

**ЗАКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО  
«Имклива Иншуранс»**

**ПРАВИЛА № 15  
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ**  
(с изменениями и дополнениями от 12.12.2017 № 867, действующими с  
27.12.2017)

## 1. Общие положения

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.7. Для целей настоящих Правил страхования применяются следующие термины:

**внезапное расстройство здоровья** – резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица;

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

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

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

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

**именная карточка** – изготовленная Страховщиком в бумажном исполнении или на пластике карточка с указанием фамилии, имени и отчества Застрахованного лица, номера договора страхования и сроков его действия с указанием наименований программ добровольного медицинского страхования, включённых в договор страхования. Именная карточка может выдаваться Страхователю (Застрахованному лицу) при заключении договора страхования. Именную карточку Страхователь (Застрахованное лицо) не вправе передавать третьим лицам.

## **2. Объект страхования**

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

## **3. Страховые случаи**

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

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

#### **4. Расходы, оплачиваемые Страховщиком**

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

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

#### **5. Расходы не возмещаемые Страховщиком**

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

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

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

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

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

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

5.1.5. злокачественных новообразований с момента установления диагноза;

5.1.6. системных заболеваний соединительной ткани;

5.1.7. хронической почечной недостаточности, требующей проведения гемодиализа;

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

5.1.9. наследственных заболеваний;

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

5.1.11. псориаза, нейродермита, экземы;

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

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

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

5.1.15. острых и хронических лучевых поражений;

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

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

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

5.1.19. удаление и постановка ВМС.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3.12. изменение веса или хирургическое лечение ожирения;

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

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

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

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

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

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

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

5.3.20 лечение нарушений речи;

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

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

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

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

5.3.25. пластические и косметические операции;

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

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

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

5.3.29. получение Застрахованным лицом медицинских услуг в организации здравоохранения, не включённой в договор страхования, либо без согласования со Страховщиком, если договором страхования предусмотрено такое согласование;

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

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

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

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

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

5.4.1. следующих лекарственных препаратов:

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

5.4.1.2. отсутствующих в готовой рецептурной форме;

5.4.1.3. для лечения ВИЧ-инфекции, СПИДа;

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

5.4.1.5. для лечения злокачественных новообразований, гемобластозов;

5.4.1.6. для лечения туберкулеза;

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

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

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

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

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

5.4.1.12. для проведения иммунопрофилактики и иммунотерапии;

5.4.1.13. для прерывания беременности;

5.4.2. а также следующих средств/препаратов:

5.4.2.1. биологически активных добавок (БАД), витаминов;

5.4.2.2. гомеопатических препаратов;

5.4.2.3. питательных смесей и препаратов для лечебного питания;

5.4.2.4. лечебной косметики;

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

5.4.2.6. средств личной гигиены;

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

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

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



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

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

5.6.3 обязательным медицинским осмотром с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий.

## **6. Страховая сумма.**

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

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

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

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

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

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

## **7. Страховой взнос и порядок его уплаты.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.6. По соглашению сторон может быть предусмотрено, что при неуплате очередной части страхового взноса в установленные договором страхования сроки, договор страхования продолжает действовать на прежних условиях при наличии письменных обязательств Страхователя погасить имеющуюся задолженность (просроченную сумму страхового взноса) не позднее 30 календарных дней со дня просрочки платежа. При неуплате просроченной части страхового взноса в течение указанного срока, договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем 30-дневного срока, в течение которого Страхователь обязан уплатить просроченную часть страхового взноса. При этом Страхователь не освобождается от уплаты неоплаченной части страхового взноса по договору страхования.

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

## **8. Порядок заключения договора страхования**

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

Договор страхования заключается в письменной форме путем выдачи Страховщиком Страхователю страхового полиса по форме, разработанной

Страховщиком, либо иным способом в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

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

8.3. Договор страхования (страховой полис) вручается Страхователю:

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

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

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

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

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

взноса рассчитывается Страховщиком согласно формуле, предусмотренной разделом вторым Приложения № 2 к настоящим Правилам.

