо с условиями договора страхования и с действиями, которые необходимо предпринять при наступлении страхового случая;

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

38. Застрахованное лицо обязано:

38.1. ознакомиться с условиями настоящих Правил;

38.2. при заключении договора страхования заполнить анамнестическую анкету (Приложение 4 к настоящим Правилам) в соответствии с пунктом 24 настоящих Правил;

38.3. по требованию страховщика представить медицинскую справку (медицинское заключение) о состоянии здоровья из медицинской организации, от индивидуального предпринимателя, у которых данное лицо наблюдается либо наблюдалось, консультативное заключение, рекомендации лечащего врача, направление на обследование и лечение;

38.4. в случае расстройства здоровья в установленные сроки (пункт 48 настоящих Правил) обратиться к страховщику по телефонам, указанным в договоре страхования (страховом полисе) или именной карточке, либо любым другим доступным способом и сообщить о себе все запрашиваемые страховщиком сведения для установления факта страхового случая и определения, какого рода медицинская помощь необходима;

38.5. заботиться о сохранности именной карточки и не передавать ее другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;

38.6. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать порядок, установленный медицинской организацией, индивидуальным предпринимателем;

38.7. соблюдать правила внутреннего распорядка медицинской организации, индивидуального предпринимателя, у которых оказывается медицинская помощь застрахованному лицу;

38.8. выполнять инструкции и распоряжения страховщика, условия договора страхования;

38.9. надлежащим образом исполнять обязанности, определенные настоящими Правилами и договором страхования;

38.10. 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;

38.11. контролировать остатки предельных страховых сумм по дополнительным медицинским услугам, установленным договором страхования в отношении застрахованного лица, а также возместить страховщику оплаченные им расходы, превышающие размер предельных страховых сумм по дополнительным медицинским услугам, установленным договором страхования в отношении застрахованного лица.

39. Страховщик обязан:

39.1. ознакомить страхователя с условиями страхования;

39.2. вручить страхователю договор страхования (страховой полис), именную(ые) карточку(и) и настоящие Правила страхования, на условиях которых заключен договор страхования;

39.3. в установленные настоящими Правилами сроки (пункт 56 настоящих Правил) произвести выплату страхового обеспечения. В случае непризнания заявленного случая страховым или отказа в выплате страхового обеспечения в течение 10 рабочих дней с момента получения необходимых документов письменно сообщить об этом выгодоприобретателю;

39.4. обеспечить конфиденциальность сведений, сообщенных страхователем (застрахованным лицом);

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

39-1. Если иное не предусмотрено договором страхования, для целей бухгалтерского учета первичные учетные документы, подтверждающие факт оказания услуг по договору страхования, каждая из сторон договора страхования составляет единолично.

ПЕРЕХОД ПРАВ И ОБЯЗАННОСТЕЙ ПО ДОГОВОРУ

40. В случае реорганизации страхователя - юридического лица его права и обязанности по договору страхования переходят к его правопреемнику.

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

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.

ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

42. Договор страхования прекращается в случаях:

42.1. окончания срока действия договора страхования;

42.2. выполнения страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

42.3. смерти страхователя (кроме случая, предусмотренного пунктом 41 настоящих Правил), застрахованного лица – в отношении данного лица;

42.4. ликвидации либо реорганизации страхователя - юридического лица, за исключением случаев, когда в результате реорганизации права и обязанности страхователя - юридического лица по договору страхования переходят к его правопреемнику; прекращения в установленном порядке деятельности страхователя – индивидуального предпринимателя;

42.5. по соглашению страхователя и страховщика, оформленному в письменном виде;

42.6. неуплаты страхователем очередной части страхового взноса в установленные договором страхования сроки, а в случаях, указанных в подпунктах 29.2, 29.3 пункта 29 настоящих Правил, – неуплаты просроченной части страхового взноса и пени (подпункт 29.2 пункта 29 настоящих Правил) по истечении 30 календарных дней;

42.7. по инициативе страхователя в любое время действия договора страхования, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по причинам иным, чем наступление страхового случая;

42.8. исключения из списка застрахованных лиц страхователем, заключившим в пользу этих лиц договор страхования медицинских расходов, – в отношении исключаемых лиц;

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

43. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в подпунктах 42.3, 42.4, 42.5, 42.8 и 42.9 пункта 42 настоящих Правил, страховщик имеет право на часть страхового взноса пропорционально времени, в течение которого действовал договор страхования.

Если по договору страхования производились страховые выплаты, то в случае прекращения договора страхования по обстоятельствам, указанным в подпунктах 42.4, 42.5 и 42.9 пункта 42 настоящих Правил, страховой взнос не возвращается.

Для возврата страхового взноса (его части) в случаях, предусмотренных подпунктами 42.3 и 42.8 пункта 42 настоящих Правил, страхователь представляет письменное заявление с указанием причины прекращения договора страхования в отношении одного или нескольких застрахованных лиц. При этом, если данные застрахованные лица обращались за медицинской помощью либо приобретением лекарственных препаратов в медицинские организации, к индивидуальному предпринимателю по действующему договору страхования (страховому полису), страховой взнос возврату не подлежит. Если договором страхования предусмотрена рассрочка уплаты страхового взноса, то при наличии письменного заявления страхователя часть страхового взноса, подлежащая возврату, может быть зачтена при уплате последующей части страхового взноса.

44. В случае отказа страхователя от договора страхования (подпункт 42.7 пункта 42 настоящих Правил) уплаченный страховой взнос возврату не подлежит.

45. Договор страхования расторгается с момента, указанного в письменном заявлении страхователя о прекращении договора страхования, но не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем подачи заявления.

46. Возврат страхового взноса (его части) производится в валюте уплаты страхового взноса в течение 5 рабочих дней со дня поступления письменного уведомления страхователя о прекращении договора страхования. За несвоевременный возврат страхового взноса (его части) страховщик уплачивает страхователю пеню в размере 0,1 % юридическому лицу и индивидуальному предпринимателю и 0,5 % физическому лицу от суммы, подлежащей возврату, за каждый день просрочки.

При расчете срока, в течение которого действовал договор страхования до момента его расторжения, неполный месяц принимается за

полный.

