

Правила добровольного страхования медицинских расходов («Промтрансинвест»)

(согласованы Министерством финансов Республики Беларусь № 244 от 25.03.2004, изложены в новой редакции, согласованной Министерством финансов Республики Беларусь № 254 от 30.03.2012, с учетом изменений и дополнений № 194 от 24.03.2014, № 403 от 27.02.2015)

На условиях настоящих Правил добровольного страхования медицинских расходов (далее – Правил) и в соответствии с законодательством Республики Беларусь заключается с юридическими и дееспособными физическими лицами договоры добровольного страхования медицинских расходов (в дальнейшем – договоры страхования).

2. Субъекты страхования.

Субъектами добровольного страхования медицинских расходов выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, организации здравоохранения.

2.1. Страхователи – физические лица, обладающие дееспособностью, или юридические лица, зарегистрированные в установленном законом порядке и представляющие интересы физических лиц.

2.2. Страховщик – Закрытое акционерное страховое общество «Промтрансинвест».

2.3. Застрахованное лицо – физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования. Застрахованными лицами могут быть физические лица старше 1 (одного) года. Если Застрахованное лицо в договоре страхования не указано, то Застрахованным лицом является Страхователь.

2.4. Организации здравоохранения – юридическое лицо, основной целью деятельности которого является осуществление медицинской и (или) фармацевтической деятельности.

2.5. Страхованию не подлежат граждане, состоящие на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом и других диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом, больные онкологическими (злокачественными), аутоиммунными (системными) заболеваниями, а также инвалиды первой и второй групп, граждане, которые на момент заключения договора находятся на лечении в стационаре.

2.6. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного лица выявляются указанные заболевания, то договор страхования считается прекращенным в отношении данного лица с момента установления окончательного диагноза.

2.7. Иностранцы граждане и лица без гражданства, проживающие в Республике Беларусь, вправе заключать договор страхования в соответствии с настоящими Правилами с применением повышающего коэффициента, указанного в Приложении 1 к настоящим Правилам.

3. Объект страхования и страховой риск

3.1. Объектом добровольного страхования медицинских расходов являются не противоречащие законодательству имущественные интересы страхователя либо застрахованного лица, связанные с компенсацией расходов организации здравоохранения, вызванных его обращением в организацию здравоохранения за оказанием медицинской помощи, включенной в программу добровольного страхования вследствие внезапного расстройства здоровья или несчастного случая.

Внезапное расстройство здоровья – резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица.

Несчастный случай – внезапное, непредвиденное событие, происшедшее с Застрахованным лицом в период действия договора страхования, сопровождающееся травмами, ранениями, увечьями или иными повреждениями здоровья.

3.2. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование.

Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

4. Страховой случай

4.1. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.2. Страховым случаем является факт понесенных организацией здравоохранения расходов, вызванных обращением застрахованного лица в организацию здравоохранения за оказанием медицинской помощи, включенной в программу добровольного страхования (Программу страхования) вследствие внезапного расстройства здоровья или несчастного случая, наступившего в период действия договора страхования.

4.3. Программа страхования – неотъемлемая часть правил страхования, содержащая перечень медицинских мероприятий определенного объема, предоставление которого гарантировано Застрахованному лицу договором страхования при его обращении в организацию здравоохранения за медицинской помощью вследствие внезапного расстройства здоровья или несчастного случая (Приложения 6, 6а).

4.4. В соответствии с договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинскую помощь, оказанную Застрахованным лицам в организациях здравоохранения в соответствии с условиями договора страхования, в пределах обусловленной в нем страховой суммы. Страховщик гарантирует оплату медицинской помощи, предоставляемой организациями здравоохранения.