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

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

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

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

### **9. Срок действия договора страхования**

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

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

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

### **10. Порядок оказания медицинской помощи, действия Сторон**

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

10.2. Страховщик организует и оплачивает медицинские услуги, входящие в программы добровольного медицинского страхования, указанные в договоре страхования. Если объем предоставляемых по указанной в договоре страхования программе добровольного страхования медицинских расходов не предусматривает услуги, рекомендованные лечащим врачом, Застрахованное

лицо по настоящей программе не имеет права на организацию и оплату Страховщиком таких услуг.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

за каждый день просрочки в размере 0,1 процента от суммы, подлежащей выплате.

## **11. Прекращение договора страхования**

11.1. Договор страхования прекращается в случае:

11.1.1. истечения срока действия договора;

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

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

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

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

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

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

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

Возврат части страхового взноса Страхователю производится в течение 5 рабочих дней со дня прекращения действия договора страхования. За несвоевременное исполнение этой обязанности Страховщик уплачивает пени Застрахованному лицу за каждый день просрочки в размере 0,5 процента от суммы, подлежащей возврату, и Страхователю (юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю) пени за каждый день просрочки в размере 0,1 процента от суммы, подлежащей выплате.

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

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

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

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

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

## **12. Отказ в выплате страхового обеспечения**

12.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения если:

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

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

страховой случай наступил вследствие военных действий, гражданской войны;

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

## **13. Права и обязанности сторон**

13.1. Страхователь имеет право:

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

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

в) ознакомиться с условиями договора добровольного страхования.

13.2. Страхователь обязан:

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

б) уплачивать страховой взнос в установленном договором страхования порядке;

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

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

13.3. Застрахованное лицо имеет право:

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

б) при утрате договора страхования получить дубликат.

13.4. Застрахованное лицо обязано:

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

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

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

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

13.5. Страховщик имеет право:

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

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

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

г) давать рекомендации и консультировать Застрахованное лицо;

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

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

ж) отсрочить принятие решения о признании, либо не признании заявленного события страховым случаем и составление Акта о страховом



случае, когда ему не представлены все необходимые документы – до их представления, а также, если у него имеются сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай и размер вреда (в частности, в порядке оформления и регистрации документов, в подлинности печати, подписи на документе, наличие незаверенных исправлений) - до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов лицом, представившим такой документ (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа) либо самим Страховщиком (на основании запроса Страховщика в орган, его выдавший, направленный в течение 5 рабочих дней со дня получения такого документа);

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

13.6. Страховщик обязан:

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

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

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

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

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

#### **14. Порядок рассмотрения споров**

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

Заместитель директора

О.И. Виговский

Приложение № 1 к Правилам  
добровольного страхования  
медицинских расходов  
ЗАСО «Имклива Иншуранс»

**Программы  
добровольного страхования медицинских расходов**

## **1. Амбулаторная медицинская помощь:**

### **1.1. Программа «Амбулаторная помощь – социальный пакет».**

В соответствии с настоящей программой добровольного страхования ЗАСО «Имклива Иншуранс» оплачивает лечение Застрахованного лица в амбулаторных условиях при его обращении по поводу острого заболевания (состояния), обострения хронического соматического заболевания, требующего неотложного медицинского вмешательства, травм, ожогов, отравлений **только в государственных организациях здравоохранения – поликлиниках, районных, городских, областных больницах.**

Перечень и объем услуг, подлежащих оплате по договору страхования, в течение одного года страхования, либо в период действия договора страхования при сроке страхования менее 1 года:

- приём врачей–специалистов: терапевта, гинеколога, уролога, отоларинголога, хирурга, травматолога;
- лабораторные исследования: анализы крови и других биологических сред организма (общеклинические и биохимические (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 5-и показателей), за исключением бактериологических, серологических, иммунологических исследований, в т.ч. гормональных.
- инструментальные методы исследования (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 2-х исследований): электрокардиография, реоэнцефалография, электроэнцефалография, ультразвуковая диагностика, рентгенодиагностика согласно назначению врача (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 1-го исследования);
- физиолечение: лазеротерапия, электро-, свето- и теплотечение, магнито- и лазеротерапия, микроволновая терапия, ингаляции (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 1-го курса - до 10 сеансов);
- лекарственное обеспечение: по соглашению сторон на условиях, изложенных в пункте 1.5. Приложения 1 к настоящим Правилам страхования.

