

Территория:	Республика Беларусь
Страхователь:	Физическое лицо, уплатившее страховой взнос
Застрахованное лицо:	Физическое лицо в возрасте от 3 до 60 лет (включительно) , в пользу которого заключается договор страхования. Договор страхования может быть заключен в пользу <u>только одного Застрахованного лица</u> . Страхователь и Застрахованное лицо могут НЕ совпадать .
Срок страхования	1 год
Договор вступает в силу	Через 7 календарных дней с даты его заключения Пример: дата заключения: 01.09.2023 договор вступает в силу с 08.09.2023 срок страхования с 08.09.2023 по 07.09.2024
Страховой взнос	РЕЗИДЕНТЫ – 448 BYN
Страховая сумма	7466,67 BYN
Уплата взноса	единовременно
Не подлежат страхованию лица:	<ul style="list-style-type: none"> • состоящие на учете в психоневрологическом, наркологическом, туберкулезном, кожно-венерологическом диспансерах; • инвалиды 1 и 2 группы; • страдающие онкологическими заболеваниями (злокачественные новообразования, в том числе онкологические заболевания кроветворной и лимфатической систем); • ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом; • находящиеся на стационарном лечении при заключении договора страхования; • больные аутоиммунными (системными) заболеваниями.
Вариант программы страхования и страховой случай	«КОМФОРТ Лайт» Страховым случаем является факт понесенных Выгодоприобретателем расходов, связанных с предоставлением Застрахованному лицу медицинской помощи, предусмотренной Договором (программой страхования), ввиду внезапного расстройства здоровья Застрахованного лица, несчастного случая (травмы, ожога, отравления, обморожения и т.д.), хронического заболевания в стадии обострения или неполной ремиссии, за исключением диспансерного наблюдения.
Медицинские учреждения	<ul style="list-style-type: none"> • медицинские организации государственной формы собственности (районные, городские, областные, республиканские), за исключением ГУ «РКМЦ» Управления делами Президента Республики Беларусь, с которыми у страховой компании заключены договоры на оказание платных медицинских услуг; • медицинские организации негосударственной формы собственности и (или) к индивидуальному предпринимателю, расположенные в областных (кроме г. Минска) и районных центрах, с которыми у страховой компании заключены договоры на оказание платных медицинских услуг, за исключением медицинского центра «ЛОДЭ»; • следующие медицинские организации негосударственной формы собственности, расположенные в г. Минске: медицинские центры «Медпрактика», «Седьмое небо», «Эксана», «Арс-Валео», «МедАвеню», «Праксис-Мед», «Внуки Гиппократа», «Кравира», «Сантэ», «МТЗ», «МедАрт», «Горизонт», «Терра-Медика», «Грандмедика», «Любимый доктор», «Мелисса-Мед», «Кристия инвест», «ДомДок», «Медклиник», «Медицинская инициатива», «Авиценна», «Окомедсон», «Центр здорового сна», «Виамед», УЗИ медцентр доктора Лукашевича, «Кардиолита», «Ортоклиник», «Доктор ТУТ», «Бейби БОСС», «Эстетикавеню», «Территория Эдельвейс», «Центр Современной Педиатрии»; • специализированные лаборатории: «Хеликс», «Синлаб-ЕМЛ», «Инвитро»; • при невозможности организации медицинской помощи в лечебных учреждениях, с которыми у страховой компании заключены договоры на оказание платных медицинских услуг в областных и районных центрах (за исключением г. Минска), по согласованию со Страховщиком допускается обращение застрахованного лица в медицинскую организацию любой формы собственности на условиях оплаты собственными средствами с последующим возмещением расходов, при условии признания случая страховым.
Объем услуг по программе КОМФОРТ Лайт	<p>консультативно-диагностические приемы и наблюдение специалистов: терапевта – 8 раз, педиатра – 8 раз, гастроэнтеролога – 4 раза, кардиолога – 4 раза, оториноларинголога – 4 раза, офтальмолога – 2 раза, травматолога – 4 раза, хирурга – 4 раза, гинеколога – 6 раз, уролога – 6 раз, эндокринолога – 4 раза, проктолога – 2 раза, невролога – 4 раза, онколога (общий профиль) – 2 раза, дерматолога – 2 раза, инфекциониста – 2 раза, физиотерапевта – 1 раз в течение срока страхования. Исключение составляют: маммолог, ревматолог, кардиохирург, иммунолог, диетолог, психотерапевт, нарколог, психолог, психиатр, сомнолог, трихолог, андролог, сексолог, логопед, фоониатр, сурдолог, гомеопат, косметолог, подолог, вертебролог, нейрохирург, гинеколог – эндокринолог, гематолог, флеболог, венеролог, ангиохирург, остеопат, нефролог, гепатолог, пульманолог, кинезиолог, аллерголог, иглорефлексотерапевт, мануальный терапевт, реабилитолог, репродуктолог, врач ЛФК.</p> <p>вызов врача на дом при острых состояниях - однократно в течение срока страхования; выдача и ведение листков нетрудоспособности договором страхования не предусмотрена!</p> <p>Страховщик гарантирует оплату рекомендаций лечащего врача при условии организации первичной консультации самим Страховщиком или при самостоятельной оплате такой услуги в медицинских организациях и (или) у индивидуального предпринимателя, указанных выше.</p> <p>лабораторные исследования:</p> <p>общеклинические – не более 10 исследований за период действия Договора страхования;</p> <p>биохимические: до 10 (десяти) показателей одномоментно – 3 (три) исследования за период действия Договора страхования, более 10 (десяти) показателей одномоментно – 1 (одно) исследование за период действия Договора страхования, за исключением исследования на содержание витаминов;</p> <p>бактериологические, в т.ч. исследование на дисбактериоз – 2 (два) исследования за период действия Договора страхования;</p> <p>гистологические – 2 (два) исследования за период действия Договора страхования;</p> <p>цитологические – 2 (два) исследования за период действия Договора страхования, за исключением жидкостной</p>

