

СТРАХОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПРАВИЛА № 3.2.-2



Утверждены
Решением Правления AAS «BTA Baltic Insurance Company»
№ LVB1_0002/02-03-03-2019-26 от 26.02.2019.

Перевод. Текст на эстонском языке превалирует над переводом.

Эстонский филиал AAS BTA Baltic Insurance Company заключает договоры страхования здоровья на основании настоящих правил.

СОДЕРЖАНИЕ	стр
1. ПОЯСНЕНИЯ ТЕРМИНОВ, ИСПОЛЬЗОВАННЫХ В ПРАВИЛАХ	1
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	2
3. СТРАХОВАЯ ЗАЩИТА	2
4. ИСКЛЮЧЕНИЯ	3
5. ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО.....	4
6. СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ	5
7. ОБРАБОТКА ЛИЧНЫХ ДАННЫХ	6
8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ	6

1. ПОЯСНЕНИЯ ТЕРМИНОВ, ИСПОЛЬЗОВАННЫХ В ПРАВИЛАХ

ВТА – филиал AAS BTA Baltic Insurance Company в Эстонии, Страховщик.

Застрахованный – Указанное в договоре страхования физическое лицо.

Страхователь – Лицо, имеющее страховой интерес и заключившее с ВТА договор страхования.

Страховой интерес – Интерес страхователя застраховать здоровье Застрахованного от определенного страхового риска.

Страховой договор – Соглашение между ВТА и Страхователем о страховании здоровья Застрахованных. Договор страхования состоит из следующих документов:

- Заявление о страховании;
- Страховой полис;
- Настоящие правила;
- Дополнительные условия;
- Описания Программ;
- Карта страхования;
- Другие соглашения, заключенные между Страхователем и ВТА.

Страховое возмещение – Это денежная сумма, выплачиваемая для того, чтобы компенсировать ущерб, возникший вследствие страхового случая.

Страховой случай – необходимость использования Застрахованным, во время страхового периода, обговоренную в договоре страхования услугу страховой программы в связи с состоянием здоровья Застрахованного. И/или необходимость использования Застрахованным, во время страхового периода, обговоренную в договоре страхования услугу страховой программы для предупреждения заболеваний.

Сумма страхования – Указанная в Страховом договоре денежная сумма, в пределах которой застраховано здоровье каждого Застрахованного, и которая является максимальной выплачиваемой денежной суммой, при наступлении страхового случая.

Страховой период – Период времени, указанный в Страховом договоре, в течение которого действует защита, обеспеченная Страховым договором.

Страховая программа – Предусмотренная Страховым договором совокупность или процент оплаты услуг, которые оплачивает ВТА.

Страховой полис – Документ, который подтверждает заключение Страхового договора.

Страховой взнос – Предусмотренная Страховым договором и оплачиваемый Страхователем плата за страховую защиту.

Карта страхования – Индивидуальная карта по утвержденному образцу ВТА, выданная Застрахованному, подтверждающая право Застрахованного на получение услуг в рамках выбранной программы страхования.

Медицинское учреждение – Государственные и муниципальные учреждения, предприятия и врачебные практики, зарегистрированная в Регистре врачебных учреждений Эстонской Республики.

Договорное учреждение ВТА – медицинское учреждение, спортивное учреждение, пункт приобретения изделий оптики и аптека, с которой ВТА заключил договор об оказании определенных услуг. Актуальная версия списка договорных учреждений опубликована на веб-сайте ВТА: www.bta.ee. Во время действия Страхового договора ВТА имеет право в одностороннем порядке вносить поправки в этот список и соответствующие поправки становятся обязательными для Застрахованного лица с момента их публикации на веб-сайте ВТА в Интернете: www.bta.ee

Лимит – Проценты, предусмотренные Страховым договором, в размере которых ВТА оплачивает расходы на полученные услуги, или количество оплачиваемых услуг, не превышая указанного в страховом договоре лимита, в рамках которых, при наступлении Страхового случая возмещаются расходы на услуги, полученные Застрахованным.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования является здоровье Застрахованного.

