

Правила страхования здоровья № VA 17/1

Утверждены распоряжением Латвийского филиала Seesam Insurance AS № 2017/9-ра.
Действуют с 1 апреля 2017 года.

Латвийский филиал Seesam Insurance AS (далее по тексту – Страховщик) на основании настоящих правил заключает договоры страхования с юридическими лицами.

1. Права и обязанности по договору страхования

Права и обязанности по договору страхования относятся к Страховщику, застрахованному лицу и страхователю – юридическому лицу, которое заключает договор страхования здоровья в пользу физического лица.

2. Объект страхования

Застрахованное лицо – физическое лицо, которое имеет подлежащий страхованию интерес, и в пользу которого заключен договор страхования. Застрахованное лицо – работник страхователя, у которого заключен трудовой договор со страхователем. Застрахованное лицо на основании трудового договора о выполнении трудовых обязанностей получает оплату труда, а Страхователь выполняет налоговые платежи.

Застрахованными лицами могут быть также родственники страхователя – супруг, родители, дети, приемные дети, усыновленные дети, брат, сестра, приемные родители. Родственники в договор страхования включаются только по согласованию со Страховщиком.

3. Территория страхования

Договор страхования действует на территории Латвийской Республики круглосуточно.

4. Период страхования

Период страхования – указанный в договоре страхования срок действия договора страхования.

Для новых работников, которые присоединяются во время действия договора страхования, период страхования начинается в указанный в приложении к договору страхования день и завершается в конце периода договора страхования.

5. Заключение договора страхования

5.1. Договор страхования заключается на основании выданного Страховщиком предложения и информации о риске, поданной Страхователем для получения предложения по страхованию здоровья.

5.2. Предложение по страхованию здоровья исправляется, или заключается приложение об изменениях в договоре страхования только после подачи письменного сообщения страхователя.

6. Платежи страховой премии

6.1. Размер страховой премии устанавливается Страховщиком в соответствии с поданным страхователем заявлением на страхование здоровья. Размер и порядок уплаты страховой премии указывается в страховом полисе.

7. Вступление договора страхования в силу

7.1. Договор страхования считается заключенным и вступает в силу в день, указанный в страховом полисе, если Страховщиком или

уполномоченным представителем Страховщика получена страховая премия или первый платеж страховой премии. Если оплата страховой премии или ее первой части производится банковским перечислением, днем оплаты считается день, когда соответствующая сумма поступила на счет Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика.

7.2. С момента заключения договора страхования считается, что страхователь от своего имени и от имени застрахованных лиц уполномочил Страховщика как управляющего системой обработки личных данных и оператора личных данных обрабатывать данные страхователя и личные данные застрахованного лица, а также чувствительные личные данные, обеспечивая выполнение договора страхования, в соответствии с требованиями Закона о защите данных физических лиц и других нормативных актов.

7.3. Начиная пользоваться картой страхования здоровья, застрахованное лицо подтверждает, что в соответствии с Законом о защите данных физических лиц и другими нормативными актами Латвийской Республики разрешает Страховщику как управляющему системой и оператору личных данных обрабатывать свои данные, в том числе чувствительные личные данные и личный идентификационный (классификационный) код с целью обеспечения выполнения договора страхования и проверки. Застрахованное лицо уполномочивает Страховщика получать свои личные данные, в том числе чувствительные личные данные, личный идентификационный (классификационный) код, медицинскую и другую документацию от третьих (юридических или физических) лиц с целью обеспечения выполнения договора страхования.

8. Расторжение договора страхования

8.1. Страховщик и/или страхователь могут расторгнуть договор страхования в соответствии с требованиями нормативных актов Латвийской Республики.

8.2. Прекращение действия договора страхования не влияет на право Страховщика требовать от страхователя страховую премию или ее часть за тот период, в течение которого договор страхования действовал.

8.3. В случае прекращения действия или невступления в силу договора страхования страхователь обязан вернуть Страховщику все выданные карты страхования здоровья до дня прекращения действия договора страхования или в течение 5 (пяти) рабочих дней после требования Страховщика. Если после расторжения договора или дня, с которого действие договора страхования прекратилось, наступил страховой случай, то страхователь должен вернуть выплаченные Страховщиком страховые возмещения.

