

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ № 06-2021**Содержание**

1. Термины, используемые в Правилах
2. Законодательство, применимое к Договору страхования
3. Порядок заключения, вступления в силу Договора страхования и уплаты Страховой премии
4. Обязанности и ответственность сторон за несоблюдение условий Договора страхования
5. Решение о выплате Страхового возмещения
6. Прекращение Договора страхования
7. Представление уведомлений, запросов и информации
8. Исключения
9. Исключения, связанные с международными санкциями
10. Условия дистанционного Договора страхования
11. Обработка персональных данных и конфиденциальность информации
12. Порядок рассмотрения жалоб и споров
13. Язык Договора страхования

1. Термины, используемые в Правилах

Страховщик – европейское коммерческое общество (SE) ERGO Life Insurance, занесенное в Регистр юридических лиц Литовской Республики за регистрационным номером 110707135, юридический адрес: ул. Гележинё Вилко, 6а, Вильнюс, LT-03507, Литва, от имени которого в Латвийской Республике действует **латвийский филиал ERGO Life Insurance SE**, занесенный в Коммерческий регистр Латвийской Республики за единым регистрационным номером 40103336441, юридический адрес: ул. Сканстес, 50, Рига, LV-1013.

Страхователь – юридическое лицо, которое заключает Договор страхования здоровья в пользу Застрахованного.

Застрахованный – указанное в Страховом полисе физическое лицо, имеющее страхуемый интерес, в пользу которого между Страховщиком и Страхователем заключен Договор страхования здоровья.

Застрахованный риск – предусмотренные Договором страхования расходы, связанные с получением услуг Учреждения поставщика услуг, которые могут возникнуть у Застрахованного в течение Периода страхования и оплата которых предусмотрена Договором страхования.

Страховой случай – событие, находящееся в причинно-следственной связи с Застрахованным риском, при наступлении которого в течение Периода страхования предусмотрена выплата Страхового возмещения в соответствии с Договором страхования.

Карта страхования – выданное Страховщиком в электронном или физическом формате подтверждение страхования Застрахованного на Период страхования в рамках Программы страхования; если Договором страхования выдача карты страхования не предусмотрена, это не влияет на действительность страхования в случае соблюдения всех условий вступления в силу Договора страхования.

Страховой лимит – предусмотренная Программой страхования денежная сумма или количество медицинских услуг и посещений, в пределах которого при наступлении Страхового случая компенсируются расходы Застрахованного на медицинские услуги.

Договор страхования – соглашение Страховщика и Страхователя, согласно которому Страхователь обязуется уплатить Страховую премию в установленном договором размере, в установленный срок и установленным способом, а также выполнить другие предусмотренные договором обязательства, а Страховщик обязуется при наступлении Страхового случая и связанных с этим расходов Застрахованного выплатить указанному в Договоре страхования лицу Страховое возмещение в соответствии с условиями Договора страхования; предметом Договора страхования считается указанный в Договоре страхования Объект страхования, совокупность застрахованных рисков и предусмотренные исключения, Страховая сумма.

Договор страхования состоит из: Заявки на страхование, списка Застрахованных, Запроса предложения по страхованию здоровья, Предложения по страхованию здоровья, Страхового полиса, Карты страхования, настоящих Правил страхования здоровья, приложений к Страховому полису, Программы страхования, других правил и/или изменений Договора страхования, согласованных Страховщиком и Страхователем в письменной форме, которые являются неотъемлемой частью Договора страхования.

Объект страхования – здоровье Застрахованного.

Период страхования – указанный в Страховом полисе временной отрезок, в течение которого действует страхование.

Заявка на страхование – документ установленного Страховщиком образца или любая другая информация, которую Страхователь подает Страховщику, чтобы сообщить об Объекте страхования, фактах и обстоятельствах, необходимых для оценки Застрахованного риска.

Страховой полис – выданное Страховщиком подтверждение факта заключения Договора страхования; отсутствие в Страховом полисе подписей сторон не влияет на действительность Договора страхования при соблюдении условий вступления в силу Договора страхования.

