

## **Программа страхования «Бизнес 2 ком А»**

Амбулаторно-поликлиническая помощь – 6000 (Шесть тысяч) долларов США.

### **Дополнительные медицинские услуги:**

медикаментозное обеспечение – 150 (Сто пятьдесят) долларов США по программе Амбулаторно-поликлиническая помощь;

стоматологическое лечение в пределах 100 (Ста) долларов США.

Срок страхования 1 год.

Объем медицинских услуг, предоставляемых застрахованным лицам в рамках программы добровольного страхования медицинских расходов (далее - Программа страхования), по медицинским показаниям:

### **1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь»**

Страховщик оплачивает расходы на лечение Застрахованного лица в амбулаторных условиях вследствие внезапного расстройства здоровья, хронического заболевания в стадии обострения или неполной ремиссии, за исключением диспансерного наблюдения (если иное не предусмотрено вариантом Программы страхования и Договором страхования), травмы, ожога, отравления и других несчастных случаев, медицинских организациях государственной и негосударственной формы собственности, у индивидуального предпринимателя (список прилагается: <https://ken.by/sites/default/files/DMS/med.uchrezhdeniya.pdf>). Исключение составляют: ГУ «РКМЦ», МЦ «Томография», ООО «Центр спортивной реабилитации Нео».

Амбулаторная помощь при наступлении страхового случая включает:

- консультативно-диагностические приемы и наблюдение специалистов (терапевта, гинеколога, уролога, гастроэнтеролога, кардиолога, оториноларинголога, офтальмолога, хирурга, проктолога, флеболога, травматолога, ортопеда, эндокринолога, невролога, физиотерапевта, реабилитолога, онколога, дерматолога, аллерголога, иммунолога, гематолога, пульмонолога, нефролога и др., за исключением диетолога, сомнолога, трихолога, андролога, сексолога, психиатра, логопеда, фониатра, сурдолога, косметолога, психолога, психотерапевта, нарколога, подолога, мануального терапевта, врача спортивной медицины);
- оформление и выдача застрахованному лицу листка нетрудоспособности по медицинским показаниям;
- вызов врача на дом при острых состояниях; выдача листка нетрудоспособности на дому регламентируется медицинским учреждением;
- лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические, серологические, гистологические, цитологические, иммунологические (диагностика аутоиммунных заболеваний до установления диагноза, за исключением генетических исследований), аллергологические (ингаляционная, пищевая, атопическая, педиатрическая, общая панели; при условии невозможности проведения исследования иным методом, допускается проведение исследования методом иммуноблотинга по согласованию со страховщиком), паразитологические, гормональные исследования, ПЦР-диагностика инфекций (РИФ, ИФА), в том числе на ИППП до установления диагноза, онкомаркеры до установления диагноза, исследование системы гемостаза; исключены: лабораторные исследования методом: ФиброТест, ФиброМакс, СтеатоСкин, типирование и количественное определение ДНК вирусных инфекций, спермограмма, жидкостная цитология, анализ крови на ХГЧ, АМГ, ГСПГ, TORCH-инфекции, витамин Д, забор материала для исследования на дому;
- обследование на хеликобактер пилори методом ИФА или методом дыхательного уреазного теста;