8.4. Страхователь должен в письменном виде информировать Страховщика о досрочном прекращении действия договора страхования застрахованного лица. Договор страхования в отношении этого застрахованного лица расторгается со дня, когда страхователь подал информацию о застрахованном лице, которое следует исключить из списка застрахованных лиц. Страховщик вправе повторно не включать это застрахованное лицо в данный договор страхования.

9. Права и обязанности Страхователя

9.1. Подавать подлинную и полную информацию для оценки риска.

9.2. Незамедлительно, но не позднее, чем в течение 3 рабочих дней, в письменном виде сообщать страховщику о любых изменениях в информации, предоставленной в заявлении на страхование здоровья.

9.3. Выполнять условия договора страхования.

9.4. Уплатить страховую премию в установленном в страховом полисе размере и в срок согласно указанному в счете платежному графику.

9.5. Проинформировать застрахованное лицо о том, что он(-а) страхуется, ознакомить с программами страхования, правилами, условиями, инструкциями страхования здоровья и вытекающими из них обязательствами перед Страховщиком. Передать застрахованному лицу карту страхования здоровья и всю выданную Страховщиком информацию, предназначенную для застрахованного лица.

9.6. Разъяснить застрахованному лицу его права и обязанности.

9.7. Подавать любую информацию и/или запросы в письменном виде.

9.8. Проинформировать застрахованное лицо, что список договорных организаций и внесенные в него изменения во время периода страхования публикуются на сайте Страховщика www.seesam.lv.

9.9. Проинформировать застрахованное лицо, что в случае утери или кражи карты страхования здоровья, а также в случае изменения личных данных или ошибки в данных застрахованного лица следует незамедлительно сообщить Страховщику, позвонив по круглосуточному информационному телефону или направив Страховщику по электронной почте заявление об изготовлении дубликата карты страхования здоровья.

9.10. По требованию Страховщика подать декларацию о здоровье на подлежащее страхованию/застрахованное лицо.

9.11. Сдать Страховщику карту страхования здоровья в тех случаях, когда договор страхования не вступает в силу или расторгается досрочно, или когда договор страхования расторгается досрочно в отношении застрахованного лица, или когда изготавливается новая карта страхования здоровья в случае изменения личных данных застрахованного лица или исправления ошибки в личных данных.

9.12. Возмещать Страховщику установленные в настоящих правилах выплаченные страховые возмещения, если застрахованное лицо не возместило их Страховщику, и если Страховщик требует их от страхователя.

9.13. Страхователь обязан проинформировать Страхователя, если оплата страховой премии за включенных в полис страхования здоровья работников предприятия в полном размере не выполняется из средств предприятия.

9.14. Соблюдать и выполнять требования закона «О договоре страхования» и других нормативных актов.

9.15. По требованию Страховщика подавать копии поданных в Службу государственных доходов отчетов о начале трудовых отношений работников, указанных в соответствующем запросе, которые заверены в соответствии с требованиями нормативных актов Латвийской Республики.

9.16. Страхователь обязан, если того требует специфика застрахованного риска, проинформировать о наступлении риска правоохранительный орган и/или спасательные службы и/или другие компетентные учреждения Латвийской Республики.

10. Права и обязанности застрахованного лица

10.1. Подавать подлинную и полную информацию для оценки риска.

10.2. Сообщать Страховщику о других действующих договорах страхования, касающихся здоровья застрахованного лица.

10.3. Заботиться о сохранении своего состояния здоровья.

10.4. Перед тем, как начать пользоваться услугами страхования здоровья, ознакомиться с программой страхования и условиями договора страхования здоровья.

10.5. Знакомиться, соблюдать и выполнять все требования договора страхования и правил страхования, выдвинутые Страховщиком, а также соблюдать и выполнять дополнительные требования, которые Страховщик в письменном виде выдвинул в отношении соответствующих условий договора.

10.6. При наступлении страхового случая соблюдать все указания лечащего врача.

10.7. После наступления страхового случая, если застрахованное лицо рассчиталось за услуги личными средствами, незамедлительно, как только представляется возможным, но не позднее, чем в течение 90 (девяноста) дней с момента получения услуги, когда это стало возможным, подать страховщику заявление о выплате страхового возмещения и документы, затребованные Страховщиком. Все затребованные Страховщиком документы и заявления на получение возмещения можно отправить также в электронном виде, подав заявку на возмещение на домашней странице Страховщика

www.seesam.lv или направив Страховщику по электронной почте: veselib@seesam.lv.