### **1.2. Программа «Амбулаторная помощь – стандартный пакет».**

В соответствии с настоящей программой добровольного страхования ЗАСО «Имклива Иншуранс» оплачивает лечение Застрахованного лица в амбулаторных условиях при его обращении по поводу острого заболевания (состояния), обострения хронического соматического заболевания, требующего неотложного медицинского вмешательства, травм, ожогов, отравлений **только в тех организациях здравоохранения любой формы собственности, которые указаны в договоре страхования (страховом полисе).**

Перечень и объем услуг, подлежащих оплате по договору страхования, в течение одного года страхования, либо в период действия договора страхования при сроке страхования менее 1 года:

- приём врачей–специалистов: терапевта, педиатра, гинеколога, уролога, отоларинголога, офтальмолога, хирурга, травматолога, кардиолога, невролога;
- лабораторные исследования: анализы крови и других биологических сред организма общеклинические и биохимические (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 7-и показателей), за исключением обследования на ИППП, дисбактериоз, иммунологических исследований; ПЦР – исследования (полимеразная цепная реакция)- в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 3-показателей, гормональные исследования (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее одного вида - гормоны Щ.Ж., или половые гормоны, гормоны гипофиза, надпочечников и т.д.);
- инструментальные методы исследования: электрокардиография, реоэнцефалография, ультразвуковая диагностика (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 2-х исследований), исследование функции внешнего дыхания, рентгенологические исследования (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 1-го исследования);
- физиолечение: лазеротерапия, электро-, свето- и теплотечение, магнито- и лазеротерапия, микроволновая терапия, ингаляции (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 1-го курса до 10 сеансов);
- лекарственное обеспечение: по соглашению сторон на условиях, изложенных в пункте 1.5. Приложения 1 к настоящим Правилам страхования.

### 1.3. Программа «Амбулаторная помощь – бизнес пакет»

По настоящей программе добровольного страхования ЗАСО «Имклива Иншуранс» оплачивает лечение Застрахованного лица в амбулаторных условиях, при его обращении по поводу острого заболевания (состояния), обострения хронического соматического заболевания, требующего неотложного медицинского вмешательства, травмы, отравления **только в тех организациях здравоохранения любой формы собственности, которые указаны в договоре страхования (страховом полисе)**. При наличии хронической патологии – обращение к специалисту с проведением соответствующего лечения (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 1-го раза).

Перечень и объем услуг, подлежащих оплате по договору страхования, в течение одного года страхования, либо в период действия договора страхования при сроке страхования менее 1 года:

- консультации врачей-специалистов: терапевта, педиатра, гинеколога, уролога, гастроэнтеролога, кардиолога, отоларинголога, офтальмолога,

- травматолога, хирурга, эндокринолога, проктолога, невролога, онколога (общий профиль), дерматолога, педиатра, инфекциониста;
- лабораторные исследования: анализы крови и других биологических сред организма (общеклинические, биохимические в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 7-и показателей); гормональные (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 3-х исследований, но не более 3-х показателей по каждому виду гормональных исследований); бактериологические; цитологические; исследование на дисбактериоз (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 1 раза); маркеры онкологических заболеваний (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 2-х раз, но не более 3-х показателей за один раз); аллергопробы (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее одной панели однократно), ПЦР - исследования (полимеразная цепная реакция) в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 4-х показателей; обследование на ИППП (инфекции, передающиеся половым путем) в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 1-го; обследование на хеликобактер-пилори методом ИФА или дыхательным уреазным тестом – не менее 2-х раз, иммунологические исследования, в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 5-и показателей в совокупности;
  - инструментальные методы исследования (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 6 раз в совокупности по всем видам инструментальных методов): велоэргометрия, реовазография нижних конечностей, реовазография верхних конечностей, реоэнцефалография, исследование функции внешнего дыхания, электроэнцефалография, суточное мониторирование артериального давления, ЭКГ (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 1-го раза) ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эзофагогастродуоденоскопия, ректороманоскопия, маммография, радиоизотопные исследования (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 1-го раза), компьютерная томография (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 1-го раза и не менее 1 зоны), магнитно-резонансная томография (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 1-го раза и не менее 1 зоны);
  - физиолечение (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 2 курсов по всем видам физиолечения в совокупности): все виды электро- и светолечения, включая лазеро- и магнитотерапию (СВЧ, УВЧ, импульсные токи, магнитофорез, электрофорез, индуктотермия, дарсонвализация, диадинамические токи и пр.), теплолечение, ингаляции;

- классический массаж одной зоны в условиях учреждения здравоохранения (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 1-го курса до 10-ти сеансов).

