

Добровольное страхование медицинских расходов



ПРОМТРАНСИНВЕСТ
страхование будущего

О компании

Адрес: Республика Беларусь, 220039, город Минск, улица Воронянского, 7А, 6 этаж.

Датой образования ЗАО «Промтрансинвест» является 30 марта 1993 года – дата регистрации страхового акционерного общества в Государственном страховом надзоре при Совете Министров Республики Беларусь.

На сегодняшний день, оставаясь лидером в сегменте страхования авиа рисков, ЗАО «Промтрансинвест» **предлагает своим клиентам** линейку страховых продуктов по 50 видам добровольного и 3 видам обязательного страхования, активно участвует в перестраховочных операциях, а также предоставляет возможность клиентам заключить договор страхования онлайн.

Общество имеет многоуровневую организационную структуру – помимо головного офиса, расположенного в г. Минске, высококвалифицированное обслуживание страхователей осуществляют работники **9 представительств и более чем 250 пунктов оказания страховых услуг** по всей территории Республики Беларусь.

ЗАО «Промтрансинвест» является членом Белорусского бюро по транспортному страхованию, Белорусской ассоциации страховщиков, Белорусского ядерного страхового пула, Российской ассоциации авиационных и космических страховщиков.



О компании

Заключение договоров **по добровольному страхованию медицинских расходов** осуществляется ЗАО «Промтрансинвест» с 2004 года. На рынке страхования не-жизни по страховым взносам компания занимает второе место.

Стаж работы (более 15 лет) и значительный накопленный опыт работы на рынке медицинского страхования Беларуси позволяет нашей компании во взаимодействии с медицинскими учреждениями **максимально оперативно и эффективно разрешать проблемы застрахованных** граждан, поскольку нами заключены более 300 договоров с лечебными учреждениями практически во всех регионах Республики Беларусь и этот список постоянно пополняется.

На текущий момент застрахованными по добровольному страхованию медицинских расходов являются **более 30 000 человек**. Среди наших клиентов крупные компании частной и государственной формы собственности.

Управление медицинского страхования состоит из 21 сотрудника, включая 10 специалистов отдела ассистанса (сопровождение застрахованных лиц по медицинскому страхованию).



Добровольное страхование медицинских расходов

Добровольное страхование медицинских расходов («медицинская страховка», «страховка сотрудника», «медстраховка», «медицинский полис» и т.п.) регулируются Правилами №1 добровольного страхования медицинских расходов, утвержденными Министерством финансов Республики Беларусь.

Фактически система добровольного страхования медицинских расходов предполагает, что страховая компания оплатит расходы учреждений здравоохранения (поликлиник, больниц, медицинских центров и т.д.), связанные с оказанием медицинской помощи застрахованному лицу в случае возникновения у него проблем со здоровьем (вследствие внезапного расстройства здоровья или несчастного случая).



Выгоды для предприятия

- ✓ Привлечение и удержание ценных специалистов;
- ✓ Повышение привлекательности социального пакета, предоставляемого работникам;
- ✓ Снижение потерь рабочего времени;
- ✓ Сумма взносов относится на себестоимость товаров и услуг;
- ✓ Экономия - На суммы страховых взносов, уплачиваемых работодателем по договорам добровольного страхования медицинских расходов не начисляются взносы по государственному социальному страхованию (ФСЗН);
- ✓ Получение широкого спектра медицинских услуг в различных учреждениях здравоохранения;
- ✓ Уверенность руководителя в гарантированной защите здоровья его работников;
- ✓ Доступность медицинских услуг.