3. СТРАХОВАЯ ЗАЩИТА

СТРАХОВАЯ ЗАЩИТА

3.1. Страховой случай наступил и Страховое возмещение выплачивается, возмещая расходы Застрахованного на услуги:

- 3.1.1.** связанные с здоровьем Застрахованного;
- 3.1.2.** в соответствии с программами Страхования здоровья, предусмотренными в Страховом договоре;
- 3.1.3.** в пределах Суммы страхования и Лимита;
- 3.1.4.** на территории Эстонской Республики и в течение страхового периода, указанного в Страховом договоре;
- 3.1.5.** полученные в Медицинском учреждении, зарегистрированном в Регистре лечебных учреждений, и у лица, зарегистрированного в Регистре медицинских работников, в спортивном учреждении, в пункте приобретения изделий оптики или в аптеке;
- 3.1.6.** проведенные с использованием медицинских технологий, зарегистрированных в базе данных используемых в лечении медицинских технологий Национальной службы здравоохранения Эстонской Республики, а также приобретение оптики или медикаментов.

ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ

3.2. Страховая защита вступает в силу с момента поступления Страхового взноса или первой части Страхового взноса.

3.3. Датой уплаты страхового взноса считается момент, когда соответствующая денежная сумма поступает на расчетный счет ВТА или представителю ВТА или оплачивается наличными или платежной картой.

3.4. Если страхователь оплачивает страховые взносы на основании Страхового полиса, выданного на текущий страховой период, то стороны рассматривают это, как согласие страхователя со Страховым предложением. Если полис отличается от страхового предложения, то действительными и верными считаются данные и соглашения, указанные в Страховом предложении.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПРОСРОЧКИ ОПЛАТЫ ЧАСТИ СТРАХОВОГО ВЗНОСА

3.5. Если вторая либо последующая часть страхового взноса не оплачивается в срок, то ВТА предоставляет дополнительный срок для оплаты. Если взнос не оплачивается также к дополнительному сроку и страховой случай наступает после дополнительного срока для оплаты, то ВТА освобождается от оплаты страхового возмещения.

НАСТУПЛЕНИЕ ВОЗМОЖНОГО СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ ПОСЛЕ ПРОСРОЧЕННОЙ ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

3.6. Если страхователь опоздает с внесением страхового взноса и также не внесет последующий страховой взнос и в течение срока, дополнительно назначенного ВТА, то ВТА освобождается от обязанности выполнения Страхового договора в части тех страховых случаев, которые произойдут после дополнительного срока.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ

4.1. Страховым случаем не считаются и не возмещаются расходы:

- 4.1.1.** возникшие в результате форс-мажорных обстоятельств, а именно, чрезвычайного случая, который Застрахованный не мог ни предвидеть, ни предотвратить (например, природная катастрофа, террористические акты, восстания, забастовки, другие массовые беспорядки, войны);
- 4.1.2.** наступившие в результате самолечения, принятия медикаментов или наркотических веществ, использование которых не предусмотрено с медицинской точки зрения, и их в соответствующем случае не выписал лечащий врач;
- 4.1.3.** если Застрахованный преднамеренно причинил вред своему здоровью, в том числе при попытке самоубийства;
- 4.1.4.** наступившие в результате употребления, алкоголя, наркотических или психотропных веществ. Расходы на лечение и диагностику алкоголизма, наркомании и токсикомании, а также за услуги, оказанные для определения наличия алкоголя, наркотических и токсических веществ в организме;
- 4.1.5.** наступившие при совершении Застрахованным уголовно-наказуемых действий;
- 4.1.6.** возникшие у Застрахованного в связи с пандемией. Пандемией в толковании настоящих правил является распространение инфекционных заболеваний в таком масштабе, который превышает характерный для конкретной территории уровень заболеваемости, или появление и интенсивное распространение болезни на территории, на которой она раньше не регистрировалась, которая затрагивает обширные географические территории или континенты, и о которой объявило ответственное учреждение Эстонской Республики.