Страховая премия – рассчитанный Страховщиком и указанный в Страховом полисе платеж Страхователя за страхование.

Программа страхования – установленная Страховщиком совокупность медицинских услуг (страховое покрытие), оплату которых при наступлении Страхового случая осуществляет Страховщик и которые предусмотрены в Договоре страхования.

Страховая сумма – установленная в Договоре страхования максимальная денежная сумма, в пределах которой Страховщик может оплатить полученные Застрахованным медицинские услуги в рамках выбранной Программы страхования.

Страховое возмещение – денежная сумма, выплачиваемая Застрахованному или Договорному учреждению за Страховой случай согласно Договору страхования.

Заявка на выплату Страхового возмещения – документ установленного Страховщиком образца, который Застрахованный подает Страховщику, чтобы получить Страховое возмещение в соответствии с заключенным Договором страхования.

Медицина – профессиональная индивидуальная профилактика, диагностика и лечение заболеваний, медицинская реабилитация и уход за пациентами.

Медицинское учреждение – врачебная практика, государственное и муниципальное учреждение, лицо, ведущее хозяйственную деятельность, или коммерческое общество, занесенное в Регистр медицинских учреждений и отвечающее предусмотренным нормативными актами Латвийской Республики обязательным требованиям к медицинским учреждениям и их структурным подразделениям, которое предоставляет медицинские услуги.

Медицинская услуга – услуга, полученная Застрахованным в Медицинском учреждении у Медицинского работника, который согласно порядку, установленному нормативными актами Латвийской Республики, вправе практиковать по определенной специальности и применять медицинскую технологию – используемый в медицине метод, утвержденный в порядке, установленном Кабинетом министров, и медицинский прибор или лекарства, соответствующие требованиям, предусмотренным для них нормативными актами Латвийской Республики.

Медицинские работники – лица, имеющие медицинское образование и занимающиеся Медициной.

Договорное учреждение – Учреждение поставщика услуги, с которым у Страховщика заключен договор об оказании определенных услуг и которое при наступлении Страхового случая предоставляет Застрахованному услуги в рамках Программы страхования. Оплату услуг, предоставленных Застрахованному Договорным учреждением, осуществляет Страховщик в соответствии с условиями Договора страхования.

Учреждение поставщика услуги – Медицинское учреждение, а также аптеки и оптики, которые работают на территории Латвийской Республики в порядке, установленном нормативными актами Латвийской Республики, предоставляя лечебно-профилактические, медицинские и реабилитационные услуги, и учреждения поставщика спортивных услуг, в которых услуги укрепления здоровья и профилактики заболеваний предоставляют спортивные специалисты, сертифицированные в порядке, установленном нормативными актами Латвийской Республики.

Обработка персональных данных – любое действие или совокупность действий, выполняемых в отношении персональных данных или совокупности персональных данных с помощью или без помощи автоматизированных средств, например: сбор, регистрация, организация, структурирование, хранение, адаптация или изменение, восстановление, просмотр, использование, разглашение путем отправки, распространения или предоставления доступа иным путем, согласование или объединение, ограничение, удаление или уничтожение.

Термины, используемые в настоящих Правилах, применяются во всех документах Договора страхования, частью которых являются настоящие Правила.

2. Законодательство, применимое к Договору страхования

- 2.1. Заключение Договора страхования стороны соглашаются, что к исполнению обязательств, следующих из Договора страхования, применяются нормативные акты Латвийской Республики, в том числе закон Латвийской Республики «О договоре страхования» (далее именуемый законом «О договоре страхования»), и применимые в Латвийской Республике нормы права Европейского союза. В случае внесения изменений в действующие нормативные акты, в результате чего условия Договора страхования вступают в противоречие с действующей нормой права, к исполнению Договора страхования и следующих из него обязательств применяется действующая норма права, если нормативными актами не предусмотрено иное.
- 2.2. Любые вопросы, не оговоренные в Договоре страхования, в том числе в настоящих Правилах, решаются между сторонами согласно действующим нормативно-правовым актам в соответствии с пунктом 2.1 настоящих Правил.

