

# УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ CAO BALTA № 4201.01



Данные условия страхования регулируются законами Латвийской Республики.  
Обязательную силу имеет только латышский текст. Данный перевод предоставлен исключительно в информационных целях.

## I ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В УСЛОВИЯХ

- 1.1. **Сотрудник** – сотрудник страхователя, с которым страхователь заключил трудовой договор и за которого страхователь производит налоговые платежи.
- 1.2. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, имеющее интерес для страхования, в пользу которого между страхователем и страховым обществом заключен страховой договор о страховании здоровья, в соответствии с которым по наступлении страхового случая оплачиваются медицинские расходы на медицинские услуги в объеме установленной договором программы страхования.
- 1.3. **Заявление о страховании** – перечень документов, установленный страховым обществом, который страхователь подает страховому обществу, чтобы предоставить информацию о фактах, необходимых для оценки риска.
- 1.4. **Программа страхования** – набор страховых услуг и/или процент оплаты услуг, предусмотренный для указанного в страховом полисе страхового риска, медицинские расходы на которые оплачивает страховое общество по наступлении страхового случая.
- 1.5. **Страховая сумма** – установленная в страховом полисе денежная сумма, на которую застраховано здоровье каждого застрахованного лица в соответствии с предусмотренным полисом страховым риском, в пределах которой страховое общество выплачивает страховое возмещение.
- 1.6. **Лимит** – установленная в программе страхования или в объеме оплачиваемой суммы денежная сумма или число медицинских услуг, в соответствии с предусмотренным в полисе риском, в рамках которой по наступлении страхового случая выплачивается страховое возмещение.
- 1.7. **Медицинские услуги** – услуги, предоставляемые медицинским учреждением застрахованному лицу в соответствии с программой страхования.
- 1.8. **Медицинские расходы** – расходы на медицинские услуги в медицинском учреждении в соответствии с программой страхования.
- 1.9. **Медицинское учреждение** – медицинское учреждение, зарегистрированное в Регистре медицинских учреждений, предприятий и практик Латвийской Республики или практика врачей, которые занимаются предоставлением лечебно-профилактических, лечебных или реабилитационных услуг, а также аптеки и оптики, которые работают на территории Латвийской Республики в порядке, установленном нормативными актами Латвийской Республики, и спортивные учреждения, которые предоставляют услуги для улучшения состояния здоровья и профилактики. Спортивными учреждениями в настоящих условиях не считаются индивидуальные коммерсанты или лица, которые, действуя в статусе самозанятого лица, осуществляющего хозяйственную деятельность, предоставляют услуги для улучшения состояния здоровья и профилактики.
- 1.10. **Договорное учреждение** – медицинское учреждение, заключившее договор со страховым обществом об определенном объеме услуг и предоставляющее, по наступлении страхового случая, медицинские услуги застрахованному лицу в рамках или в объеме программы страхования, о котором достигнута договоренность со страховым обществом. Оплату за предоставленные застрахованным лицам медицинские услуги покрывает страховое общество. Актуальный список договорных учреждений опубликован на домашней странице [www.balta.lv](http://www.balta.lv).
- 1.11. **Объем оплачиваемой суммы** – утвержденный страховым обществом список медицинских услуг с установленной страховым обществом максимальной суммой возмещения (за конкретную услугу).
- 1.12. **Карта** – индивидуальная карта страхования здоровья утвержденного страховым обществом образца, которая выдается застрахованному лицу и служит удостоверением действия страхового договора в отношении застрахованного лица. При получении медицинских услуг застрахованное лицо обязано предъявлять карту вместе с удостоверяющим личность документом.
- 1.13. **Страховой риск** – событие, в случае наступления которого в будущем у застрахованного лица могут возникнуть медицинские расходы.