10.8. В течение 15 дней после получения письменной претензии Страховщика возвращать страховое возмещение:

10.8.1. выплаченное застрахованному лицу или договорной организации за услуги или случаи, установленные в настоящих правилах в качестве исключений, или не предусмотренные программой страхования;

10.8.2. выплаченное договорной организации, если застрахованное лицо превысило установленный программой страхования страховой лимит или страховую сумму;

10.8.3. выплаченное за страховые случаи, наступившие не во время действия договора страхования или во время приостановления действия договора страхования, после прекращения действия договора страхования или после досрочного расторжения договора страхования в отношении застрахованного лица.

10.9. Убеждаться в том, что посещаемое лечебное учреждение, не являющееся договорной организацией Страховщика, зарегистрировано в Регистре учреждений, предприятий, практик и сертификации здравоохранения Латвийской Республики.

10.10. При получении услуг в договорных организациях предъявлять карту страхования здоровья только вместе с удостоверением личности, а также не передавать карту страхования здоровья в пользование другому лицу.

10.11. Застрахованное лицо несет ответственность за ущерб, возникший вследствие несвоевременного уведомления о случаях утери, кражи карты страхования здоровья, изменения данных застрахованного лица или ошибки в данных застрахованного лица.

10.12. Застрахованное лицо оплачивает получение дубликата новой карты. Если застрахованное лицо предъявляет справку от Государственной полиции Министерства внутренних дел Латвийской Республики о краже или хищении выданной ему карты страхования здоровья, или ошибка в данных застрахованного лица возникла по вине Страховщика, то новую карту страхования здоровья Страховщик выдает бесплатно.

10.13. Застрахованное лицо обязано контролировать, чтобы указанные в программах страхования страховые суммы и лимиты не были превышены.

10.14. Застрахованное лицо обязано сдать карту страхования здоровья, если договор страхования здоровья в отношении застрахованного лица расторгается досрочно.

10.15. Застрахованное лицо обязано подавать все необходимые документы по требованию Страховщика для рассмотрения возмещения и принятия решения Страховщиком.

10.16. Застрахованное лицо вправе получать информацию о регрессных суммах, которые Страховщик получил обратно от ответственного за причиненный застрахованному лицу ущерб.

10.17. Застрахованное лицо вправе потребовать от Страховщика, чтобы принятое и отправленное электронным способом решение по делу о возмещении было выдано как оригинальный документ.

10.18. Застрахованное лицо обязано хранить оригиналы документов, поданных электронным способом, 3 (три) года, чтобы их можно было по требованию Страховщика при необходимости предоставить Страховщику.

10.19. Застрахованное лицо вправе подать жалобу Страховщику по поводу принятого по делу о возмещении решения в течение 30 (тридцати) дней со дня получения решения.

11. Права и обязанности Страховщика

11.1. В соответствии с заключенным договором страхования при наступлении страхового случая принять решение о выплате страхового возмещения или об отказе в выплате застрахованному лицу или его уполномоченному лицу, или договорной организации.

11.2. При заключении договора страхования выдать страхователю комплект документов, являющихся неотъемлемой составной частью договора – страховой полис, карты страхования здоровья, правила страхования здоровья, приложения к страховому полису, описания программ страхования.

11.3. По требованию страхователя отправлять правила страхования здоровья и/или список договорных организаций в электронном виде по указанному страхователем адресу электронной почты.

11.4. Восстанавливать карту страхования здоровья в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения заявления.

11.5. Выдавать информацию застрахованному лицу в подтверждение того, какая денежная сумма оплачена за полученную услугу

11.6. Страховщик обязан по требованию застрахованного лица предоставлять информацию об истраченной и оставшейся страховой сумме по программам страхования.

11.7. Убеждаться в подлинности предоставленных застрахованным лицом сведений, наступлении страхового случая и обоснованности выплаты страхового возмещения, знакомясь с медицинской документацией застрахованного лица, имеющейся в распоряжении лечебных учреждений и медицинских работников, и/или в случае неясности обращаться к выбранному страховщиком независимому сертифицированному врачу-эксперту для проверки состояния здоровья в связи со страховым случаем.

11.8. Требовать от страхователя и/или застрахованного лица возврата страхового возмещения, установленного в настоящих правилах, в соответствии с законом «О договоре страхования».