4.5. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в организацию здравоохранения:

4.5.1. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего при совершении Застрахованным лицом действий, в которых правоохранительными органами, судом установлены признаки умышленного преступления;

4.5.2. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

4.5.3. в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица (назначенным Страховщиком) как необходимые и разумные меры;

4.5.4. в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или при других обстоятельствах, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

4.5.5. по поводу лазерной или контактной коррекции зрения, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или при других обстоятельствах, определенных прямыми медицинскими показаниями, если договором страхования не предусмотрено иное;

4.5.6. по поводу следующих состояний:

- осложнения, явившегося следствием нарушения Застрахованным лицом курса лечения или лечебного режима;

- осложнения, явившегося следствием лечения или хирургического вмешательства по

поводу заболевания или травмы, не являющихся страховым случаем;

- заболевания, передающегося половым путем (кроме случаев, когда Программа страхования предусматривает лечение такого заболевания);

- ВИЧ-инфекции, СПИДа и их осложнений;

- хронических кожных заболеваний: псориаза, нейродермита, экземы, глубоких микозов и микозов ногтевых пластинок (если иное не предусмотрено договором страхования);

- хронической печеночной и почечной недостаточности, требующих проведения гемодиализа или других экстракорпоральных методов лечения;

- гепатита С, Д, цирроза печени, вирусной этиологии;

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

- острой и хронической лучевой болезни;

- профессионального заболевания;

- особо опасных инфекционных заболеваний;

- врожденных и наследственных заболеваний;

- следующих стоматологических услуг: восстановление (реставрация) зуба, замена старых пломб с косметической или профилактической целью, профилактическая стоматология, депофорез, снятие пигментного зубного налета, отбеливание зубов, и т.п.; хирургическое и аппаратное лечение пародонтита, терапевтическое лечение пародонтита (свыше 5-ти процедур при локальных формах), «сэндвич-методика»; зубопротезирование (в т.ч. микропротезирование), все манипуляции, связанные с подготовкой к ортопедическому лечению, анкерные и иные штифты;

- психических заболеваний, в том числе эпилепсии, и их осложнений, консультаций и психиатрических обследований;

- алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений;

- сахарного диабета инсулинозависимого (1-ого типа) и его осложнений;

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

- демиелинизирующих заболеваний нервной системы (рассеянного склероза, сирингомиелии и др.);

- системных заболеваний соединительной ткани, в том числе ревматоидного артрита, болезни Бехтерева;

- неспецифического язвенного колита, болезни Крона;

- заболевания, явившегося причиной установления группы инвалидности у

Застрахованного лица;

- косметических дефектов лица, тела, конечностей (в т.ч. папилломы, бородавки, невусы, остроконечные кондиломы, контагиозные моллюски, мозоли), если они возникли в период до начала действия договора страхования или вследствие заболеваний, перенесенных в период действия договора страхования и не являются страховыми случаями, кроме случаев их травматического повреждения;

- беременности, родов, если иное не оговорено Программой страхования;

- половых расстройств, бесплодия;

- лечение чесотки и педикулеза;

- консультации врачей следующих специальностей: андролог, гомеопат, фитотерапевт, психолог, логопед, услуги психотерапевта, гипноз.

4.6. По условиям Правил не организуется предоставление медицинских услуг и не оплачиваются медицинские расходы, связанные с:

- реабилитационно-восстановительным лечением в условиях санатория,

- искусственной инсеминацией, экстракорпоральным оплодотворением;

- стерилизацией мужчин или женщин, изменением пола;

- плановой хирургической операцией глаза, целью которой является коррекция близорукости, дальнозоркости и астигматизма;

- трансплантацией, эндопротезированием и имплантацией, в том числе зубопротезированием, если иное не предусмотрено Программой страхования;

- получением попечительского ухода в стационаре;

- самолечением, аутотренингом;

- обследованием и лечением нетрадиционными методами (в том числе гомеопатическим), кроме иглорефлексотерапия, мануальной терапии (по назначению врача, если стандартные методы лечения не дают результата (в случае, если Программа страхования предусматривает данные виды лечения));

- обследованием и лечением, которое является экспериментальным или исследовательским;

- получением Застрахованным лицом справок на ношение оружия, вождение автотранспорта и других справок, выдаваемых на основании приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь (если иное не предусмотрено договором страхования);

- медикаментозным обеспечением, если иное не оговорено Программой страхования;

- уходом за Застрахованным лицом членами его семьи;