- функциональная диагностика (ЭКГ, РВГ, РЭГ, ЭЭГ, ЭНМГ, ФВД, тредмил – тест или велоэргометрия (ВЭМ), мониторинг ЭКГ (24 часа) и АД, аудиометрия, импедансометрия.) за исключением Вега-теста;
- ультразвуковые исследования по медицинским показаниям;
- эндоскопические исследования органов пищеварения, дыхания, мочеполовых и др. органов, без применения общей анестезии и седации, в том числе медикаментозной и подготовки к ней; исключена: капсульная видеоэндоскопия;
- диагностическая биопсия лимфатического узла, щитовидной железы, шейки матки, других органов и тканей;
- рентгенологические исследования, в том числе с контрастом;
- малые оперативные и диагностические вмешательства (проведение операций, послеоперационное наблюдение и лечение, за исключением использования в хирургии лазерных установок), в т.ч.:
  - обработка ран или инфицированных тканей в случаях травматических и термических повреждений, включая ожоги и обморожения;
  - наложение и снятие швов; удаление инородных тел из мягких тканей;
  - оперативное лечение гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, панариций, нагноившаяся атерома, нагноившаяся гематома, гидрадениты);
  - вправление вывихов, репозиция отломков, наложение иммобилизации, за исключением использования ортезов и пластиковых средств иммобилизации;
  - удаление нагноившегося вросшего ногтя, за исключением пластики ногтевого валика;
  - лазерная коагуляция сетчатки по экстренным показаниям;
  - медицинские манипуляции по назначению врача (перевязки, инъекции без стоимости лекарственных препаратов, дренаж, ингаляции, промывание лакун миндалин, внутрисуставные и параартикулярные, паравертебральные блокады без стоимости лекарственного препарата и др.);
- исключены:** PRP – терапия, терапевтическое и хирургическое лечение с использованием лазерных установок, в том числе CO<sub>2</sub> лазера (SmartXide DOT2, Mona Lisa Touch, Alma Lasers и других аппаратов, имеющих схожие характеристики), внутрисуставное введение лекарственных препаратов с профилактической целью;
- гинекологические вмешательства (конизация, или эксцизия, или радиоволновая коагуляция шейки матки), за исключением лазерной и аргоноплазменной коагуляции - однократно в течение срока страхования по медицинским показаниям;
- проведение офисной гистероскопии, без госпитализации, без применения общей анестезии и седации, в том числе медикаментозной.
- радиоизотопные методы исследования (сканирование, скintiграфия, радиометрия, радиография), урография, маммография 1 раз в год по каждой позиции за период страхования, за исключением обследования методом томосинтеза;
- компьютерная томография (КТ) – не более 2-х (двух) анатомических зон за срок страхования, в том числе КТ-денситометрия, рентгенологические исследования в формате 3D, 4D (КЛКТ, ультрасонография, сканирование), за исключением КТА (компьютерной томографической ангиографии); магнитно-резонансная томография (МРТ) – не более 2-х (двух) анатомических зон либо магнитно-резонансная томография (МРТ) + магнитно-резонансная ангиография (МРА) однократно за срок страхования; исключена: позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ);
- пребывание в дневном стационаре однократно в период действия договора страхования за исключением проведения оперативных вмешательств под наркозом;
- восстановительное лечение по медицинским показаниям: физиотерапевтические процедуры (электро -, свето-, теплотечение, магнито - и лазеротерапия, ультразвуковая, микроволновая терапия) без ограничения количества и сочетания процедур; за исключением высокоинтенсивной ВТЛ лазера - и магнитотерапии, электромагнитной стимуляции малого таза (лечения на аппарате ВТЛ *EMSELLA* и других аппаратах, имеющих схожие характеристики); классическая иглорефлексотерапия (ИРТ) (не более 10 процедур за период страхования); ударно-волновая терапия (УВТ) (не более 5 процедур за период страхования);

- один из видов массажа: классический ручной, механический, электростатический вибромассаж 2-х (двух) анатомических зон за период страхования не более 10 (десяти) процедур каждый, либо ПДМ (подводный душ массаж) \* – не более 10 (десяти) процедур за срок страхования;
  - ЛФК в группе;
  - Грязелечение либо водолечение, в том числе ПДМ (подводный душ массаж) \*, ванны: минерально – жемчужные, с бишофитом и др., за исключением радоновых ванн) – не более 10 (десяти) процедур за срок страхования. Исключены: гидромассажные ванны, бассейн, ЛФК в бассейне и аквааэробика.
- \*ПДМ (подводный душ – массаж) одновременно списывается с лимита, как по массажу, так и по водо/грязелечению.
- вакцинация против гриппа однократно за период страхования.

Проведение повторных (сравнительных) консультаций и обследований с целью сбора мнений специалистов в различных ЛПУ, по желанию застрахованного лица и консультаций врачей одной специальности в разных ЛПУ по желанию застрахованного лица - не являются страховым случаем.

Подготовка к стационарному лечению (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов) при отсутствии Программы «Стационарная помощь» не является страховым случаем.

Страховщик имеет право определять организации здравоохранения для оказания медицинской помощи Застрахованным лицам, согласно интересам и предпочтениям застрахованного лица, в соответствии с Программами добровольного страхования, предусмотренными Договором страхования.