11.9. Если застрахованное лицо не выполнило возврат установленного настоящими правилами требования в пользу Страховщика, то Страховщик может снизить дальнейшие подлежащие выплате застрахованному лицу страховые возмещения на ту сумму, на которую невозможно выполнение установленного настоящими правилами требования.

11.10. Если у застрахованного лица констатирован перерасход установленных программой страхования лимитов на какой-либо из включенных в программу страхования застрахованных рисков, то страховщик может снизить дальнейшие подлежащие выплате застрахованному лицу страховые возмещения за лимиты других застрахованных рисков на превышенную сумму.

11.11. Устанавливать плату за изготовление дубликата карты страхования здоровья в соответствии с правилами страхования.

11.12. Обрабатывать личные данные страхователя и застрахованного лица, в том числе чувствительные данные. Обработка данных осуществляется в соответствии с Законом о защите данных физических лиц. Страховщик обеспечивает надежное хранение данных застрахованного лица.

11.13. Страховщик вправе во время действия договора страхования, не предупреждая застрахованное лицо, вносить изменения в список договорных организаций и их оплачиваемых услуг. Страховщик обеспечивает доступность действующего списка договорных организаций на сайте Страховщика www.seesam.lv.

11.14. Страховщик вправе выполнять выплату возмещения по установленному Страховщиком прейскуранту за услуги, полученные в учреждениях, не являющихся договорными организациями, а также в случаях, если в договорных организациях услуги получить невозможно, или оплата услуг недоступна в полном размере, и застрахованное лицо должно рассчитываться личными средствами. Страховщик обеспечивает актуальный прейскурант на сайте Страховщика www.seesam.lv.

11.15. Страховщик вправе направить принятое решение по делу о страховом возмещении застрахованному лицу в электронном виде с использованием контактов, указанных застрахованным лицом.

11.16. Страховщик вправе во время действия договора страхования потребовать уплаты дополнительной страховой премии, если во время действия договора страхования внесены изменения в нормативные акты Латвийской Республики, влияющие на оплату услуг здравоохранения.

11.17. Страховщик вправе в регрессном порядке взыскать с виновного лица ущерб, возникший в результате оплаты медицинских расходов застрахованным лицом, пострадавшим в результате противоправных действий или бездействия физических или юридических лиц. Если в результате действий или бездействия застрахованного лица или страхователя невозможно взыскание ущерба в пользу Страховщика, то Страховщик может потребовать от застрахованного лица возврата выплаченного страхового возмещения в том размере, в котором невозможно взыскание ущерба. Страховщик в размере выплаченного страхового возмещения перенимает право требования застрахованного лица к лицу, которое несет ответственность за ущерб.

11.18. Если Страховщик получил сумму регресса в полном размере в течение периода страхования, то на эту сумму увеличиваются соответствующие лимиты в программе страхования, за вычетом связанных с получением регресса административных расходов Страховщика в размере 25% от возвращенной суммы.

11.19. Страховщик подготавливает письменный ответ на претензию застрахованного или уполномоченного лица или посредника в течение 30 рабочих дней с момента получения заявления.

12. Программа страхования

12.1. Программа страхования состоит из включенных в договор страхования застрахованных рисков, которые в качестве услуг можно получить только в лечебных учреждениях, зарегистрированных в Регистре учреждений, предприятий, практик и сертификации здравоохранения Латвийской Республики и/или в Коммерческом регистре Регистра предприятий Латвийской Республики, в которых услуги оказываются в порядке, установленном нормативными актами.

12.2. Страховщик выплачивает страховое возмещение за услуги, оказанные медицинским работником, получившим сертификат о праве практиковать по установленной специальности и применять медицинскую технологию, используемую при лечении, утвержденную в соответствии с требованиями нормативных актов Латвийской Республики, до вступления в силу договора страхования.

12.3. Застрахованные риски:

12.3.1. Пациентские взносы – установленный государством единый прямой платеж пациента за медицинскую услугу лечебному учреждению, который лечебное учреждение взыскивает с пациента в рамках государственной программы здравоохранения и минимума услуг здравоохранения.