- лечением членов семьи застрахованного лица,
- приобретением очков, контактных линз или слуховых аппаратов;
- приобретением и прокатом кондиционеров, увлажнителей воздуха, испарителей, тренажеров, спортивных снарядов или иного оборудования подобного рода;
- оплатой части медицинских расходов, превосходящих стоимость медицинских услуг, указанных в прейскуранте цен, утвержденном в установленном порядке организацией здравоохранения;
- лечением у медицинского работника, состоящего в родственных отношениях с Застрахованным лицом;
- абортом;
- с оказанием медицинских услуг или применением препаратов, не являющихся необходимыми с точки зрения медицины при постановке диагноза или лечении болезни, а также оказанием медицинских услуг не по медицинским показаниям, а по желанию Застрахованного;
- ортопедическое лечение плоскостопия, супинаторы, вкладыши для коррекции стопы, лечение деформированных ногтей стоп, кистей;
- все виды пластической хирургии, цель которой состоит в устранении косметических дефектов, улучшении внешнего вида;

- использование препаратов и средств контроля над рождаемостью;

- профилактические осмотры на поиск патологии без признаков заболевания (если это не предусмотрено Программой страхования);

- не оплачиваются расходы, связанные с заболеванием сердца, сосудов, нервной системы, органов зрения и чувств, опорно-двигательного аппарата, требующих реконструктивного оперативного лечения, в т.ч. аорто-коронарное шунтирование, баллонную ангиопластику, стентирование сосудов и т.п., имплантацию электрокардиостимулятора;

4.7. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного лица в организацию здравоохранения:

4.7.1. за получением медицинской помощи (услуг), не предусмотренной Программой страхования;

4.7.2. не предусмотренную договором страхования организацию здравоохранения;

4.7.3. если такое обращение Застрахованного лица в организацию здравоохранения вызвано заболеваниями, травмами, состояниями, возникшими в результате стихийных бедствий;

4.7.4. в других случаях, не предусмотренных Программой страхования и договором страхования.

4.8. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если обращение Застрахованного лица в организацию здравоохранения вызвано заболеваниями, травмами, состояниями, возникшими в результате:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.9. Не являются страховым случаем и не оплачиваются Страховщиком расходы, понесенные Страхователем (Застрахованным лицом) в связи с событиями, произошедшими после окончания срока действия договора страхования, за исключением расходов, наступивших в течение действия договора страхования и продолжающихся после срока его окончания до момента устранения угрозы жизни Застрахованного лица.

4.10. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, если страховой случай произошел вследствие умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица), повлекших наступление страхового случая, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь.

5. Территория действия договора страхования

5.1. Договор страхования действует на территории Республики Беларусь.

6. Страховая сумма, страховые взносы, форма и порядок их уплаты

6.1. Страховая сумма – сумма денежных средств, в пределах которой Страховщик обязан произвести организации здравоохранения выплату страхового обеспечения, при наступлении страхового случая в течение срока действия договора страхования.

Страховая сумма устанавливается в белорусских рублях или иностранной валюте по соглашению сторон.

При заключении договора страхования со Страхователем (юридическим лицом) страховая сумма устанавливается как отдельно на каждое Застрахованное лицо, так и на всех Застрахованных лиц.

В пределах страховой суммы, согласованной между Страхователем и Страховщиком на каждое Застрахованное лицо в договоре страхования устанавливаются страховые суммы по каждой Программе страхования (Приложение 6).

6.2. Страховой взнос рассчитывается в валюте страховой суммы исходя из предусмотренных Приложением 1 к Правилам базовых страховых тарифов и утвержденных Страховщиком корректировочных коэффициентов в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

6.3. В случае установления страховой суммы в иностранной валюте страховой взнос может быть уплачен в иностранной валюте, если законодательством Республики Беларусь не установлено иное, либо в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к валюте страховой суммы на день уплаты страхового взноса.

В случае установления страховой суммы в белорусских рублях страховой взнос может быть уплачен в белорусских рублях либо в иностранной валюте, если законодательством Республики Беларусь допускается уплата в иностранной валюте, по официальному курсу белорусского рубля, установленному Национальным банком Республики Беларусь по отношению к иностранной валюте уплаты страхового взноса на день уплаты страхового взноса.

6.4. Страховые взносы по договорам страхования уплачиваются:

- а) безналичным путем – на расчетный счет Страховщика (его представителя);
- б) наличным путем – в кассу Страховщика или его представителю.

6.5. При сроке действия договора страхования менее 1 года страховой взнос уплачивается Страхователем единовременно при заключении договора страхования.