цитологии;

гормональные исследования, не более **3 (трех)** показателей за период действия Договора страхования;

ПЦР (или РИФ, или ИФА) диагностика, в том числе на ИППП: **1 (один)** раз за период действия Договора страхования не более **3 (трех)** показателей за период действия Договора страхования;

онкологические маркеры по медицинским показаниям – **1 (один) раз**, не более **2 (двух)** показателей за период действия Договора страхования;

дыхательный урезный тест – **1 (один)** раз за период действия Договора страхования;

исследование системы гемостаза – **1 (одно)** исследование за период действия Договора страхования;

Исключение составляют: спермограмма, генетические исследования, иммунологические исследования, аллергологические исследования, анализ крови на ХГЧ, АМГ, TORCH-инфекции, экспресс-тесты; исключены лабораторные исследования методом: ФиброТест и ФиброМакс, СтеатоСкин, КВАНТ, Фемофлор, Фемофлор – скрин, Флороциноз, типирование и количественное определение ДНК вирусных инфекций, забор материала для лабораторных исследований на дому;

инструментальные методы исследования:

- **функциональная диагностика однократно** по каждой позиции за период действия Договора страхования: электрокардиограмма (ЭКГ), реовазография (РВГ), реоэнцефалография (РЕГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), спирометрия или определение функции внешнего дыхания (ФВД), тредмил тест или велоэргометрия (ВЭМ), холтеровское мониторирование ЭКГ (не более 24 часов) и суточное мониторирование АД, аудиометрия, импедансометрия, тимпанометрия, за исключением ЭНМГ и Вега-теста;

- **ультразвуковая диагностика (УЗИ)** не более **3 (трех)** исследований за период действия Договора страхования, исключая стресс ЭХО-КГ;

- **рентгенологические исследования** без контрастирования и подготовки к нему – **3 (три)** исследования, в том числе **маммография 1 (один)** раз за период действия Договора страхования, за исключением снимков в 3D и 4D форматах, за исключением высокоточных методов исследования (урография, метросальпингография, томосинтез, радиоизотопные исследования, ПЭТ);

- **эндоскопические исследования:** ЭФГДС, фиброколоноскопия, ректосигмоаноскопия, отоскопия, без применения общей анестезии и подготовки к ней, а также без седации, в том числе медикаментозной, кольпоскопия, в том числе расширенная и видео - **1 (одно)** исследование за период действия Договора страхования, при этом anoskopию и ректосигмоскопию считать за одно исследование; исключена: бронхоскопия, лапароскопия, гистероскопия, уретроскопия, эндоультрасонография, капсульная эндоскопия;

- **КТ** без ангиографии, или **МРТ** (магнитно-резонансная томография), или **МРА** (магнитно-резонансная ангиография) – **1 (один)** раз, **1 (одна)** анатомическая зона, без контрастирования и подготовки к нему, в медицинских организациях **государственной формы собственности**, при наличии направления, по назначению врачей медицинских организаций и (или) индивидуального предпринимателя, предусмотренных договором страхования.