Объем, качество и условия оказания медицинских услуг застрахованным лицам регламентируются: клиническими протоколами диагностики и лечения Министерства здравоохранения Республики Беларусь, медицинскими показаниями, национальными и международными клиническими рекомендациями, Правилами страхования и условиями Программы страхования.

**2. Медикаментозное обеспечение** при амбулаторно-поликлиническом лечении в пределах 150 (Ста пятидесяти) долларов США за год страхования. Страховая компания оплачивает: лекарственные препараты, назначенные врачом организации здравоохранения государственной и коммерческой формы собственности, а также индивидуальным предпринимателем, и отпущенные Застрахованному лицу на территории Республики Беларусь по поводу заболевания, являющегося страховым случаем, в пределах суммы, установленной за год страхования по программе Амбулаторно-поликлиническая помощь.

Медикаментозное обеспечение предусматривает возмещение расходов аптечной сети, с которой у Страховщика заключен договор на отпуск лекарственных препаратов, либо Застрахованному лицу (его законному представителю) на основании рецептурных бланков, в том числе электронных рецептов (список аптек прилагается). Для получения лекарственных средств необходимо предъявить рецепт (электронную карту рецептов), индивидуальную карту застрахованного лица и паспорт.

Выдача медикаментов застрахованным лицам производится по рецептурному бланку врача лечебного учреждения, с которым у страховой компании заключен договор. Рецептурный бланк необходим на все препараты, включая безрецептурные.

Страховщик **не оплачивает** следующие препараты по дополнительной услуге медикаментозное обеспечение:

- биологически активные добавки (БАД), гомеопатические препараты, травяные сборы;

- витамины, минералы и их комплексы;
- гормональные препараты, используемые в контрацептивных целях, средства по контролю над рождаемостью;
- питательные смеси и препараты для лечебного питания;
- лечебную косметику;
- препараты, используемые для профилактики заболеваний;
- препараты для лечения заболеваний, указанных в пунктах 3.5, 3.6 настоящих Правил, если иное не предусмотрено вариантом Программы страхования и Договором страхования;
- лекарственные препараты, приобретенные за рубежом;
- изделия и препараты медицинского назначения, в т.ч. средства личной гигиены, медицинскую технику, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантаты и др.

### **3. Стоматологическое лечение** в пределах 100 (Ста) долларов США, суммы, установленной за год страхования:

- первичные консультации врачей-специалистов;
- терапевтическое лечение острого состояния и обострения хронических процессов твердых тканей зубов;
- хирургическая помощь при острых и обострении хронических заболеваний зубочелюстной системы;
- удаление зубов различной сложности (включая ретинированные, дистопированные и сверхкомплектные);
- лечение острых форм и обострение хронических воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- местная анестезия;
- рентгенодиагностика, в т.ч. ортопантограмма;
- дентальная КТ 1 раз в год, кроме случая подготовки к зубопротезированию и имплантации, ортодонтии;
- физиотерапевтические процедуры при острых состояниях;
- терапевтическое лечение острых заболеваний пародонта и обострений пародонтита в течение срока действия договора страхования (не более 5 процедур в течение действия договора страхования);
- профессиональная гигиена полости рта, покрытие зубов фторсодержащим препаратом, за исключением аппаратной чистки Air Flow, PerioScan, однократно в течение срока страхования.

#### Исключение составляют:

- замена старых пломб с косметической или профилактической целью;
- хирургическое и аппаратное лечение пародонтита;
- депофорез;
- терапевтическое лечение пародонтита (свыше пяти процедур при локальных формах);
- зубопротезирование, микропротезирование, шинирование, имплантация и ортодонтия и подготовкой к ним;
- эстетическая стоматология;
- отбеливание зубов.