Страховой взнос по договору страхования, заключенному на срок 1 год, уплачивается Страхователем единовременно при заключении договора страхования или по соглашению со Страховщиком в рассрочку (в два этапа, поквартально, ежемесячно).

При уплате страхового взноса в рассрочку первая ее часть в размере не менее $1/k$ годовой страховой премии уплачивается Страхователем при заключении договора страхования, а остальные части – через равные промежутки времени в течение срока действия договора страхования не позднее последнего дня оплаченного периода таким образом, чтобы оплата по договору с начала срока его действия составляла не менее $2/k$, $3/k$ и т.д. до уплаты годовой страховой премии в полном объеме, где k – количество этапов оплаты (не более двенадцати).

Днем уплаты страхового взноса считается:

а) при безналичной оплате – день поступления страхового взноса (первой его части) на расчетный счет Страховщика (его представителя);

б) при наличной оплате – день уплаты страхового взноса (первой его части) в кассу Страховщика или его представителю;

6.6. В случае неуплаты очередной части страхового взноса в установленные договором страхования сроки и размере Страховщик вправе:

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

6.6.2. предоставить Страхователю (постоянному клиенту) при наличии его письменных обязательств погасить имеющуюся задолженность возможность уплаты очередной части страхового взноса в течение 30 календарных дней после окончания оплаченного срока действия договора страхования. При наступлении у Застрахованного лица страхового случая в течение указанного 30-дневного срока Страховщик вправе, определяя размер подлежащего выплате страхового обеспечения, зачесть сумму страхового взноса.

Постоянным клиентом считается Страхователь, неоднократно заключавший договоры страхования на срок не менее одного года;

6.6.3 начислить пеню в размере 0,1% от неуплаченной в срок суммы страхового взноса за каждый день просрочки при продолжении договора страхования и при наличии письменных обязательств Страхователя погасить имеющуюся задолженность по просроченной сумме страхового взноса в течение 30 календарных дней со дня просрочки платежа. При неуплате просроченной суммы страхового взноса и пени в течение установленного срока договор страхования прекращает действовать с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем из 30 календарных дней, в течение которых Страхователь обязан произвести оплату просроченной суммы страхового взноса.

7. Порядок заключения договора страхования

7.1. Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя (Приложение 2, Приложение 3 к настоящим Правилам). Страхователь – юридическое лицо также при необходимости заполняет список лиц, подлежащих страхованию. До заключения договора страхования, лицо, впервые подлежащее страхованию, заполняет Медицинскую анкету о состоянии своего здоровья (Приложение 4 к настоящим Правилам), где в т.ч. указывает наличие или отсутствие хронической патологии, и, на основании данных анкеты по решению Страховщика, может быть направлено на медицинское освидетельствование за счет средств Страхователя. По согласованию со Страховщиком при заключении договора страхования юридическим лицом медицинские анкеты могут не предоставляться.

Правила являются неотъемлемой частью договора страхования.

Условия, содержащиеся в Правилах, в том числе не включенные в текст договора страхования или страхового полиса, обязательны для Страховщика и Страхователя или Выгодоприобретателя.

Договор страхования заключается на условиях правил страхования, принятых Страхователем на условиях договора присоединения.

После заключения договора страхования письменное заявление о страховании становится неотъемлемой частью договора.

При заключении договора страхования в соответствии с Унифицированной программой добровольного страхования медицинских расходов (Приложение 6а) требования иных пунктов Правил применяются к данному договору с учетом особенностей, предусмотренных условиями страхования, указанными в Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов (Приложение 6а).

7.2. При заключении договора страхования лицо, подлежащее страхованию, обязано сообщить Страховщику известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не могли быть известны Страховщику.

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования (страховом полисе) на основании письменного заявления Страхователя и медицинской анкеты (Приложение 2, Приложение 3, Приложение 4).

После получения письменного заявления и медицинской анкеты Страховщик принимает решение о заключении договора страхования.

Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо поставленные вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора страхования либо признания его недействительным на том основании, что существенные 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.