НЕВОЗМЕЩАЕМЫЕ РАСХОДЫ, ЕСЛИ СТРАХОВЫМ ДОГОВОРЫМ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО ИНОЕ

4.2. Если в заключенном Страховом договоре прямо и недвусмысленно не указано иное, Страховым случаем не считаются и не возмещаются расходы на:

- 4.2.1.** косметические услуги и лечение (например: фототермолиз, терапия интенсивным пульсирующим светом, криотерапия), операции и услуги эстетической хирургии, в том числе лечение доброкачественных образований кожи (например, родинки, папилломы, бородавки, кератоз), лазерно-хирургическую, инвазивную и эстетическую дерматологию, пластическую, реконструктивную и бариатрическую хирургию, программы снижения веса, гидроколонотерапию, лечение себореи, лимфодренаж, вакуумный массаж, лечение радиоволнами консультации и услуги педиатра, услуги педикюра;
- 4.2.2.** операции по коррекции зрения, выполняемые с помощью лазерной технологии, рефрактивную терапию роговицы, операции по трансплантации органов, операции на венах, склеротерапию и платные услуги, в том числе услуги повышенного сервиса, в связи с операциями и платными услугами, которые не оплачиваются согласно условиям заключенного Страхового договора;
- 4.2.3.** расходы на приобретение оптических изделий, вспомогательных средств (например, корсеты, фиксаторы, эластичные бинты, гипс, компрессионные чулки, ортопедические стельки, гигиенические комплекты), на приобретенные материалы-заменители, используемые в операциях тканей (например, имплантаты, протезы, сетки);
- 4.2.4.** диагностику, лечение и генетические тесты заболевания вирусным гепатитом С и хроническими гепатитами, а также болезнью Хансена;
- 4.2.5.** диагностику и лечение сексуально-трансмиссивных заболеваний, в том числе уреоплазмы, ВИЧ и СПИД, заражения спирохетами и хламидиями;
- 4.2.6.** диагностику и лечение грибковых заболеваний, вируса птичьего и свиного гриппа;
- 4.2.7.** досрочные медицинские проверки здоровья для водителей транспортных средств;
- 4.2.8.** терапию иммуноглобулином, внутривенную лазерную терапию и лазерную терапию органов (например, лечение инконтиненции), аутогемотерапию (например, инъекции PRP), баротерапию, инъекции ортокина, интраокулярные инъекции;
- 4.2.9.** консультации и услуги психолога, психотерапевта, психиатра, нарколога, гипнолога, сексопатолога, андролога, генетика, логопеда, фониатра, трихолога, остеорефлексотерапевта, остеопата, технического ортопеда и протезиста, эрготерапевта, спортивного врача, физиотерапевта, реабилитолога или врача физикальной и

реабилитационной медицины, мануального терапевта, диетолога, специалиста по питанию, гомеопата, стоматолога, дерматолога, косметолога и косметика;

- 4.2.10. услуги нетрадиционной медицины (например, иглотерапия, иридодиагностика, биомагнитный резонанс, электропунктура), медицинские услуги дополняющей медицины, использование метода биологической обратной связи;
- 4.2.11. платные услуги, связанные с беременностью, диагностикой плода, роды;
- 4.2.12. планирование семьи, назначение противозачаточных средств, лечение бесплодия, искусственное оплодотворение, прерывание беременности без медицинских показаний;
- 4.2.13. диагностику или лечение врожденных патологий, дегенеративных заболеваний и психических заболеваний;
- 4.2.14. общий массаж тела, массаж простаты или гинекологический массаж, общую диагностику тела, полисомнографию, исследования или лечение нарушений сна, услуги амбулаторной реабилитации в дневном стационаре или реабилитационных центрах, пребывание в дневном стационаре в ночное время;
- 4.2.15. капсульную эндоскопию;
- 4.2.16. лечение заболеваний, входящих в государственную программу здравоохранения в размере платных услуг;
- 4.2.17. платежи за выбор врача в операциях;
- 4.2.18. оформление медицинских документов и распечатки медицинских обследований, записей и других средств носителей информации в качестве отдельных услуг, в том числе 3-х и 4-мерных исследований, в связи с беременностью;
- 4.2.19. медицинские услуги, назначенные без медицинских показаний, а также расходы на услуги за очередные проверки здоровья (check-up и др.), паллиативный уход, социальный уход;
- 4.2.20. образовательно-информационные занятия, лекции или курсы;
- 4.2.21. пребывание родственника или близкого к Застрахованному лица в стационаре;
- 4.2.22. услуги, включенные в договор о предоперационном и послеоперационном уходе.

5. ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО

ОБЯЗАННОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ИНФОРМАЦИЮ

- 5.1. При заключении Страхового договора, Страхователь и Застрахованный должны предоставить ВТА всю запрошенную им информацию, которая необходима для заключения и исполнения Страхового договора.

ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ ПОСЛЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ СТРАХОВОГО ДОГОВОРА

- 5.2. После заключения Страхового договора Страхователь обязан:
 - 5.2.1. информировать Застрахованных о заключении Страхового договора в их пользу и ознакомить с Программами страхования и условиями Страхового договора, а также разъяснить им следующие из Страхового договора права и обязанности;
 - 5.2.2. уплатить Страховой взнос в указанном в Страховом договоре объеме и в указанный срок.

ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО ВО ВРЕМЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ДОГОВОРА

- 5.3. Обязанности Застрахованного:
 - 5.3.1. заботиться о сохранении собственного здоровья, а в случае заболевания соблюдать указания лечащего врача;
 - 5.3.2. не допускать возможность использования другим лицом его Карты страхования, а в случае утери Карты страхования немедленно, как только возможно, сообщить ВТА;
 - 5.3.3. перед получением услуги в договорном учреждении ВТА предъявить Kartu страхования ВТА и документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
 - 5.3.4. следить, в том числе обращаясь за информацией в ВТА, за размером выплаченного Страхового возмещения, чтобы не превысить предусмотренную Страховым договором Сумму страхования или Лимит;
 - 5.3.5. соблюдать условия и обязанности, предусмотренные любым другим документом Страхового договора, например, описаниями Программ страхования и Дополнительными условиями.

ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО ПРИ НАСТУПЛЕНИИ ВОЗМОЖНОГО СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 5.4. Для выплаты ВТА страхового возмещения Застрахованному за полученные услуги, за которые Застрахованный расплатился самостоятельно, последний обязан немедленно, как только возможно, то не позднее чем в течение 90 (девяносто) дней после получения услуги, подать в ВТА:
 - 5.4.1. письменное заявление в воспроизводимой форме;

- 5.4.2. оригинал счета или его копию, заверенную Застрахованным, в котором указана следующая информация: поставщик услуги, получатель услуги, расшифровка названия услуги, количество, цена, дата получения;
- 5.4.3. другие документы, запрошенные ВТА, о полученных Застрахованным услугах, чтобы выяснить обстоятельства, связанные со Страховым случаем, или определить размер выплачиваемого Страхового возмещения.

ОБЯЗАННОСТИ ПРИ ПОТЕРЕ, ПОВРЕЖДЕНИИ КАРТЫ СТРАХОВАНИЯ

5.5. Страхователь или Застрахованный обязаны письменно информировать ВТА:

- 5.5.1. если Карта страхования утеряна или украдена;
- 5.5.2. при изменении данных Застрахованного, указанных в Карте страхования (например, в случае смены фамилии).

ПОСЛЕДСТВИЯ НЕВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАННОСТЕЙ

5.6. Если Страхователь или Застрахованный в злонамеренных целях или по грубой неосторожности не выполнили любую из обязанностей, предусмотренных в настоящих правилах или в другом месте в Страховом договоре, ВТА вправе отказать в выплате Страхового возмещения.

ВТА вправе уменьшить страховое возмещение, но не более чем на 50 % (пятьдесят процентов), если в результате невнимательности Страхователь или Застрахованный не выполнили любую обязанность, предусмотренную в правилах или в Страховом договоре.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННОГО

5.7. Застрахованный несет ответственность за соблюдение условий Страхового договора. При получении от ВТА соответствующей претензии, Застрахованный обязан не позднее, чем в течение 10 (десяти) рабочих дней вернуть ВТА денежные суммы, уплаченные ВТА договорному учреждению ВТА за полученные услуги:

- 5.7.1. в случае превышения Суммы страхования, предусмотренной в Страховом договоре;
- 5.7.2. в случае превышения Лимита, предусмотренного в Страховом договоре, в том числе превышения количества оплаченных услуг;
- 5.7.3. оплата которых не предусмотрена Страховым договором;
- 5.7.4. в случае прекращения действия Страхового договора или Карты страхования по любым причинам.