12.3.2. Застрахованный риск «Пациентские взносы» покрывает:

12.3.2.1. долю, оплачиваемую пациентом при получении гарантированного государством лечения в лечебном учреждении или у врача, имеющего договор с государством об оплате услуг из государственного бюджета;

12.3.2.2. соплатеж за хирургические операции, выполненные в стационаре в течение одного пребывания.

Размер пациентского взноса и соплатежа устанавливается в соответствии с требованиями нормативных актов Латвийской Республики.

12.3.2.3. Инструкция:

Для получения застрахованным лицом гарантированного государством лечения:

- 12.3.2.3.1. следует зарегистрироваться у врача первичного обслуживания;
- 12.3.2.3.2. должно быть направление от врача, у которого есть договор с государством об оплате услуг из государственного бюджета.

12.3.2.4. Застрахованный риск «Пациентские взносы» не покрывает:

- 12.3.2.4.1. платные медицинские услуги (услуги, которые не покрываются из государственного бюджета);
- 12.3.2.4.2. расходы, если застрахованное лицо освобождено от платежей пациентского взноса в соответствии с требованиями нормативных актов Латвийской Республики.

12.3.3. Платные амбулаторные услуги:

12.3.3.1. Платеж пациента за медицинскую услугу лечебному учреждению, которая не оплачивается государством из бюджета здравоохранения.

12.3.3.2. Застрахованный риск «Платные амбулаторные услуги» покрывает:

- 12.3.3.2.1. консультации и лечение;
- 12.3.3.2.2. назначенные лабораторные и диагностические исследования;
- 12.3.3.2.3. вакцинацию;
- 12.3.3.2.4. медицинские справки;
- 12.3.3.2.5. связанные со спецификой работы обязательные проверки здоровья;
- 12.3.3.2.6. неотложную помощь.

12.3.3.3. Застрахованный риск «Платные амбулаторные услуги» не покрывает:

- 12.3.3.3.1. указанные в программе и правилах страхования неоплачиваемые услуги.

12.3.4. Платные стационарные услуги:

12.3.4.1. Платеж пациента за медицинскую услугу лечебному учреждению, которая не оплачивается государством из бюджета здравоохранения.

12.3.4.2. Застрахованный риск «Платные стационарные услуги» покрывает:

- 12.3.4.2.1. пребывание в круглосуточном и дневном стационаре;
- 12.3.4.2.2. операции;
- 12.3.4.2.3. назначенные лабораторные, диагностические исследования и манипуляции.

12.3.4.3. Застрахованный риск «Платные стационарные услуги» не покрывает:

- 12.3.4.3.1. дополнительные доплаты за выбор лечащего врача или другого медицинского работника во время эпизода лечения;
- 12.3.4.3.2. платные операции, которые застрахованное лицо получило в качестве неотложной помощи;
- 12.3.4.3.3. указанные в программе и правилах страхования неоплачиваемые услуги.

12.3.5. Приобретение медикаментов:

12.3.5.1. Застрахованный риск «Медикаменты» покрывает приобретенные в аптеке:

- 12.3.5.1.1. медикаменты;
- 12.3.5.1.2. витамины;
- 12.3.5.1.3. пищевые добавки.

12.3.5.2. Застрахованный риск «Медикаменты» не покрывает:

- 12.3.5.2.1. расходы за приобретение медикаментов, которые возникли в связи с указанными в правилах страхования здоровья и соответствующей программе страхования случаями, или предусмотрены для лечения указанных в данных документах неоплачиваемых заболеваний;
- 12.3.5.2.2. расходы за медикаменты, приобретенные не в аптеке.

12.3.6. Стоматологические услуги:

12.3.6.1. Застрахованный риск «Стоматологические услуги» покрывает:

- 12.3.6.1.1. консультации, диагностику и лечение;
- 12.3.6.1.2. услуги гигиены полости рта.

12.3.6.2. Застрахованный риск «Стоматологические услуги» не покрывает:

- 12.3.6.2.1. указанные в программе страхования неоплачиваемые услуги.

12.3.7. Спортивные услуги:

12.3.7.1. Застрахованный риск «Спортивные услуги» покрывает:

- 12.3.7.1.1. занятия спортом (тренажерный зал, посещения бассейна, теннис, сквош, аэробика).

12.3.7.2. Застрахованный риск «Спортивные услуги» не покрывает:

- 12.3.7.2.1. указанные в программе страхования неоплачиваемые услуги.