### **4. Не относятся к страховым случаям расходы, связанные с:**

- 4.1. несчастным случаем, произошедшим с Застрахованным лицом вследствие совершения им действий, в которых установлены признаки преступления, административного правонарушения, а также вследствие алкогольного опьянения либо в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;
- 4.2. диспансерным медицинским осмотром и наблюдением;

- 4.3. предоставлением организациями здравоохранения услуг парикмахера, косметолога и иных услуг, не связанных со страховым случаем, приобретением и прокатом кондиционера, увлажнителя воздуха, испарителя, спортивных тренажеров и иного оборудования подобного рода;
- 4.4. обращением Застрахованного лица в организацию здравоохранения без согласования со Страховщиком, за исключением случаев, оговоренных в подпункте 7.6.6 настоящих Правил;
- 4.5. лечением членов семьи Застрахованного лица, если они не являются Застрахованными лицами по договору страхования;
- 4.6. лечением у медицинского работника, состоящего в родственных отношениях с Застрахованным лицом;
- 4.7. получением Застрахованным лицом медицинской помощи до начала или после истечения срока действия страхования, за исключением оплаты расходов по экстренной госпитализации согласно подпункту 3.2.2 настоящих Правил;
- 4.8. получением Застрахованным лицом медицинских услуг в организациях здравоохранения и (или) у индивидуального предпринимателя, которые не предусмотрены программой страхования;
- 4.9. получением Застрахованным лицом справок, не имеющих отношения к страховому случаю, в том числе: на ношение оружия, вождение автотранспорта, посещение бассейна, для трудоустройства, поступления в учебные заведения, выезд за рубеж; обязательным медицинским осмотром с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий, в том числе профилактической диспансеризацией с целью определения факторов риска развития нарушения здоровья, выписки рецептурных бланков на приобретение препаратов постоянного приема, если иное не оговорено Программой страхования и условиями Договора страхования;
- 4.10. санаторно–курортным лечением, реабилитационно – восстановительным лечением в условиях санатория, проведением оздоровительных и реабилитационных мероприятий при хронических заболеваниях в стадии ремиссии, вне стадии обострения (тренажеры, солярий, бассейн, коррекция веса, спелеотерапия и т.д.);
- 4.11. получением Застрахованным лицом медицинских услуг, не предусмотренных Программой страхования.

## **5. Не подлежат возмещению медицинские расходы, связанные с:**

- 5.1 лечением алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений, подтвержденных документом организации здравоохранения, независимо от сроков их выявления;
- 5.2 лечением острых и хронических заболеваний, вызванных воздействием ионизирующей радиации;
- 5.3 лечением психических расстройств и расстройств поведения (соматоформные расстройства, тики, депрессивный эпизод и др.), лечением последствий травм и заболеваний, возникших в связи с заболеванием психической природы, в том числе эпилепсии, а также психотерапевтическим лечением, включая гипнотерапию;
- 5.4 лечением врожденных аномалий (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения), наследственных заболеваний, ДЦП, ортопедических нарушений (все виды плоскостопия, кифоз, сколиоз), последствий родовых травм;
- 5.5 лечением хронической печеночной и почечной недостаточности, требующей проведения гемодиализа, плазмафереза, гемосорбции или других экстракорпоральных методов лечения;
- 5.6 сеансы литотрипсии за исключением оказания скорой и неотложной медицинской помощи при впервые выявленном заболевании в период действия договора страхования;
- 5.7 лечением профессиональных заболеваний;
- 5.8 искусственным прерыванием беременности, за исключением оказания скорой и неотложной медицинской помощи в результате несчастного случая, возникшего в период действия договора страхования;
- 5.9 ведением беременности и родов, послеродового периода и периода лактации, в том числе осложненного, если иное не предусмотрено вариантом программы страхования и договором страхования;