СТРАХОВАНИЕ ОДНОГО И ТОГО ЖЕ ОБЪЕКТА У РАЗНЫХ СТРАХОВЩИКОВ

47. Страхователь имеет право заключить договор страхования одного и того же объекта с другими страховщиками при условии их уведомления о том, что объект уже застрахован.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ

48. В случае расстройства здоровья застрахованное лицо (его представитель) обязано до обращения в медицинскую организацию, к индивидуальному предпринимателю в устной форме уведомить о случившемся страховщика по телефонам, указанным в договоре страхования (страховом полисе) или в именной карточке, либо любым другим доступным способом, а также сообщить следующую информацию:

- фамилию и имя застрахованного лица;
- номер договора страхования (страхового полиса), период его действия, выбранную программу страхования;
- причину обращения в медицинскую организацию, к индивидуальному предпринимателю;
- какого рода помощь необходима;
- адрес и номер телефона, по которым с ним можно связаться;
- иную информацию, запрашиваемую страховщиком.

Если сообщить о наступлении страхового случая в указанный срок не представляется возможным, это необходимо сделать при первой возможности любым доступным способом с пояснением причины невыполнения данного требования.

49. Медицинская организация, индивидуальный предприниматель, с которыми страховщик заключил договор на оказание медицинской помощи застрахованным лицам, оказывает медицинскую помощь в соответствии с выбранной страхователем программой страхования, сопроводительным письмом страховщика, если иное не предусмотрено договором с медицинской организацией, индивидуальным предпринимателем, и прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным медицинской организацией, индивидуальным предпринимателем в установленном порядке. Стоимость оказанных медицинских услуг рассчитывается согласно прейскуранту цен, действующему на дату оказания таких услуг. Медицинскую помощь оказывают застрахованному лицу на основании договора страхования

(страхового полиса) и (или) именной карточки застрахованного лица и документов, удостоверяющих личность.

При несоблюдении медицинской организацией, индивидуальным предпринимателем условий, установленных в части первой настоящего пункта Правил, страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения.

50. На каждое застрахованное лицо оформляется в амбулаторно-поликлиническом учреждении, у индивидуального предпринимателя медицинская карта амбулаторного больного; в стационаре - история болезни; бригадой скорой медицинской помощи заполняется карта вызова скорой медицинской помощи. В них дополнительно указываются: номер договора страхования (страхового полиса), программа страхования.

51. После оказания медицинской помощи застрахованному лицу для составления акта о страховом случае выгодоприобретатель представляет страховщику счет, а также акт выполненных работ (оказанных медицинских услуг) либо сводный реестр на отпущенные лекарственные средства с приложением рецептов или копий рецептов на приобретение застрахованным лицом медицинских препаратов (по договорам страхования, предусматривающим предоставление дополнительных услуг «медикаментозное лечение» и (или) «медикаментозное лечение + стоматология»). В представленных документах указываются:

номер (серия) и срок действия договора страхования;

сведения о застрахованном лице, которому была оказана медицинская помощь (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения, идентификационный номер либо номер (при отсутствии идентификационного номера) документа, удостоверяющего личность);

диагноз, сроки оказания медицинской помощи;

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

При оказании медицинской помощи нескольким застрахованным лицам выгодоприобретатель может предоставить сводные платёжные документы, акты, счета.

По устному согласованию со страховщиком страхователь (застрахованное лицо, его законный представитель) может самостоятельно оплатить медицинские расходы.

Для решения вопроса о страховой выплате по расходам, оплаченным страхователем (застрахованным лицом либо его законным представителем) самостоятельно, страхователь (застрахованное лицо либо его законный представитель) должен в течение 30 рабочих дней после оплаты представить следующие документы:

заявление о страховом случае (Приложение 6 к настоящим Правилам);

документ (его копию), подтверждающий факт обращения за медицинской помощью и содержащий дату обращения, сроки оказания медицинских услуг, диагноз заболевания, перечень оказанных медицинских услуг;

оригинал документов, подтверждающих факт оплаты оказанных медицинских услуг;

рецепты или копии рецептов на приобретение медицинских препаратов (если приобретались лекарственные средства);

копию документа, удостоверяющего личность застрахованного лица.

Страховщик вправе сократить перечень предоставляемых документов, если обстоятельства страхового случая страховщику известны и не вызывают у него сомнений.

52. Страховщик имеет право запросить у выгодоприобретателя дополнительные документы, касающиеся оказания медицинской помощи застрахованному лицу:

- выписку из медицинской карты амбулаторного больного, карту вызова скорой медицинской помощи;
- выписку из истории болезни при оказании стационарной помощи;
- консультативные заключения, при наличии таких заключений.

53. Страховщик имеет право проверять обоснованность назначенных застрахованному лицу исследований и видов лечения в соответствии с действующими Клиническими протоколами диагностики и лечения заболеваний, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь, и принимать решения об объеме медицинских услуг, предоставляемых согласно выбранной программе страхования, а также их оплате.

54. В случае возникновения споров между страховщиком и выгодоприобретателем по вопросу, касающемуся оплаты медицинских расходов, и о размере 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, страховщик принимает на себя расходы по экспертизе.

55. Страховщик оплачивает медицинскую помощь, объем которой определен выбранной страхователем программой страхования, оказанную теми медицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями, обслуживание у которых предусмотрено договором страхования и с которыми страховщиком заключены договоры на

оказание медицинской помощи застрахованным лицам (данное условие распространяется в том числе и на возмещение медицинских расходов, оплаченных застрахованным лицом самостоятельно).

При несоблюдении условий, установленных в части первой настоящего пункта Правил, страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения.