малые оперативные и диагностические вмешательства:

- **диагностическая биопсия:** - **2 (два)** исследования за период действия Договора страхования;

- обработка ран или инфицированных тканей в случаях травматических и термических повреждений, включая ожоги и обморожения;

- наложение швов на раны и их снятие;

- оперативное лечение гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, панариций, нагноившаяся атерома, нагноившаяся гематома, гидрадениты), оперативное лечение неинфекционного воспалительного процесса на веке (халазион) в стадии обострения, без использования лазерных установок;

- удаление нагноившегося вросшего ногтя, за исключением пластики ногтевого валика, без использования лазерных установок;

- вправление вывихов, репозиция отломков, наложение иммобилизации, за исключением использования ортезов и пластиковых средств иммобилизации;

- местная анестезия.

Исключены: оториноларингологические, проктологические, гинекологические, флебологические, урологические операции, оперативные вмешательства, требующие пребывания застрахованного лица в стационаре, в том числе дневном, с использованием общей анестезии и седации, в том числе медикаментозной.

медицинские манипуляции по назначению врача:

- перевязки, инъекции, дренаж, промывание лакун небных миндалин не более **5 (пяти)** процедур по каждой манипуляции, за период действия Договора страхования, без стоимости лекарственных препаратов; исключение составляют: проведение блокад (паравerteбральных, внутрисуставных, эпидуральных и т.д.), внутрисуставное введение лекарственных средств;

физиотерапевтическое лечение в медицинских организациях государственной формы собственности после перенесенных заболеваний и травм в период действия Договора страхования: электро-, свето-, теплотечение, магнито- и лазеротерапия, ультразвуковая, микроволновая терапия) не более **20 (двадцати)** процедур в совокупности за период действия Договора страхования, за исключением высокоинтенсивной ВТЛ лазеро- и магнитотерапии.

Проведение повторных (сравнительных) консультаций врачей одной специальности и обследований с целью сбора мнений специалистов в различных медицинских организациях и (или) у индивидуальных предпринимателей, по желанию застрахованного лица, подготовка к стационарному лечению (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов) - не является страховым случаем.

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.

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 и принимать решение об объеме медицинских услуг, предоставляемым по условиям страховой медицинской программы.

Страховщик имеет право определять медицинскую организацию и (или) индивидуального предпринимателя для оказания медицинской помощи Застрахованным лицам в соответствии с Программой страхования, предусмотренной Договором.

**НЕ
ОПЛАЧИВАЕТС
Я**

Страховщик **не признаёт страховым случаем и не возмещает** расходы, указанные в п.п. 3.4, 3.5, 3.7 Правил страхования, в том числе не оплачивается:

- лечение в стационаре;
- стоматологическое лечение;
- диагностика и лечение, не назначенное (не указанное в назначении) врачом, не являющееся необходимым с точки зрения выставленного диагноза или лечения заболевания, примененное по желанию Застрахованного лица, а не по медицинским показаниям;
- получение медицинских услуг в медицинских организациях и (или) у индивидуального предпринимателя, которые не предусмотрены Договором;
- получение медицинских услуг, не определенных Договором;
- лечение членов семьи Застрахованного лица, если они не являются Застрахованными лицами по Договору, лечение у медицинского работника, состоящего в родственных отношениях с Застрахованным лицом;
- приобретение БАДов, гомеопатических средств, травяных сборов, витаминов и минералов, питательных смесей, лечебного питания, лечебной косметики, изделий медицинского назначения, в т.ч. средств личной гигиены, лекарственных средств постоянного приема и приобретенных за рубежом, а также иных лекарственных средств, указанных в п. 3.7. Правил;
- получение Застрахованным лицом медицинской помощи до начала или после истечения срока действия Договора страхования;

Не относятся к страховым случаям расходы, связанные с:

- расстройством здоровья в результате умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица), вследствие воздействия ядерного взрыва, ионизирующей радиации, вследствие военных действий, гражданской войны, если международными договорами Республики Беларусь, актами законодательства или Договором не предусмотрено иное.
- получением Застрахованным лицом справок, не имеющих отношения к страховому случаю: на ношение оружия, вождение автотранспорта, посещение бассейна, для трудоустройства, поступления в учебные заведения, выезда за рубеж; обязательным медицинским осмотром с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий, в том числе профилактической диспансеризацией с целью определения основных факторов риска развития нарушения здоровья, выписки рецептурных бланков на приобретение лекарственных препаратов постоянного приема, если иное не оговорено условиями настоящего Договора страхования.
- лечением психических расстройств и расстройств поведения (соматоформные расстройства, тики, депрессивный эпизод и др.), травм и заболеваний, возникших, в связи с этим, в том числе в результате эпилепсии, а также психотерапевтическим лечением, включая гипнотерапию;
- лечением врожденных аномалий (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения), наследственных заболеваний, ДЦП, ортопедических нарушений, последствий родовых травм;
- лечением хронической печеночной и почечной недостаточности, требующей проведения гемодиализа, плазмафереза, гемосорбции или других экстракорпоральных методов лечения;
- сеансы литотрипсии;
- лечением профессиональных заболеваний;
- искусственным прерыванием беременности, за исключением оказания скорой и неотложной медицинской помощи в результате несчастного случая, возникшего в период действия Договора;
- ведением беременности и родов, послеродового периода и периода лактации, в том числе осложненного, если иное не предусмотрено Договором;
- половыми расстройствами и бесплодием, планированием беременности, импотенцией, экстракорпоральным оплодотворением, внутриматочной инсеминацией, вазэктомией и стерилизацией женщин, изменением пола, возрастными изменениями с патологическим течением, использованием препаратов и средств контроля над рождаемостью, в том числе введение и удаление внутриматочной спирали с целью контрацепции;
- проведением любых генетических исследований;
- коррекцией слуха техническими средствами, возмещением стоимости слуховых аппаратов;
- коррекцией зрения с помощью контактных линз; лечением косоглазия, глаукомы, катаракты; возмещением стоимости очков, контактных линз и их подбором;
- оперативной и лазерной офтальмокоррекцией близорукости, дальнозоркости и астигматизма, лазерной коагуляции сетчатки, если иное не предусмотрено Договором;
- трансплантацией, аутотрансплантацией, имплантацией, эндопротезированием; всеми видами реконструктивных и пластических операций с целью устранения косметических дефектов, в том числе кожи и слизистых оболочек (папиллом, гемангиом, бородавок, невусов, остроконечных кондилом, контагиозных моллюсков, мозолей), улучшения внешнего вида;
- ортопедическим лечением плоскостопия (супинаторы, вкладыши для коррекции стопы), лечением деформированных ногтей (ониходистрофия), приобретения костылей, протезов, инвалидных колясок;
- диагностикой и лечением себореи, всех видов аллопеции, гипергидроза, микроспории, демодекоза, заболеваний волос;
- обследованием и лечением методами нетрадиционной медицины (иридодиагностика, биорезонансная диагностика, апитерапия, ароматерапия, гирудотерапия, гомеопатия, электроакупунктура, гемосканирование, спектрально-динамический метод, талассотерапия, фитотерапия, аюрведа, мезотерапия, остеопатия, гидроколлотерапия, озонотерапия, тейпирование, гипноз, гипербарическая оксигенация, криотерапия, и др.);
- лечением, являющимся по характеру экспериментальным или исследовательским; экстракорпоральные методы лечения (плазмаферез, гемосорбция, внутривенное лазерное и УФ облучение крови и др.);
- иммунизацией, за исключением экстренной профилактики по жизненным и эпидемическим показаниям, и если иное не предусмотрено Договором;
- лечением ВИЧ-инфекции, установленной в период действия Договора;
- услугами телемедицины, если иное не предусмотрено Договором;
- лечением осложнений, явившихся следствием терапевтического или хирургического лечения по поводу заболевания или травмы, имеющих место до начала действия Договора;
- лечением заболеваний, явившихся причиной установления Застрахованному лицу инвалидности;
- лечением дефектов речевого развития;
- лечением заболеваний с применением биомедицинских клеточных продуктов.
- При выявлении у Застрахованного лица в период действия настоящего Договора заболеваний из числа, указанных в настоящем пункте, Страховщик оплачивает оказанную медицинскую помощь, только до установления окончательного диагноза, а именно:
 - демиелинизирующих заболеваний нервной системы (рассеянный склероз, синингомиелия), прогрессирующих

