

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

**ПРАВИЛА № 15
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ**
(с изменениями и дополнениями, вступающими в силу с 10.04.2025)

г. Минск

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор

ЗАСО «Имклива Иншуранс»

_____ А.Н. Хорунжий

« ____ » _____ 2019 г.

І. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Термины, используемые в настоящих Правилах. Субъекты страхования

1.1. В соответствии с законодательством Республики Беларусь и на условиях Правил добровольного страхования медицинских расходов (далее – Правила) Закрытое Акционерное Страховое Общество «Имклива Иншуранс» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного страхования медицинских расходов (далее – договоры страхования) с лицами, указанными в части второй пункта 1.3 настоящих Правил (далее – Страхователи).

1.2. Для целей настоящих Правил применяются следующие термины:

внезапное расстройство здоровья – резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица;

застрахованное лицо – физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования;

госпитализация – помещение в стационар медицинской организации (в стационар индивидуального предпринимателя) Застрахованного лица, нуждающегося в обследовании, лечении или родовспоможении;

индивидуальные предприниматели – индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую, фармацевтическую деятельность, оказывающие профилактические услуги;

медицинские организации – организации здравоохранения Республики Беларусь; организации здравоохранения иностранных государств в случае, предусмотренном частью второй пункта 6.6 настоящих Правил; другие организации, которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность;

индивидуальная программа добровольного страхования медицинских расходов (далее – индивидуальная программа медицинского страхования) – неотъемлемая часть договора страхования,

содержащая конкретный перечень медицинских, профилактических услуг определенного объема, оказываемых Застрахованному лицу при его обращении в медицинскую организацию, в организацию, оказывающую профилактические услуги, к индивидуальному предпринимателю за медицинской помощью при наступлении страхового случая, в том числе обеспечение Застрахованного лица лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и индивидуального ухода. Разрабатывается по соглашению между Страховщиком и Страхователем на основе программ медицинского страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** и (или) **«Стационарная медицинская помощь»**, видов дополнительной медицинской помощи, медицинских, профилактических услуг (в том числе из указанных в пунктах 3.3–3.5, 4.2, 4.5–4.7 и 4.9 настоящих Правил) и может предусматривать как расширение их перечня, объема, условий предоставления, так и их сокращение.

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

заболевание – расстройство здоровья Застрахованного лица, нарушение нормальной жизнедеятельности его организма, в том числе в результате травм, ожогов, ранений, увечий, контузий, отравлений, врожденных дефектов и неотложных состояний;

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

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

медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, оказываемых

Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, связанного с внезапным расстройством здоровья Застрахованного лица, несчастным случаем, хроническим заболеванием или его обострением, в том числе обеспечение Застрахованного лица лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и индивидуального ухода в рамках индивидуальной программы медицинского страхования;

высокотехнологичная медицинская помощь – вид оказания медицинской помощи при наличии у Застрахованного лица заболеваний, требующих применения новых, сложных, уникальных, а также ресурсоемких методов оказания медицинской помощи, основанных на современных достижениях медицинской науки и техники и имеющих высокую клиническую эффективность. В целях страхования применяется перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленный законодательством Республики Беларусь;

медицинская услуга – медицинское вмешательство либо комплекс медицинских вмешательств, а также иные действия, выполняемые при оказании медицинской помощи;

профилактическая услуга – услуга, направленная на сохранение и улучшение здоровья, эмоционального состояния Застрахованного лица, поддержание его здорового образа жизни, снижение вероятности возникновения и распространения заболеваний и патологических состояний. Для целей настоящих Правил к профилактическим услугам относятся: консультация нутрициолога, консультанта по питанию, психолога, физкультурно-оздоровительные услуги и иные профилактические услуги;

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

третьи лица – физическое или юридическое лицо, не являющиеся субъектом страхования (Страховщиком, Страхователем, Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем);

члены семьи – супруг (супруга) и лица, состоящие между собой в близком родстве: дети, родители, родные сестры и братья, внуки, бабки, деды.

1.3. Субъектами по договору страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо и Выгодоприобретатель.

Страхователями по настоящим Правилам признаются дееспособные физические лица, в том числе иностранные граждане и лица без гражданства, юридические лица или индивидуальные предприниматели, заключившие со Страховщиком договор страхования.

Договор страхования может быть заключен Страхователем-физическим лицом как в свою пользу, так и в пользу физических лиц (Застрахованных лиц).

Договор страхования может быть заключен Страхователем-юридическим лицом только в пользу физических лиц (Застрахованных лиц).

Выгодоприобретателем по договору страхования могут быть:

медицинская организация, индивидуальный предприниматель, с которыми Страховщик заключил договор на предоставление медицинской помощи, профилактической услуги Застрахованному лицу и которые предоставили Застрахованному лицу медицинскую помощь, профилактическую услугу;

организация, индивидуальный предприниматель, с которыми Страховщик заключил договор на предоставление профилактической услуги Застрахованному лицу и которые предоставили Застрахованному лицу профилактическую услугу;

Застрахованное лицо (его законный представитель) или Страхователь (его законный представитель), оплативший оказанную Застрахованному лицу медицинскую, профилактическую помощь (услугу), предусмотренную индивидуальной программой медицинского страхования в рамках договора страхования в соответствии с пунктом 10.4 настоящих Правил.

2. Объект страхования. Страховой случай

2.1. Объектом добровольного страхования медицинских расходов являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Страхователя либо Застрахованного лица, связанные с компенсацией расходов медицинской организации, оказывающей профилактические услуги, индивидуальному предпринимателю, Страхователю или Застрахованному лицу, вызванных обращением Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, профилактической услуги, предусмотренной индивидуальной программой медицинского страхования, при наступлении страхового случая.

2.2. Страховым случаем является факт понесенных Выгодоприобретателем расходов, связанных с предоставлением Застрахованному лицу медицинской помощи, профилактической услуги, предусмотренной индивидуальной программой медицинского страхования, ввиду внезапного расстройства здоровья Застрахованного лица, несчастного случая, хронического заболевания или его обострения.

3. Программы медицинского страхования. Расходы, оплачиваемые Страховщиком по договору страхования

3.1. При наступлении страхового случая Страховщик оплачивает расходы на оказание медицинской помощи, профилактической услуги Застрахованному лицу, объем которой определен индивидуальной программой медицинского страхования в рамках договора страхования, при обращении Застрахованного лица в медицинские организации, в организации, оказывающие профилактические услуги, (к индивидуальным предпринимателям), указанные в договоре страхования.

3.2. Страхователю при заключении договора страхования Страховщиком (его представителем) предлагается индивидуальная программа медицинского страхования, разработанная на основе следующих программ медицинского страхования:

3.2.1. **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** (Приложение 2 к настоящим Правилам);

3.2.2. **«Стационарная медицинская помощь»;**

3.2.3. **Унифицированная программа медицинского страхования.** Условия заключения, срок и территория действия договора страхования, объем медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному лицу в рамках Унифицированной программы медицинского страхования, предусмотрены Приложением 3 к настоящим Правилам.

3.3. По соглашению сторон и при условии применения корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика, договором страхования, заключенным по программе медицинского страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** может быть предусмотрено предоставление следующих видов дополнительной медицинской помощи:

- «вакцинопрофилактика»;
- «ведение беременности»;
- «лекарственное обеспечение»;
- «стоматология».

По соглашению сторон и при условии применения корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика, договором страхования, заключенным по программе медицинского страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** может быть предусмотрено предоставление определенного перечня профилактических услуг. Для каждого отдельного перечня профилактических услуг применяется соответствующий корректировочный коэффициент.

Перечень, объем, условия предоставления медицинских и

профилактических услуг в рамках программы медицинского страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** устанавливается индивидуальной программой медицинского страхования, которая может предусматривать как их расширение, так и сокращение.

