



Правила страхования здоровья № 14.9.

Действуют с 22 августа, 2018 года

1. Термины и определения

- 1.1. **Застрахованный** – физическое лицо (гражданин Латвийской Республики, постоянный житель, лицо с постоянным видом на жительство в Латвийской Республике или нерезидент), в пользу которого заключен договор страхования.
- 1.2. **Работник** – физическое лицо, работающее у Страхователя.
- 1.3. **Член семьи работника** – физическое лицо, чье родство с Работником можно документально подтвердить.
- 1.4. **Объект страхования** – здоровье застрахованного лица.
- 1.5. **Страховая сумма** – установленная в Договоре максимальная денежная сумма, на которую застраховано здоровье каждого застрахованного, являющаяся максимальным размером обязательств, и которая при наступлении Страхового случая может быть выплачена как Страховое возмещение.
- 1.6. **Лечебное учреждение** – врачебные практики, государственные или муниципальные учреждения, лица, осуществляющие хозяйственную деятельность, и коммерческие общества, зарегистрированные в регистре лечебных учреждений, отвечающие установленным нормативными актами обязательным требованиям к лечебным учреждениям и их структурным подразделениям, и обеспечивающие медицинские услуги.
- 1.7. **Договорное учреждение** – учреждение или предприятие, с которым Страховщик заключил договор о сотрудничестве на обслуживание Застрахованных лиц в соответствии с программой страхования. Актуальный список договорных учреждений опубликован на домашней странице www.gjensidige.lv.
- 1.8. **Амбулаторное учреждение** – лечебное учреждение, в котором Застрахованный получает первичный или вторичный амбулаторный уход за здоровьем, включая дни лечения в стационаре, услуги, не включающие в себя нахождение в круглосуточном стационаре, а также услуги реабилитации.
- 1.9. **Дневной стационар** – лечебное учреждение (дневной стационар), в котором Застрахованный находится на протяжении более 4 часов, не включающий нахождение в нем ночью.
- 1.10. **Стационарное учреждение** – лечебное учреждение (круглосуточный стационар), в котором Застрахованный находится на протяжении более 24 часов.
- 1.11. **Учреждение по поддержанию здоровья** – учреждение, предоставляющее услуги по улучшению состояния здоровья и профилактике (например, спортивный клуб).
- 1.12. **Заявка на страхование здоровья** (далее - Заявка) – заполненный Страхователем бланк, предшествующий подготовке Договора о страховании здоровья, на основании подготовленного Страховщиком предложения по страхованию здоровья.
- 1.13. **Заявление на получение возмещения** (далее - Заявление) – установленная Страховщиком форма заявления о страховых случаях, если Застрахованный осуществил оплату предусмотренных в программе страхования услуг за счет своих средств.
- 1.14. **Программа страхования** – выбранный Страхователем и установленный в Договоре комплекс и размер услуг здравоохранения, оплату которых при наступлении Страхового случая полностью или частично покрывает Страховщик в рамках выбранной Страхователем Программы страхования.
- 1.15. **Список застрахованных лиц** – составленный и подписанный Страхователем документ, в котором указаны личные данные Застрахованных.
- 1.16. **Индивидуальная карта страхования клиента** (далее - Карта) – документ конкретного образца, выданный Страховщиком Застрахованному, удостоверяющий, что Застрахованный имеет право на получение услуг, предусмотренных в Программе страхования.

2. Общие положения

- 2.1. Страхование в силе на территории Латвийской Республики, если Стороны не договорились иначе.

- 2.2. При исполнении Договора страхования применяются положения данных правил, если в Договоре страхования не установлено иначе.

