



Правила страхования от несчастных случаев № 6.5

Действуют с 3 февраля 2020 года

1. Определения, используемые в правилах

К используемым в правилах терминам, если они не оговорены в настоящих правилах, применяются определения и пояснения, установленные в Общих правилах Латвийского филиала ADB «Gjensidige».

- 1.1. **Объект** – жизнь, здоровье или физическое состояние застрахованного, а также другие упомянутые в Полисе непредвиденные убытки или расходы, возникшие у Застрахованного в результате Несчастного случая.
- 1.2. **Несчастный случай** – ущерб здоровью или жизни (травма, необратимая инвалидность или смерть) и/или материальные убытки, причиненные Застрахованному против его воли в результате внешних факторов.
- 1.3. **Таблицы расчета возмещений** – одна или несколько таблиц, приведенных в приложении к данным правилам: Таблица А, Таблица В, Таблица С, Таблица D, Таблица F, Таблица G или Таблица IS, используемые при определении размера Страхового возмещения.
- 1.4. **Период страхования** – указанный в Договоре страхования срок, составляющий не более 365 последовательных календарных дней. При установлении срока стороны руководствуются временной зоной Латвийской Республики.
- 1.5. **Выжидательный период** – если в Договоре страхования не установлено иначе, Выжидательный период составляет 90 (девяносто) дней с первого дня периода действия Договора страхования, заключенного в пользу Застрахованного. Если в течение срока действия Договора страхования он дополняется новым Застрахованным, то в отношении этого лица Выжидательный период рассчитывается, начиная с даты, в которую лицо было включено в список застрахованных лиц. Выжидательный период не рассчитывается для следующих договоров страхования, если в пользу Застрахованного сразу же по истечению Договора страхования, в который был включен риск «Критические заболевания», заключается новый Договор страхования с включением риска «Критические заболевания», и между двумя последовательно заключенными договорами страхования не было перерыва и не меняются условия Договора страхования.
- 1.6. **Период выживания** – если в Договоре страхования не установлено иначе, Период выживания составляет 28 (двадцать восемь) дней с даты наступления Заболевания.
- 1.7. **Начальный диагноз заболевания** – временный диагноз заболевания, который зафиксирован в письменном виде в медицинской документации Застрахованного на основании характерных для заболевания симптомов и данных анамнеза заболевания.
- 1.8. **Окончательный подтвержденный диагноз заболевания** – диагноз заболевания, доказанный соответствующими лабораторными и инструментальными медицинскими обследованиями и документально удостоверенный заключением соответствующего врача-специалиста и письменно зафиксированный в медицинской документации Застрахованного.
- 1.9. **Дата возникновения заболевания** – дата, когда установлен Окончательный подтвержденный диагноз заболевания. К дате возникновения заболевания приравнивается также дата, когда зарегистрирован Начальный диагноз заболевания, при условии, что не позднее чем в течение 1 (одного) месяца после окончания срока действия Договора страхования он документально подтвержден заключением соответствующего врача-специалиста в качестве Окончательного подтвержденного диагноза заболевания.
- 1.10. **Повреждение** – повреждение тканей и органов (тела), вызванные воздействием внешнего фактора (механического, химического, термического и др.), влекущее за собой нарушение их функций и указанное в Таблице расчета возмещений.