3.4. В рамках дополнительной медицинской помощи «стоматология» Страховщик оплачивает следующие расходы в период действия договора страхования на оказание стоматологической медицинской помощи Застрахованному лицу:

3.4.1. консультации врачей-специалистов;

3.4.2. терапевтическое и хирургическое лечение с использованием современных материалов, включая постановку импортных светоотражаемых материалов последнего поколения;

3.4.3. профессиональную гигиену полости рта (снятие пигментного зубного налета, покрытие зубной эмали фтор-лаком);

3.4.4. все виды местного обезболивания;

3.4.5. рентгенологическую диагностику.

Перечень, объем и условия предоставления медицинских услуг в рамках дополнительной медицинской помощи «стоматология» устанавливается индивидуальной программой медицинского страхования.

По соглашению сторон и при условии применения корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика, в рамках дополнительной медицинской помощи «стоматология» может быть предусмотрено возмещение Страховщиком следующих медицинских услуг:

- восстановление (реставрация) зубов, замена старых пломб с профилактической целью;

- подготовка к зубопротезированию, зубопротезирование, микропротезирование, установка анкерных и иных штифтов, имплантов.

3.5. В рамках программы медицинского страхования **«Стационарная медицинская помощь»** Страховщик оплачивает следующие расходы при госпитализации Застрахованного лица в стационар, в том числе дневной стационар, по заболеванию, послужившему причиной госпитализации:

3.5.1. лабораторные и инструментальные исследования, назначенные лечащим врачом;

3.5.2. консультации и другие профессиональные услуги врачей-специалистов;

3.5.3. пребывание в отделении интенсивной терапии;

3.5.4. реанимационные мероприятия;

3.5.5. использование операционной и послеоперационной палаты;

3.5.6. хирургическое и консервативное лечение;

- 3.5.7. лечебные манипуляции (перевязки, инъекции и др.);
- 3.5.8. физиотерапевтическое лечение, лечебная физическая культура;
- 3.5.9. пребывание в стационаре (дневном стационаре) в стандартной 2 или 3-местной палате (при наличии таких палат в отделении пребывания Застрахованного лица);
- 3.5.10. питание и уход медицинского персонала;
- 3.5.11. лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства.

Программа медицинского страхования «**Стационарная медицинская помощь**» предусматривает расходы по плановой госпитализации Застрахованного лица. Плановая госпитализация Застрахованного лица проводится не менее чем за 14 календарных дней до окончания срока действия договора страхования. При плановой госпитализации и плановом лечении оплата услуг Выгодоприобретателю производится до дня окончания действия договора страхования. После окончания действия договора страхования оплата медицинских услуг производится непосредственно Застрахованным лицом (Страхователем).

Расходы по экстренной госпитализации оплачиваются Страховщиком в полном объеме.

Перечень, объем и условия предоставления медицинских услуг в рамках программы медицинского страхования «**Стационарная медицинская помощь**» устанавливается индивидуальной программой медицинского страхования, которая может предусматривать как их расширение, так и сокращение.

По соглашению сторон и при условии применения корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика, договором страхования, заключенным по программе медицинского страхования «**Стационарная медицинская помощь**» может быть предусмотрено возмещение Страховщиком следующих медицинских услуг:

- ведение родов;
- реабилитационно-восстановительное лечение в условиях санатория.

3.6. При заключении договора страхования сроком действия 2 (два) года и более индивидуальная программа медицинского страхования может устанавливать определенные условия предоставления медицинской помощи, профилактической услуги в рамках первого года действия договора страхования, второго и последующих.

4. Расходы, не оплачиваемые Страховщиком по договору страхования

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

4.1.1. эпилепсии (ее последствий и осложнений), а также травм, полученных в связи с психическими заболеваниями;

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

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

4.1.4. неспецифического язвенного колита, болезни Крона с момента установления диагноза;

4.1.5. хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения гемодиализа и других экстракорпоральных методов лечения;

4.1.6. острых и хронических лучевых поражений;

4.1.7. лечения или хирургического вмешательства, а также наблюдения по поводу заболевания или травмы, не являющегося страховым случаем.

4.2. Если иное не предусмотрено индивидуальной программой медицинского страхования не признаются страховыми случаями и Страховщиком не возмещаются расходы, вызванные обращениями Застрахованных лиц в медицинские организации (к индивидуальным предпринимателям) за предоставлением медицинской помощи по поводу:

4.2.1. онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической систем) и доброкачественных новообразований злокачественного течения и их осложнений с момента установления диагноза;

4.2.2. аутоиммунных заболеваний, ревматоидного артрита;

4.2.3. системных заболеваний соединительной ткани, демиелинизирующих болезней центральной нервной системы, в том числе болезни Бехтерева;

4.2.4. хронического гепатита В, С, D, E, F, G, цирроза печени любой этиологии с момента установления диагноза;

4.2.5. врожденных и наследственных заболеваний и их осложнений, врожденных аномалий (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения); детского церебрального паралича;

4.2.6. ортопедических нарушений (плоскостопие, нарушения осанки и др.) с момента установления диагноза;

4.2.7. угревой болезни, акне, розацеа, алопеции, фолликулитов, склеродермии и их осложнений;

4.2.8. псориаза, парапсориаза, нейродермита, экземы, себореи, дерматита любой этиологии, в том числе атопического и себорейного с момента установления диагноза;

4.2.9. поражений кожи, ногтевых пластинок и волосяного покрова грибковой и паразитарной этиологии, в том числе демодекоза, а также любых заболеваний волос и ногтей;

4.2.10. заболеваний, вызванных глистными и паразитарными инвазиями (гельминтозы, амебиаз, чесотка, педикулез и др.), включая диагностические исследования для их выявления;

4.2.11. венерических заболеваний, заболеваний, передающихся половым путем, в том числе уреаплазмоза, микоплазмоза, папилломавирусной инфекции, в любых клинических проявлениях, а также их генерализованных форм и осложнений с момента установления диагноза;

4.2.12. жирового гепатоза, сахарного диабета с момента установления диагноза;

4.2.13. хронических заболеваний, кроме лечения по снятию их обострения;

4.2.14. острых расстройств здоровья или обострения хронических заболеваний, возникших до начала действия договора страхования;

4.2.15. сексуальных половых расстройств (снижение либидо, эректильная дисфункция, импотенция, диспареуния и др.), в том числе диагностики и лечения;

4.2.16. диагностики и лечения бесплодия;

4.2.17. нейрообменно-эндокринного синдрома, ожирения, нейро-эндокринных синдромов (адреногенитальный, синдром гиперпролактинемии, синдром поликистозных яичников, климактерический и др.), менопаузальных расстройств, в том числе климактерического синдрома, стрессового недержания мочи, постменопаузального остеопороза и др.;

4.2.18. гиповитаминозов;

4.2.19. психических расстройств и расстройств поведения, а также их последствий и осложнений, за исключением соматоформной дисфункции ВНС.

4.3. Страховщик не признает страховым случаем и не возмещает расходы, связанные с произошедшим с Застрахованным лицом несчастным случаем:

4.3.1. травмами, ожогами, отравлениями, полученными Застрахованным лицом, находившимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, кроме случаев, когда эти события произошли с Застрахованным лицом по вине третьих лиц;

4.3.2. травмами, ожогами, отравлениями, полученными Застрахованным лицом в результате покушения на самоубийство, если факт покушения на самоубийство подтвержден компетентными органами.

4.4. Страховщик не признает страховым случаем и не возмещает расходы, связанные с оплатой следующих медицинских услуг:

4.4.1 лечение и обследование, рекомендованное врачом-специалистом, консультации которого не предусмотрены индивидуальной программой медицинского страхования;

4.4.2 модификация человеческого тела с целью улучшения психологического, умственного или эмоционального состояния Застрахованного лица, хирургическое изменение пола;

4.4.3 получение Застрахованным лицом медицинских услуг, объем и перечень которых не предусмотрен индивидуальной программой медицинского страхования.