- 5.10 половыми расстройствами и бесплодием, импотенцией, экстракорпоральным оплодотворением, внутриматочной инсеминацией, вазэктомией и стерилизацией женщин, изменением пола, возрастными изменениями (менопауза, климактерический период, особенности физического и нервно – психического развития детей), в том числе с патологическим течением, использованием препаратов и средств контроля над рождаемостью, в том числе введение и удаление внутриматочной спирали с целью контрацепции;
- 5.11 проведением любых генетических исследований;
- 5.12 коррекцией слуха техническими средствами, возмещением стоимости слуховых аппаратов;
- 5.13 коррекцией зрения с помощью контактных линз; лечением косоглазия, глаукомы, катаракты; возмещением стоимости очков, контактных линз и их подбором;
- 5.14 оперативной и лазерной офтальмокоррекцией близорукости, дальнозоркости и астигматизма, лазерная коагуляция сетчатки при отсутствии экстренных показаний, если иное не предусмотрено вариантом Программы страхования и Договором страхования;
- 5.15 стоматологическим терапевтическим и хирургическим лечением острых и обострений хронических заболеваний зубов и периодонта, проводимыми при этом диагностическими исследованиями, заменой старых пломб с косметической или профилактической целью, хирургическим и аппаратным лечением пародонтита, депофорезом, терапевтическим лечением пародонтита (свыше пяти процедур при локальных формах), зубопротезированием, микропротезированием, имплантацией и ортодонтией и подготовкой к ним, эстетической стоматологией, снятием зубных отложений, отбеливанием зубов, если иное не предусмотрено вариантом Программы страхования и Договором страхования;
- 5.16 лечением сердечно - сосудистых заболеваний, требующих аортокоронарного шунтирования, ангиопластики, стентирования сосудов и подготовкой к ним, если иное не предусмотрено конкретным видом и объемом высокотехнологичной медицинской помощи, указанной в соответствующем варианте Программы страхования и Договоре страхования;
- 5.17 трансплантацией, ауто трансплантацией, имплантацией, эндопротезированием, всеми видами пластических и реконструктивных операций в целях устранения косметических дефектов, в том числе кожи и слизистых оболочек (папиллом, гемангиом, бородавок, невусов, остроконечных кондилом, контагиозных моллюсков, мозолей, натоптышей и др.), улучшения внешнего вида, за исключением случаев, связанных с восстановлением и/или коррекцией после несчастного случая, возникшего в период действия договора страхования, а также если иное не предусмотрено конкретным видом и объемом высокотехнологичной медицинской помощи, указанной в соответствующем варианте Программы страхования и Договоре страхования;
- 5.18 ортопедическим лечением плоскостопия (супинаторы, вкладыши для коррекции стопы), лечением деформированных ногтей (ониходистрофия), за исключением случая острого воспалительного процесса, приобретения костылей, протезов, инвалидных колясок;
- 5.19 диагностикой и лечением себореи, всех видов аллопеции, гипергидроза, микроспории, заболеваний волос;
- 5.20 обследованием и лечением методами нетрадиционной медицины (иридодиагностика, биорезонансная диагностика, апитерапия, ароматерапия, гирудотерапия, гомеопатия, электроакупунктура, гемосканирование, спектрально-динамический метод, талассотерапия, фитотерапия, аюрведа, мезотерапия, остеопатия, гидроклоноотерапия, озонотерапия, тейпирование, гипноз, гипербарическая оксигенация, криотерапия и др.), если иное не предусмотрено вариантом Программы страхования и Договором страхования;
- 5.21 лечением, являющимся по характеру экспериментальным или исследовательским; экстракорпоральные методы лечения (плазмаферез, гемосорбция, внутривенное и надвенозное лазерное и УФ облучение крови и др.), услуги телемедицины;
- 5.22 иммунизацией, за исключением экстренной профилактики по жизненным и эпидемическим показаниям (кроме заболеваний, указанных в п. 3.6.6. Правил и в п. 6.6 данной Программы страхования) и если иное не предусмотрено вариантом Программы страхования и Договором страхования;
- 5.23 лечением ВИЧ-инфекции, установленной в период действия Договора страхования;

- 5.24 лечением осложнений заболеваний, явившихся следствием нарушения курса лечения, назначенного лечащим врачом или лечебного режима;
- 5.25 лечением осложнений, явившихся следствием терапевтического или хирургического лечения по поводу заболевания или травмы, имеющих место до начала действия договора страхования;
- 5.26 лечением заболеваний, явившихся причиной установления Застрахованному лицу инвалидности;
- 5.27 лечением дефектов речевого развития;
- 5.28 медикаментозным обеспечением, если иное не предусмотрено вариантом программы страхования и договором страхования;
- 5.29 медицинскими услугами или медикаментозным обеспечением, не являющимися необходимыми с точки зрения выставленного диагноза или лечения болезни, примененными по желанию Застрахованного лица, а не по медицинским показаниям;
- 5.30 хирургическим, в том числе малоинвазивным, лечением в оториноларингологии, флебологии, урологии, проктологии (в перианальной и параректальной области, в области ануса), кросслинкингом, PRP – терапией, терапевтическим и хирургическим лечением с использованием лазерных установок, в том числе CO2 лазера (SmartXideDOT2, MonaLisaTouch, AlmaLasers и других аппаратов, имеющих схожие характеристики), внутрисуставным введением лекарственных препаратов с профилактической целью, если иное не предусмотрено вариантом Программы страхования и Договором страхования;
- 5.31 послеоперационным наблюдением и лечением по поводу операции, которая не является страховым случаем;
- 5.32 лечением заболеваний с применением биомедицинских клеточных продуктов.