7.3. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора (п.7.2.), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты

дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска в соответствии с формулой:

$$P = (T2 - T1) \times N / 365 ,$$

где: P – дополнительный страховой взнос,

T1 – первоначальный страховой взнос, рассчитанный на годовой период,

T2 – страховой взнос, рассчитанный соразмерно увеличению степени риска, на годовой период,

N – количество дней, оставшихся до окончания действия договора страхования.

Страхователь вправе заменить Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика. Застрахованное лицо не может быть заменено другим лицом после того, как Застрахованное лицо выполнило какую-либо из обязанностей по договору страхования или предъявило Страховщику требование о выплате страхового обеспечения.

7.4. При заключении договора страхования Страхователю выдаются Правила (что удостоверяется записью в договоре страхования), и идентификационные карточки (на каждое Застрахованное лицо).

7.5. В случае утраты страхового полиса, если договор добровольного страхования медицинских расходов был заключен путем выдачи страховщиком страхователю страхового полиса, Страховщик в период его действия на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица) выдает дубликат полиса, после чего утраченный полис считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

7.6. В случае реорганизации Страхователя – юридического лица в период действия договора страхования права и обязанности по договору страхования переходят к его правопреемнику с согласия Страховщика.

Страховщик вправе требовать от Застрахованного лица выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным лицом требования о выплате страхового обеспечения. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованное лицо.

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

7.8. Застрахованное лицо не препятствует медицинским работникам сообщать Страховщику в случае необходимости сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица.

8. Срок действия договора страхования

8.1. Договор страхования заключается сроком от 15 дней до одного года включительно.

8.2. Договор страхования вступает в силу с момента уплаты страхового взноса или первой его части, если иное не предусмотрено договором страхования.

9. Прекращение договора страхования

9.1. Договор страхования прекращается в случае:

9.1.1. истечения срока действия договора страхования;

9.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

9.1.3. неуплаты Страхователем очередной части страховых взносов в установленные договором страхования сроки, а в случаях, указанных в подпунктах 6.6.2 и 6.6.3 пункта 6.6 Правил, – неуплаты просроченной части страхового взноса и пени по истечении 30 календарных дней;

9.1.4. ликвидации Страхователя – юридического лица, смерти Страхователя – физического лица, кроме случая, предусмотренного пунктом 9.2 Правил;

9.1.5. по инициативе Страховщика при обнаружении у Застрахованного лица в период действия договора страхования заболеваний, перечисленных в пункте 2.5 Правил, а также при получении Застрахованным лицом инвалидности 1 или 2 группы;

9.1.6. по соглашению между Страхователем и Страховщиком, оформленному в письменном виде;

9.1.7. 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. При этом уплаченный Страховщику страховой взнос возврату не подлежит.

9.2. В случае смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования в пользу иных Застрахованных лиц, его права и обязанности переходят к этим лицам.

9.3. При досрочном прекращении договора страхования в отношении застрахованного лица (лиц) в соответствии с подпунктами 9.1.5 и 9.1.6 пункта 9.1 настоящих Правил и при отсутствии страховых выплат по договору страхования Страховщик возвращает Страхователю часть страхового взноса пропорционально времени, оставшемуся с момента расторжения договора до момента окончания срока действия договора страхования, в течение 10 рабочих дней со дня расторжения договора. За несвоевременный возврат части страхового взноса по вине Страховщика Страхователю – физическому лицу выплачивается пеня в размере 0,5% за каждый день просрочки, а Страхователю – юридическому лицу – в размере 0,1% за каждый день просрочки от суммы, подлежащей возврату.

9.4. При досрочном прекращении договора страхования по инициативе Страхователя он обязан подать заявление о расторжении договора страхования за 15 календарных дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования.

9.5. При досрочном прекращении договора страхования неполный месяц действия договора страхования принимается за полный.

9.6. Ответственность Страховщика по договору страхования прекращается в 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования как дата прекращения договора страхования.

10. Действия сторон при несчастном случае или внезапном расстройстве здоровья у Застрахованного лица

10.1. При внезапном расстройстве здоровья Застрахованное лицо обязано предварительно обратиться к Страховщику для передачи сведений о случившемся. После чего Страховщик определяет организацию здравоохранения (дату, время) и предварительный объем медицинской помощи необходимый Застрахованному лицу.