3. Заключение Договора страхования и порядок оплаты премии

- 3.1. Договор страхования заключается на основании информации о риске, предоставленной Страхователем для получения предложения по страхованию здоровья, и предоставленного Страховщиком предложения.
- 3.2. Страхование вступает в силу в указанный в Полисе день и время, при условии, что оплата Страховой премии или ее первой части произведена в сроки и в размере, установленном в Полисе.
- 3.3. Страхование действует до 24:00 последнего дня Страхового периода, если Договор страхования не прекращен досрочно.
- 3.4. Страхование действует только в отношении услуг, предусмотренных в Программе страхования, которые указаны в Полисе.
- 3.5. Оплата Страховой премии или ее части осуществляется не позднее чем в указанный в Полисе день (оплачивая часть премии – в соответствии с графиком оплаты Страховой премии), вне зависимости от того, получен ли счет.
- 3.6. Страхователь обязан информировать Застрахованного о запрете использовать Kartu со дня получения предупреждения о неполной оплате Страховой премии до дня, когда осуществлена полная оплата Страховой премии или ее части. Если в установленный в предупреждении срок и согласно установленному в нем порядку Страхователь не осуществляет оплату Страховой премии, он обязан вернуть Страховщику все выданные Карты в течение 3 (трех) рабочих дней со дня, указанного в предупреждении.
- 3.7. Если Страхователь не соблюдает порядок, установленный в п.3.6, то он на основании отдельно выставленного Страховщиком счета покрывает расходы/убытки, возникшие в период времени, пока использование Карты было запрещено.

4. Обязанности и права Страховщика

- 4.1. Обязанности
 - 4.1.1. В течение 10 (десяти) рабочих дней после заключения Договора подготовить для Застрахованных лиц Карты и правила Программы страхования, и выдать их Страхователю вместе со счетом на оплату Страховой премии или ее части;
 - 4.1.2. При наступлении страхового случая выплатить Застрахованному или Договорному учреждению страховое возмещение в соответствии с условиями заключенного Договора.
- 4.2. Права
 - 4.2.1. по обоюдному согласованию со Страхователем выслать правила Программы страхования в электронном виде, не выдавая их каждому Застрахованному лицу;
 - 4.2.2. взыскать с Застрахованного или Страхователя возникшие убытки, которые Застрахованный отказывается оплачивать, или получить с Застрахованного возмещение расходов на необоснованно оплаченные услуги в соответствии с п.6.1.8 Правил;
 - 4.2.3. прекратить действие Карты, если Страхователь констатирует, что Картой воспользовалось другое лицо, и взыскать с Застрахованного все возникшие в связи с этим убытки. Страховая премия за прекращенное таким образом действие Карты не возвращается;
 - 4.2.4. в одностороннем порядке вносить изменения в Договор, если констатируются несоответствия в изначально предоставленной Страхователем информации;
 - 4.2.5. в одностороннем порядке вносить изменения в список Договорных учреждений, не ухудшая условия на момент заключения Договора. Соответствующие изменения обязательны для Застрахованного с момента их публикации на домашней странице Страховщика www.gjensidige.lv.

5. Обязанности Страхователя

- 5.1. Обязанности
- 5.1.1. перед заключением Договора страхования предоставить Страховщику Заявку и Список застрахованных лиц.
- 5.1.2. по письменному требованию Страховщика предоставить Страховщику все запрашиваемые документы, удостоверяющие количество работников Страхователя или содержащие иную информацию, необходимую Страховщику для того, чтобы оценить или убедиться в соответствии предоставленного Страхователем Списка застрахованных лиц данным правилам.
- 5.1.3. выдать лично Застрахованному Карту под подпись о ее получении и информировать о правах Страховщика на обработку личных данных, в том числе данных о состоянии здоровья лица, с целью обеспечения выполнения Договора страхования.
- 5.1.4. незамедлительно вернуть Страховщику Карты, если Договор страхования прекращается, или Карту конкретного Застрахованного, если ее действие прекращено, или же в случае, установленном в п.3.6 Правил.
- 5.1.5. компенсировать нанесенные Страховщику убытки или оплатить его расходы в случае, если Застрахованный отказывается от обязанности, установленной в п.6.1.8 Правил.
- 5.1.6. Если в Договоре необходимо изменить количество Застрахованных (оно увеличивается или уменьшается), это осуществляется согласно порядку внесения изменений, установленному в приложении к Договору страхования.