## II ОБЩИЕ УСЛОВИЯ

### 2. Общие условия

- 2.1. Страховое общество в соответствии с настоящими условиями заключает страховой договор со страхователем о страховании здоровья физических лиц – сотрудников коллектива.
- 2.2. Застрахованным лицом может быть любое физическое лицо, являющееся гражданином Латвийской Республики, постоянным жителем или лицом, имеющим разрешение на постоянное жительство в Латвийской Республике, если об этом договариваются страховое общество и застрахованное лицо.
- 2.3. Страхование действует на территории Латвийской Республики.
- 2.4. Сумма страхования устанавливается отдельно для каждой программы страхования и указывается в страховом полисе.
- 2.5. Страховой случай наступает, если застрахованное лицо получает медицинские услуги в период действия страхования, и в соответствии с программой страхования и настоящими условиями страховое общество обязано оплатить медицинские услуги.
- 2.6. В страховании здоровья, при оплате медицинских расходов на медицинские услуги, применяется принцип компенсации, выплачивая страховое возмещение договорным учреждениям, застрахованному лицу или его доверенному лицу.
- 2.7. Действие карты страхования здоровья прерывается в момент, когда она передана страховому обществу.

### III ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

#### 3. Составляющие договора страхования

- 3.1. Перед заключением договора страхования страхователь заполняет заявление о страховании или предоставляет необходимую для оценки страхового риска информацию в виде, определенном страховым обществом. Заявление о страховании не обязывает ни страхователя, ни страховое общество брать на себя какие-либо обязательства.
- 3.2. Договор страхования состоит из:
  - 3.2.1. письменного заявления страхователя (анкета оценки рисков, список застрахованных лиц, и т.п.);
  - 3.2.2. полиса страхования здоровья;
  - 3.2.3. общих условий страхования, условий страхования здоровья для юридических лиц;
  - 3.2.4. особых условий, если об этом договариваются стороны;
  - 3.2.5. программ(-ы) страхования и размеров оплачиваемых сумм, если такие есть;
  - 3.2.6. карт(-ы), за исключением случаев, когда стороны договариваются о невыдаче карт;
  - 3.2.7. приложения об обработке личных данных;
  - 3.2.8. всех изменений и дополнений договора, о которых договариваются страховое общество и страхователь в течение срока действия договора.

### IV ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

#### 4. Права и обязанности страхового общества

- 4.1. Страховое общество обязано, в соответствии с заключенным договором страхования, по наступлении страхового случая, произвести выплату страхового возмещения в порядке, предусмотренном V разделом настоящих условий.
- 4.2. Страховое общество имеет право взыскать со страхователя или с застрахованного лица денежную сумму, выплаченную договорному учреждению:
  - 4.2.1. превышающую сумму страхования;
  - 4.2.2. превышающую лимит;
  - 4.2.3. за полученную медицинскую услугу, не предусмотренную программой страхования;
  - 4.2.4. за медицинскую услугу, полученную после прекращения действия индивидуальной карты страхования здоровья.
- 4.3. Страховое общество может воспользоваться правом в одностороннем порядке менять медицинские учреждения, входящие в список договорных учреждений.

#### 5. Обязанности страхователя

- 5.1. Страхователь обязуется:
  - 5.1.1. выдать застрахованному лицу карту (если выдаются карты), информировать застрахованное лицо о том, что оно застраховано, а также ознакомить с программой и условиями страхования. В противном случае, страхователь несет ответственность за последствия неинформированности и покрывает расходы, возникшие у страхового общества в результате неинформированности застрахованных лиц;
  - 5.1.2. в письменном виде предоставлять страховому обществу изменения в списке застрахованных лиц;
  - 5.1.3. вернуть страховому обществу карту страхования

здоровья застрахованного лица, если застрахованное лицо исключается из списка застрахованных лиц;

- 5.1.4. вернуть страховому обществу денежную сумму, на которую застрахованное лицо получило медицинские услуги, в срок, указанный в подготовленном страховым обществом счете:
  - 5.1.4.1. превышающую сумму страхования;
  - 5.1.4.2. превышающую лимит;
  - 5.1.4.3. полученную медицинскую услугу, не предусмотренную программой страхования;
  - 5.1.4.4. за медицинскую услугу, полученную после прекращения действия карты.
- 5.2. В случае споров о соответствии сотрудника статусу застрахованного лица, по письменному запросу страхового общества предоставить информацию, удостоверяющую, что за сотрудника вносятся налоговые платежи, предусмотренные нормативными актами Латвийской Республики.