3. Порядок заключения, вступления в силу Договора страхования и уплаты Страховой премии

- 3.1. Договор страхования считается заключенным только после согласования Страховщиком и Страхователем всех условий Договора страхования. Факт заключения Договора страхования подтверждает выданный Страховщиком Страховой полис.
- 3.2. Если в Договоре страхования не предусмотрено иное, Договор страхования вступает в силу в день, указанный в Страховом полисе, при условии, что Страхователем уплачена Страховая премия в установленный срок и в установленном размере.
- 3.3. Страхователь обязан уплатить Страховую премию до даты, указанной в Договоре страхования. В случае возникновения спора решающее значение имеет дата получения Страховщиком Страховой премии на указанный Страховщиком банковский расчетный счет.
- 3.4. В течение срока действия Договора страхования Застрахованные лица вносятся в список Застрахованных лиц или исключаются из него на основании письменной информации об изменениях в списке Застрахованных лиц, предоставленной Страхователем Страховщику.
- 3.5. Страхование действует на территории Латвийской Республики, кроме случаев, когда сторонами письменно согласован иной порядок.

4. Обязанности и ответственность сторон за несоблюдение условий Договора страхования

4.1. Стороны обязаны соблюдать условия заключенного Договора страхования и требования нормативных актов Латвийской Республики. Стороны несут ответственность за несоблюдение условий Договора страхования и требований нормативных актов в порядке, установленном Гражданским законом Латвийской Республики и другими нормативными актами.

4.2. Права и обязанности Страхователя и Застрахованного

4.2.1. Страхователь обязуется:

- 4.2.1.1. уведомить Застрахованных о том, что они застрахованы, ознакомить Застрахованных с условиями Договора страхования или изменениями в них, разъяснить Застрахованным права и обязанности, следующие из Договора страхования, и передать Застрахованным документы, предусмотренные Предложением о страховании;
- 4.2.1.2. своевременно в письменной форме передать Страховщику список страхуемых лиц;
- 4.2.1.3. своевременно до даты вступления в силу изменений предоставить Страховщику письменную информацию о добавлении или исключении лиц из списка Застрахованных;
- 4.2.1.4. уплатить Страховую премию в указанный в Договоре страхования срок, указанным способом и в указанном размере;
- 4.2.1.5. если Застрахованный не исполняет обязательства, указанные в пункте 4.2.2.6 настоящих Правил, Страхователь в течение 3 (трех) рабочих дней по требованию Страховщика возвращает Страховщику денежную сумму, полученную Застрахованным в виде Страхового возмещения или за Медицинскую услугу:
 - а) свыше Страховой суммы или Страховых лимитов, указанных в Договоре страхования;
 - б) если их оплата не предусмотрена Договором страхования (вне покрытия);
 - с) после истечения Периода страхования или расторжения Договора страхования;
- 4.2.1.6. если Страхователь не уплачивает Страховую премию в срок, указанный в счете Страховщика, Страхователь уплачивает начисленную Страховщиком неустойку в размере 0,5 % (нуля целых пяти десятых процента) от неуплаченной части Страховой премии за каждый день задержки. Уплата неустойки не освобождает Страхователя от обязанности исполнения обязательств.

4.2.2. Застрахованный обязуется:

- 4.2.2.1. ознакомиться с Программой страхования и настоящими Правилами страхования здоровья и соблюдать их;
- 4.2.2.2. незамедлительно сообщить Страхователю в случае изменения права Застрахованного на получение предоставляемых государством медицинских услуг;
- 4.2.2.3. заботиться о своем здоровье и при наступлении Страхового случая соблюдать предписания Медицинских работников, чтобы сократить размер медицинских расходов;
- 4.2.2.4. следить за своими медицинскими расходами во избежание превышения Страховой суммы и/или Страхового лимита;
- 4.2.2.5. не использовать услугу страхования, если размер выплаченных Страховых возмещений или Страховых лимитов достиг Страховой суммы, указанной в Договоре страхования и/или Программе страхования;
- 4.2.2.6. не позднее чем через 14 (четырнадцать) рабочих дней по требованию Страховщика вернуть Страховщику денежную сумму, полученную Застрахованным в виде Страхового возмещения или за Медицинскую услугу вопреки указанному в пункте 4.2.2.5 настоящих Правил:
 - а) свыше Страховой суммы или Страховых лимитов, указанных в Договоре страхования;
 - б) если их оплата не предусмотрена Договором страхования (вне покрытия);
 - с) после истечения Периода страхования или расторжения Договора страхования;
- 4.2.2.7. после получения услуги незамедлительно, как только представится возможность, подать Страховщику следующие документы о получении предусмотренных Программой страхования услуг, оплаченных Застрахованным самостоятельно:
 - а) заполненную в установленном Страховщиком порядке Заявку на выплату Страхового возмещения;
 - б) оригинал персонализированного платежного документа или его копию, заверенную Застрахованным, с указанием информации о каждой полученной услуге, их количестве и цене, уплаченной за каждую полученную услугу;
 - с) другие запрашиваемые Страховщиком документы о полученных Застрахованным услугах, подтверждающие связанные со Страховым случаем обстоятельства и/или связанные с определением размера выплачиваемого Страхового возмещения;
- 4.2.2.8. в случае если к Заявке на выплату Страхового возмещения не приложены оригиналы платежных документов, хранить оригиналы подтверждающих платеж документов в течение 3 (трех) лет после получения услуги и незамедлительно предъявить их по требованию Страховщика.

4.3. Права и обязанности Страховщика

- 4.3.1. В случае утери выданной Застрахованному Карты страхования или изменения персональных данных Застрахованного (если Карта страхования физически выдана) Страховщик

- изготавливает дубликат Карты страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения от Страхователя или Застрахованного заявления и платы за восстановление утерянной Карты страхования. В случае утери стоимость восстановления Карты страхования составляет 4,00 (четыре) евро. Дубликат Карты страхования выдается Страхователю. При предъявлении справки Государственной полиции Министерства внутренних дел Латвийской Республики о хищении принадлежащих лицу документов или ограблении дубликат Карты страхования выдается бесплатно.
- 4.3.2. Если в период действия Договора страхования в соответствии с нормативными актами Латвийской Республики введены новые или увеличен размер существующих платежей, внесены изменения в отношении оплачиваемых государством медицинских услуг, касающиеся Медицинских услуг, за использование которых предусмотрена выплата Страхового возмещения согласно заключенному Договору страхования, Страховщик вправе в одностороннем порядке в течение срока действия Договора страхования ввести ограничения на оплачиваемые Медицинские услуги, потребовать уплатить дополнительную Страховую премию и изменить страховое покрытие.
- 4.3.3. Страховщик вправе в течение срока действия Договора страхования изменить порядок оплаты услуг и/или установить ограничения для оплачиваемых услуг в Договорном учреждении, сохраняя при этом объем и размер оплачиваемых услуг, указанных в Программе страхования, а также внести изменения в ассортимент оплачиваемых услуг Договорного учреждения и перечень Договорных учреждений. Актуальная информация о Договорных учреждениях опубликована на интернет-странице Страховщика www.ergo.lv.
- 4.3.4. Страховщик вправе предъявить иск о возмещении ущерба Застрахованному и Страхователю солидарно, если Страховщиком согласно пунктам 4.2.2.6 и 4.2.1.5 настоящих Правил не получено возмещение расходов.