Массаж, проводимый на дому (не в условиях организации здравоохранения)  
Страховщик не оплачивает;

- неотложная помощь врача-терапевта на дому;

- лекарственное обеспечение: по соглашению сторон на условиях, изложенных в пункте 1.5. Приложения 1 к настоящим Правилам страхования.

#### 1.4. Программа «Амбулаторная помощь – премиум пакет».

По настоящей программе добровольного страхования ЗАСО «Имклива Иншуранс» оплачивает лечение Застрахованного лица в амбулаторных условиях, при его обращении по поводу острого заболевания (состояния), обострения хронического соматического заболевания, требующего медицинского вмешательства, травм, ожогов, отравлений, преждевременных родов или внематочной беременности в любых организациях здравоохранения Республики Беларусь по желанию Застрахованного лица, Застрахованное лицо имеет право обращения в Республиканский клинический медицинский центр Управления делами Президента Республики Беларусь только с согласия Страховщика, о чем делается запись в Договоре страхования. При наличии хронической патологии – посещение специалиста за время действия договора страхования с проведением соответствующего лечения (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 1 раза).

Перечень и объем услуг, подлежащих оплате по договору страхования, в течение одного года страхования либо в период действия договора страхования при сроке страхования менее 1 года:

- консультации любых врачей-специалистов: терапевта, гинеколога, уролога, аллерголога, гастроэнтеролога, дерматолога, дерматовенеролога (первичная консультация), кардиолога, отоларинголога, офтальмолога, ревматолога, травматолога, хирурга, эндокринолога, проктолога, флеболога, невролога, психотерапевта (первичная консультация), педиатра, онколога и др.;
- лабораторные исследования (без ограничений по количеству): анализы крови и других биологических сред организма (общеклинические, биохимические, гормональные, бактериологические, иммунологические, серологические, цитологические, микологические, исследование на дисбактериоз, ПЦР-диагностика, маркеры онкологических заболеваний и др.);
- инструментальные методы исследования (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 2-х исследований по каждому виду исследований): велоэргометрия, реовазография нижних конечностей, реовазография верхних конечностей, реоэнцефалография, исследование функции внешнего дыхания, суточное мониторирование артериального давления, ЭКГ, электроэнцефалография, исследование функции

внешнего дыхания, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, маммография, эзофагогастроуденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, радиоизотопные исследования, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и др.;

- физиолечение: все виды электро- и светолечения, включая лазеро- и магнитотерапию (СВЧ, УВЧ, импульсные токи, магнитофорез, электрофорез, индуктотермия, дарсонвализация, диодинамические токи и пр.), теплолечение, ингаляции, бальнеолечение и др.;

- классический массаж в условиях организации здравоохранения (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее одного курса - 10 сеансов), корпоральная иглорефлексотерапия (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее одного курса - 10 сеансов), мануальная терапия (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее одного курса - 10 сеансов), ЛФК в группе (в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 10 сеансов).

Массаж, проводимый на дому (не в условиях организации здравоохранения) Страховщик не оплачивает;

- неотложная помощь врача на дому;

- лекарственное обеспечение: по соглашению сторон на условиях, изложенных в пункте 1.5. Приложения 1 к настоящим Правилам страхования.

1.5. В программы амбулаторной медицинской помощи может включаться лекарственное обеспечение в определённом объёме (лимите), о чём делается запись в договоре страхования (страховом полисе). При включении в договор страхования лекарственного обеспечения в определённом объёме (лимите) при расчёте страхового тарифа по программе амбулаторная медицинская помощь используется соответствующий повышающий корректировочный коэффициент.

## **2. Стационарная медицинская помощь:**

2.1. По настоящей программе добровольного страхования ЗАО «Имклива Иншуранс» оплачивает медицинские услуги стационара при госпитализации Застрахованного лица.

Госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного лица, которое требует незамедлительного оказания медицинской помощи в условиях стационара (т.е. при срочном направлении в стационар с врачебного приёма или при госпитализации врачом скорой помощи).