ПРАВА ЗАСТРАХОВАННОГО

5.8. Застрахованный имеет право:

- 5.8.1. получить информацию и консультации в рамках своего договора страхования позвонив в рабочее время в справочную службу ВТА по тел.: 56 868 668;
- 5.8.2. в случае потери или повреждения Карты страхования получить новую Карту страхования;
- 5.8.3. получить услуги, обговоренные в Страховом договоре, в договорных учреждениях ВТА;
- 5.8.4. получить Страховое возмещение за услуги, включенные в Страховой полис, за которые Застрахованный расплатился своими средствами;
- 5.8.5. получить обоснованное письменное пояснение об отказе выплатить Страховое возмещение в полном объеме или частично.

ОБЯЗАННОСТИ ВТА

5.9. ВТА обязан:

- 5.9.1. выдать застрахованному Карту страхования;
- 5.9.2. при наступлении Страхового случая выплатить Застрахованному Страховое возмещение в соответствии с условиями Страхового договора;
- 5.9.3. по требованию Застрахованного сообщить оставшийся размер Страховой суммы или Лимита;
- 5.9.4. обрабатывать личные данные Застрахованного в соответствии с действующими правовыми актами. Также ВТА имеет право получать информацию о Застрахованном от государственных учреждений или из регистра должников, если ВТА считает это необходимым.

6. СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ

ПОРЯДОК ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

6.1. ВТА выплачивает Страховое возмещение:

- 6.1.1. Застрахованному или лицу, оплатившему услуги, оказанные Застрахованному;
- 6.1.2. договорному учреждению ВТА за услуги, оказанные Застрахованному, не оплаченные Застрахованным или другим лицом.

7. ОБРАБОТКА ЛИЧНЫХ ДАННЫХ

7.1. Заключая Страховой договор, Страхователь и Застрахованный подтверждают, что:

7.1.1. передают ВТА право на обработку деликатных личных данных в соответствии с действующими правовыми актами для исполнения заключенного Страхового договора, а также для заключения и выполнения договорных отношений, если Страхователь представил заявление о заключении страхового договора и заключение договора предусматривает совершение данных действий;

Также ВТА имеет право получать информацию о Страхователе от государственных учреждений или из регистра должников, если ВТА считает это необходимым.

7.1.2. разрешает ВТА обрабатывать личные данные Страхователя, для подготовки и отправки дополнительных услуг страхования ВТА.

7.2. Страхователь и Застрахованный имеют право отказаться от обработки своих личных данных оповестив об этом ВТА.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ

8.1. Стороны обязуются не разглашать конфиденциальную информацию, полученную в рамках Страхового договора об участниках Страхового договора или третьих лицах, а также не использовать ее во вред интересам прочих участников Страхового договора, кроме случаев, предусмотренных действующими нормативными актами Эстонской Республики. ВТА вправе предоставлять информацию, связанную с Страховым договором, экспертам, перестраховщикам и хранить ее в базах данных ВТА.

ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

8.2. Споры, вытекающие из договоров страхования, пытаются разрешить по соглашению сторон. В случае, если соглашение невозможно, споры, вытекающие из договора страхования разрешаются в Харьюском окружном суде в соответствии с правовыми актами Эстонской Республики.

8.3. Участники Страхового договора не имеют права передавать следующие из договора права третьим лицам.

ПРИОРИТЕТ ДОКУМЕНТОВ

8.4. В случае противоречий между документами страхового договора для сторон обязательны правила Страховой программы.

ПРИМЕНИМЫЕ НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ

8.5. У сторон договора есть право обращаться для разрешения спора, возникшего с ВТА, в примирительный орган, действующий в Эстонской Республике.

К урегулированию договорных отношений, следующих из Страховых договоров, применяются нормативные акты Эстонской Республики.

8.6. Настоящие условия применяются к Страховым договорам, заключенным с 01 марта 2019 года, если стороны в Страховом договоре не пришли к иному соглашению.