- 1.11. **Перелом костей повышенного риска** – перелом кости, возникший в результате воздействия внешней силы и измененной структуры кости и/или на фоне повреждения сустава (растяжение связок, вывих сустава, разрыв суставной сумки).
- 1.12. **Патологический перелом** – перелом кости, вызванный ранее перенесенной болезнью или возникший без воздействия внешних факторов.
- 1.13. **Страхование профессий** – страхование работников Юридических лиц с учетом количества сотрудников предприятия. Если количество сотрудников в течение Периода страхования не изменилось более чем на 10%, страховая защита действует также и на новых сотрудников.
- 1.14. **Дополнительный риск** – занятие, не входящее в повседневные физические или спортивные занятия, выполняемое Застрахованным индивидуально или участвуя в организованной команде и направленное на сохранение или повышение физических возможностей, в т.ч. передвижение на моторизованном транспортном средстве (квадрацикле, мотоцикле или мотороллере с объемом двигателя не более 125 см³). Могут быть застрахованы следующие Дополнительные риски, если они указаны в договоре страхования:
 - 1.14.1. **Хобби повышенного риска** – физическое занятие, для которого необходима физическая подготовка, регулярные тренировки, определенное оснащение и/или облачение, и во время которого существует риск того, что может подвергнуться опасности жизнь, здоровье или физическое состояние Застрахованного.
 - 1.14.2. **Спортивные занятия повышенного риска** – занятия с высоким уровнем риска, например, катание на моторизованном транспортном средстве (с объемом двигателя более 125 см³), скалолазание, ныряние в пещерах, ныряние на глубину более 10 м, кайтбординг, кайтсерфинг, рафтинг, прыжки с парашютом с фиксированных объектов, прыжки в крылатых комбинезонах и др., в течение которых застрахованное лицо подвержено высокому риску ранения или травмы.
 - 1.14.3. **Детский/молодежный спорт** – физическая активность Застрахованных возрастом до 18 лет, которой они занимаются во время специальных, индивидуальных или групповых занятий, во время тренировок или соревнований.
 - 1.14.4. **Любительский спорт** – виды физической активности, осуществляемые Застрахованным индивидуально или организованно с участием в команде, и направленные на сохранение или повышение физических способностей и навыков и/или участие в соревнованиях.
 - 1.14.5. **Профессиональный спорт** – Профессиональный спортсмен – это физическое лицо, которое на основании трудового договора и за установленную в нем плату готовится к спортивным соревнованиям и участвует в них.

2. Застрахованный риск

- 2.1. Перечисленные в настоящих правилах риски застрахованы только тогда, когда они указаны и отмечены в Полисе.
- 2.2. Согласно настоящим правилам могут быть застрахованы следующие риски:
 - 2.2.1. Смерть.
 - 2.2.2. Инвалидность:
 - 2.2.2.1. в соответствии с характером повреждений и размерами возмещения, указанными в Таблице А;
 - 2.2.2.2. в соответствии с характером повреждений и размерами возмещения, указанными в Таблице В;
 - 2.2.2.3. в соответствии с характером повреждений и размерами возмещения, указанными в Таблице С.
 - 2.2.3. Травма:
 - 2.2.3.1. в соответствии с характером повреждений и размерами возмещения, указанными в Таблице D;
 - 2.2.3.2. в соответствии с характером повреждений и размерами возмещения, указанными в Таблице E;