10.2. Застрахованное лицо при обращении в организацию здравоохранения обязано предъявить страховой полис или идентификационную карточку, выданную Страховщиком, а также паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, если иное не предусмотрено Программой страхования.

10.3. Договор страхования может предусматривать возмещение расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным лицом) по оплате медицинских мероприятий, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями договора страхования, непосредственно Застрахованному лицу наличными деньгами или перечислением на его счет. При этом затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными на основании документов, перечисленных в пункте 10.4 Правил, подтверждающих необходимость понесенных затрат и факт оплаты.

10.4. Для осуществления выплаты в соответствии с пунктом 10.3 Правил Страхователь (Застрахованное лицо) должен предоставить Страховщику заявление с приложением оригинала оплаченного счета с указанием наименования организации здравоохранения, перечня оказанных услуг и их стоимости, квитанции или кассового чека, направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного или иного документа, подтверждающего факт оказания услуги.

10.5. Госпитализация осуществляется не менее чем за 14 календарных дней до окончания действия договора страхования. При госпитализации оплата услуг производится до конца срока действия договора страхования, далее – за счет

Страхователя (Застрахованного лица).

10.6. Страховщик не несет ответственности за объем и качество предоставляемых медицинских услуг, а также за отказ в оказании медицинской помощи Застрахованному лицу.

11. Права и обязанности сторон

11.1. Страхователь имеет право:

- требовать предоставления Застрахованному лицу в организациях здравоохранения медицинской помощи, определенной в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и Программой страхования;
- осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;
- отказаться от договора страхования в соответствии с настоящими Правилами;
- при утрате страхового полиса получить его дубликат.
- уплачивать страховой взнос по договору страхования в соответствии с настоящими Правилами одновременно либо по соглашению сторон в рассрочку;
- обратиться к Страховщику за проведением экспертизы качества оказанных Застрахованному лицу услуг.

11.2. Страхователь обязан:

- предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;
- уплачивать в установленные договором страхования сроки страховой взнос;
- при заключении договора страхования уведомить Страховщика о наличии договора страхования медицинских расходов с другой страховой организацией, если такой имеется.
- незамедлительно, до обращения в организацию здравоохранения, уведомить

Страховщика о наступлении события, которое может быть признано страховым случаем.

11.3. Застрахованное лицо имеет право:

- требовать предоставления медицинской помощи в соответствии с договором страхования в предусмотренных в нем организациях здравоохранения;
- сообщать Страховщику о случаях непредоставления медицинской помощи, неполного или некачественного предоставления таких услуг;
- при утрате идентификационной карточки получить ее дубликат;
- на предъявление претензий при нарушении Страховщиком, организацией здравоохранения условий страхования;
- обратиться к Страховщику за проведением экспертизы качества оказанных Застрахованному лицу услуг.

11.4. Застрахованное лицо обязано:

- соблюдать предписания врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный организацией здравоохранения;
- предоставить врачу Страховщика возможность обследования состояния своего здоровья;
- обеспечить сохранность страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;
- при утрате идентификационной карточки незамедлительно сообщить об этом Страховщику для получения дубликата;
- при изменении фамилии письменно уведомить Страховщика в течение трех рабочих дней;
- незамедлительно сообщить Страховщику о выявленных в период действия договора страхования заболеваниях и обстоятельствах, указанных в пункте 2.5 Правил.

11.5. Страховщик имеет право:

- выбирать организации здравоохранения для оказания медицинской помощи по договорам страхования и заключать с ними договоры на предоставление медицинских услуг;
- проверять полученную от Страхователя информацию, а также выполнение

Страхователем (Застрахованным лицом) требований настоящих Правил и договора страхования;

- проверять соответствие оказываемых Застрахованному лицу услуг оговоренных в Программе страхования объему, срокам предоставления услуг и выполнению других положений договора страхования, а также, при необходимости, проводить по своей инициативе или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного лица) за счет средств Страховщика экспертизу качества оказанных Застрахованному лицу услуг.