6. Обязанности и права Застрахованного

- 6.1. Обязанности
 - 6.1.1. расписаться в получении Карты и ознакомлении с условиями для Застрахованного.
 - 6.1.2. ознакомиться с Программой страхования и соблюдать данные правила. Согласовывать получение услуг со Страховщиком согласно порядку и срокам, установленным в Программе страхования.
 - 6.1.3. в случае, если Карта частично или полностью оплачивается за счет личных средств Застрахованного, обязанность оплатить выставленный Страховщиком счет на оплату премии. В данном случае право на получение Карты Застрахованный имеет только после полной оплаты выставленного Страховщиком счета.
 - 6.1.4. не допускать использование Карты другим лицом, если Картой воспользовалось другое лицо, Страховщик вправе взыскать с Застрахованного все возникшие в связи с этим убытки, а также прекратить действие Карты.
 - 6.1.5. перед получением услуги в Договорном учреждении предъявить Карту и документ, удостоверяющий личность (паспорт или ID карту), а также своей подписью подтвердить факт получения услуги.
 - 6.1.6. для того чтобы получить страховое возмещение, подать Страховщику Заявление согласно порядку и срокам, установленным данными правилами и Программой страхования.
 - 6.1.7. следить за объемом полученных услуг, чтобы не превысить сумму или лимиты, установленные в Программе страхования. В случае, если выплаченные Страховые суммы или Лимиты достигли установленных в Договоре страхования величин, Застрахованный обязан не использовать Карту.
 - 6.1.8. обязанность покрыть Страховщику возникшие убытки или оплатить Страховщику расходы на полученные услуги в соответствии с выставленным Страховщиком счетом в случаях, когда:
 - a) превышена Страховая сумма или Лимит;
 - b) получены услуги, не предусмотренные в Программе страхования;
 - c) получены услуги после приостановки или прекращения действия Карты.
 - 6.1.9. в случае утери или кражи Карты, сразу же, как только это возможно, сообщить Страховщику. Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат Карты Застрахованного.
- 6.2. Права

- 6.1.1. получать услуги страхования здоровья в соответствии с Договором страхования, заключенным между Страхователем и Страховщиком, и соответствующими правилами Программы страхования.
- 6.1.2. получать от Страховщика информацию о Программе страхования и включенных в нее услугах, а также о личном Лимите Застрахованного. Информация о Застрахованном предоставляется лично Застрахованному только на основании письменного запроса или электронно, если перед этим в письменном заявлении Застрахованный указал адрес своей электронной почты.

7. Страховое возмещение

- 7.1. Страховое возмещение выплачивается Застрахованному, если наступил Страховой случай и Застрахованный оплатил расходы на полученные услуги.
- 7.2. Для получения Страхового возмещения Застрахованный или его представитель заполняет Заявление и прилагает к нему документы, установленные в Программе страхования. Застрахованный подает Заявление не позднее чем в течение одного месяца после окончания периода действия Карты.
- 7.3. В случае, если возмещение запрашивает или получает представитель Застрахованного, Страховщик вправе потребовать подачи или предъявления документа (оригинала), подтверждающего полномочия представителя (например, свидетельство о рождении ребенка, решение суда или доверенность).
- 7.4. Страховщик вправе потребовать у Застрахованного документы, связанные со Страховым случаем и установлением размера возмещения.
- 7.5. При возмещении расходов применяется принцип компенсации, не превышая размер Страхового возмещения, установленного в Программе страхования.
- 7.6. Общее выплачиваемое страховое возмещение за один или более страховых случаев в течение срока действия договора страхования не может превышать страховую сумму программы страхования.
- 7.7. Договор страхования после выплаты страхового возмещения остается в силе в размере разницы между начальной страховой суммой и выплаченным возмещением.