12.3.8. Приобретение оптики:

12.3.8.1. Застрахованный риск «Приобретение оптики» покрывает:

- 12.3.8.1.1. приобретение контактных линз, оптических линз и оправ для очков на основании рецепта, выписанного лечащим врачом.

12.3.8.2. Застрахованный риск «Приобретение оптики» не покрывает:

- 12.3.8.2.1. указанные в программе страхования неоплачиваемые услуги.

13. Принцип компенсации

13.1. При применении принципа компенсации как подлежащее выплате, так и выплаченное страховое возмещение не может превышать возникший при страховом случае ущерб.

13.2. Компенсации подлежат только доказанный ущерб.

13.3. Компенсации не подлежат ущерб, возникший до/после периода страхования.

14. Порядок выплаты страхового возмещения

14.1. Страховщик выплачивает страховое возмещение в соответствии с программой страхования, установленной в страховом полисе, не превышая указанную в страховом полисе страховую сумму и/или страховой лимит:

14.1.1. Договорной организации в соответствии с обоюдно заключенным договором.

14.1.2. Застрахованному лицу, которое рассчиталось за полученные услуги личными средствами в соответствии с программой страхования, или уполномоченному лицу застрахованного лица.

14.2. Если застрахованное лицо получило включенные в программу страхования услуги в учреждении, не являющемся договорной организацией Страховщика, и программа страхования застрахованного лица не ограничивает его прав на получение услуг в этом учреждении, то застрахованное лицо подает Страховщику все документы, установленные настоящими правилами.

14.3. Если Страховщику для констатации страхового случая необходимы дополнительные документы, они запрашиваются у застрахованного лица. Застрахованное лицо обязано представить затребованные документы в течение 30 (тридцати) дней с момента получения требования. Если застрахованное лицо в установленный в этом пункте срок не подает затребованную документацию, то Страховщик вправе не выплачивать страховое возмещение. К рассмотрению дела о возмещении и принятию решения по делу о возмещении применяется закон «О договоре страхования» и требования других нормативных актов, которые предусматривают снижение возмещения в тех случаях, когда страхователь не исполнил или частично исполнил установленные в договоре страхования и нормативных актах требования.

14.4. После получения всех необходимых документов Страховщик принимает решение о выплате страхового возмещения и выплачивает страховое возмещение в соответствии с заключенным договором страхования.

14.5. Если принимается решение об отказе в выплате страхового возмещения, то Страховщик направляет застрахованному лицу мотивированное письменное сообщение о принятом решении.

14.6. За услуги, полученные в учреждениях, не являющихся договорными организациями, а также в случаях, если в договорных организациях услуги получить невозможно, или оплата услуг не доступна в полном размере, застрахованное лицо должно рассчитывать личные средствами. Если цена медицинских услуг, полученных застрахованным лицом, превышает цену медицинских услуг того же вида в договорных организациях Страховщика, то страховое возмещение выплачивается по прейскуранту, установленному Страховщиком. Прейскурант применяется и к тем программам страхования, в которых для получаемых услуг установлены лимиты. Страховщик обеспечивает доступность прейскуранта на сайте Страховщика www.seesam.lv.

14.7. Если договор о сотрудничестве между Страховщиком и договорной организацией, а также положения договора страхования предусматривают оплату оказанных услуг, то застрахованное лицо, предъявив карту страхования здоровья вместе с документом, удостоверяющим личность, вправе не платить за полученные услуги. Если программа страхования застрахованного лица предусматривает частичную оплату полученных услуг, то застрахованное лицо должно покрыть разницу между ценой, указанной в прейскуранте договорной организации, и частью цены, подлежащей оплате Страховщиком, из своих собственных средств. Если программой страхования застрахованного лица предусмотрен собственный риск за полученные услуги, то сумма собственного риска покрывается застрахованным лицом из своих собственных средств.

14.8. Если застрахованное лицо подает необходимые для получения возмещения документы Страховщику в электронном виде, и по требованию Страховщика оригиналы документов не подаются в установленный Страховщиком срок, то Страховщик вправе потребовать возврата выплаченного возмещения на указанный Страховщиком номер счета в течение 5 (пяти) рабочих дней.

15. Исключения

15.1. Ответственность Страховщика, касающаяся выплаты страхового возмещения за страховой случай, не наступает в том случае, если ущерб возник в результате исключений, предусмотренных нормативными актами Латвийской Республики или договором страхования.