4.5. Если иное не предусмотрено индивидуальной программой медицинского страхования Страховщик не признает страховым случаем и не возмещает расходы, связанные с оплатой следующих медицинских услуг:

4.5.1. лечение и обследование, не назначенное (не указанное в назначении) лечащим врачом, за исключением случаев предложения Страховщика, направленного Страхователю (Застрахованному лицу), о возможности воспользоваться медицинскими, профилактическими услугами по перечню и в объеме, определенном Страховщиком, в рамках индивидуальной программы медицинского страхования, в период проведения мероприятий, направленных на раннее выявление заболеваний, организованных Страховщиком совместно с медицинскими организациями (индивидуальными предпринимателями) на основании заключенного договора на предоставление медицинской помощи Застрахованному лицу;

4.5.2. лечение, услуги или предметы, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания;

4.5.3. лечение методами нетрадиционной медицины (например, гипнозом, гомеопатическим лечением, фототерапией, гипоксией, иридодиагностикой);

4.5.4. лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским;

4.5.5.услуги, связанные с телемедициной;

4.5.6.ультрафиолетовое облучение крови; внутривенное и накожное облучение крови, озонотерапия, карбокситерапия, криотерапия, баротерапия, аутогемотерапия, ТЭС-терапия, тейпирование; лечение с использованием альфа-капсул; плазмотерапия; активная клетчатая терапия на физиотерапевтическом приборе «INDIBA», магнитостимуляция мышц тазового дна; лазерное омоложение;

4.5.7.предоставление дополнительного комфорта в период госпитализации (стационарного лечения), а именно: телевизора, кондиционера, увлажнителя при возможности предоставления медицинским учреждением;

4.5.8.реабилитационное лечение в условиях реабилитационного центра;

4.5.9.пластическая хирургия всех видов с целью устранения косметических дефектов, улучшения внешнего вида, ортопедия;

4.5.10. пластическая хирургия всех видов по медицинским показаниям, в том числе септопластика, ринопластика, пластика передней брюшной стенки;

4.5.11.ортопедическое лечение плоскостопия;

4.5.12.зубопротезирование, ортодонтия, имплантация зубов;

4.5.13.диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с планированием и ведением беременности (включая необходимое медицинское наблюдение в данный период); прерывание беременности без медицинских показаний; дородовое и послеродовое наблюдение, лечение в отделении патологии беременности, родовспоможение;

4.5.14.проведение комплексных скрин-исследований (например, фемофлор, андрофлор, Квант-21, TORCH-инфекции и др.), в том числе иммунограмма;

4.5.15.лабораторные исследования ALEX тест, панель PROTIA Allergy-Q, посев с применением VITEK;

4.5.16.проведением любых генетических исследований;

4.5.17.изменение веса или хирургическое лечение ожирения;

4.5.18.лечение и (или) процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, введение и удаление внутриматочной спирали;

4.5.19.хирургические операции глаза, целью которых является коррекция близорукости, дальнозоркости или астигматизма, а также их осложнений, лечение глаукомы, катаракты;

4.5.20. оказание высокотехнологичной медицинской помощи, а также трансплантация, имплантация, протезирование,

эндопротезирование, реконструктивное хирургическое лечение различных заболеваний (аорто-коронарное шунтирование, баллонная ангиопластика, стентирование сосудов, диагностическая коронарография, установка каво-фильтров и прочее);

4.5.21. костыли, инвалидные коляски, компрессионное белье, эластичные бинты, ортопедические изделия, послеоперационные бандажи, средства индивидуальной защиты, за исключением медицинских масок, и средства индивидуального ухода;

4.5.22. диагностика и лечение нарушений речи и сна, в том числе лечение храпа;

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

4.5.24. приобретение Страхователем (Застрахованным лицом) самостоятельно лекарственных препаратов (средств) без рецепта (назначения врача);

4.5.25. контрастное усиление при проведении компьютерной и магнитно-резонансной томографии;

4.5.26. получение Застрахованным лицом медицинской справки на ношение оружия, медицинской справки **о состоянии здоровья, подтверждающей годность к управлению механическими транспортными средствами**, медицинской справки для посещения бассейна, медицинской справки для поступления в учебные учреждения, медицинской справки для трудоустройства и других справок, выдаваемых на основании приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

4.5.27. исследования и консультации, связанные с подготовкой к хирургическому вмешательству и плановой госпитализации, а также плановая госпитализация, послеоперационное и динамическое наблюдение, если индивидуальная программа медицинского страхования не включает программу медицинского страхования **«Стационарная медицинская помощь»**;

4.5.28. получение Застрахованным лицом медицинских, профилактических услуг в медицинской организации, в организации, оказывающей профилактические услуги, (у индивидуального предпринимателя), не включенной в договор страхования, либо без согласования со Страховщиком, если договором страхования предусмотрено такое согласование;

4.5.29. госпитализацию (плановое стационарное лечение), за исключением экстренной госпитализации, Застрахованного лица в течение первых 30 (тридцати) дней (период ожидания) с начала действия

договора страхования;

4.5.30.удаление мозолей, папиллом, бородавок, невусов, кондилом;

4.5.31.проведением альтернативных (сверх объемов, предусмотренных Клиническими протоколами диагностики и лечения заболеваний, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь) методов диагностики и (или) лечения;

4.5.32. полисомнография.

4.6. Если иное не предусмотрено индивидуальной программой медицинского страхования Страховщик не признает страховым случаем и не возмещает расходы, связанные с приобретением Застрахованным лицом следующих лекарственных препаратов (средств):

4.6.1.не зарегистрированных в «Государственном реестре лекарственных средств Республики Беларусь» в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

4.6.2.отсутствующих в готовой рецептурной форме;

4.6.3.для лечения заболеваний, не признанных страховым случаем;

4.6.4.для лечения бесплодия и импотенции, а также гормональные контрацептивные средства;

4.6.5.для проведения иммунопрофилактики и иммунотерапии;

4.6.6.для прерывания беременности;

4.6.7.биологически активных добавок, витаминов, минералов, витаминно-минеральных комплексов, фиточаев (фитосборов);

4.6.8.гомеопатических препаратов;

4.6.9.питательных смесей и препаратов для лечебного питания;

4.6.10.лечебной косметики;

4.6.11.для профилактики заболеваний;

4.6.12.средств личной гигиены, изделий медицинского назначения.

4.7. Страховщик не оплачивает расходы, связанные с приобретением Застрахованным лицом медицинских устройств или приспособлений (очков, контактных линз, слуховых аппаратов, имплантатов, внутриматочных спиралей), если иное не предусмотрено индивидуальной программой медицинского страхования.

4.8. Страховщик не оплачивает расходы Застрахованного лица в результате страхового случая, наступившего после окончания срока действия договора страхования.

4.9. Если иное не предусмотрено индивидуальной программой медицинского страхования Страховщиком не организуется предоставление медицинских услуг и не оплачиваются расходы, связанные с:

4.9.1. оказанием медицинских услуг, не соответствующих Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний,

утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь;

4.9.2. проведением повторных врачебных консультаций, обследований по отдельному страховому событию с целью сбора мнений специалистов различных медицинских организаций по желанию Застрахованного лица;

4.9.3. проведением медицинского обследования с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий, в том числе профилактической диспансеризации с целью определения основных факторов риска развития нарушений здоровья, а также обращением за медицинской помощью по причинам соответствующим кодам Z00-Z99 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10).

4.10. В индивидуальной программе медицинского страхования по соглашению сторон и при условии применения соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных локальным правовым актом Страховщика, Страховщиком могут возмещаться медицинские расходы, указанные в подпунктах 4.2, 4.5-4.7, 4.9 пункта 4 настоящих Правил. Корректировочный коэффициент рассчитывается по отдельным медицинским расходам или по их перечню.

4.11. Раздел 4 настоящих Правил не применяется к договорам страхования, заключенным на условиях программы медицинского страхования, предусмотренной Приложением 3 к настоящим Правилам.

5. Страховой взнос. Порядок уплаты страхового взноса.

Страховая сумма

5.1. Страховым взносом является сумма денежных средств, подлежащая уплате Страхователем Страховщику за страхование.