5. Решение о выплате Страхового возмещения

- 5.1. При наступлении Страхового случая Страховщик выплачивает Страховое возмещение по принципу компенсации, возмещая расходы, понесенные Застрахованным при получении услуг Учреждения поставщика услуги, с условием, что размер выплачиваемого Страхового возмещения не превышает указанную в Договоре страхования Страховую сумму и/или Страховые лимиты.
- 5.2. Страховщик выплачивает Страховое возмещение согласно указанному в пункте 5.1 следующим образом:
- 5.2.1. Договорному учреждению (если услуга получена Застрахованным в Договорном учреждении);
- 5.2.2. Застрахованному, если:
- а) услуга получена Застрахованным в Учреждении поставщика услуги, которое не является Договорным учреждением; или
 - б) данная услуга в Договорном учреждении не оплачивается Страховщиком и Застрахованный рассчитался за полученные услуги, включенные в Программу страхования, согласно выданным Учреждением поставщика услуги платежным документам в пределах установленного Страховщиком размера Страхового возмещения или прејскуранта и установленного в Программе страхования объема.
- 5.3. В случае если стоимость полученной в Учреждении поставщика услуги или согласованной со Страховщиком услуги превышает установленный Страховщиком размер Страхового возмещения для данной услуги или установленный Страховщиком прејскурант, возникшую разницу покрывает Застрахованный.
- 5.4. Страховщик принимает решение о выплате Страхового возмещения или отказе в выплате Страхового возмещения в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения всех необходимых документов (если в Договоре страхования не установлен более короткий срок).
- 5.5. Если Страховщик обнаружит, что документы, представленные для получения Страхового возмещения, являются неполными, заполнены ошибками и/или для проверки Страхового случая или представленных документов необходимо дополнительное время, Страховщик вправе продлить срок принятия решения до 30 (тридцати) дней, сообщив об этом Застрахованному.
- 5.6. Если Страховщиком принято решение об отказе в выплате Страхового возмещения, Страховщик должен в течение 10 (десяти) дней после даты принятия решения направить мотивированное уведомление Застрахованному. Предусмотренное в данном пункте уведомление Страховщик вправе отправить Застрахованному на адрес электронной почты, указанный Застрахованным для связи в порядке, установленном в пункте 7.3 настоящих Правил. Застрахованный сообщает Страховщику о своем желании помимо полученной информации получить решение по почте.

6. Прекращение Договора страхования

- 6.1. Срок действия Договора страхования указан в Страховом полисе. Договор страхования может быть расторгнут досрочно письменным соглашением, заключенным между Страховщиком и Страхователем.
- 6.2. Каждая из сторон вправе досрочно расторгнуть Договор страхования после наступления Страхового случая, если выплачено Страховое возмещение.
- 6.3. Страхователь имеет право в одностороннем порядке отступить от заключенного Договора страхования, письменно уведомив об этом Страховщика. Страховщик принимает решение о расторжении Договора страхования на основании полученного от Страхователя уведомления об использовании права отступления от Договора страхования.

- 6.4. Договор страхования может быть расторгнут в случаях, предусмотренных законом «О договоре страхования» или другими нормативными актами Латвийской Республики, в том числе Страховщик может расторгнуть Договор страхования в случае изменения информации о вероятности наступления Застрахованного риска и размере возможного ущерба в течение срока действия Договора страхования.

7. Представление уведомлений, запросов и информации

- 7.1. Все уведомления, заявления, требования и заявки в связи с Договором страхования и следующими из него обязательствами (в том числе Заявку на страхование, информацию об Объекте страхования, фактах и обстоятельствах, необходимых для оценки Застрахованного риска, об изменении контактной информации) Страхователь и/или Застрахованный представляет Страховщику в письменной форме, на интернет-странице www.ergo.lv, почтой на юридический адрес филиала Страховщика или в электронной форме, используя указанный Страховщиком адрес электронной почты.
- 7.2. Все уведомления, заявления, требования и заявки, связанные с Договором страхования и следующими из него обязательствами, Страхователь или Застрахованный отправляет Страховщику в той форме и тем способом, которые позволят Страховщику недвусмысленно идентифицировать Страхователя или Застрахованного в качестве подателя документа.
- 7.3. Предусмотренные Договором страхования уведомления, заявления и требования (включая Страховой полис и др. документы) Страховщик отправляет в письменной форме на указанный почтовый адрес Страхователя и/или Застрахованного. Страховщик вправе отправить необходимую информацию Страхователю и/или Застрахованному на указанный адрес электронной почты, если Страхователь/Застрахованный указал его в Страховом договоре для получения данной информации.
- 7.4. Застрахованный обязан незамедлительно сообщить Страхователю об изменении указанной контактной информации Застрахованного.
- 7.5. Об изменениях в контактной информации Страховщика, Правилах страхования или применимых к Договору страхования нормативных актах Страховщик уведомляет Страхователя на интернет-странице Страховщика www.ergo.lv или отправляет информацию о вышеупомянутых изменениях на указанный Страхователем адрес.