8. Исключения

- 8.1. **События не считаются страховым случаем и возмещение не выплачивается, если страховой случай вызван каким-либо из общих исключений:**
 - 8.1.1. событие, которое не соответствует виду конкретного Договора страхования;
 - 8.1.2. страховой риск, не указанный в Договоре страхования;
 - 8.1.3. лечебные услуги, полученные за пределами Латвийской Республики или указанной в Договоре страхования территории, вне периода действия Договора страхования; более чем через год после даты выдачи направления;
 - 8.1.4. лечебные услуги, если они не включены в перечень оплачиваемых услуг или если на момент заключения Договора страхования не были доступны в Латвии;
 - 8.1.5. лечебные услуги, которые в выбранной Программе страхования указаны как неоплачиваемые;
 - 8.1.6. если лечебные услуги оказаны лицом, которое не числится в Регистре медицинских лиц, или оказанная услуга не соответствует сертификату медицинского лица, или медицинское учреждение не числится в Регистре лечебных учреждений и действия лица или оказанные им услуги не соответствуют обязательным требованиям к лечебным учреждениям и их структурным подразделениям, установленным нормативными актами;
 - 8.1.7. любые медицинские услуги, оказанные вне адреса лечебного учреждения (на выезде), которые письменно не согласованы со Страховщиком;