Почему ЗАСО «Промтрансинвест»

Вы получаете:

- ✓ **индивидуальный подход** в формировании страховых программ в зависимости от Ваших потребностей;
- ✓ **курацию высококвалифицированными врачами-координаторами** отдела ассистанса ЗАСО «Промтрансинвест»;
- ✓ **возможность заключения договора** страхования в отношении **членов семьи** Ваших работников по корпоративным тарифам;
- ✓ **покрытие медицинских расходов** на этапе установления диагноза;
- ✓ **гарантированно качественные медицинские услуги** за счет наличия большого количества договоров с партнерами-учреждениями здравоохранения по всей территории Республики Беларусь;
- ✓ возможность получения услуг в **ведущих медицинских учреждениях** Республики Беларусь – РНПЦ, профессорские консультативные центры.



Добровольное страхование медицинских расходов

Страховой случай.

Внезапное расстройство здоровья – резкое ухудшение состояния здоровья застрахованного лица. Предполагает наличие жалоб на состояние здоровья, которые обусловлены обострением хронического заболевания* или острым расстройством здоровья.

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

**Динамическое наблюдение за хроническими заболеваниями и понесенные в связи с ним расходы не является страховым случаем.*



Добровольное страхование медицинских расходов

Что может относиться к внезапному расстройству здоровья?

Изменение в обычном состоянии здоровья человека, произошедшее в период действия договора страхования и требующее оказания медицинской помощи, например:

- ОРВИ, грипп, ангина, бронхит, и др.;
- Внезапное повышение/понижение артериального давления;
- Болезни ЖКТ (гастрит, панкреатит, холецистит и т.п. в стадии обострения);
- Боли в области сердца, в суставах, позвоночнике, головные и т.д.;
- Зуд, жжение, необычные выделения и т.п.



Добровольное страхование медицинских расходов

Страховым случаем не являются:

- услуги, оказанные по желанию Застрахованного лица без назначения врача, т.е. без медицинских показаний;
- лечение, приобретение препаратов, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом, назначенным Страховой компанией, как необходимые и разумные меры;
- обследования с целью определения общего состояния здоровья, профилактическое или динамическое обследование, за исключением включенного в программу медицинского осмотра;
- услуги, входящие в перечень Исключений из программы страхования и другое в соответствии с Правилами добровольного страхования медицинских расходов



Программа страхования

Основные:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь;
- Стационарная помощь.

!!! Амбулаторно-поликлиническая помощь может включать в себя также стоматологическую помощь и медикаментозное обеспечение.



Амбулаторно-поликлиническая ПОМОЩЬ

- консультации врачей-специалистов;
- широкий комплекс диагностических исследований (анализы крови, мочи, УЗИ, эндоскопические исследования, лучевая диагностика и др.);
- лечебно-восстановительные мероприятия (физиотерапевтическое лечение, бальнеолечение, массаж и др.);
- лечебные процедуры (перевязки, инъекции, капельницы и др.);
- лечение в условиях дневного стационара и другие мероприятия в соответствии с Программой страхования



Стационарная помощь

- пребывание в маломестных палатах (палатах повышенной комфортности) стационара;
- консультации врачей;
- диагностические обследования и исследования, необходимые для постановки диагноза;
- оперативные вмешательства;
- лечение, питание, медицинский уход, лечебные процедуры (анестезия, капельницы, инъекции, перевязки и др.);
- лечебно-восстановительное лечение, включая физиотерапевтическое лечение;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, использование операционной и послеоперационной палат;
- другие мероприятия в соответствии с Программой страхования.



Стоматологическая помощь

- первичный осмотр стоматологом по поводу заболевания,
- терапевтическое и хирургическое лечение, включая применение всех видов местного обезболивания;
- диагностические исследования, включая рентген-диагностику;
- лечебные процедуры: физиотерапия, перевязки, инъекции и т.д.

Замена пломб с косметической целью не является страховым случаем.



Медикаментозное обеспечение

- оплата расходов по приобретению медикаментов, отпускаемых аптеками на основании предоставленных рецептов, выписанных лечащим врачом организации здравоохранения, при состояниях, которые могут быть признаны страховыми случаями.