3	<p>мышечных дистрофий, эпилепсии, церебрального паралича и др.;</p> <ul style="list-style-type: none"> - хронических кожных заболеваний, в т.ч. псориаз, истинная экзема, угревая болезнь (акне, розацеа), глубокие микозы и микозы ногтевых пластинок, атопический дерматит, онихомикозы и ониходистрофия; - системных заболеваний соединительной ткани, в том числе ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, системная склеродермия, системная красная волчанка; - неспецифических заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвенный колит, болезнь Крона и др.); - туберкулеза, муковисцидоза, саркоидоза независимо от клинической формы и стадии процесса; - особо опасных инфекционных заболеваний и заболеваний, внесенных как особо опасные, в список ВОЗ (оспа, чума, малярия, холера, сибирская язва, сыпной тиф, covid-19 и др.); - заболеваний и инфекций, передающихся половым путем (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, трихомониаз, сифилис, гонорея, ВПГ 1, 2 типа, ВПЧ), их осложнений, если иное не предусмотрено Договором страхования; - онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. заболеваний лимфатической и кровяной систем); - доброкачественных новообразований, кист, узловых образований и их осложнений; - сахарного диабета 1 типа и тяжелых форм 2 типа, специфических типов сахарного диабета и их осложнений, жирового гепатоза, диффузного токсического зоба, АИТ; - гепатита В, С, D, E, F, G, цирроза печени вирусной и токсической этиологии и их осложнений.
Страховая ВЫПЛАТА	<p>Порядок и условия выплаты страхового обеспечения: Страховщик производит выплату страхового обеспечения в пределах установленной настоящим Договором страховой суммы. Выплата страхового обеспечения осуществляется:</p> <ul style="list-style-type: none"> - медицинской организации и (или) индивидуальному предпринимателю на основании оригиналов либо копий (заверенных в установленном законодательством порядке) документов, а также справок, выписок, подтверждающих оказание медицинских услуг Застрахованному лицу в порядке, определенном договором на оказание медицинских услуг и Правилами страхования. - Застрахованному лицу (его законному представителю), самостоятельно оплатившему медицинские услуги.
Для получения медицинской помощи необходимо:	<p>Вариант I: 1. связаться с управлением добровольного медицинского страхования ЗАСО «КЕНТАВР»: тел./факс: +375 (17) 324 92 62; +375 (29) 328 90 00 (звонки осуществляются с 9.00 до 18.00 в будние дни с понедельника по четверг, в пятницу до 17.00), направить сообщение в будние дни на e-mail: med@ken.by либо оставить заявку на сайте www.ken.by, либо оставить заявку в чат-боте www.ken.by/chat-bot: - сообщить ФИО; номер Договора; жалобы на состояние здоровья; контактные данные, по которым можно связаться при первой возможности (иную информацию, запрашиваемую Страховщиком); - для пересылки медицинской документации, при необходимости, использовать чат-бот www.ken.by/chat-bot (в часы работы колл – центра страховой компании (с 9.00 до 18.00 в будние дни с понедельника по четверг, в пятницу до 17.00)); 2. Получить инструкции специалиста компании по дальнейшим Вашим действиям; 3. После согласования представителем Страховщика визита в лечебное учреждение, застрахованное лицо уведомляется о дате, времени и месте оказания медицинской услуги;</p> <p>Вариант II: самостоятельно обратиться в медицинскую организацию и (или) к индивидуальному предпринимателю из списка, указанного в п. 3.4.1. настоящего Договора, получить медицинскую помощь, определенную п.п. 3.4.2. настоящего Договора, и самостоятельно оплатить оказанные услуги.</p>
Для компенсации понесенных расходов необходимо:	<p>Представить в ЗАСО «КЕНТАВР» следующие документы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Заполнить заявление; 2. Ксерокопию паспорта (последняя, предпоследняя страницы паспорта, регистрация (штамп о прописке)); 3. Оригиналы кассовых чеков с детализацией платежей; 4. Консультативное заключение врача (желательно оригинал, либо копию, заверенную печатью учреждения здравоохранения, либо врачом); 5. Копию договора страхования.
	<p>Застрахованное лицо обязано:</p> <ul style="list-style-type: none"> - при обращении в медицинскую организацию и (или) к индивидуальному предпринимателю за медицинской помощью предъявлять документ, удостоверяющий личность, и договор страхования; - соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией и (или) индивидуальным предпринимателем; - контролировать остатки страховой суммы, отдельных страховых сумм по дополнительным услугам, установленных в договоре страхования в отношении Застрахованного лица; - пользоваться Договором страхования лично и не передавать другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования; - способствовать предоставлению Страховщику необходимой для выплаты страхового обеспечения информации либо получать ее лично у правоохранительных, судебных органов, организаций здравоохранения и других компетентных лиц и предоставлять Страховщику.
РЕКВИЗИТЫ ЗАСО «КЕНТАВР»	<p>Адрес: 220141, г. Минск, пр-т Независимости, 172, оф.300 Тел/факс: +375 (17) 342 95 90; +375 (29) 309 74 67 e-mail: med@ken.by www.ken.by</p>