**6. При выявлении у Застрахованного лица в период действия договора страхования заболеваний из числа, указанных в настоящем пункте, Страховщик оплачивает медицинскую помощь, оказанную Застрахованному лицу в соответствии с программой страхования, только до установления окончательного диагноза, а именно:**

- 6.1 демиелинизирующих заболеваний нервной системы (рассеянный склероз, сирингомиелия), прогрессирующих мышечных дистрофий, эпилепсии, церебрального паралича;
- 6.2 хронических кожных заболеваний в т.ч. псориаз, нейродермит, истинная экзема, угревая болезнь (акне), глубокие микозы и микозы ногтевых пластинок, демодекоз, дерматит вне стадии обострения, атопический дерматит;
- 6.3 системных заболеваний соединительной ткани, в том числе ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, системная склеродермия, системная красная волчанка;
- 6.4 неспецифических заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвенный колит, болезнь Крона и др.);
- 6.5 туберкулеза, муковисцидоза, саркоидоза независимо от клинической формы и стадии процесса;
- 6.6 особо опасных инфекционных заболеваний (оспа, чума, малярия, холера, сибирская язва, сыпной тиф и др., а также заболеваний, внесенных в список представляющих опасность для здоровья населения);
- 6.7 заболеваний и инфекций, передающихся половым путем, их осложнений\* (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, трихомониаз, сифилис, гонорея, ВПГ 2 типа, ВПЧ), если иное не предусмотрено вариантом Программы страхования и Договором страхования;
- 6.8 онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. заболеваний лимфатической и кроветворной системы) и их осложнений;
- 6.9 доброкачественных новообразований, кист и узловых образований, их осложнений, если иное не предусмотрено вариантом Программы страхования и Договором страхования;
- 6.10 сахарного диабета 1 типа, тяжелых форм 2 типа, специфических типов сахарного диабета и их осложнений, диффузного токсического зоба, аутоиммунного тиреоидита;
- 6.11 гепатита В, С, D, G, цирроза печени вирусной и токсической этиологии и их осложнений.

\* При выявлении у Застрахованного лица ИППП (инфекций, передающихся половым путем) либо в случае отказа Застрахованного лица предоставить по запросу специалиста службы сопровождения клиентов страховой компании результаты анализов на ИППП, последующая организация медицинских услуг по гинекологии (урологии) приостанавливается до предоставления им отрицательных результатов обследования на ИППП и заключения врача, с указанием, что инфекция пролечена.

### **7. Организация медицинского обслуживания:**

В случае внезапного расстройства здоровья, обострения хронического заболевания, несчастного случая Застрахованное лицо обязано незамедлительно, в течение суток, до обращения за медицинской помощью при наступлении страхового случая обратиться по телефонам, указанным в индивидуальной карточке Застрахованного лица, к представителю Страховщика:

в рабочие дни в часы работы офиса ПН-ЧТ с 9.00 до 18.00, ПТ до 17.00:

стационарные телефоны: (17) 324 92 62, (017) 342 95 90,

мобильные телефоны: +375 29 309 74 67, +375 29 544 46 45,

мобильные телефоны +375 29 328-90-00, +375 33 328-92-89 (для круглосуточного доступа)

и сообщить следующую информацию:

- фамилию и имя;
- номер договора страхования или карточки застрахованного лица;
- жалобы на состояние здоровья;
- номер телефона и адрес, по которым можно связаться при первой возможности;
- иную информацию, запрашиваемую Страховщиком.