8. Исключения

- 8.1. Заключением Договора страхования стороны соглашаются, что помимо оплачиваемых государством медицинских услуг в размере пациентского взноса Страховым случаем не признаются и Страховое возмещение не выплачивается за следующее:
- 8.1.1. услуги, полученные в учреждении, которое не является Учреждением поставщика услуги;
 - 8.1.2. медицинские услуги, полученные вне адреса Медицинского учреждения (на выезде), кроме неотложной медицинской помощи и домашнего визита медицинского персонала;
 - 8.1.3. гонорары врачей, выбор врача на операциях, услуги, предоставленные вне рабочего времени врача, врачебные консилиумы, административные расходы, амбулаторные и стационарные сервисные услуги, досрочные медицинские осмотры для водителей транспортных средств;
 - 8.1.4. платное лечение онкологических заболеваний – злокачественных опухолей и вызванных ими расстройств здоровья (за исключением диагностики до момента постановки диагноза «злокачественная опухоль»), паллиативное лечение, социальный уход, ночевку в дневном стационаре, индивидуальный пост в стационаре, питание; лечение расстройств сна и заболеваний, индивидуальные договоры о медицинском уходе (за исключением договоров о родах);
 - 8.1.5. косметологические услуги и/или лечение, фотодинамическую лазерную терапию, фототермолиз, эстетические дерматологические и хирургические услуги, курсы и программы лечения (включая соковую, диетическую терапию и др.), программы по снижению веса, лимфодренаж, общий массаж тела, вакуумный массаж, уход за стопами;
 - 8.1.6. лечение грибковых заболеваний, лечение акне и розацеа, аутогемотерапию (включая инъекции PRP, PRF), капсульную эндоскопию, магнитно-резонансное обследование всего тела, позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ/КТ), стереотаксическую радиохирургию;
 - 8.1.7. лечение с использованием дополняющих (комплементарных) медицинских услуг (методов нетрадиционной медицины), если оно не предусмотрено Программой страхования (например, иглотерапия, биорезонансная терапия и диагностика, аюрведическая медицина и др.);
 - 8.1.8. планирование семьи, контрацепцию, лечение бесплодия, искусственное оплодотворение, услуги, связанные с прерыванием беременности без медицинских показаний и лечением последствий;
 - 8.1.9. операции на сердце и сердечно-сосудистой системе, операции стентирования и шунтирования кровеносных сосудов, коронарографии, услуги установки/удаления электрокардиостимуляторов и их проверки;
 - 8.1.10. медицинские услуги, связанные с трансплантацией органов и тканей, операции по коррекции рефракции глаза, пластической и реконструктивной хирургии, материалы, заменяющие ткани, дополнительные материалы, дополнительные приборы и приобретение технических вспомогательных средств; использованные при манипуляциях/операциях медицинские средства (лекарства и медицинские приборы);
 - 8.1.11. лечение заболеваний, передающихся половым путем, и их последствий, включая ВИЧ и СПИД, лечение туберкулеза, вирусных гепатитов (кроме лабораторных исследований для определения анти-HVC и Hbs AG в сыворотке крови);