- до принятия на страхование потребовать иные результаты дополнительных обследований и документы, подтверждающие состояние здоровья по данным, содержащимся в анкете (за счет средств Страхователя);

- при конфликтных ситуациях, возникших в результате обращения за медицинской помощью, направлять врача Страховщика к Застрахованному лицу для обследования состояния его здоровья. Врач Страховщика имеет право давать рекомендации и назначения, направленные на ускорение выздоровления Застрахованного лица;

- получать от правоохранительных, судебных органов, организаций здравоохранения и других компетентных лиц документы, необходимые для решения вопросов о выплате страхового обеспечения (за исключением информации, не подлежащей разглашению этими лицами в соответствии с законодательством).

В случае получения Застрахованным лицом по настоящему договору страхования медицинских и (или) иных услуг в объеме, превышающем размер страховой суммы (лимита ответственности), или не предусмотренных Программой страхования, Застрахованное лицо самостоятельно на основании счета организации здравоохранения должно возместить Страховщику стоимость оказанных услуг, не оговоренных в Программе страхования.

11.6. Страховщик обязан:

- в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованному лицу услуг в соответствии с условиями договора страхования заключать договоры по оказанию медицинской помощи Застрахованным лицам с организациями здравоохранения.

- контролировать объем и качество медицинской помощи, оказываемой Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования и в рамках выбранной Программы страхования;

- защищать интересы Застрахованного лица;

- вручить Страхователю Правила;

- выдать Страхователю страховой полис, Застрахованному лицу – идентификационную карточку, а при их утрате – дубликаты;

- при наступлении страхового случая производить оплату медицинской помощи в

соответствии с договором страхования;

- обеспечивать конфиденциальность в отношении Застрахованного лица;
- обеспечить предоставление медицинских услуг Застрахованному лицу в другой организации здравоохранения при отсутствии возможности оказания медицинской помощи Застрахованному лицу в указанной в Программе страхования организации здравоохранения;
- надлежащим образом исполнять обязанности, определенные настоящими Правилами страхования и договором страхования.

12. Порядок страховой выплаты

12.1. Страховая выплата производится Страховщиком организации здравоохранения, с которой Страховщик заключил договор на предоставление медицинской помощи и которая в соответствии с законодательством предоставила Застрахованному лицу медицинскую помощь на основании акта выполненных работ, либо в соответствии с пунктом 10.3 настоящих Правил.

Взаимоотношения Страховщика с организацией здравоохранения определяются в соответствии с договором на оказание медицинской помощи (услуг).

Страховая выплата осуществляется в белорусских рублях либо по соглашению сторон в иностранной валюте, если законодательством Республики Беларусь допускается выплата в иностранной валюте.

12.2. На основании акта выполненных работ организация здравоохранения представляет Страховщику счет, в котором указываются номер и период действия договора страхования, полное имя Застрахованного лица, которому была оказана медицинская помощь, включая медикаментозное лечение, стоимость, общая сумма расходов, понесенных по всем оказанным Застрахованному лицу медицинским мероприятиям. Счет должен быть заверен печатью и подписью ответственного лица

организации здравоохранения.

Страховщик составляет акт о страховом случае в течение 5 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов. Страховая выплата производится страховщиком в течение 10 рабочих дней со дня составления акта о страховом случае.

12.3. Оплата стоимости услуг, оказанных организациями здравоохранения, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских услуг по ценам, согласованным со Страховщиком, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет организации здравоохранения.

Перечисление производится либо авансом, либо после получения от организаций здравоохранения счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному лицу в пределах Программы страхования, предусмотренной договором страхования.

12.4. Решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному лицу) не позднее 5 рабочих дней после получения всей необходимой документации, в письменной форме и с мотивацией причины отказа.

Отказ в страховой выплате может быть обжалован в судебном порядке.

12.5. Возмещение медицинских расходов Страховщиком осуществляется после проверки всех представленных документов.

12.6. После осуществления Страховщиком страховой выплаты договор страхования действует в размере разницы между страховой суммой, указанной в договоре страхования, и суммой страховой выплаты.

Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, произошедшим в период действия договора страхования, не может превышать установленной при заключении договора страхования страховой суммы.

13. Порядок разрешения споров

13.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров. При недостижении соглашения они разрешаются судом или хозяйственным судом в соответствии с их компетенцией, установленной законодательством Республики Беларусь, по месту нахождения Страховщика.

Пример правил по добровольному страхованию гражданской медицинской расходов.

У каждой страховой компании правила страхования могут отличаться.