#### 6. Права и обязанности застрахованного лица

- 6.1. Застрахованное лицо обязуется:
  - 6.1.1. заботиться о сохранении своего здоровья;
  - 6.1.2. ознакомиться с информацией, указанной в пункте 5.1.1.;
  - 6.1.3. при наступлении страхового случая соблюдать указания лечащего врача;
  - 6.1.4. не допускать возможности использования карты другим лицом – подобные действия трактуются как мошенничество;
  - 6.1.5. вернуть страхователю или страховому обществу карту в случае исключения из списка застрахованных лиц;
  - 6.1.6. следить за своими медицинскими расходами, чтобы не превысить сумму и/или лимит страхования;
  - 6.1.7. вернуть страховому обществу денежную сумму, на которую застрахованное лицо получило медицинские услуги, в срок, указанный в подготовленном страховым обществом счете:
    - 6.1.7.1. превышающую сумму страхования;
    - 6.1.7.2. превышающую лимит;
    - 6.1.7.3. полученную медицинскую услугу, не предусмотренную программой страхования;
    - 6.1.7.4. за медицинскую услугу, полученную после прекращения действия карты.
  - 6.1.8. В случае потери или кражи карты, как только это возможно, сообщить страхователю или страховому обществу. Если застрахованное лицо теряет карту, карта считается недействительной. В таком случае страховое общество на основании письменного заявления страхователя или застрахованного лица выдает дубликат карты.
- 6.2. Застрахованное лицо в период страхования может получить медицинские услуги в медицинском учреждении, не являющемся договорным учреждением соответствующей программы страхования, если программой страхования предусмотрена такая возможность. Застрахованное лицо за полученные медицинские услуги рассчитывается собственными средствами в течение периода страхования, и, как только возможно, но не позднее 30 дней после истечения срока договора, подает заявление о выплате страхового возмещения и другие документы, перечисленные в пункте 8.
- 6.3. Застрахованное лицо отвечает за правильность предоставленных данных, подавая оригиналы платежных

документов в Службу государственных доходов (СГД), чтобы получить компенсацию за оправданные расходы на медицинские услуги.

- 6.4. Застрахованное лицо своей подписью удостоверяет, что уполномочивает страховое общество обработать и использовать свои личные данные, а также соглашается на экспертизу у выбранного страховым обществом врача-эксперта для проверки здоровья в связи со страховым случаем. Данное согласие оформляется как приложение к полису об обработке личных данных.
- 6.5. Если заявление о страховом возмещении и другие необходимые для получения возмещения документы подаются в электронном виде на домашней странице страхового общества [www.balta.lv](http://www.balta.lv), застрахованное лицо обязано хранить оригиналы поданных страховому обществу документов в течение 3 лет после получения услуги, а также предъявить оригиналы документов по письменному запросу страхового общества.

## В СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ

### 7. Заявление о страховом возмещении

- 7.1. Заявить о страховом возмещении может:
- 7.1.1. застрахованное лицо, его доверенное лицо или законный представитель:
- 7.1.1.1. в офисе страхового общества;
- 7.1.1.2. по почте;
- 7.1.2. только застрахованное лицо – в электронном виде на домашней странице страхового общества [www.balta.lv](http://www.balta.lv);
- 7.2. Для получения страхового возмещения необходимо подать следующие документы:
- 7.2.1. заявление о выплате страхового возмещения, за исключением электронного заявления;
- 7.2.2. выписка из медицинской карты амбулаторного или стационарного пациента, подтверждающая получение медицинских услуг с указанием полного диагноза, примененного лечения, описания хода лечения, результаты анализов, подтверждающие диагноз;
- 7.2.3. подтверждающие медицинские расходы финансовые документы, в которых четко указан получатель услуги, название услуги (товара), количество и цена;
- 7.2.4. другие запрашиваемые страховым обществом документы, связанные с наступлением страхового случая и получением возмещения;
- 7.2.5. если возмещение получает доверенное лицо застрахованного лица – нотариально заверенная доверенность;
- 7.2.6. если возмещение получает законный представитель (отец, мать или опекун несовершеннолетнего) – копия свидетельства о рождении ребенка.