- 8.1.12. расходы, непосредственно связанные с получением услуг, указанных в Договоре страхования как исключения или неоплачиваемые услуги;
- 8.1.13. расходы, возникшие в связи с лечением расстройств здоровья, вызванных употреблением алкоголя, наркотических или токсических веществ, с лечением расстройств психики и поведения;
- 8.1.14. расходы, возникшие в результате влияния Застрахованного на свое здоровье (преднамеренного причинения себе телесных повреждений и/или вреда здоровью) или самолечения, и расходы, возникшие в результате самолечения Застрахованного путем приема медикаментов или наркотических веществ, не назначенных лечащим врачом;
- 8.1.15. расходы, возникшие в связи с лечением травм или телесных повреждений, полученных в результате занятий профессиональным спортом (занятие спортом считается профессиональным, если является основным занятием или одним из источников дохода Застрахованного);
- 8.1.16. расходы, возникшие в результате противоправных действий Застрахованного, правонарушений или совершения преступления (или участия в нем), если данный факт признан судом или другим компетентным органом;
- 8.1.17. медицинские расходы, возникшие в результате эпидемии и пандемии – массового распространения инфекционных заболеваний, о котором объявил ответственный орган Латвийской Республики;
- 8.1.18. случаи, когда Застрахованный преднамеренно или по грубой неосторожности ввел Страховщика в заблуждение;
- 8.1.19. расходы на оформление документов с информацией медицинского содержания в качестве отдельной услуги; обработку цифровых изображений исследований, распечатку, интерпретацию и запись на цифровые носители данных;
- 8.1.20. услуги, дата получения или оплаты которых находится вне Периода страхования;
- 8.1.21. случаи, когда Застрахованный не подал или не смог подать Страховщику требуемые оригиналы документов, подтверждающие факт наступления Страхового случая;
- 8.1.22. услуги, которые получены в указанных в Договоре страхования Учреждениях поставщика услуги как услуги, которые Страховщик не оплачивает;
- 8.1.23. медицинские услуги, которые получены без медицинских показаний;
- 8.1.24. расходы на лечение болезни или травмы Застрахованного, диагностированной до заключения Договора страхования.

9. Исключения, связанные с международными санкциями

- 9.1. Страховщик не возмещает ущерб и Страховое возмещение не выплачивается, если это противоречит каким-либо, в том числе торговым и экономическим, санкциям, запретам или ограничениям, установленным резолюциями Организации Объединенных Наций или нормативно-правовыми актами Европейского союза, или национальным санкциям, установленным в соответствии с нормативными актами Латвийской Республики. Упомянутое исключение относится также к торговым или экономическим санкциям, нормативным актам или правовому регулированию, введенному в действие в Великобритании или Соединенных Штатах Америки, при условии, что оно не нарушает применимые в Латвийской Республике нормы права.
- 9.2. При наступлении какого-либо из случаев, упомянутых в пункте 9.1 настоящих Правил, в течение срока действия Договора страхования Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования в одностороннем порядке, сообщив об этом Страхователю в письменной форме.

10. Условия дистанционного Договора страхования

- 10.1. Договор страхования может быть заключен в очном порядке или посредством дистанционного средства связи. Если Договор страхования заключается посредством дистанционного средства связи, Страхователь, используя указанный Страховщиком адрес электронной почты или форму дистанционного средства связи, отправляет Страховщику заполненную Заявку на страхование в электронной форме.
- 10.2. Дистанционный Договор страхования считается заключенным с момента отправки Страховщиком на указанный адрес электронной почты Страхователя подготовленного в электронном виде Страхового полиса, Правил страхования и счета, а также внесения Страхователем в установленный срок Страховой премии.

11. Обработка персональных данных и конфиденциальность информации

- 11.1. Страховщик осуществляет обработку персональных данных согласно Договору страхования, действующим нормативным актам и Политике конфиденциальности Страховщика, с которой можно ознакомиться на интернет-странице Страховщика www.ergo.lv и в местах ведения торговли. Политика конфиденциальности Страховщика может быть отправлена Страхователю по запросу Страхователя.
- 11.2. Страхователь обязан перед заключением Договора страхования ознакомиться с Политикой конфиденциальности Страховщика, а также ознакомить с ее содержанием лиц, данные которых Страхователь передает Страховщику.