В случае, когда все линии заняты разговором, можно оставить заявку для организации медицинской помощи в чат-боте страховой компании через мессенджеры Viber либо Telegram (ссылка на чат-бот: чат-бот: <https://ken.by/chat-bot>), а также на e-mail: [med@ken.by](mailto:med@ken.by), либо на сайте <https://ken.by/> в разделе Здоровье, в режиме работы офиса, либо иным доступным способом. Пересылка медицинской документации, запрашиваемой Страховщиком, производится с помощью чат-бота страховой компании через мессенджеры Viber либо Telegram или на e-mail: [med@ken.by](mailto:med@ken.by), в часы работы офиса.

После 18.00, в выходные и праздничные дни, для организации медицинской помощи в **срочном** порядке, **принимаются звонки** по номерам телефонов: +375 29 328-90-00, +375 33 328-92-89.

После согласования представителем Страховщика визита в медицинскую организацию и (или) к индивидуальному предпринимателю, Застрахованное лицо уведомляется о дате, времени и месте оказания медицинской помощи.

Обработка поступивших звонков, сообщений и заявок на организацию медицинской помощи осуществляется по степени важности поступившей информации, при этом по острым состояниям медицинская помощь организуется в первую очередь. Заявки на плановые консультации, обследования и иные медицинские услуги по медицинским показаниям, обрабатываются в течение дня в зависимости:

- от режима работы и особенностей медицинской организации и (или) индивидуального предпринимателя;
- времени поступления заявки (заявки, поступившие по электронной почте, в чат - бот или через сайт страховой компании после 16.00, в выходные и праздничные дни могут быть обработаны до 12.00 следующего рабочего дня);
- проведения медицинской экспертизы поступивших документов.

В отдельных случаях, при объективной невозможности по независящим от Страховщика причинам, оперативно организовать медицинскую помощь, Застрахованное лицо ставится об этом в известность, и согласовываются допустимые сроки.

В экстренных случаях, требующих оказания скорой и неотложной медицинской помощи, когда промедление может угрожать жизни или здоровью Застрахованного лица, оно имеет право обращаться за медицинской помощью без предварительного согласования со Страховщиком. Однако Застрахованное лицо (Страхователь или представитель Застрахованного лица) должно при первой же возможности, но не позднее 3 (трех) рабочих дней, связаться по телефону со Страховщиком и сообщить о факте наступления события, которое может быть признано страховым случаем.

**Застрахованное лицо обязано:**

- при обращении в организацию здравоохранения за медицинской помощью предъявлять документ, удостоверяющий личность, и индивидуальную карту застрахованного лица;
  - соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный организацией здравоохранения;
  - контролировать остатки страховой суммы, отдельных страховых сумм по дополнительным услугам, установленных в договоре страхования в отношении застрахованного лица;
  - пользоваться индивидуальной картой Застрахованного лица лично и не передавать другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования;
- для принятия решения о наличии страхового случая и организации медицинских услуг Застрахованное лицо обязано предоставить по требованию Страховщика консультативное заключение (копию) с рекомендациями по обследованию и лечению, результаты обследования. Медицинская документация, в том числе направление на диагностическое обследование, должна быть оформлена в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Застрахованное лицо имеет право на самостоятельную оплату медицинских услуг, в том числе приобретение медикаментов, предусмотренных Программой страхования, и предварительно согласованных со Страховщиком, в случае невозможности организации медицинской помощи в лечебных учреждениях из приложенного списка или отсутствия лекарственных препаратов в аптечных сетях, заключивших договоры на отпуск лекарственных средств со Страховщиком.

Представитель Страховщика имеет право оценивать обоснованность назначенных исследований и видов лечения в соответствии с действующими клиническими протоколами диагностики и лечения заболеваний, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь, в рамках заболевания, ставшего причиной обращения за организацией медицинской помощи, и принимать решение об объеме медицинских услуг, предоставляемым по условиям страховой медицинской программы.

При обнаружении обстоятельств, которые по закону или по настоящим Правилам полностью или частично лишают Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) права на страховое обеспечение, Застрахованное лицо обязано в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения письменного уведомления возратить Страховщику выплаченное страховое обеспечение (или его соответствующую часть). За каждый день просрочки возврата страхового обеспечения (его части) со дня, следующего за истечением указанного для оплаты срока, Страховщик вправе начислить пеню в размере 0,1 процента от суммы, подлежащей возврату.