15.2. Страховщик не выплачивает страховое возмещение за:

15.2.1. услуги, при получении которых не соблюдались условия и инструкции, указанные в правилах и программе страхования;

15.2.2. оформление документов, гонорары и другие подобные дополнительные расходы;

15.2.3. медицинские, оздоровительные или спортивные услуги, которые по своей сути являются идентичными, и которые застрахованное лицо в течение 24 часов получает повторно;

15.2.4. приобретение абонементов, за которые сделана последующая оплата;

15.2.5. случаи, когда застрахованное лицо умышленно ввело Страховщика в заблуждение, предоставив ложные сведения о своем состоянии здоровья;

15.2.6. расходы, связанные с выездом из Латвийской Республики или пребыванием за рубежом;

15.2.7. расходы, возникшие при лечении диагностированной до начала действия договора страхования или хронической болезни;

15.2.8. лечение, связанное с нарушениями здоровья, полученными в результате профессиональной спортивной деятельности;

15.2.9. лечение заболеваний, травм и телесных повреждений, которые застрахованное лицо получило в состоянии опьянения или под его влиянием;

15.2.10. лечение и диагностику с использованием методов нетрадиционной медицины;

15.2.11. метод лечения, не зарегистрированный в государственном регистре медицинских технологий;

15.2.12. социальный и домашний уход;

15.2.13. услуги медицинского транспорта по требованию пациента.

15.3. Если застрахованному лицу до приобретения страхового полиса было известно о необходимости проведения плановой операции или лечения в стационаре, Страховщик вправе отказать в возмещении платных амбулаторных и/или стационарных услуг, связанных с операцией или лечением.

15.4. При заключении договора страхования Страховщик и страхователь могут договориться о дополнительных исключениях или ограничениях, а также исключить установленные в настоящих правилах и программах страхования исключения.

16. Порядок разрешения разногласий

16.1. Любые разногласия будут решаться путем переговоров.

16.2. Если разногласия возникли на основании того, что какой-либо вопрос не регламентирован правилами страхования, то этот вопрос будет решаться в соответствии с требованиями нормативных актов Латвийской Республики.

16.3. Если сторонам не удастся разрешить разногласия путем переговоров, то дело будет передано на рассмотрение в суд Латвийской Республики в соответствии с законами Латвийской Республики.

16.4. Разделение договора страхования на пункты, подпункты и их наименования не влияет на юридическое толкование текста.

17. Конфиденциальность

17.1. Если законом не предусмотрены иные требования, Страховщик, застрахованные лица и страхователь обязуются без письменного согласия не разглашать третьим лицам информацию, ставшую известной во время действия договора страхования или после окончания его действия. Конфиденциальность следует соблюдать на протяжении неограниченного времени независимо от действия договора. Конфиденциальной информацией не считается такая информация, которая публично доступна и не стала таковой в результате нарушения закона или договорных обязательств.

18. Термины

18.1. **Договор страхования** – соглашение страховщика и страхователя, в соответствии с которым страхователь обязуется вносить страховую премию в виде, в сроки и в размере, которые установлены договором, а также выполнять другие установленные договором обязательства, а страховщик обязуется при наступлении страхового случая выплачивать застрахованному лицу страховое возмещение в соответствии с договором страхования.

18.2. **Страховой полис** – документ, подтверждающий заключение договора страхования и включающий в себя условия договора страхования, программу страхования, а также все изменения и дополнения к договору, о которых страховщик и страхователь договорились во время действия договора страхования. Страховой полис считается неотъемлемой составной частью договора.

18.3. **Застрахованный риск** – предусмотренное в договоре страхования событие, не зависящее от воли застрахованного лица, наступление которого возможно в будущем, когда у застрахованного лица могут возникнуть расходы за лечебные услуги и/или оздоровительные услуги, и/или оптические товары, и/или медикаменты.

18.4. **Страховой случай** – непредвиденное событие, имеющее причинно-следственную связь с застрахованным риском, при наступлении которого в период страхования предусмотрена выплата страхового возмещения в соответствии с договором страхования.

18.5. **Страховая сумма** – установленная в договоре страхования денежная сумма, которая при наступлении страхового случая во время периода страхования выплачивается в соответствии с программой страхования.