- 11.3. Страховщик, согласно Договору страхования и действующим нормативным актам, обеспечивает конфиденциальность полученной информации о Страхователе и Застрахованном, за исключением случаев, когда передача такой конфиденциальной информации третьим лицам предусмотрена нормативными актами.
- 11.4. Страховщик в установленном нормативными актами Латвийской Республики порядке, в установленных случаях и установленном объеме предоставляет полученную информацию о Страхователе и Застрахованном государственным и муниципальным органам и иным лицам.
- 11.5. Застрахованному известно, что Страховщик вправе обрабатывать персональные данные Застрахованного, в том числе запрашивать и получать от медицинских учреждений, аптек, спортивных клубов, поставщиков услуг оптики и других учреждений и предприятий информацию и документы о состоянии здоровья Застрахованного, диагнозах, предоставленных Застрахованному медицинских, спортивных услугах или услугах оптики, а также любую другую необходимую информацию, связанную с Застрахованным, чтобы принять решение по делу о Страховом возмещении, проверить обстоятельства наступления Страхового случая и соответствие полученной услуги указанному в Страховом полисе и/или договоре о сотрудничестве, заключенном между Страховщиком и Договорным учреждением.

12. Порядок рассмотрения жалоб и споров

- 12.1. Жалобу на услугу, не соответствующую условиям Договора страхования, которая подготовлена и подана Страхователем или Застрахованным Страховщику согласно требованиям, указанным в пунктах 7.1 и 7.2 настоящих Правил, Страховщик рассматривает и предоставляет ответ в течение 20 (двадцати) дней после получения. Жалобу касательно соответствия принятого Страховщиком решения требованиям нормативных актов можно подать Комиссии рынка финансов и капитала.
- 12.2. Споры, связанные с Договором страхования, решаются путем переговоров.
- 12.3. Если разрешить спор по взаимной договоренности не представляется возможным, то Застрахованный (физическое лицо) в определенных случаях вправе обратиться с заявлением о внесудебном рассмотрении в следующие учреждения:
 - 12.3.1. Омбуд Латвийской ассоциации страховщиков – виды страхования, по поводу которых можно обращаться в Омбуд Латвийской ассоциации страховщиков, указаны на интернет-странице Омбуда Латвийской ассоциации страховщиков в разделе <http://www.laa.lv/klientiem/ombuds/>. Порядок рассмотрения жалоб клиентов страховщиков Омбудом Латвийской ассоциации страховщиков, а также бланк заявления о жалобе опубликованы на официальной интернет-странице Латвийской ассоциации страховщиков www.laa.lv;
 - 12.3.2. Центр защиты прав потребителей (ЦЗПП) – о нарушениях прав потребителя, по поводу которых не предусмотрена подача жалобы в омбуд. Дополнительная информация опубликована на официальной интернет-странице Центра защиты прав потребителей www.ptac.gov.lv.
- 12.4. Жалобу касательно соответствия принятого Страховщиком решения требованиям нормативных актов можно подать Комиссии рынка финансов и капитала (КРФК).
- 12.5. Если достичь соглашения не удастся, спор передается на рассмотрение в судебные инстанции Латвийской Республики в порядке, установленном нормативными актами Латвийской Республики.

13. Язык Договора страхования

- 13.1. Договор страхования подготовлен и заключен на латышском языке. По письменной договоренности между Страховщиком и Страхователем Договор страхования может быть заключен на латышском языке с приложением перевода на другой язык. В данном случае при обнаружении противоречий между текстом Договора страхования на латышском языке и текстом Договора страхования на иностранном языке редакция Договора страхования на латышском языке имеет преимущественную силу.
- 13.2. В целях исполнения обязательств, следующих из Договора страхования, Страховщик обращается к Страхователю на государственном языке Латвийской Республики (латышском).