56. На основании представленных документов, подтверждающих оказание застрахованному лицу медицинской помощи, страховщик принимает решение о признании или непризнании заявленного случая страховым или об отказе в выплате страхового обеспечения, за исключением случаев, предусмотренных в подпункте 36.6 пункта 36 настоящих Правил. Если произошедшее событие признается страховым случаем, страховщик в течение 10 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов составляет акт о страховом случае (Приложения 5, 11 к настоящим Правилам) и производит выплату страхового обеспечения путем перечисления страхового обеспечения в белорусских рублях на расчетный счет медицинской организации, индивидуального предпринимателя либо в случае, когда застрахованное лицо по устному согласованию со страховщиком самостоятельно оплатило медицинские расходы – застрахованному лицу (его законному представителю) в течение 5 рабочих дней со дня составления акта о страховом случае. Решение о непризнании заявленного случая страховым или об отказе в выплате страхового обеспечения сообщается выгодоприобретателю в письменной форме с мотивацией причины отказа.

В случае нарушения страховщиком сроков выплат страхового обеспечения, установленных частью первой настоящего пункта Правил, за каждый день просрочки им уплачивается выгодоприобретателю пеня в размере 0,1% юридическому лицу и 0,5% физическому лицу, индивидуальному предпринимателю от суммы, подлежащей выплате.

57. Общая сумма выплат страхового обеспечения по всем страховым случаям, произошедшим с застрахованным лицом в период действия договора страхования, не может превышать страховую сумму, установленную договором страхования для данного застрахованного лица. Расходы, понесенные сверх установленной страховой суммы, оплачиваются застрахованным лицом самостоятельно.

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

58.1. умысла страхователя, выгодоприобретателя или застрахованного лица;

58.2. воздействия ядерного взрыва, радиации и радиоактивного загрязнения, военных действий, гражданской войны, если международными договорами Республики Беларусь, актами

законодательства не предусмотрено иное;

58.3. в иных случаях, предусмотренных законодательством.

59. Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения, если страхователь или застрахованное лицо не исполнили возложенной на них обязанности в установленные сроки (пункт 48 настоящих Правил) уведомить страховщика о наступлении страхового случая, 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.

ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

60. Споры, вытекающие из отношений по страхованию, разрешаются в судебном порядке в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Приложение 1 к Правилам №23
добровольного страхования
медицинских расходов

**Базовые страховые тарифы при заключении договора добровольного
страхования медицинских расходов сроком на один год**

Программы страхования	Базовый годовой страховой тариф (в % от страховой суммы)
Стандартная программа «амбулаторно- поликлиническая помощь»	19,3
Стандартная программа «комплексная помощь»	22,5

**Порядок определения дополнительного страхового взноса по договору
страхования:**

$$Sv(\text{доп.}) = ((S2 - S1) \times T1 / 100 + S2 \times (T2 - T1) / 100) \times N/M,$$

где:

Sv(доп.) – дополнительный страховой взнос по договору страхования;

S2 – страховая сумма по договору страхования с учетом изменений;

S1 – первоначальная страховая сумма по договору страхования;

T2 – страховой тариф с учетом изменений;

T1 – страховой тариф на момент заключения договора страхования;

N – количество месяцев, оставшихся с даты внесения изменений в договор страхования до даты его окончания, при этом неполный месяц принимается за полный;

M – срок действия договора страхования (месяцев).

Приложение 2 к Правилам №23
добровольного страхования
медицинских расходов

ЗАЯВЛЕНИЕ
о заключении договора добровольного страхования медицинских
расходов

1. Страхователь:

Ф.И.О. _____

Пол: ☐ мужской ☐ женский

Дата рождения: «___» _____ г.

Место жительства (адрес регистрации) _____

Гражданство _____

Документ, удостоверяющий личность:

- вид _____

- серия _____ номер _____

- идентификационный номер _____

- дата выдачи «___» _____ г.

- наименование гос. органа, выдавшего документ _____

прошу заключить договор страхования в пользу:

☐ страхователя

☐ членов семьи (список прилагается)

☐ иных лиц (список прилагается)

2. Срок действия договора страхования _____
месяцев

с «___» _____ 20__ г.

по «___» _____ 20__ г.

3. Общая страховая сумма по договору страхования
_____ USD / EUR / RUR / BYN

4. Порядок уплаты страхового взноса:

☐ единовременно

☐ в два срока

☐ ежеквартально

☐ ежемесячно

☐ иной порядок _____

5. Программы страхования:

Программа страхования	Стандартная/индивидуальная	Кол-во человек	Страховая сумма на 1 человека	Валюта (USD/EUR/RUR/BYN)
амбулаторно-поликлиническая помощь				
комплексная помощь				

В дополнение к программам страхования «амбулаторно-поликлиническая помощь» или «комплексная помощь»:

Вид дополнительной услуги	Кол-во человек	Страховая сумма на 1 человека	Валюта (USD/EUR/RUR/BYN)
медикаментозное лечение			
стоматология			
медикаментозное лечение + стоматология			

6. Предыдущий договор страхования медицинских расходов: № _____ от «___» _____ 20__ г.
срок действия: с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

В течение предыдущего страхового года обращались за медицинской помощью _____
да/нет

7. Я предупрежден, что в случае предоставления мною заведомо ложной информации о состоянии моего здоровья либо о состоянии здоровья лица, в пользу которого мною заключается договор страхования, страховая компания вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных статьей 180 Гражданского кодекса Республики Беларусь.

8. Иные условия:

С Правилами добровольного страхования медицинских расходов ознакомлен и согласен. Полноту и достоверность изложенных в настоящем заявлении сведений подтверждаю. Правила добровольного

страхования получил.

На передачу информации, содержащейся в настоящем заявлении и других представленных документах, для целей дальнейшего перестрахования риска (в том числе за пределами Республики Беларусь), а также в организации, осуществляющие деятельность по обслуживанию застрахованных лиц, по заключаемому договору страхования согласен.

Страхователь _____
(подпись)

(фамилия и инициалы)

« ____ » _____ 20__ г.