5.2. Для расчета страхового взноса применяются базовые годовые страховые тарифы, установленные для каждой программы медицинского страхования, указанных в подпунктах 3.2.1-3.2.2 пункта 3.2 настоящих Правил, и корректировочные коэффициенты, утвержденные локальными правовыми актами Страховщика. Базовые годовые страховые тарифы приведены в Приложении 1 к настоящим Правилам.

5.3. Уплата страхового взноса производится в размере и сроки, установленные договором страхования в соответствии с пунктом 5.4 настоящих Правил, путем безналичного перечисления на расчетный счет Страховщика (его представителя) или наличными денежными средствами.

5.4. Страховые взносы по договору страхования могут уплачиваться единовременно либо в рассрочку.

Уплата страхового взноса единовременно производится до момента

вступления договора страхования в силу.

Уплата страхового взноса в рассрочку может осуществляться:

- в два срока - при этом первая часть страхового взноса в размере не менее 50% от суммы исчисленного страхового взноса по договору страхования уплачивается до дня вступления договора страхования в силу, а оставшаяся часть - не позднее истечения половины срока действия договора страхования;

- ежеквартально - первая часть страхового взноса в размере не менее 25% от суммы исчисленного годового страхового взноса уплачивается до дня вступления договора страхования в силу, а очередные части страхового взноса - равными долями не позднее последнего дня оплаченного периода (квартала);

- ежемесячно - первая часть страхового взноса в размере не менее 10% от суммы исчисленного годового страхового взноса уплачивается до дня вступления договора страхования в силу, а очередные части страхового взноса - равными долями не позднее последнего дня оплаченного периода (месяца);

- ежегодно - первая часть страхового взноса в размере не менее суммы исчисленного годового страхового взноса уплачивается до дня вступления договора страхования в силу, а очередные части страхового взноса - равными долями не позднее последнего дня оплаченного периода (года).

Сроки уплаты страхового взноса указываются в договоре страхования.

5.5. Страховой взнос, рассчитанный в валюте страховой суммы, может быть уплачен как в иностранной валюте (если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь или соглашением сторон), так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день уплаты страхового взноса.

5.6. По письменному соглашению между Страховщиком и Страхователем в договоре страхования может быть предусмотрена отсрочка уплаты очередных частей страхового взноса продолжительностью не более 30 (тридцати) календарных дней, начиная с даты, указанной в договоре страхования как дата уплаты очередной части страхового взноса.

5.7. В случае неуплаты очередной части страхового взноса в сроки, установленные договором страхования, Страховщик вправе:

- 5.7.1. прекратить договор страхования с 00 часов 00 минут дня, следующего за последним днем установленного срока уплаты очередной

части страхового взноса по договору страхования;

5.7.2. предоставить Страхователю отсрочку уплаты очередной части страхового взноса согласно пункту 5.6 настоящих Правил при наличии письменных обязательств Страхователя погасить имеющуюся задолженность – в случае обращения Страхователя к Страховщику до наступления срока уплаты очередной части страхового взноса.

При неуплате просроченной части страхового взноса, в течение предоставленной Страховщиком отсрочки договор страхования прекращает действовать с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания предоставленного срока для уплаты просроченной части страхового взноса. При этом Страхователь обязан уплатить часть страхового взноса за срок действия договора страхования в течение предоставленного периода отсрочки.

Если в течение периода отсрочки, предоставленного для уплаты очередных частей страхового взноса согласно пункту 5.6 настоящих Правил, произойдет страховой случай, Страховщик из суммы страхового обеспечения удерживает неуплаченную часть (части) страхового взноса за неоплаченный период страхования с указанием этого условия в договоре страхования.

5.8. Если договор страхования предусматривает уплату страхового взноса в рассрочку, а страховой случай произошел до наступления срока уплаты очередной части взноса, то Страховщик из суммы страхового обеспечения, подлежащего Застрахованному лицу, удерживает неуплаченную часть страхового взноса за оставшийся период действия договора страхования.

5.9. Днем уплаты страхового взноса по договору страхования считается:

при безналичных расчетах (в том числе при перечислении наличных денежных средств через банк или иное учреждение, осуществляющее перевод денежных средств) – день поступления денежных средств на счет Страховщика (его представителя).

При осуществлении безналичных расчетов день уплаты страхового взноса (день совершения операции) может документально подтверждаться Страхователем, банком или иным учреждением (организацией), осуществляющим перевод денежных средств или осуществляющим расчетное посредничество на основании договора со Страховщиком. В этом случае днем уплаты страхового взноса может считаться такая документально подтвержденная дата;

при наличных расчетах – день внесения наличных денежных средств в кассу Страховщика либо его представителю.

5.10. Страховой суммой является сумма денежных средств,

согласованная между Страхователем и Страховщиком, установленная договором страхования, в пределах которой Страховщик обязан произвести выплату страхового обеспечения при наступлении страхового случая.

5.11. Страховая сумма устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя при заключении договора страхования по каждой из программ медицинского страхования, включенных в индивидуальную программу медицинского страхования.

В рамках программ медицинского страхования **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»**, **«Стационарная медицинская помощь»** в пределах страховой суммы по договору страхования либо в пределах страховой суммы в отношении Застрахованного лица (группы лиц) по соглашению сторон могут устанавливаться отдельные страховые суммы или общая страховая сумма по видам дополнительной медицинской помощи, медицинских, профилактических услуг, указанных в пунктах 3.3–3.5, 4.2, 4.5–4.7 и 4.9 настоящих Правил.

5.12. При страховании группы лиц страховая сумма может устанавливаться на группу лиц и (или) на каждое Застрахованное лицо.

5.13. Общая сумма всех выплат страхового обеспечения на каждое Застрахованное лицо и (или) группу лиц по всем страховым случаям, наступившим в течение действия договора страхования, не может превышать установленную договором страхования страховую сумму на каждое Застрахованное лицо и (или) группу лиц.

После наступления страхового случая и выплаты страхового обеспечения договор страхования продолжает действовать в пределах разницы между страховой суммой и суммой выплаченного страхового обеспечения.

5.14. При заключении договора страхования на условиях программы медицинского страхования, предусмотренной Приложением 3 к настоящим Правилам, размеры страхового взноса и страховой суммы, а также порядок уплаты страхового взноса, устанавливается данной программой медицинского страхования.

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

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

Безусловная франшиза может быть установлена в целом по индивидуальной программе медицинского страхования либо в отношении

оплаты расходов конкретных медицинских организаций, организаций, оказывающих профилактические услуги, либо в отношении конкретной медицинской, помощи (услуги), профилактической услуги, перечень которых определен индивидуальной программой медицинского страхования.

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

II. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

6. Порядок заключения, срок действия и вступление договора страхования в силу. Территория действия договора страхования

6.1. Договор страхования может быть заключен путем составления одного текстового документа, включая документ в электронном виде (в том числе электронный документ), или путем обмена текстовыми документами, включая документы в электронном виде (в том числе электронные документы), которые подписаны сторонами собственноручно либо с использованием средств связи и иных технических средств, компьютерных программ, информационных систем или информационных сетей, если такой способ подписания позволяет достоверно установить, что соответствующий текстовый документ подписан сторонами по договору (факсимильное воспроизведение собственноручной подписи с помощью средств механического или другого копирования, электронная цифровая подпись или другой аналог собственноручной подписи, обеспечивающий идентификацию стороны по договору), и не противоречит законодательству Республики Беларусь и соглашению сторон.

Договор страхования заключается в письменной форме по соглашению сторон на основании устного, письменного заявления Страхователя в произвольной форме или предложения Страховщика о добровольном страховании медицинских расходов, принятого Страхователем способом, указанным в таком предложении.

По требованию Страховщика, до заключения договора страхования лицо, впервые подлежащее страхованию, заполняет анкету о состоянии своего здоровья по форме утвержденной Страховщиком.