18.6. **Страховой лимит** – установленная в программе страхования денежная сумма и/или число медицинских услуг и/или посещений, в рамках которых при наступлении страхового случая покрываются расходы застрахованного лица за услуги здравоохранения.

18.7. **Страховая премия** – установленный в договоре страхования платеж за страхование.

18.8. **Страховое возмещение** – страховая сумма, ее часть или другая сумма, подлежащая выплате за страховой случай, или подлежащие оплате медицинские услуги в соответствии с договором страхования.

18.9. **Заявление на выплату возмещения** – заявление на выплату возмещения по страхованию здоровья, комплект установленных страховщиком документов, который застрахованное лицо подает страховщику, чтобы получить страховое возмещение в соответствии с заключенным договором страхования.

18.10. **Заявление о страховании здоровья** – установленный страховщиком комплект документов, который страхователь подает страховщику для оценки риска, чтобы заключить договор страхования. Заявление на страхование здоровья не обязывает Страховщика заключить договор страхования.

18.11. **Предложение страхования** – документ, информирующий страхователя об условиях договора страхования и/или их изменениях. На основании предоставленного предложения Страховщик подготавливает договор страхования.

18.12. **Карта страхования здоровья** – документ, подтверждающий факт страхования и являющийся составной частью договора страхования. Начиная пользоваться картой страхования здоровья, застрахованное лицо принимает на себя обязательства, установленные в договоре страхования.

18.13. **Электронный счет** – счет на оплату страховой премии, годный без печати и подписи. Если в договоре страхования предусмотрено несколько платежей, то в счете указывается график платежей. Новый счет для каждого платежа не направляется.

18.14. **Лечебное учреждение** – зарегистрированное в Коммерческом регистре Регистра предприятий Латвийской Республики и/или в Регистре учреждений, предприятий, практик и сертификации здравоохранения Латвийской Республики лечебное учреждение или врачебная практика, оказывающие лечебно-профилактические, лечебные или реабилитационные услуги.

18.15. **Договорная организация** – учреждение, оказывающее застрахованному лицу услуги в порядке, установленном нормативными актами Латвийской Республики, и заключившее со страховщиком договор о сотрудничестве в области оказания услуг в рамках программы страхования.

18.16. **Собственный риск** – указанная в страховом полисе доля ущерба в денежном или процентном выражении, которую при наступлении страхового случая покрывает страхователь или застрахованное лицо.

18.17. **Внезапное заболевание** – ранее не проявлявшееся, непредвиденное, неожиданное и стремительное ухудшение состояния здоровья во время периода страхования, которое не является продолжением или последствием того состояния здоровья, которое было до начала периода страхования.

18.18. **Хроническая болезнь** – противоположное внезапному заболеванию состояние здоровья – постепенное ухудшение внутренних и образующихся на протяжении длительного времени физиологических процессов и функций организма, характеризующееся более или менее частыми резкими изменениями состояния здоровья (обострениями болезни), независимо от того, было ли такое состояние здоровья диагностировано до начала периода страхования.

18.19. **Обострение хронической болезни** – не проявлявшееся до начала периода страхования внезапное появление характерных симптомов хронической болезни, в результате которого застрахованному лицу требуется медицинская помощь.

18.20. **Неотложная медицинская помощь** – медицинские услуги, которые срочно необходимо оказать застрахованному лицу из-за острого ухудшения его состояния здоровья в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем, чтобы предотвратить дальнейшее резкое ухудшение состояния здоровья застрахованного лица и/или угрозу жизни застрахованного лица.

18.21. **Неотложная операция** – операция, которая должна быть проведена в течение 24 часов в результате внезапного заболевания или несчастного случая.

18.22. **Дополнительные условия** – индивидуально установленные Страховщиком и страхователем условия, являющиеся обязательными для заключенного договора страхования и указанные в страховом полисе.

18.23. **Дубликат карты** – изготовление новой карты страхования здоровья по требованию застрахованного лица.

18.24. **Первичная консультация врача** – визит к врачу в связи с внезапным заболеванием.

18.25. **Повторная консультация врача** – повторный визит к врачу во время одного заболевания, в связи с одним и тем же диагнозом.

18.26. **Профессор или высококвалифицированный специалист** – врач, который дополнительно квалифицировал свою врачебную деятельность и в конкретном лечебном учреждении практикует в качестве профессора, доцента или заведующего отделением.