Приложение 2-а
к заявлению о страховании

СПИСОК
лиц, подлежащих страхованию

(Ф.И.О. страхователя)

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество	Пол	Дата рождения	Паспортные данные (на латинице)				Граждан- ство	Род занятий, должность	Адрес лица, подлежащего страхованию	Форма собственности обслуживающих медицинских организаций	Программа страхования (станд./индив.), включенные доп. услуги	Страховая сумма с указанием валюты
						Идентифи- кационный номер	Номер	Дата выдачи	Кем выдан						

Страхователь _____

(подпись)

(фамилия и инициалы)

Приложение 3 к Правилам №23
добровольного страхования
медицинских расходов

ЗАЯВЛЕНИЕ
о заключении договора добровольного страхования медицинских
расходов

1. Страхователь _____
полное наименование, регистрационный номер
_____ в Едином государственном регистре, УНП (иной аналогичный номер),
_____ основной вид деятельности, включая код вида деятельности по ОКЭД,
_____ банковские реквизиты, адрес места нахождения, телефон (факс), контактное лицо

В случае, когда юридическое лицо – страхователь было создано путем реорганизации существовавшего ранее юридического лица, указать дополнительно следующие сведения до реорганизации: полное наименование, регистрационный номер в Едином государственном регистре, УНП, форма реорганизации, дата реорганизации.

В случае, когда страхователем выступает индивидуальный предприниматель, указать дополнительно следующие сведения: ФИО; дата рождения; место жительства (адрес регистрации); идентификационный номер; вид документа, удостоверяющего личность; серия; номер; дата выдачи; наименование государственного органа, выдавшего документ.

2. Договор страхования заключается в пользу

_____ (категория лиц, подлежащих страхованию, их численность)

3. Срок действия договора страхования _____
месяцев

с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

4. Общая страховая сумма по договору страхования _____
USD / EUR / RUR / BYN

5. Порядок уплаты страхового взноса:

- ☐ *единовременно*
☐ *в два срока*
☐ *ежеквартально*
☐ *ежемесячно*
☐ *иной порядок* _____

6. Программы страхования:

Программа страхования	Стандартная/индивидуальная	Кол-во человек	Страховая сумма на 1 человека	Валюта (USD/EUR/RUR/BYN)
амбулаторно-поликлиническая помощь				
комплексная помощь				

В дополнение к программам страхования «амбулаторно-поликлиническая помощь» или «комплексная помощь»:

Вид дополнительной услуги	Кол-во человек	Страховая сумма на 1 человека	Валюта (USD/EUR/RUR/BYN)
медикаментозное лечение			
стоматология			
медикаментозное лечение + стоматология			

7. Предыдущий договор страхования медицинских расходов: № _____ от «___» _____ 20__ г.
 срок действия с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

8. Иные условия:

9. Страхователь предупрежден, что в случае предоставления им заведомо ложной информации о состоянии здоровья лиц, в пользу которых им заключается договор страхования, страховая компания вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных статьей 180 Гражданского кодекса Республики Беларусь.

С Правилами добровольного страхования медицинских расходов ознакомлены и согласны. Полноту и достоверность изложенных в настоящем заявлении сведений подтверждаем. Правила добровольного страхования получены. К заявлению прилагаем список лиц, подлежащих страхованию, на ____ листах.

На передачу информации, содержащейся в настоящем заявлении и других представленных документах, для целей дальнейшего перестрахования риска (в том числе за пределами Республики Беларусь), а также в организации, осуществляющие деятельность по обслуживанию застрахованных лиц, по заключаемому договору страхования согласны.

Должность

подпись

Ф.И.О. страхователя

Приложение 3-а
к заявлению о страховании

СПИСОК
лиц, подлежащих страхованию

(наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество	Пол	Дата рождения	Паспортные данные (на латинице)				Граждан- ство	Род занятий, должность	Адрес лица, подлежащего страхованию	Форма собственности обслуживающих медицинских организаций	Программа страхования (станд./индив.), включенные доп. услуги	Страховая сумма с указанием валюты
						Идентифи- кационный номер	Номер	Дата выдачи	Кем выдан						

Руководитель _____
(подпись)

_____ (фамилия и инициалы)

Приложение 4 к Правилам №23
добровольного страхования
медицинских расходов

АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ АНКЕТА

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Пол: ☐ мужской ☐ женский
3. Дата рождения _____
4. Место жительства _____
5. Контактный телефон _____
6. Образование _____
7. Специальность _____
8. Место работы _____
9. Должность _____
10. Семейное положение _____
11. Служба в армии _____
12. Рост _____
13. Вес _____
(указать, изменился ли за последний год более чем на 5 кг)
14. Вредные привычки: курение _____
(с какого возраста, сколько сигарет в день)
употребление алкоголя _____
(с какого возраста, как часто, в каком количестве)
15. Профессиональные вредности: _____

(указать какие, период и длительность воздействия, последствия)
16. Находились ли Вы на территории, подвергшейся радиоактивному
загрязнению _____
(указать район, период пребывания)
17. Наследственность _____

(указать, какими заболеваниями страдают либо страдали родители)
18. Перенесенные заболевания:
18.1. Инфекционные заболевания _____

(указать какие, в каком возрасте, были ли осложнения)
- 18.2. Простудные заболевания _____

(указать какие и как часто ими болеете: раз в год; чаще одного раза в год)

18.3. Оперативные вмешательства _____

(по какому заболеванию, в каком году, были ли осложнения)

18.4. Хронические заболевания _____

(указать какие, длительность, частота обострений)

18.5. Аллергические заболевания и реакции _____

(указать аллерген, в том числе медикаменты, вид реакции)

18.6. Венерические заболевания _____

(указать какие, в каком году, где лечились)

18.7. Травмы (в том числе черепно-мозговые) _____

(указать какие, в каком году, где лечились)

18.8. Неврозы _____

(употребление психотропных либо наркотических препаратов, какие, как часто)

18.9. Онкологические заболевания _____

(указать какие, с какого года, где лечились)

19. Часто ли Вы посещаете участкового врача? _____

20. Берете ли Вы больничный лист? _____

(как часто, продолжительность лечения)

21. Обследовались ли Вы стационарно за последние 5 лет? _____

(если да, то укажите где, сколько раз, по поводу чего)

22. Часто ли Вы пользуетесь услугами скорой помощи? _____

23. Состоите ли Вы на диспансерном учете? _____

(где, с какого времени, по какому заболеванию)

24. Имеете ли Вы группу инвалидности? _____

(какую, с какого года, по какому заболеванию)

(если имели в прошлом, то укажите, когда снята)

25. Имелись ли или имеются у Вас расстройства со стороны (нужное отметить): _____