При включении в договор страхования программы «Амбулаторная помощь – премиум пакет», по программе стационарная медицинская помощь оплачиваются плановые госпитализации (однократно за период действия договора страхования, с учётом условий, содержащихся в пункте 5 настоящих Правил страхования).

По настоящей программе оплачиваются следующие медицинские услуги:

- консультации и другие профессиональные услуги врачей;
- лабораторные и инструментальные исследования;

- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
  - использование операционной и послеоперационной палат;
  - хирургическое и консервативное лечение;
  - лечебные манипуляции (перевязки, обработка ран, инъекции и т.п.);
  - физиолечение, ЛФК;
  - лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства, имеющиеся в наличии стационара.
- пребывание в стационаре в стандартной двух-трёхместной палате, питание и уход среднего медицинского персонала.

### **3. Стоматологическая помощь**

3.1. Настоящая программа может быть включена в договор страхования только как дополнение к программам «Амбулаторная медицинская помощь» и/или «Стационарная медицинская помощь».

Стоматологическая помощь предусматривает стоматологическое лечение и включает в себя:

- 3.1.1. первичные консультации врачей-специалистов;
  - 3.1.2. терапевтическое лечение при острой зубной боли (лечение кариеса и его осложнений) – лечение зубов с использованием современных материалов, включая постановку импортных светоотражаемых материалов последнего поколения;
  - 3.1.3. все виды местного обезболивания;
  - 3.1.4. рентгенодиагностика, в т.ч. ортопантограмма;
  - 3.1.5. физиотерапевтические процедуры при острых состояниях;
- Терапевтическое лечение острых заболеваний парадонта и обострений пародонтита, включая закрытый кюретаж и обработку патологических карманов (к количеству, указанном в договоре страхования, но не менее 3 процедур);
- 3.1.6. профилактическая стоматология (снятие пигментного зубного налёта, покрытие всех зубов фтор-лаком) в количестве, указанном в договоре страхования, но не менее 1 раза в период страхования.
- 3.2. Не подлежат оплате следующие стоматологические услуги:
- 3.2.1. Косметическое восстановление коронковой части зуба (кроме манипуляций, указанных в пункте 5.3.10. Правил страхования).
  - 3.2.2. Замена старых пломб с косметической или профилактической целью.
  - 3.2.3. Лечение стоматита, гингивита, хронического периодонтита и его обострений, периостита;
  - 3.2.4. Обучение гигиене полости рта.
  - 3.2.5. Определение гигиенического индекса, диагностика кариес – маркером.
  - 3.2.6. Подготовка к протезированию, консультация и лечение у ортопеда, ортодонта.
  - 3.2.7. Хирургическое лечение пародонтита (лоскутные операции, открытый кюретаж).
  - 3.2.8. Имплантация зубов, ортодонтия.

### 3.2.9. Герметизация фиссур.

## **4. 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, установленному Национальным Банком Республики Беларусь к доллару США на дату уплаты страхового взноса.

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

Территория действия – 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 по медицинским показаниям**

(оплата медицинских услуг по данной программе производится только при обращении Застрахованного лица в государственные учреждения здравоохранения 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 (ЭКГ, РВГ, РЭГ, ЭЭГ, исследование функции внешнего дыхания);
  - ультразвуковые исследования, но не более 3-х исследований 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 (МРТ, компьютерная томография);
- радиоизотопные исследования;
- маммография;
- снимки 3D и 4D форматах;
  - малые оперативные и диагностические вмешательства в амбулаторно-поликлинических условиях:
    - диагностическая биопсия органов, тканей, лимфатических узлов;
    - пункции (стерильные пункции, пункции суставов с эвакуацией содержимого и введением лекарственных препаратов, брюшной полости, люмбальные, пункции под контролем УЗИ);
    - блокады;
    - обработка ран или инфицированных тканей в случаях травматических и термических повреждений, включая ожоги и обморожения;
    - наложение и снятие швов;
    - оперативное лечение гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, панариций, нагноившаяся атерома, нагноившаяся гематома, гидрадениты);
    - резекция ногтевой пластинки, удаление вросших ногтей.