Один договор страхования может быть заключен в отношении нескольких Застрахованных лиц. В этом случае сведения о

Застрахованных лицах указываются в договоре страхования либо в списке Застрахованных лиц, прилагаемом к договору страхования, оформленном в произвольной форме. К сведениям о Застрахованном лице относятся:

фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется);

дата рождения;

гражданство;

идентификационный номер; для иностранных граждан или лиц без гражданства – вид документа, удостоверяющего личность, его серия (при наличии), номер, дата выдачи;

адрес места жительства и (или) места пребывания;

контактные данные.

6.2. После заключения договора страхования заявление, анкета о состоянии здоровья (при их наличии) и все прилагаемые к нему документы являются неотъемлемой частью договора страхования.

При заключении договора страхования Страхователю выдаются настоящие Правила, что удостоверяется записью в договоре страхования. Страховщик вправе выдавать Застрахованным лицам карточку Застрахованного лица.

Страховщик вправе в качестве приложения к договору страхования прилагать список (перечень) медицинских организаций, организаций, оказывающих профилактические услуги, (индивидуальных предпринимателей), в которые Застрахованное лицо вправе обращаться в соответствии с условиями индивидуальной программы медицинского страхования, включенные в договор страхования, либо указывает данный список (перечень) в тексте договора страхования.

Страхователь (Застрахованное лицо) вправе ознакомиться с перечнем (списком) медицинских организаций, организаций, оказывающих профилактические услуги, (индивидуальных предпринимателей), с которыми у Страховщика заключены договоры о сотрудничестве на официальном сайте Страховщика в глобальной компьютерной сети Интернет.

Условия, содержащиеся в Правилах страхования, в том числе не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страховщика, Страхователя, Застрахованного лица и Выгодоприобретателя.

6.3. Договор страхования может быть заключен на срок от 1 (одного) месяца до 5 (пяти) лет включительно.

6.4. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования, как день начала срока действия договора страхования, но не ранее момента уплаты страхового взноса или первой его части.

6.5. Срок действия договора страхования истекает в 00 часов 00

минут дня, следующего за днем, который указан в договоре страхования как день окончания срока его действия.

6.6. Действие договора страхования распространяется на страховые случаи, произошедшие на территории Республики Беларусь, за исключением случая, установленного частью второй настоящего пункта.

При наличии у Страховщика договора, заключенного с медицинскими организациями, организациями, оказывающими профилактические услуги, иностранных государств, расположенными в стране пребывания Застрахованного лица, договоров об оказании Застрахованному лицу медицинской помощи, профилактической услуги или договора с зарубежным партнером, выступающим гарантом обеспечения оплаты расходов по оказанию медицинской помощи, профилактической услуги Застрахованному лицу, располагающим собственными сервисными центрами в стране пребывания Застрахованного лица, с приложением их перечня и мест нахождения, действие договора страхования по соглашению сторон распространяется на страховые случаи, произошедшие за пределами Республики Беларусь.

7. Порядок изменения договора страхования

7.1. При заключении договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан 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 на основании письменного или устного заявления Страхователя (Застрахованного лица).

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 недействительным в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

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

Значительными во всяком случае признаются изменения, оговоренные в договоре страхования, и в переданных Страхователю Правилах страхования.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности, предусмотренной в части первой настоящего пункта, Страховщик вправе требовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования. В этом случае договор страхования расторгается с даты увеличения степени страхового риска.

7.3. Страховщик, уведомленный 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 пунктом 7.10 настоящих Правил.

7.4. Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования. В этом случае договор страхования расторгается с момента получения Страховщиком от Страхователя такого письменного отказа. К отказу приравнивается неполучение от Страхователя в течение 10 (десяти) календарных дней с момента получения уведомления о вручении ответа на надлежаще отправленное (заказное, заказное с уведомлением) письменное предложение Страховщика об изменении условий страхования или уплате дополнительного страхового взноса.

В случае уменьшения степени страхового риска перерасчет страхового взноса не производится и возврат страхового взноса (его части), уплаченного Страхователем, не осуществляется.

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

7.6. 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 оно выполнило какую-либо

из обязанностей по договору страхования или предъявило Страховщику требование о выплате страхового обеспечения.

7.7. По соглашению сторон Страхователь вправе вносить изменения в состав списка Застрахованных лиц.

7.8. Внесение изменений в условия договора страхования осуществляется в пределах срока действия договора страхования путем заключения соглашения об изменении договора страхования, оформленного Страховщиком в порядке, предусмотренном пунктом 7.9 настоящих Правил.

7.9. Внесение изменений в договор страхования совершается путем заключения договора о внесении изменений в условия страхования в письменной форме с указанием даты его заключения, вступления в силу, который является неотъемлемой частью договора страхования.

Уплата дополнительного страхового взноса по внесенным изменениям в договор страхования осуществляется единовременно либо по соглашению сторон в рассрочку в порядке и сроки, установленные договором страхования.

7.10. Дополнительный страховой взнос по вносимым в договор страхования изменениям рассчитывается по следующей формуле:

$$СВ_{\text{доп}} = (СВ_{\text{изм}} - СВ_{\text{изн}}) \times n / t,$$

где $СВ_{\text{доп}}$ – дополнительный страховой взнос по вносимым в договор страхования изменениям;

$СВ_{\text{изм}}$ – страховой взнос с учетом вносимых в договор страхования изменений исходя из срока действия договора страхования (t);

$СВ_{\text{изн}}$ – страховой взнос по заключенному договору страхования;

n – срок действия договора страхования, оставшийся до окончания договора страхования со дня внесения в договор страхования изменений (в днях);

t – срок действия заключенного договора страхования (в днях).

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

8. Порядок прекращения (расторжения) договора страхования

8.1. Договор страхования прекращается (расторгается) в случаях:

8.1.1. истечения срока действия договора страхования;

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

8.1.3. неуплаты Страхователем страхового взноса (его части) в

установленные договором страхования сроки и размере в соответствии с условиями настоящих Правил, за исключением случая, предусмотренного пунктом 5.6 настоящих Правил;

8.1.4. если после вступления его в силу возможность наступления страхового случая отпала и страхование прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай. К таким обстоятельствам, в частности, относится смерть Застрахованного лица;

8.1.5. по заявлению Страхователя, оформленному в письменном виде. В случае отказа Страховщика от досрочного прекращения (расторжения) договора страхования Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения письменного заявления Страхователя о прекращении (расторжении) договора страхования направляет Страхователю письменное уведомление об отказе в прекращении (расторжении) договора страхования;

8.1.6. ликвидации Страхователя-юридического лица, прекращение деятельности Страхователя-индивидуального предпринимателя или смерти Страхователя-физического лица, не являющегося Застрахованным лицом, за исключением случая перехода прав и обязанностей Страхователя по договору страхования, предусмотренного пунктом 8.2 настоящих Правил;

8.1.7. отказа Страхователя от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в подпункте 8.1.4 пункта 8.1 настоящих Правил;

8.2. В случае смерти Страхователя-физического лица, заключившего договор страхования в пользу иных Застрахованных лиц, его права и обязанности переходят к этим лицам с их согласия.

8.3. Страхование по договору страхования, заключенному в отношении нескольких Застрахованных лиц, прекращается в отношении Застрахованного лица при его исключении из списка Застрахованных лиц.

8.4. В случае досрочного прекращения (расторжения) договора страхования по условиям, предусмотренным подпунктами 8.1.4-8.1.6 пункта 8.1 настоящих Правил, а также в случае исключения Застрахованного лица из списка Застрахованных лиц, Страховщик возвращает Страхователю (его представителю) часть уплаченного страхового взноса пропорционально времени (в календарных днях), оставшемуся с даты досрочного прекращения договора страхования (исключения застрахованного лица из списка Застрахованных лиц) до указанного в договоре страхования дня окончания срока действия договора страхования (оплаченного периода).

Основанием для досрочного прекращения (расторжения) договора

страхования в случаях, предусмотренных подпунктами 8.1.4-8.1.6 пункта 8.1 настоящих Правил, является письменное заявление Страхователя (его представителя).