25.1. *Нервной системы и органов чувств:*

расстройства слуха, зрения и речи

потеря или обострение кожной чувствительности

слабость в конечностях

эпизоды потери сознания, судорог

25.2. *Органов дыхания:*

кашель

одышка

приступы удушья

изменения при рентгенологическом (флюорографическом) исследовании

25.3. *Сердечно-сосудистой системы:*

повышение артериального давления

понижение артериального давления

боли, чувство дискомфорта в грудной клетке

сердцебиение (учащение или урежение, перебои)

изменения на электрокардиограмме

изменения на эхокардиограмме

25.4. *Органов пищеварения:*

изжога

отрыжка

тошнота

рвота

боли (в какой области)

понос (запор)

--

25.5. Органов мочеполовой системы:

рези при мочеиспускании

боли при мочеиспускании

затруднения при мочеиспускании

учащенное мочеиспускание

изменения в анализах мочи

изменения при ультразвуковом обследовании почек и органов
малого таза

гинекологические кровотечения

25.6. Опорно-двигательного аппарата:

боли в суставах конечностей

ограничение движений в конечностях

припухлость, изменение конфигурации суставов

боли в позвоночнике и конечностях

ограничение движений в позвоночнике

изменение конфигурации позвоночника

Я заверяю, что все вышеуказанные представленные мною данные являются точными и верными.

Я предупрежден, что в случае предоставления мною заведомо ложной информации о состоянии своего здоровья либо о состоянии здоровья лица, в пользу которого мною заключается договор страхования, страховая компания вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных статьей 180 Гражданского кодекса Республики Беларусь.

Разрешаю страховщику запрашивать и получать информацию о состоянии моего здоровья из медицинских организаций, от индивидуальных предпринимателей, у которых я обслуживался (или буду обслуживаться).

« ____ » _____ 20__ г.

подпись лица, подлежащего страхованию

Заполняется страховщиком

На основании анамнестической анкеты лица, в пользу которого заключается договор страхования, его можно отнести к _____ группе здоровья.

«_____» _____ 20__ г.

подпись специалиста (врача-эксперта)

Приложение 6 к Правилам №23
добровольного страхования
медицинских расходов

В Белорусское республиканское
унитарное предприятие экспортно-
импортного страхования
«Белэксимгарант»

от _____

прож. _____

тел. _____

страховой полис серия ____ № _____

срок страхования _____

**Заявление
о страховом случае**

Прошу возместить понесенные мною медицинские расходы.
Застрахованное лицо _____

(ФИО)

Дата рождения _____ Идентификационный номер _____

Номер документа, удостоверяющего личность _____

Дата обращения _____

Наименование _____ медицинской _____ организации, _____ индивидуального
предпринимателя _____

Причина обращения (диагноз) _____

Мне были оказаны следующие медицинские услуги:

Самостоятельная оплата медицинских расходов согласована со
страховщиком (да/нет) _____

Мною были оплачены медицинские услуги на сумму _____

Прошу возместить понесенные мною медицинские расходы:

☐ наличными денежными средствами

☐ в безналичном порядке _____

(номер карт-счета, наименование банка)

Оплаченные счета и медицинские документы прилагаются на _____ листах.

Перечень документов: _____

« ____ » _____ 20 ____ года

(подпись)

Приложение 7 к Правилам №23
добровольного страхования
медицинских расходов

**Стандартная программа страхования
«амбулаторно-поликлиническая помощь»**

По договору страхования, заключенному на условиях стандартной программы страхования «амбулаторно-поликлиническая помощь», страховщик при наступлении страхового случая оплачивает следующие медицинские услуги:

1. приемы, консультации врачей-специалистов;
2. общие манипуляции и процедуры;
3. манипуляции хирургические, травматологические, ортопедические;
4. манипуляции проктологические;
5. манипуляции урологические;
6. манипуляции отоларингологические;
7. манипуляции офтальмологические;
8. манипуляции гинекологические;
9. манипуляции аллергологические;
10. манипуляции гематологические;
11. манипуляции пульмонологические;
12. манипуляции дерматовенерологические;
13. эндоскопические манипуляции;
14. общеклинические лабораторные исследования;
15. биохимические лабораторные исследования;
16. определение онкомаркеров;
17. диагностика инфекций, передающихся преимущественно половым путем, методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) или иммуноферментного анализа (ИФА) (качественным методом);
18. микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования;
19. аллергологические исследования;
20. иммунологические лабораторные исследования;
21. гистологические исследования;
22. цитологические исследования;
23. гормональные исследования;
24. рентгенологические исследования;
25. компьютерная томография, магнитно-резонансная томография;
26. ультразвуковые диагностические исследования;

27. функциональная диагностика;
28. радиоизотопные диагностические исследования;
29. анестезиологические манипуляции;
30. малые оперативные вмешательства, в том числе первичная хирургическая обработка ран, наложение швов, удаление инородных тел из мягких тканей, вскрытие поверхностных абсцессов, операции по поводу вросшего ногтя, удаление доброкачественных новообразований кожи и подкожной клетчатки; лигирование и тромбэктомия геморроидальных вен; операции по поводу фимоза; конизация, эксцизия, коагуляция, взятие биопсии шейки матки; послеоперационное наблюдение и обследование;
31. лечение в дневном стационаре (за исключением медикаментозного обеспечения);
32. профилактические осмотры с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий (в т.ч. согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 74 от 29.07.2019 г.);
33. вызов врача на дом, лабораторное обследование и электрокардиография (ЭКГ) на дому;
34. выдача и оформление листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности;
35. стоматологические услуги, связанные со снятием острой зубной боли: первичный осмотр и консультация стоматолога, терапевтическое и хирургическое лечение при острых пульпите, периодонтите, периостите, перикоронарите, остеомиелите (кроме пломбировки каналов, постановки постоянных пломб, снятия зубных отложений, покрытия зубной эмали фтор-лаком); прицельный рентгенологический снимок; удаление зуба; анестезиологические манипуляции. Стоматологические услуги, связанные со снятием острой зубной боли, оказываются медицинской организацией или индивидуальным предпринимателем в день обращения застрахованного лица к страховщику; в случае отсутствия синдрома острой зубной боли оплачиваются первичная консультация стоматолога и при необходимости прицельный рентгеновский снимок;
36. вакцинация: экстренная профилактическая вакцинация противостолбнячным анатоксином по медицинским показаниям, профилактическая вакцинация против гриппа по эпидемиологическим показаниям;
37. реабилитационно-восстановительное лечение:
 - 37.1. электро-, свето- и теплолечение, микроволновая терапия и др.;
 - 37.2. грязелечение;