Исключение составляют:

- оториноларингологические операции: септопластика, удаление полипов носа лазером, лазерная коагуляция небных миндалин, радиоволновая (лазерная)

деструкция носовых раковин, вазотомия;

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

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

Исключение составляют:

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

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

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

Заместитель директора

О.И. Виговский

Приложение № 2  
К Правилам добровольного  
страхования медицинских  
расходов ЗАСО «Имклива  
Иншуранс»

## РАЗДЕЛ 1. БАЗОВЫЕ ГОДОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

№ п/п	Название программы	БСТ, в % от страховой суммы
1	Амбулаторная медицинская помощь:	
	1.1. Социальный пакет	3,5
	1.2. Стандартный пакет	4,0
	1.3. Бизнес пакет	4,5
	1.4. Премиум пакет	6,0
2	Стационарная медицинская помощь	3,0
3	Стоматологическая медицинская помощь	65,0

## РАЗДЕЛ 2. РАСЧЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СТРАХОВОГО ВЗНОСА В РЕЗУЛЬТАТЕ УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА

$$ДВ = (P2 - P1) \cdot n / N, \text{ где}$$

ДВ – дополнительный страховой взнос;

P2 – страховой взнос, рассчитанный соразмерно увеличению степени страхового риска, на срок действия договора страхования;

P1 – первоначальный страховой взнос, рассчитанный на срок действия договора страхования;

n - оставшийся срок действия договора страхования с даты увеличения степени страхового риска в днях;

N - общий срок действия договора страхования в днях.

Годовой страховой взнос по Унифицированной программе добровольного страхования медицинских расходов установлен в размере 300 долларов США.

Страховая премия округляется до целых единиц согласно общему порядку округления дробных чисел: до 0,5 отбрасывается и от 0,5 округляется до большего ближайшего целого числа.

Приложение № 3  
 К Правилам добровольного  
 страхования медицинских расходов  
 ЗАСО «Имклива Иншуранс»  
 (при страховании юридических лиц)

Заявление на страхование  
 медицинских расходов

**Страхователь** \_\_\_\_\_  
 (Наименование предприятия/организации)

**Адрес:** \_\_\_\_\_  
 (Индекс, наименование населённого пункта, улица, номер дома/корпуса, офиса,  
 телефон)

**Банковские реквизиты:** \_\_\_\_\_

Просит заключить договор добровольного страхования медицинских расходов  
 на условиях Правил № 15 ЗАСО «Имклива Иншуранс»

**Условия договора страхования:**

1. Срок страхования \_\_\_\_\_ год/месяцев
2. Количество подлежащих страхованию \_\_\_\_\_ человек
3. Программы страхования (заполнить нужную графу):

№ п/п	Наименование программ страхования	Страховая сумма на 1 застрахованного
<b>1</b>	<b>Амбулаторная медицинская помощь:</b>	
1.1	Социальный пакет	
1.2	Стандартный пакет	
1.3	Бизнес пакет	
1.4	Премиум пакет	
<b>2</b>	<b>Стационарная медицинская помощь</b>	
<b>3</b>	<b>Стоматологическая медицинская помощь</b>	
Итого по договору		

4. Лекарственное обеспечение по программе «Амбулаторная медицинская помощь» (указать лимит на 1 Застрахованное лицо) \_\_\_\_\_
  5. Оплата страховой премии (нужное подчеркнуть) – единовременно, в два срока, в рассрочку.
  6. Список лиц, подлежащих страхованию прилагается.
- С Правилами добровольного страхования медицинских расходов № 15 ознакомлен.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 ( Должность, подпись руководителя)

М.П.

*Приложение к заявлению на  
 добровольное страхование медицинских  
 расходов юридического лица*

**Страхователь** \_\_\_\_\_  
 (Наименование предприятия/организации)

Список лиц, подлежащих страхованию:

Ф.И.О. полностью	Дата рождени я	Номер паспорта	Домашний адрес	Телефон

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 ( Должность, подпись руководителя)

М.П.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение № 4  
К Правилам добровольного  
страхования медицинских расходов  
ЗАСО «Имклива Иншуранс»  
(при страховании физических лиц)