Датой досрочного прекращения (расторжения) договора страхования является:

в случае, предусмотренном подпунктом 8.1.4 пункта 8.1 настоящих Правил, – дата, следующая за датой смерти Застрахованного лица;

в случае, предусмотренном подпунктом 8.1.5 и 8.1.7 пункта 8.1 настоящих Правил, – дата, указанная в письменном заявлении Страхователя (его представителя), но не ранее даты, следующей за датой получения Страховщиком письменного заявления Страхователя (его представителя);

в случае, предусмотренном подпунктом 8.1.6 пункта 8.1 настоящих Правил, – дата, следующая за датой смерти Страхователя-физического лица; ликвидации Страхователя-юридического лица, прекращения деятельности Страхователя-индивидуального предпринимателя.

8.5. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования в случае, предусмотренном подпунктом 8.1.7 пункта 8.1 настоящих Правил, уплаченный Страховщику страховой взнос возврату не подлежит.

8.6. Возврат страхового взноса (его части) Страхователю производится в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты расторжения (прекращения) договора страхования. За несвоевременный возврат части страхового взноса по вине Страховщика Страхователю выплачивается пеня в размере 0,5% – физическому лицу, индивидуальному предпринимателю и 0,1% – юридическому лицу от суммы, подлежащей возврату, за каждый день просрочки.

В случае расторжения (прекращения) договора страхования до вступления его в силу уплаченный страховой взнос возвращается полностью.

Если по договору страхования производились выплаты страхового обеспечения или заявлены убытки, страховой взнос возврату не подлежит.

Если в отношении Застрахованного лица, исключаемого из списка Застрахованных лиц, производилась выплата страхового обеспечения или заявлен убыток, страховой взнос, установленный в отношении данного Застрахованного лица, возврату не подлежит.

8.7. Обязательства Страховщика по выплате страхового обеспечения, возникшие до прекращения (расторжения) договора страхования, продолжают действовать до полного их исполнения.

8.8. При установлении страховой суммы в иностранной валюте и уплате страхового взноса в иностранной валюте возврат части страхового взноса осуществляется в валюте уплаты страхового взноса (если иное не

предусмотрено законодательством Республики Беларусь или соглашением сторон), либо в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день досрочного (расторжения) прекращения договора страхования.

9. Права и обязанности Страховщика, Страхователя и Застрахованного лица

9.1. Страховщик имеет право:

9.1.1. определять медицинские организации, оказывающие профилактические услуги, (индивидуальных предпринимателей) для оказания медицинской помощи, профилактической услуги по договорам на предоставление медицинской помощи, профилактической услуги Застрахованному лицу;

9.1.2. проверять полученную от Страхователя (Застрахованного лица) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора страхования;

9.1.3. до заключения договора страхования потребовать любые дополнительные обследования и документы, подтверждающие состояние здоровья по данным, содержащимся в анкете о состоянии здоровья лица, подлежащего страхованию, и по результатам медицинского обследования (за счет средств Страхователя);

9.1.4. получать от компетентных органов и лиц документы, необходимые для решения вопросов о выплате страхового обеспечения (за исключением информации, не подлежащей разглашению этими лицами в соответствии с законодательством);

9.1.5. отсрочить составление акта о страховом случае в случаях, предусмотренных пунктом 10.12 настоящих Правил;

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

9.1.7. осуществлять медико-экономический контроль объемов и экспертизу качества оказываемой медицинской помощи в соответствии с условиями договора на предоставление медицинской помощи Застрахованному лицу с медицинскими организациями (индивидуальными предпринимателями);

9.1.8. потребовать признания договора страхования недействительным в случаях и порядке, предусмотренных

законодательством;

9.1.9. в письменной, электронной либо иной форме направлять Страхователю (Застрахованному лицу) предложения о возможности воспользоваться медицинскими услугами по перечню и в объеме, определенном Страховщиком, в рамках индивидуальной программы медицинского страхования, в период проведения мероприятий, направленных на раннее выявление заболеваний;

9.1.10. потребовать у Страхователя (Застрахованного лица) дополнительную медицинскую документацию;

9.1.11. отказать Застрахованному лицу в организации и оплате отдельного вида медицинских, профилактических услуг, предусмотренных индивидуальной программой медицинского страхования, в случае его неявки без уважительных причин в медицинскую организацию, в организацию, оказывающую профилактические услуги, в согласованное Страховщиком и Застрахованным лицом время для получения данного вида медицинских, профилактических услуг.

К уважительным причинам относятся: болезнь Застрахованного лица, подтвержденная медицинским документом; стихийные бедствия, техногенные аварии, судебные разбирательства, действия органов дознания и следствия, участником которых является Застрахованное лицо и подтверждает это документально.

9.2. Страховщик обязан:

9.2.1. выдать Страхователю договор страхования с приложением настоящих Правил;

9.2.2. контролировать объем и качество оказываемой Застрахованному лицу медицинской помощи в рамках индивидуальной программы медицинского страхования;

9.2.3. в отношении заявленного Застрахованным лицом события, которое признано страховым случаем, составить акт о страховом случае в течение срока, предусмотренного пунктом 10.11 настоящих Правил;

9.2.4. произвести выплату страхового обеспечения Страхователю (Застрахованному лицу) в срок, предусмотренный частью первой пункта 10.13 настоящих Правил;

9.2.5. обеспечить конфиденциальность сведений, полученных в результате своей профессиональной деятельности, о Страхователе (Застрахованном лице), за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

9.3. Страхователь имеет право:

9.3.1. ознакомиться с настоящими Правилами;

9.3.2. требовать предоставления Застрахованному лицу в

медицинских организациях, в организациях, оказывающих профилактические услуги, (у индивидуальных предпринимателей) медицинской помощи, профилактической услуги, определенной индивидуальной программой медицинского страхования;

9.3.3.осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;

9.3.4.отказаться от договора страхования в соответствии с условиями подпункта 8.1.7 пункта 8.1 настоящих Правил;

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

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1.предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;

9.4.2.уплачивать страховой взнос в порядке, предусмотренном пунктом 5.4 настоящих Правил, и договором страхования;

9.4.3.при заключении договора страхования ознакомить Застрахованное лицо с условиями договора страхования, его правами и обязанностями по договору страхования, предоставлять ему информацию об изменении условий договора страхования в отношении Застрахованного лица;

9.4.4.при заключении договора страхования уведомить Страховщика о наличии договора страхования медицинских расходов с другой страховой организацией, если такой имеется;

9.4.5.в период действия договора страхования сообщать Страховщику в срок, предусмотренный частью первой пункта 7.2 настоящих Правил, о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение степени страхового риска;

9.5. Застрахованное лицо имеет право:

9.5.1.получать медицинские, профилактические услуги (помощь) в соответствии с индивидуальной программой медицинского страхования в предусмотренных в нем медицинских организациях, организациях, оказывающих профилактические услуги, (индивидуальных предпринимателей) и требовать возмещения медицинских, профилактических расходов, оплаченных самостоятельно;

9.5.2.сообщать Страховщику о случаях непредставления медицинской помощи, профилактических услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг;

9.5.3.требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по договору страхования при наступлении страхового случая.

9.6. Застрахованное лицо обязано:

9.6.1. надлежащим образом выполнять условия договора страхования, предоставлять Страховщику необходимую информацию для проведения экспертизы страхового случая;

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

9.6.3. соблюдать предписания и своевременно выполнять назначения врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией (индивидуальным предпринимателем);

9.6.4. обеспечить сохранность договора страхования и (или) карточки Застрахованного лица и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;

9.6.5. при обращении в медицинскую организацию, в организацию, оказывающую профилактические услуги, (к индивидуальному предпринимателю) за медицинской, профилактической услугой (помощью) предоставлять документ, удостоверяющий личность, договор страхования или карточку Застрахованного лица);

9.6.6. вернуть Страховщику договор страхования (карточку Застрахованного лица) в случае признания договора страхования недействительным или расторжении (прекращении) договора страхования;

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

Уведомление в более поздние сроки допускается по уважительным причинам, указанным в части второй подпункта 9.1.11 пункта 9.1 настоящих Правил;

9.6.8. контролировать остатки страховой суммы, отдельных страховых сумм по видам дополнительной медицинской помощи, медицинских, профилактических услуг, установленных в договоре страхования в отношении Застрахованного лица. В случае получения Застрахованным лицом медицинских, профилактических услуг и (или) медицинской помощи в объеме, превышающем размер страховой суммы, отдельных страховых сумм, Застрахованное лицо обязано возместить Страховщику стоимость оплаченных им медицинской организации, организации, оказывающей профилактические услуги, услуг в размере превышения в течение 30 календарных дней после дня уведомления

Страховщиком о выявлении такого факта.

III. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

10. Порядок действий Страхователя (Застрахованного лица) и Страховщика при наступлении страхового случая. Порядок и условия выплаты страхового обеспечения

10.1. При наступлении события, которое по условиям договора страхования может быть признано страховым случаем, Страхователь (Застрахованное лицо) обращается к Страховщику:

10.1.1. для получения консультации в отношении произошедшего события, которое может быть признано страховым случаем;

10.1.2. не позднее 5 (пяти) рабочих со дня наступления события, которое по условиям договора страхования может быть признано страховым случаем для уведомления о необходимости оказания Застрахованному лицу медицинской, профилактической услуги (помощи), предусмотренной индивидуальной программой медицинского страхования в соответствующей медицинской организации, организации, оказывающей профилактические услуги, (у индивидуального предпринимателя). При этом запись на оказание медицинской, профилактической услуги (помощи) в медицинскую организацию, в организацию, оказывающую профилактические услуги, (к индивидуальному предпринимателю), осуществляется в порядке, предусмотренном договором страхования.

10.2. Страхователь (Застрахованное лицо), обратившись к Страховщику по телефонам либо иным способом, указанным в договоре страхования, по поводам, предусмотренным в пункте 10.1 настоящих Правил, сообщает следующую информацию:

- фамилию и имя Застрахованного лица;
- номер договора страхования;
- причину обращения в медицинскую организацию, в организацию, оказывающую профилактические услуги;
- номер телефона, по которому можно связаться при первой возможности;
- иную информацию по требованию Страховщика в зависимости от причины обращения в медицинскую организацию, в организацию, оказывающую профилактические услуги.

10.3. Медицинская организация, организация, оказывающая профилактические услуги (индивидуальный предприниматель) оказывает медицинскую, профилактическую услугу (помощь), предусмотренную

индивидуальной программой медицинского страхования Застрахованному лицу на основании представленного Застрахованным лицом документа, удостоверяющего личность (паспорта, вида на жительство, а также договора страхования или карточки Застрахованного лица).

10.4. Страхователь (Застрахованное лицо) вправе самостоятельно оплатить медицинские, профилактические услуги, предусмотренные индивидуальной программой медицинского страхования. В таком случае для возмещения понесенных расходов Страхователь (Застрахованное лицо) представляет Страховщику документы, предусмотренные пунктом 10.7 настоящих Правил.

10.5. Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком медицинской организации, организации, оказывающей профилактические услуги (индивидуальному предпринимателю), которое оказало Застрахованному лицу медицинские, профилактические услуги (помощь), включенные в индивидуальную программу медицинского страхования, или Страхователю (Застрахованному лицу), – в случае, предусмотренном пунктом 10.4 настоящих Правил.

10.6. Решение о признании события страховым случаем и выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком на основании следующих документов, представленных медицинской организацией (индивидуальным предпринимателем):

10.6.1. счет-фактура с указанием стоимости и общей суммы расходов, понесенных по оказанию Застрахованному лицу медицинских, профилактических услуг с их детализацией;

10.6.2. акт приемки-передачи оказанных медицинских, профилактических услуг (реестр отпущенных медицинских препаратов) или справку-счет;

10.6.3. выписной эпикриз при оказании стационарной (или санаторной) помощи.

В представленных документах в обязательном порядке в том числе указываются:

- номер, серия и срок действия договора страхования;
- ФИО, дата рождения, идентификационный номер либо (при отсутствии идентификационного номера) номер документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица, которому была оказана медицинская помощь, профилактическая услуга.

Порядок расчетов Страховщика с медицинской организацией, организацией, оказывающей профилактические услуги (индивидуальным предпринимателем), порядок предоставления медицинской организацией, организацией, оказывающей профилактические услуги (индивидуальным предпринимателем) документов, предусмотренных частью первой

настоящего пункта Правил, определяются договором на предоставление медицинских, профилактических услуг Застрахованным лицам, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией, организацией, оказывающей профилактические услуги (индивидуальным предпринимателем).

10.7. Решение о признании события страховым случаем и выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком на основании предъявленного Страхователем (Застрахованным лицом) документа, удостоверяющего личность (копии – в случае представления документов без личного присутствия посредством почтового отправления или в иных случаях, предусмотренных законодательством), а также следующих документов, представленных в течение 30 календарных дней после оплаты медицинской помощи, профилактической услуги:

- заявления Страхователя (Застрахованного лица) на выплату страхового обеспечения, оформленного в письменном или электронном виде.

В электронном виде заявление на выплату страхового обеспечения может быть оформлено только посредством электронного ввода необходимых сведений о событии, которое в дальнейшем может быть признано страховым случаем, через личный кабинет Страхователя (Застрахованного лица) на официальном сайте Страховщика в глобальной компьютерной сети Интернет;

- оригинала (копии) договора страхования – по требованию Страховщика;

- оригинала документа, подтверждающего факт оплаты полученной медицинской помощи, профилактической услуги (товарный чек, квитанция, кассовый чек и др.);

- оригинала документа, подтверждающего факт обращения за медицинской помощью, профилактической услугой с указанием наименования медицинской организации, организации, оказывающей профилактические услуги, перечня и объема оказанных услуг, их раздельной стоимостью;

- копии консультативного заключения, направления на лечение, выписки из медицинских документов или иного документа, подтверждающего факт наступления страхового случая;

- оригиналов (копий) рецептов, выписанных лечащим врачом;

- оригиналов чеков на приобретение медикаментов с указанием наименования и стоимости каждого препарата.

10.8. При оформлении заявления на выплату страхового обеспечения в электронном виде документы, предусмотренные пунктом 10.7 настоящих Правил, могут быть также представлены в электронном виде.

По требованию Страховщика в подтверждение подлинности представленных в электронном виде копий документов, предусмотренных пунктом 10.7 настоящих Правил, Страхователь (Застрахованное лицо) предоставляет все или отдельные оригиналы документов.

10.9. Непредставление Страховщику документов, предусмотренных пунктами 10.6 и 10.7 настоящих Правил, может являться основанием для отказа в выплате страхового обеспечения в той части, которая не подтверждена документально.

10.10. Выплата страхового обеспечения производится Страховщиком в пределах страховой суммы (сумм), установленной(ых) по договору страхования либо в пределах страховой суммы в отношении Застрахованного лица (группы лиц) для каждой программы медицинского страхования, видов дополнительной медицинской помощи, медицинских услуг, с учетом установленной договором страхования безусловной франшизы.

Выплата страхового обеспечения осуществляется в валюте, в которой уплачен страховой взнос, если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь или соглашением сторон. Если страховая сумма установлена в иностранной валюте, а страховой взнос уплачивался в белорусских рублях, то выплата страхового обеспечения производится в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на дату составления акта о страховом случае.

Общая сумма выплат страхового обеспечения по всем страховым случаям, произошедшим в период действия договора страхования, не может превышать установленной при заключении договора страхования страховой суммы (сумм) для каждой программы медицинского страхования (страховых сумм по видам дополнительной медицинской помощи, медицинских, профилактических услуг).