- 37.3. массаж ручной классический, аппаратный массаж, подводный душ-массаж, массаж предстательной железы;
- 37.4. лечебная физкультура (ЛФК) в группах;
- 37.5. гипербарическая оксигенация, лимфокомпрессионная физиотерапия;
- 37.6. классическая иглорефлексотерапия;
- 37.7. бальнеолечение;
- 37.8. мануальная терапия.

В рамках манипуляций, входящих в программу страхования, оплачиваются применяемые для их проведения лекарственные средства, изделия медицинского назначения и индивидуального ухода.

Примечание: если в период действия договора страхования сумма страховых выплат превысила сумму страхового взноса по договору страхования, отдельные медицинские манипуляции могут быть дополнительно ограничены в рамках действующей программы страхования по соглашению между страховщиком и страхователем.

Стандартная программа страхования «комплексная помощь»

По договору страхования, заключенному на условиях стандартной программы страхования «комплексная помощь», страховщик при наступлении страхового случая оплачивает следующие медицинские услуги:

1. приемы, консультации врачей-специалистов;
2. общие манипуляции и процедуры;
3. манипуляции хирургические, травматологические, ортопедические;
4. манипуляции проктологические;
5. манипуляции урологические;
6. манипуляции отоларингологические;
7. манипуляции офтальмологические;
8. манипуляции гинекологические;
9. манипуляции аллергологические;
10. манипуляции гематологические;
11. манипуляции пульмонологические;
12. манипуляции дерматовенерологические;
13. эндоскопические манипуляции;
14. общеклинические лабораторные исследования;
15. биохимические лабораторные исследования;
16. определение онкомаркеров;

17. диагностика инфекций, передающихся преимущественно половым путем, методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) или иммуноферментного анализа (ИФА) (качественным методом);

18. микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования;

19. аллергологические исследования;

20. иммунологические лабораторные исследования;

21. гистологические исследования;

22. цитологические исследования;

23. гормональные исследования;

24. рентгенологические исследования;

25. компьютерная томография, магнитно-резонансная томография;

26. ультразвуковые диагностические исследования;

27. функциональная диагностика;

28. радиоизотопные диагностические исследования;

29. анестезиологические манипуляции;

30. малые оперативные вмешательства, в том числе первичная хирургическая обработка ран, наложение швов, удаление инородных тел из мягких тканей, вскрытие поверхностных абсцессов, операции по поводу вросшего ногтя, удаление доброкачественных новообразований кожи и подкожной клетчатки; лигирование и тромбэктомия геморроидальных вен; операции по поводу фимоза; конизация, эксцизия, коагуляция, взятие биопсии шейки матки; послеоперационное наблюдение и обследование;

31. лечение в дневном стационаре (за исключением медикаментозного обеспечения);

32. профилактические осмотры с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий (в т.ч. согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 74 от 29.07.2019 г.);

33. вызов врача на дом, лабораторное обследование и электрокардиография (ЭКГ) на дому;

34. выдача и оформление листов нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности;

35. стоматологические услуги, связанные со снятием острой зубной боли: первичный осмотр и консультация стоматолога, терапевтическое и хирургическое лечение при острых пульпите, периодонтите, периостите, перикоронарите, остеомиелите (кроме пломбировки каналов, постановки постоянных пломб, снятия зубных отложений, покрытия зубной эмали фтор-лаком); прицельный рентгенологический снимок; удаление зуба; анестезиологические манипуляции. Стоматологические услуги, связанные со снятием острой

зубной боли, оказываются медицинской организацией или индивидуальным предпринимателем в день обращения застрахованного лица к страховщику; в случае отсутствия синдрома острой зубной боли оплачиваются первичная консультация стоматолога и при необходимости прицельный рентгеновский снимок;

36. вакцинация: экстренная профилактическая вакцинация противостолбнячным анатоксином по медицинским показаниям, профилактическая вакцинация против гриппа по эпидемиологическим показаниям;

37. реабилитационно-восстановительное лечение:

37.1. электро-, свето- и теплолечение, микроволновая терапия и др.;

37.2. грязелечение;

37.3. массаж ручной классический, аппаратный массаж, подводный душ-массаж, массаж предстательной железы;

37.4. лечебная физкультура (ЛФК) в группах;

37.5. гипербарическая оксигенация, лимфокомпрессионная физиотерапия;

37.6. классическая иглорефлексотерапия;

37.7. бальнеолечение;

37.8. мануальная терапия.

38. экстренная госпитализация по направлению врача, выданному на консультации, предварительно согласованной со страховщиком (при несоблюдении данного условия оплачивается только улучшение условий пребывания);

39. плановая госпитализация по направлению врача, выданному на консультации, предварительно согласованной со страховщиком (при несоблюдении данного условия оплачивается только улучшение условий пребывания);

40. оперативные вмешательства;

41. пребывание в маломестной палате (преимущественно в 2-х, 3-х местных, при наличии их в отделении), диетическое питание по назначению врача, лекарственное обеспечение в стационаре по назначению врача (за исключением дневного стационара).

В рамках манипуляций, входящих в программу страхования, оплачиваются применяемые для их проведения лекарственные средства, изделия медицинского назначения и индивидуального ухода.

Примечание: если в период действия договора страхования сумма страховых выплат превысила сумму страхового взноса по договору страхования, отдельные медицинские манипуляции могут быть дополнительно ограничены в рамках действующей программы страхования по соглашению между страховщиком и страхователем.

Приложение 8 к Правилам №23
добровольного страхования
медицинских расходов

Унифицированная программа
добровольного страхования медицинских расходов

Страховой взнос – 300 долларов США в год;
Страховая сумма – 5 000 долларов США.