Заявление-анкета на страхование  
медицинских расходов

**Страхователь** \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество)

**Адрес:** \_\_\_\_\_  
(Индекс, наименование населённого пункта, улица, номер дома/корпуса,  
квартиры, телефон)

**Паспортные данные:** \_\_\_\_\_

**Застрахованное лицо** \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество)

**Адрес:** \_\_\_\_\_  
(Индекс, наименование населённого пункта, улица, номер дома/корпуса,  
квартиры, телефон)

**Паспортные данные:** \_\_\_\_\_

Прошу заключить договор добровольного страхования медицинских расходов  
на условиях Правил № 15 ЗАСО «Имклива Иншуранс»

**Условия договора страхования:**

1. Срок страхования \_\_\_\_\_
2. Программы страхования \_\_\_\_\_  
(указать наименование программ и страховую сумму по ним)
3. Лекарственное обеспечение по программе «Амбулаторная медицинская помощь» (указать лимит) \_\_\_\_\_
4. Оплата страхового взноса - \_\_\_\_\_.

5. Я не являюсь ВИЧ-инфицированным, не болен СПИД, не являюсь инвалидом 1 или 2 групп и инвалидом с детства, не госпитализирован и не имею направление (рекомендацию лечащего врача) на госпитализацию.

С Правилами добровольного страхования медицинских расходов № 15 ознакомлен.

Страхователь \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

*Примечание: если Страхователь заключает договор страхования в отношении себя (Застрахованное лицо), то в графе Страхователь делается запись «(он же Застрахованное лицо)» и графа «Застрахованное лицо» не вписывается в заявление и не заполняется.*

Приложение № 4а  
К Правилам добровольного  
страхования медицинских расходов  
ЗАСО «Имклива Иншуранс»

Заявление на страхование  
медицинских расходов

**Страхователь** \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество)

**Застрахованное лицо** \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество)

**Адрес:** \_\_\_\_\_  
(Индекс, наименование населённого пункта, улица, номер дома/корпуса,  
квартиры, телефон)

**Паспортные данные:** \_\_\_\_\_

Прошу заключить договор добровольного страхования медицинских расходов на условиях Унифицированной программы добровольного страхования медицинских расходов Правил № 15 ЗАСО «Имклива Иншуранс».

С Правилами добровольного страхования медицинских расходов № 15 и условиями Унифицированной программы добровольного страхования медицинских расходов ознакомлен.

Приложение:

1. Сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица

Подпись Страхователя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /



*Приложение к Заявлению  
на страхование медицинских расходов на  
условиях Унифицированной программы  
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 <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> в _____ году;	СПИД	НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/>
венерические заболевания	НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> в _____ году;	ВИЧ-носитель	НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/>
дизентерия	НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> в _____ году;	ВИЧ-инфицированный	НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/>
туберкулез	НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> в _____ году;	Носитель вируса гепатита С, Д	НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/>
черепно-мозговая травма	НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> в _____ году;	Носитель австралийского антигена	НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/>
переломы костей	НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> в _____ году;	Проф. заболевание	НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/>
травмы внутренних органов			



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 учреждении здравоохранения \_\_\_\_\_

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 учреждений здравоохранения, в 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 \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.  
*подпись*

Представитель Страховщика \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_  
*подпись* *фамилия, инициалы*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_ г.

Приложение № 5  
К Правилам добровольного  
страхования медицинских расходов  
ЗАСО «Имклива Иншуранс»

«УТВЕРЖДАЮ»

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Акт**  
**о страховом случае**  
**по договору (договорам) добровольного страхования медицинских расходов**

№ п/ п	ФИО застрахованных лиц	№ договора страхо вания	№ убыт ка	Сроки действия договора страхования		Дата получен ия мед. помощи	Сумма заявленная к выплате
				начало	окончан ие		

Медицинские услуги оказаны/лекарства приобретены на основании документов

\_\_\_\_\_ (указать № счёта и наименования организаций здравоохранения)

По настоящему Акту заявлено к оплате/выплате \_\_\_\_\_  
(сумма цифрами и прописью)

Исключено, как не относящиеся к страховому (ым) случаю (ям) \_\_\_\_\_

По настоящему Акту подлежит выплате \_\_\_\_\_  
(кому, сумма цифрами и прописью)

Способ оплаты \_\_\_\_\_  
(реквизиты получателя)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Должность специалиста, составившего Акт) (подпись)  
(ФИО)

Врач-эксперт \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Должность специалиста) (подпись)  
(ФИО)