Обращение за медицинской помощью

Обращение за медицинской помощью при наступлении страхового случая:

При внезапном расстройстве здоровья необходимо предварительно обратиться в страховую компанию для передачи сведений о случившемся:

- по городским телефонным номерам: +375 (17) 264 88 77 в рабочие часы с 8.00 до 20.00;
- по мобильному телефонному номеру: +375 (29) 652 10 16 (круглосуточно при наступлении экстренных ситуаций);
- оставив заявку на оказание медицинских услуг на сайте www.promtransinvest.by (кнопка «Заявка на мед. услуги»);
- отправив заявку в произвольной форме на электронный адрес assistance@promtransinvest.by (отдел ассистанса управления медицинского страхования)

Направить консультативное заключение врача-специалиста, направление на исследования, иную медицинскую документацию в случае необходимости возможно посредством мессенджеров Viber, Telegram, WhatsApp, Skype, V Kontakte, Facebook, Odnoklassniki, Instagram.



Обращение за медицинской помощью

При обращении за медицинской помощью необходимо:

- назвать Ф.И.О., серию и номер страхового полиса (ПЕ 00000000), если идентификационная карточка застрахованного лица находится на изготовлении, обратитесь на это внимание врача-координатора, чтобы он сделал пометку для лечебного учреждения;
- изложить причину обращения;
- сообщить желаемое для посещения учреждение здравоохранения;
- обозначить пожелания касательно времени и даты посещения врача;
- сообщить номер контактного телефона.

Врач-координатор может задать уточняющие вопросы, связанные с состоянием здоровья, с целью более точного определения тяжести заболевания (состояния). После согласования врачом-координатором визита в медицинское учреждение Вы будете уведомлены о дате, времени и месте оказания медицинской услуги.

ВАЖНО!!! При посещении медицинского учреждения необходимо иметь на руках идентификационную карточку (при ее наличии на момент обращения) и документ, удостоверяющий личность (паспорт).



Обращение за медицинской помощью

Если в списке лечебных учреждений нет необходимого узкого специалиста, то через отдел ассистанса согласовывается визит к врачу с дальнейшим возмещением расходов затрат застрахованного лица.

Для решения вопроса о возмещении расходов необходимо предоставить:

- заявление о страховом случае,
- оригинал оплаченного счета с указанием наименования организации здравоохранения, перечня оказанных услуг и их стоимости (квитанции или кассового чека);
- копия договора на оказание платных услуг (если такой заключался);
- направление на лечение;
- выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, или иного документа, подтверждающего факт оказания услуги;
- копия паспорта (2 последние страницы, страница с регистрацией)

Обращения в клиники, с которыми нет договора, согласовываются в индивидуальном порядке (не на потоке) и скорее всего, назначенные (не в этот день) дальнейшие исследования, анализы или манипуляции будут проводиться в другом лечебном учреждении, из существующего списка.



Обращение за медицинской помощью

При обращении в организацию здравоохранения (из списка медицинской программы) необходимо предъявить:

- идентификационную карточку;
- паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

Как правило, **страховая выплата** производится организации здравоохранения, с которой Страховщик заключил договор на предоставление медицинской помощи и которая в соответствии с законодательством предоставила Застрахованному медицинскую помощь на основании акта выполненных работ.

Если в случае возникновения исключительных обстоятельств (уважительная причина, по которой Застрахованное лицо не смогло уведомить Страховщика предварительно (до момента оказания медицинской услуги) Вы самостоятельно оплатили предоставленные Вам медицинские услуги (по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями договора страхования), то **возмещение расходов** производится непосредственно Вам.