Оплата страхового взноса производится единовременно при заключении договора страхования.

Страховой взнос может уплачиваться страхователем как в иностранной валюте в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь, так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к доллару США, установленному Национальным банком Республики Беларусь на дату уплаты страхового взноса.

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

Территория действия договора страхования – Республика Беларусь.

Срок действия договора страхования – один год.

Страхователь – физическое лицо (гражданин Республики Беларусь, а также лицо, имеющее вид на жительство в Республике Беларусь).

Застрахованное лицо - физическое лицо (гражданин Республики Беларусь, а также лицо, имеющее вид на жительство в Республике Беларусь).

Объем медицинских услуг, предоставляемых застрахованному лицу в рамках унифицированной программы добровольного страхования медицинских расходов

(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):

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

Исключение составляют:

- выезд медицинских работников на дом к застрахованному лицу;
- оформление и выдача листка нетрудоспособности;
- профилактические медицинские осмотры с выдачей справок о состоянии здоровья, проводимые с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещения бассейна, санаторно-курортной карты и т.п.;
- прием, наблюдение и лечение у стоматолога, психотерапевта, психиатра, нарколога, врачей нетрадиционной медицины;

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

- функциональная диагностика (электрокардиография (ЭКГ), реовазография (РВГ), реоэнцефалография (РЭГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), исследование функции внешнего дыхания);

- ультразвуковые исследования, но не более 3-х исследований в совокупности на каждое застрахованное лицо в период действия договора страхования;

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

- диагностическая биопсия;
- рентгенологические исследования.

Исключение составляют:

- высокоточные методы исследования (магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография);
- радиоизотопные исследования;
- маммография;
- снимки в 3D и 4D форматах;

• малые оперативные и диагностические вмешательства в амбулаторно-поликлинических условиях:

- диагностическая биопсия органов, тканей, лимфатических узлов;
- пункции (стернальные пункции, пункции суставов с эвакуацией содержимого и введением лекарственных препаратов, брюшной полости, люмбальные, пункции под контролем ультразвукового исследования (УЗИ));
- блокады;
- обработка ран или инфицированных тканей в случаях травматических и термических повреждений, включая ожоги и обморожения;
- наложение и снятие швов;
- оперативное лечение гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, панариций, нагноившаяся атерома, нагноившаяся гематома, гидрадениты);
- резекция ногтевой пластинки, удаление вросших ногтей.

Исключение составляют:

- оториноларингологические операции: септопластика, удаление полипов носа лазером, лазерная коагуляция небных миндалин, радиоволновая (лазерная) деструкция носовых раковин, вазотомия;
- проктологические операции: лазерная коагуляция геморроя и питающих узлы артерий, легирование геморроидальных узлов и питающих узлы артерий;
- флебологические операции: эндовенозная лазерная коагуляция варикозных вен, склеротерапия варикозных вен;
- урологические операции по поводу: сужения наружного отверстия уретры и полипов уретры, фимоза, парауретральных кист, гидроцеле, варикоцеле;
- офтальмокоррекция с помощью лазерных аппаратов и оперативного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях;
- хирургическое удаление любых новообразований кожи и подкожной клетчатки;
- лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, введение и удаление внутриматочных спиралей (ВМС), лечение и диагностика бесплодия, импотенции, прерывание беременности.

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

Исключение составляют:

- лечебные души всех видов, лечебные ванны, бассейн, баня/сауна, грязелечение, ручной и механический массаж, рефлексотерапия и иглорефлексотерапия (ИРТ), мануальная терапия;
- услуги лаборатории сна;
- лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.

Страховая выплата осуществляется только медицинской организации. Застрахованному лицу не возмещаются расходы по оказанию медицинской помощи, предоставленной в соответствии с унифицированной программой добровольного страхования медицинских расходов, и оплаченной им самостоятельно медицинской организации.

По настоящей унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов хронические заболевания и обострения хронических заболеваний не являются страховым случаем.

Приложение 9 к Правилам №23
добровольного страхования
медицинских расходов

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о заключении договора добровольного страхования медицинских
расходов на условиях унифицированной программы добровольного
страхования медицинских расходов**

1. Страхователь

Ф.И.О. _____

Пол: ☐ мужской ☐ женский

Дата рождения: «___» _____ г.

Место жительства (адрес регистрации) _____

Гражданство _____

Документ, удостоверяющий личность:

- вид _____
- серия _____ номер _____
- идентификационный номер _____
- дата выдачи «___» _____ г.
- наименование гос. органа, выдавшего документ _____

прошу заключить договор добровольного страхования в пользу:

☐ страхователя

☐ иных лиц (список прилагается)

2. Срок действия договора добровольного страхования 1 год:

с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

Я предупрежден, что в случае предоставления мною заведомо ложной информации о состоянии моего здоровья либо о состоянии здоровья лица, в пользу которого мною заключается договор страхования, страховая компания вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных статьями 180 Гражданского кодекса Республики Беларусь.

С Правилами добровольного страхования медицинских расходов ознакомлен и согласен. Полноту и достоверность изложенных в настоящем заявлении сведений подтверждаю. Правила добровольного страхования получил.

На передачу информации, содержащейся в настоящем заявлении и других

представленных документах, для целей дальнейшего перестрахования риска (в том числе за пределами Республики Беларусь), а также в организации, осуществляющие деятельность по обслуживанию застрахованных лиц, по заключаемому договору страхования согласен.

Страхователь _____
(подпись)

(фамилия и инициалы)

« ____ » _____ 20__ г.