- 8.1.8. лечебные мероприятия, проведенные анонимно или без назначения врача, не обоснованные медицинскими показаниями, в том числе обследования, манипуляции, полученные без медицинских показаний;
- 8.1.9. расходы, которые не были согласованы, если это предусмотрено в условиях Программы страхования;
- 8.1.10. за лечение Застрахованного в Стационарном учреждении, если лечение может быть проведено амбулаторно;
- 8.1.11. Застрахованный, находясь в Стационарном учреждении, одновременно получил платные амбулаторные услуги или амбулаторную реабилитацию;
- 8.1.12. обследования и консультации для оформления заграничной визы;
- 8.1.13. договоры на уход и заботу о Застрахованном, нахождение в стационаре родственника или близкого лица;
- 8.1.14. образовательно-информационные занятия и лекции;
- 8.1.15. оформление медицинских документов и распечатки или выписки медицинских обследований (в т.ч. рентгенограммы, их распечатки, записи на CD и других электронных носителях информации) как отдельная услуга;
- 8.1.16. медицинские товары и оборудование (в т.ч. изделия технического протезирования и ортезирования, эластичные и послеоперационные биндажи, корректоры осанки), средства инконтиненции и гигиены, используемые при операциях материалы для замещения тканей, импланты, одноразовые высокотехнологичные инструменты и т.п.;
- 8.1.17. гонорары врачам или не связанные с лечением услуги, плата за выбор врача для операции, врачебные консилиумы, административные расходы, индивидуальный пост медицинского наблюдения в Стационарном учреждении;
- 8.1.18. расходы, возникшие в связи с травмами или телесными повреждениями в результате занятий профессиональным спортом;
- 8.1.19. намеренные действия Застрахованного, наносящие вред здоровью, в том числе самоубийство Застрахованного, попытка самоубийства, подвержение себя чрезмерной опасности, кроме случая спасения жизни человека;
- 8.1.20. в случае совершения Застрахованным преступного деяния или нарушения, а также при участии в нем, если вступил в силу обвинительный приговор или решение;
- 8.1.21. в результате радиоактивного отравления, загрязнения, природных катастроф, пандемии, военных действий, вторжений, гражданской войны, вызванных войной последствий, революции, мятежей, восстаний, переворотов, массовых беспорядков, забастовок, диверсий и террористических актов;
- 8.1.22. Договор страхования заключен с целью покрытия расходов на получение необходимых или плановых услуг здравоохранения;
- 8.1.23. Страховой случай, связанный с платными услугами в Стационарном учреждении, наступил через 30 дней после указанного в Карте начала периода договора, и перед получением Карты Застрахованный уже нуждался в конкретной услуге (не относится к повторно заключенному Договору страхования).
- 8.2. **Если в заключенном Договоре страхования прямо и недвусмысленно не указано противоположное (оговорены специальные исключения или услуга включена в программу как оплачиваемая), Страховым случаем не считается и страховое возмещение не выплачивается, если Страховой случай вызван каким-либо из специальных исключений:**
- 8.2.1. услуги, оплачиваемые из средств государственного бюджета на здравоохранение: лечение заболеваний и динамическое наблюдение в онкологии, фтизиатрии, гематологии, гепатологии, иммунологии, комбустиологии;
- 8.2.2. медицинские услуги (в т.ч. плата за консультации, обследования, процедуры), связанные с микрохирургическим, косметическим, пластическим, бариатрическим, реконструктивным лечением; лазерной хирургией, инвазивной и эстетической дерматологией; трихологией; плазмаферезом; иммунотерапией; лечением нарушений сна; стоматологией (в т.ч. стоматология 3D CT/DT), логопедия, фониаитрия; инвазивная радиология и кардиология; электрокардиостимуляция; капсульная эндоскопия; интравитреальные инъекции; литотрипсия; баротерапия; позитронно-эмиссионная томография (PET/ECT);
- 8.2.3. ускоренная вакцинация и осмотр перед вакцинацией, если он выделен в отдельную услугу;
- 8.2.4. процедуры, терапия и операции с применением фотолн, лазерных, механических и электромагнитных волн; платные нейрохирургические операции и операции на позвоночнике, операции на венах, сердце, кровеносных сосудах, операции по коррекции зрения и связанные с ними расходы;
- 8.2.5. специалист по питанию, программы и мероприятия по снижению веса, диетология; лечение заболеваний обмена веществ и остеопороза (в т.ч. остеоденситометрия); текст на непереносимость лактозы, фармакогенетические исследования (в т.ч. тесты на генотип), лечение целиакии;
- 8.2.6. услуги спортивных врачей (в т.ч. тесты с нагрузкой) и технического ортопеда, услуги подолога и подиатра (в т.ч. уход за стопой), лечение варикозных вен (в т.ч. консультации флеболога и USG), лечение деформации костей и соединительных тканей;
- 8.2.7. серологическое, иммунологическое, вирусологическое лечение;
- 8.2.8. специфические лабораторные исследования (напр. исследование кала – кальпротектин, кардиологические маркеры – гомотеин, BNP; анализы на дисбиоз; антитела IgG к вирусу клещевого энцефалита и др.);
- 8.2.9. психиатрическое, психологическое, психотерапевтическое, сексопатологическое лечение;
- 8.2.10. лечение сексуально-трапнсмиссивных заболеваний; ВИЧ и СПИД, исследование спирохет, спермы, диагностика и лечение инфекционных заболеваний, вызванных хламидиями, лечение грибковых заболеваний;
- 8.2.11. планирование семьи (в т.ч. искусственное оплодотворение), лечение и исследование бесплодия (в т.ч. проверка на проходимость маточных труб), диагностически-лапароскопические операции в гинекологии, операции по разделению спаек и проверке проходимости маточных труб, установление Антимюллера гормона; услуги андрологии, генетики, репродуктологии и эмбриологии; прерывание беременности без медицинских показаний и лечение последствий, лечение врожденных заболеваний, неонатология, исследования 3 и 4D (в т.ч. в связи с беременностью); платные услуги ведения беременности и платная помощь при родах;
- 8.2.12. общий бесконтактный массаж, вакуумный массаж, массаж простаты и гинекологический массаж, баротерапия, реитерапия, гидроклонолтерапия, лимфодренаж и пр.; лечение целлюлита, амбулаторная реабилитация в несертифицированных кабинетах (СПА центры, спортивные клубы и т.п.), осуществленная вне сертифицированных лечебных учреждений; гомеопатическое лечение; услуги нетрадиционной, дополняющей (комплементарной) медицины; нетрадиционное лечение (диагностика по методу Фолля и иридодиагностика, иглотерапия, точечный массаж, акупунктура и др.);
- 8.2.13. диагностика и лечение алкоголизма, наркомании, токсикомании, в том числе нарушения здоровья в связи с употреблением алкоголя, наркотических и токсичных веществ;
- 8.2.14. услуги по профилактике здоровья и общая диагностика тела (heck-up, imago-augum, биорезонанс и т.п.).