Важно знать



При обращении за медицинской помощью в рамках добровольного медицинского страхования :

1. Обязательно ознакомьтесь с программой страхования, страховыми случаями и исключениями.
2. При обращении за медицинскими услугами в страховую компанию старайтесь описать симптомы заболевания как можно подробнее. Это поможет врачу-координатору страховой компании определить необходимый Вам объем помощи и специальность врача.
3. В случае получения Застрахованным лицом медицинской помощи, требующей осуществления медицинских расходов в объеме, превышающем размер страховой суммы, или проведения медицинских мероприятий, не предусмотренных Программой страхования, Застрахованное лицо обязано самостоятельно оплатить такие расходы.
4. Страховщик оплачивает медицинские услуги, исключительно связанные с острым внезапным расстройством здоровья, согласованные с врачом-координатором отдела ассистанса.
5. Динамическое наблюдение за хроническими заболеваниями не является страховым случаем, и понесенные в связи с ним расходы не покрываются страховой компанией.
6. При невозможности посещения медицинского учреждения в согласованное время необходимо заранее предупредить страховую компанию.



Часто задаваемые вопросы



✓ **Обязан ли я при обращении в страховую компанию сообщать о своем заболевании?**

Да, Застрахованное лицо в обязательном порядке должно сообщить врачу-координатору информацию о своем заболевании. Это поможет страховой компании не только определить, является ли данный случай страховым, но и позволит организовать необходимую Вам квалифицированную медицинскую помощь.

✓ **Могу ли я самостоятельно обратиться к врачу по страховке без звонка в страховую компанию?**

Нет, перед обращением к врачу или получением любых медицинских услуг по договору страхования Вам необходимо обратиться в отдел ассистанса страховой компании для согласования медицинских услуг и подтверждения их оказания за счет страховой компании с последующим направлением гарантийного письма с указанием необходимых Вам услуг в медицинское учреждение



Часто задаваемые вопросы



- ✓ **Необходима госпитализация. Что делать, чтобы получить стационарную помощь по страховке?**

В случае экстренной госпитализации Застрахованное лицо сообщает о произошедшем в отдел ассистанса страховой компании и предоставляет необходимую информацию. Врач-координатор страховой компании определяет наличие страхового случая и дает рекомендации по дальнейшему порядку Ваших действий.

При необходимости плановой госпитализации Застрахованному лицу нужно обратиться в страховую компанию за 15 дней до планируемой даты госпитализации для определения порядка его действий.

- ✓ **Я давно не был у доктора, хотелось бы обследоваться и проверить свое здоровье. Хочу обратиться к врачу по страховке.**

Обращение за медицинской помощью без наличия симптомов, свидетельствующих о наступлении расстройства здоровья, т.е. по желанию Застрахованного лица, не является страховым случаем.



Часто задаваемые вопросы



- ✓ **Я сдал анализы и в результатах есть отклонения от нормы. Хочу обратиться по страховке.**

В случае, если анализы Вам назначил врач по направлению страховой компании при обращении по страховому случаю (острое внезапное расстройство здоровья, несчастный случай), Вы имеете право обратиться в страховую компанию за назначением дальнейших консультаций и лечения по выявленному расстройству здоровья.

Если анализы сдавались Вами с профилактической целью (ежегодные, профилактические осмотры, контроль общего состояния здоровья), то данный случай страховым не является.

- ✓ **Я обратился к врачу по направлению страховой компании и врач назначил мне УЗИ для определения диагноза. В подтверждении страховой компании такой услуги нет. Что мне необходимо сделать в данном случае?**

В случае, если УЗИ необходимо сделать в течение приема у врача, Вам необходимо перезвонить в страховую компанию с просьбой выслать подтверждение на данный вид медицинских услуг. Если УЗИ планируется на другой день, обратитесь в страховую компанию для записи.



Контакты

Размер страхового взноса определяется выбранной программой страхования, объемом оказываемых услуг, категорией учреждения здравоохранения, количеством застрахованных лиц, а также иными факторами.

При заключении договора страхования на срок 1 год возможна уплата взноса в рассрочку.

За получением более подробной информации Вы можете обратиться к специалистам:

- по телефонам +375 (29) 883 45 73, +375 (29) 750 71 34
- или отправить письмо на почту centr6@promtransinvest.by.



Спасибо за внимание!