Приложение 10 к Правилам №23
добровольного страхования
медицинских расходов

Сведения о состоянии здоровья застрахованного лица

Фамилия, имя, отчество _____
Дата рождения _____
Паспорт _____ выдан _____
Серия № _____ кем, когда _____
Страна постоянного местожительства _____
Место работы, должность _____
Учебное заведение, курс _____
Адрес проживания (прописки) _____ тел. _____
Пол М ☐ Ж ☐ Возраст _____ лет
Поликлиника (медицинский центр), в котором Вы наблюдаетесь _____
1. Лекарственные препараты, принимаемые Вами регулярно _____
2. Оперативные вмешательства за последние 10 лет: ДА ☐ НЕТ ☐
Если «ДА», то операция по поводу _____
_____ в _____ году
3. Наличие следующих заболеваний, зарегистрированных ранее:

Гепатит	НЕТ ☐ ДА ☐ в _____ году;	СПИД	НЕТ ☐ ДА ☐
венерические заболевания	НЕТ ☐ ДА ☐ в _____ году;	ВИЧ-носитель	НЕТ ☐ ДА ☐
дизентерия	НЕТ ☐ ДА ☐ в _____ году;	ВИЧ-инфицированный	НЕТ ☐ ДА ☐
туберкулез	НЕТ ☐ ДА ☐ в _____ году;	Носитель вируса гепатита С, Д	НЕТ ☐ ДА ☐
черепно-мозговая травма	НЕТ ☐ ДА ☐ в _____ году;	Носитель австралийского	
переломы костей	НЕТ ☐ ДА ☐ в _____ году;	антигена	НЕТ ☐ ДА ☐
травмы внутренних органов	НЕТ ☐ ДА ☐ в _____ году;	Проф. заболевание	НЕТ ☐ ДА ☐

4. Страдаете ли Вы хроническими болезнями? ДА ☐ НЕТ ☐
Если «ДА», то каким _____
с _____ года, частота обострений в году: 1 раз ☐ 2 и более ☐
5. Состоите на диспансерном учете с _____ года, по поводу _____
последнее обострение в _____ году
6. Наличие группы инвалидности: ДА ☐ НЕТ ☐
Если «ДА», то какая (1, 2, 3) _____ по поводу _____
_____ с _____ года
пожизненно ☐, с ежегодным переосвидетельствованием ☐
Если группа инвалидности была ранее, то по поводу _____
_____ снята в _____ году
7. Заболевания за последние три года (отметить имеющееся):

простудные заболевания, ангины	НЕТ ☐ ДА ☐ _____ раз
пневмонии, бронхиты, плевриты, хронические бронхиты	НЕТ ☐ ДА ☐ _____ раз
бронхиальная астма	НЕТ ☐ ДА ☐ _____ раз
гипертоническая и гипотоническая болезнь	НЕТ ☐ ДА ☐ _____ раз
аллергические реакции (местная, общая)	НЕТ ☐ ДА ☐ _____ раз
язвенная болезнь, колиты	НЕТ ☐ ДА ☐ _____ раз

ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт, предынфарктное состояние) НЕТ ☐ ДА ☐
 острые и преходящие нарушения мозгового кровообращения (инсульт) НЕТ ☐ ДА ☐

гинекологические кровотечения НЕТ ☐ ДА ☐ ____ раз
 ревматизм, пороки сердца, недостаточность кровообращения НЕТ ☐ ДА ☐
 хроническая почечная и печеночная недостаточность НЕТ ☐ ДА ☐
 болезни крови, в т.ч. наследственные НЕТ ☐ ДА ☐
 болезни половой сферы НЕТ ☐ ДА ☐
 опухоли (доброкачественные и злокачественные) НЕТ ☐ ДА ☐
 эпизоды потери сознания, судорог НЕТ ☐ ДА ☐
 заболевания глаз, расстройство зрения НЕТ ☐ ДА ☐
 заболевания уха, горла, носа, расстройство слуха НЕТ ☐ ДА ☐
 сахарный диабет НЕТ ☐ ДА ☐

8. Наличие заболеваний, указанных в пункте 7 у родителей, братьев, сестер: ДА ☐ НЕТ ☐

Если «ДА», то какие _____

9. Наблюдаетесь в диспансерах:

психоневрологическом	НЕТ ☐ ДА ☐ с _____ года
наркологическом	НЕТ ☐ ДА ☐ с _____ года
кожно-венерологическом	НЕТ ☐ ДА ☐ с _____ года
противотуберкулезном	НЕТ ☐ ДА ☐ с _____ года
онкологическом	НЕТ ☐ ДА ☐ с _____ года
эндокринологическом	НЕТ ☐ ДА ☐ с _____ года
кардиологическом	НЕТ ☐ ДА ☐ с _____ года

10. Сколько раз в году Вы обращаетесь за медицинской помощью:

- А) по поводу острого заболевания:
 1 раз в год ☐, 2 раза и более в год ☐, 1 раз в месяц ☐
- Б) по поводу обострения хронического заболевания:
 1 раз в год ☐, 2 раза и более в год ☐, 1 раз в месяц ☐
- В) по поводу простудного заболевания:
 1 раз в год ☐, 2 раза и более в год ☐, 1 раз в месяц ☐

11. Имели ли вы временную утрату трудоспособности за прошедший год ____ раз, в т.ч. по поводу респираторной вирусной инфекции ____ раз, со сроком лечения ____ дней

12. Стационарное лечение за последние 5 лет ДА ☐ НЕТ ☐

Если «ДА», то в _____ году по поводу _____
 в медицинской организации _____

13. Курите ДА ☐ НЕТ ☐

Если «ДА», то в день до 20 сигарет ☐ свыше 20 сигарет ☐

14. Находились на территории, подвергшейся радиоактивному загрязнению: ДА ☐ НЕТ ☐

Если «ДА», то в _____ районе,
 период пребывания с _____ по _____

Я заверяю, что, насколько я знаю, все вышеуказанные представленные мною данные являются верными.

Я информирован и полностью согласен с тем, что в случае представления мной выше заведомо ложной информации о состоянии моего здоровья, страховщик имеет право признать договор страхования недействительным.

Разрешаю страховщику запрашивать и получать информацию о состоянии моего здоровья из медицинских организаций, от индивидуальных предпринимателей, у которых я обслуживался или обслуживаюсь.

Перед тем, как подписать этот документ, ещё раз убедитесь, что Вы внимательно прочитали вопросы и достоверно ответили на них.

Страхователь _____ « ____ » _____ 20__ г.
подпись

Представитель страховщика _____ (_____)
подпись *фамилия, инициалы*

« ____ » _____ 20__ г.