### 8. Выплата страхового возмещения

- 8.1. Страховое возмещение страховое общество выплачивает:
- 8.1.1. договорному учреждению – в соответствии с заключенным договором;
- 8.1.2. застрахованному лицу или его доверенному лицу, которое рассчиталось собственными средствами за медицинские услуги, в соответствии с программой страхования;
- 8.1.3. законному представителю застрахованного ребенка, который рассчитался за оказанные ребенку медицинские услуги собственными средствами, в

соответствии с программой страхования;

- 8.2. Если застрахованное лицо рассчиталось за медицинские услуги, предусмотренные программой страхования, в учреждении, не являющемся договорным учреждением соответствующей программы страхования, или за услуги, не входящие в список оплачиваемых услуг договорного учреждения программы страхования, и программа страхования предусматривает такую возможность, возмещение выплачивается за фактические расходы, но не превышая установленной страховым обществом максимальной суммы возмещения/размера оплачиваемой суммы за соответствующую медицинскую услугу.
- 8.3. Если цена медицинской услуги в медицинском учреждении превышает установленный страховым обществом размер оплачиваемой суммы, разницу в цене покрывает застрахованное лицо из собственных средств.
- 8.4. Общая выплачиваемая сумма за один или несколько страховых случаев в течение срока действия договора не может превышать страховую сумму программы страхования. Договор после выплаты страхового возмещения остается в силе на сумму разницы между первоначальной страховой суммой и выплаченным возмещением.
- 8.5. Страховое общество принимает решение о выплате страхового возмещения или отказе выплатить страховое возмещение в течение 7 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов. Если страховое общество по объективным причинам не может соблюсти данный срок, страховое общество может продлить его на срок до шести месяцев со дня получения заявления о возмещении, информируя об этом в письменном виде лицо, имеющее право на получение возмещения.
- 8.6. Страховое общество имеет право отказать в выплате страхового возмещения, если застрахованное лицо или страхователь со злым умыслом или в результате грубой небрежности не выполнили какое-либо из обязательств, упомянутых в настоящих условиях или заключенном между страхователем и страховым обществом договоре.

### 9. Исключения

- 9.1. Страховое возмещение не выплачивается, если медицинские расходы возникли по следующим причинам:
- 9.1.1. участие застрахованного лица в военных или приравняемых к таковым действиях, действиях военных формирований любого типа, в случае терроризма или массовых беспорядков;
- 9.1.2. результат радиоактивного отравления, радиоактивного загрязнения, природной катастрофы;
- 9.1.3. самолечение застрахованного лица с использованием медикаментов или наркотических веществ, если их использование не предусмотрено с медицинской точки зрения или ни предписано врачом;
- 9.1.4. если страховой случай наступил в результате употребления алкоголя, токсичных, наркотических или других опьяняющих веществ;
- 9.1.5. если застрахованное лицо само, сознательно причинило вред своему здоровью;
- 9.1.6. если застрахованное лицо совершило преступление или участвовало в нем, если вступил в силу обвинительный приговор.
- 9.2. Страхование здоровья не покрывает:
- 9.2.1. расходы на услуги, упомянутые в соответствующей программе страхования как неоплачиваемые;
- 9.2.2. гонорары;
- 9.2.3. диагностику и лечение сексуально-трансмиссивных

- заболеваний, заболевание СПИД и передачу,  
диагностику и лечение ВИЧ инфекции;
- 9.2.4. диагностику и лечение птичьего и свиного гриппа;
  - 9.2.5. генетические исследования;
  - 9.2.6. договоры о наблюдении беременности;
  - 9.2.7. договоры о предоперационном и послеоперационном уходе;
  - 9.2.8. пластическую хирургию;
  - 9.2.9. консервативные и хирургические (бариатрические) методы лечения лиц с патологическим ожирением, в т.ч. гастропластику;
  - 9.2.10. индивидуальный пост в стационаре;
  - 9.2.11. операции по трансплантации органов;
  - 9.2.12. пребывание в стационаре родственника или близкого лица;
  - 9.2.13. социальный и домашний уход;
  - 9.2.14. образовательно-информативные занятия и лекции;
  - 9.2.15. замещающие ткани материалы, эспандеры, протезы, имплантаты, медицинскую аппаратуру;
  - 9.2.16. амбулаторные и стационарные услуги в учреждениях, не зарегистрированных в регистре медицинских учреждений и сертификации ЛР.