10.11. В течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, согласно пунктам 10.6 и 10.7 настоящих Правил, Страховщик принимает решение о признании или непризнании заявленного события страховым случаем либо об отказе в выплате страхового обеспечения. Решение о признании заявленного случая страховым оформляется путем составления акта о страховом случае. В случаях, когда Страховщик не признает произошедшее событие страховым случаем, акт о страховом случае не составляется. В таком случае Страховщик оформляет документ произвольной формы с обоснованием причин отказа и направляет его в адрес Страхователя (Застрахованного лица), медицинской организации, организации,

оказывающей профилактические услуги, (индивидуального предпринимателя) в срок, установленный пунктом 11.2 настоящих Правил.

10.12. Страховщик вправе отсрочить составление акта о страховом случае, если ему не представлены все необходимые документы – до их представления, а также если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов лицом, представившим такой документ (по требованию Страховщика, предъявленному в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения такого документа), либо самим Страховщиком (на основании запроса Страховщика в орган, его выдавший, направленный в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения такого документа), а также в случае возбуждения уголовного дела по факту наступления страхового случая в отношении Застрахованного лица – до вынесения приговора судом, приостановления или прекращения производства по делу.

10.13. Выплата страхового обеспечения производится Страхователю (Застрахованному лицу) в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня составления Страховщиком акта о страховом случае путем безналичных расчетов.

Выплата страхового обеспечения производится медицинской организацией, оказывающей профилактические услуги, (индивидуальному предпринимателю) в сроки, установленные договором на оказание медицинских услуг Застрахованным лицам, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией, организацией, оказывающей профилактические услуги, (индивидуальным предпринимателем), но не позднее 5 (пяти) рабочих дней со дня составления Страховщиком акта о страховом случае путем безналичных расчетов.

10.14. В случае возникшей по вине Страховщика необоснованной задержки в выплате страхового обеспечения Страховщик выплачивает физическому лицу, индивидуальному предпринимателю пеню за каждый день просрочки в размере 0,5% от суммы, подлежащей выплате, юридическому лицу – в размере 0,1% от суммы, подлежащей к выплате.

11. Основания освобождения Страховщика от выплаты страхового обеспечения. Отказ в выплате страхового обеспечения

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

- умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица),

Выгодоприобретателя, повлекших наступление страхового случая;

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

11.2. Решение Страховщика о непризнании заявленного случая страховым или об отказе в выплате страхового обеспечения в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня принятия решения сообщается Страхователю (Застрахованному лицу), медицинской организации, организации, оказывающей профилактические услуги, (индивидуальному предпринимателю) в письменной форме с обоснованием причин отказа.

11.3. Отказ в выплате страхового обеспечения может быть обжалован в судебном порядке.

12. Порядок разрешения споров

Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия – в судебном порядке, установленном действующим законодательством Республики Беларусь.

Приложение 1
к Правилам добровольного страхования
медицинских расходов

1. БАЗОВЫЕ ГОДОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

№ п/п	Название программы	% от страховой суммы
1	Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь	4,5
2	Стационарная медицинская помощь	2,5

Приложение 2
к Правилам добровольного страхования
медицинских расходов

**Программа медицинского страхования «Амбулаторно-
поликлиническая помощь»**

1. Консультации врачей специалистов (в течение срока действия договора страхования): терапевта – 10 (десять) консультаций, гинеколога – 3 (три) консультации, уролога – 3 (три) консультации, гастроэнтеролога – 4 (четыре) консультации, кардиолога – 4 (четыре) консультации, отоларинголога – 3 (три) консультации, офтальмолога – 1 (одна) консультация, травматолога – 4 (четыре) консультации, хирурга – 4 (четыре) консультации, эндокринолога – 4 (четыре) консультации, проктолога – 2 (две) консультации, невролога – 3 (три) консультации, онколога (общий профиль) – 2 (две) консультации, дерматолога – 2 (две) консультации, инфекциониста – 4 (четыре) консультации.

2. Лабораторные исследования (в течение срока действия договора страхования): анализы крови и других биологических сред организма человека (общеклинические – 10 (десять) раз, биохимические – не более 7 (семи) показателей одновременно и 7 (семи) раз, гормональные – не более 3 (трех) показателей), бактериологические (в том числе 1 (одно) исследование на дисбактериоз) – 10 (десять) раз, иммунологические (в том числе 1 (одна) аллергопанель или 10 (десять) Ig специфических показателей) – не более 10 (десяти) показателей, серологические – 2 (два) раза, цитологические – 10 (десять) раз, гистологические – 2 (два) раза, ПЦР-диагностика – 4 (четыре) показателя 1 (один) раз.

Исключение: жидкостная цитология, пакеты биохимического анализа крови, сформированные в медицинских центрах (в т.ч. ФиброТест и ФиброМакс и другие аналогичные), исследование на витамин D, исследование на хеликобактер пилори.

3. Инструментальные методы исследования (10 (десять) исследований в совокупности по всем видам инструментальных методов в течение срока действия договора страхования): (велоэргометрия – 1 (одно) исследование, реовазография нижних конечностей – 1 (одно) исследование, реовазография верхних конечностей – 1 (одно) исследование, реоэнцефалография – 1 (одно) исследование, холтеровское мониторирование ЭКГ – 1 (одно) исследование, ЭКГ – 1 (одно) исследование, электроэнцефалография – 1 (одно) исследование, исследование функции внешнего дыхания – 1 (одно) исследование, ультразвуковая диагностика – 4 (четыре) исследования,

рентгенологические исследования – 3 (три) исследования, радиоизотопные исследования – 1 (одно) исследование, компьютерная томография – 1 (один) раз и 1 (одна) зона, маммография – 1 (одно) исследование, суточное мониторирование артериального давления – 1 (одно) исследование, колоноскопия – 1 (одно) исследование, ректороманоскопия – 1 (одно) исследование, эзофагогастродуоденоскопия – 1 (одно) исследование.

Исключения: исследования методом Фиброскан, 3D-УЗИ, УЗ-мониторинг овуляции, УЗИ плода, стресс-ЭхоКГ, чреспищеводная ЭхоКГ, эластография, ПЭТ КТ.

4. Физиотерапевтическое лечение: (не более 2 (двух) видов курсов физиотерапевтического лечения в течение срока действия договора страхования. При этом один курс составляет не более 10 (десяти) сеансов): электролечение: гальванизация, электрофорез, амплипульстерапия, электростимуляция, дарсонвализация, электросон, диадинамотерапия, интерференстерапия, индукторерапия, флюктуаризация, электронаркоз, магнитотерапия, ультратонотерапия, УВЧ, СВЧ, инфрита-терапия, импульсные токи, франклинизация; светолечение: ультрафиолет, инфракрасное излучение, видимое излучение, лазерная терапия; ингаляции.

Исключение: магнитотерапия мышц таза импульсным магнитным полем (в том числе SIS (высокоинтенсивная магнитотерапия), HILT (высокоинтенсивная лазеротерапия), BTL EmSella и все аналоги).

Приложение 3
к Правилам добровольного страхования
медицинских расходов

Унифицированная программа медицинского страхования

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

Оплата страхового взноса производится единовременно, при заключении договора страхования.

Страховой взнос, рассчитанный в валюте страховой суммы, может быть уплачен как в иностранной валюте (если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь или соглашением сторон), так и в белорусских рублях по официальному курсу белорусского рубля по отношению к валюте страховой суммы, установленному Национальным банком Республики Беларусь на день 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 договора страхования – Республика Беларусь.

Срок действия договора страхования – 1 (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 медицинского страхования по медицинским показаниям

- консультативно-диагностические приемы и наблюдение специалистов (терапевта, гинеколога, уролога, гастроэнтеролога, кардиолога, оториноларинголога, офтальмолога, хирурга, травматолога, эндокринолога, невролога, физиотерапевта и др.), но не более 5 (пяти) 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 (трех) 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 (двух) 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 (стернальные 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 (десяти) 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.

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):

Выплата страхового обеспечения осуществляется только организации здравоохранения. Застрахованному лицу не возмещаются

расходы по оказанию медицинской помощи, предоставленной в соответствии с Унифицированной программой медицинского страхования, и оплаченной им самостоятельно организации здравоохранения.

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