- 2.2.3.3. в соответствии с характером повреждений и размерами возмещения, указанными в Таблице F;
- 2.2.3.4. Ожоги и обморожения в соответствии с характером повреждений и размерами возмещения, указанными в Таблице G.
- 2.2.4. Суточные деньги.
- 2.2.5. Больничные деньги.
- 2.2.6. Медицинские расходы.
- 2.2.7. Косметологические расходы.
- 2.2.8. Реабилитационные расходы.
- 2.2.9. Критические заболевания.
- 2.2.10. Смерть в результате критического заболевания или плановой операции.
- 2.2.11. Инфекционные заболевания.
- 2.3. Риск «Смерть»**
- 2.3.1. Риск «Смерть» – причиненный в результате несчастного случая вред здоровью Застрахованного, который своей причинно-следственной связью вызвал смерть Застрахованного.
- 2.3.2. Страховщик выплачивает Страховое возмещение Выгодоприобретателю, если в результате Несчастного случая, произошедшего в течение Периода страхования, в течение одного года после Несчастного случая наступила смерть Застрахованного.
- 2.3.3. Страховое возмещение выплачивается в размере указанной в Полисе Страховой суммы за вычетом суммы всех страховых возмещений, выплаченных в рамках данного Договора страхования.
- 2.3.4. Страховое возмещение выплачивается наследникам Застрахованного в порядке, установленном нормативными актами Латвийской Республики, если в Договоре страхования не указано иначе.
- 2.4. Риск «Инвалидность»**
- 2.4.1. Риск «Инвалидность» – причиненный в результате несчастного случая вред здоровью Застрахованного, который своей причинно-следственной связью вызвал у Застрахованного необратимую инвалидность.
- 2.4.2. Страховщик выплачивает Страховое возмещение за риск «Инвалидность», если она получена в результате Несчастного случая, произошедшего в течение Страхового периода, и ее не позднее чем в течение календарного года после несчастного случая назначила Государственная врачебная комиссия экспертизы здоровья и трудоспособности.
- 2.4.3. Страховщик рассчитывает Страховое возмещение за риск «Инвалидность» в соответствии с отмеченной(-ыми) в Страховом полисе Таблицей (-ами) расчета возмещений (Таблица А, Таблица В, Таблица С).
- 2.4.4. В случае, если в связи с полученным повреждением Застрахованному устанавливается группа инвалидности, Страховщик выплачивает Страховое возмещение в соответствии с Таблицей А и выплата возмещения за повреждения в соответствии с Таблицей В или Таблицей С не производится.
- 2.4.5. Страховщик выплачивает Страховое возмещение только за одно наиболее тяжелое повреждение, указанное в Таблице расчета возмещений (Таблица А, Таблица В, Таблица С), если в результате одного Несчастного случая констатировано несколько повреждений.
- 2.5. Риск «Травма»**
- 2.5.1. Риск «Травма» – причиненный в результате Несчастного случая вред здоровью Застрахованного, который медицински подтвержден сразу после того, как произошел Несчастный случай, но не позднее чем в течение 48 часов со дня Несчастного случая.
- 2.5.2. Страховщик рассчитывает Страховое возмещение за риск «Травма» в соответствии с отмеченной (-ыми) в Полисе Таблицей (-ами) расчета возмещений (Таблица D; Таблица E; Таблица F; Таблица G).
- 2.5.3. Страховщик выплачивает Страховое возмещение за все повреждения, указанные в Таблицах расчета возмещений (Таблица D, Таблица E, Таблица F или Таблица G), если в результате одного Несчастного случая наступило несколько повреждений.
- 2.5.4. Страховое возмещение выплачивается в размере 50% от размера возмещения, установленного в Таблицах расчета возмещений (Таблица D, Таблица E, Таблица F или Таблица G), если констатирован перелом кости повышенного риска.
- 2.5.5. Если за травму в соответствии с какой-либо из Таблиц расчета возмещений (Таблица D, Таблица E, Таблица F или Таблица G) уже выплачено Страховое возмещение, но в течение шести месяцев со дня наступления Несчастного случая констатируются более тяжелые прямые последствия травмы, которые соответствуют повреждению, установленному в Таблицах расчета возмещений (Таблица D, Таблица E, Таблица F или Таблица G), то при выплате возмещения за последствия травмы из него вычитается изначально выплаченное страховое возмещение за травму.
- 2.5.6. Выплачивая страховое возмещение за риск «Травма», из него удерживаются ранее выплаченные в соответствии с Договором страхования страховые возмещения за риск «Критические заболевания», если в результате травмы диагностировано и подтверждено критическое заболевание, упомянутое в разделе 2.11.1 правил.
- 2.5.7. Страховое возмещение не выплачивается за ожог I степени, обморожение I степени.
- 2.6. Риск «Суточные деньги»**
- 2.6.1. Риск «Суточные деньги» наступает, если в результате Несчастного случая, произошедшего в течение Страхового периода, Застрахованный получает временную нетрудоспособность на срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней.
- 2.6.2. Страховщик рассчитывает и выплачивает Страховое возмещение за риск «Суточные деньги» на основании информации, указанной в листе нетрудоспособности.
- 2.6.3. Страховщик выплачивает Страховое возмещение за риск «Суточные деньги» за каждый день нетрудоспособности в указанном в Полисе размере, но не более чем за 60 (шестьдесят) дней нетрудоспособности за один страховой случай и не более чем за 180 (сто восемьдесят) дней нетрудоспособности за весь Страховой период. Днями нетрудоспособности считаются только рабочие дни.
- 2.6.4. Страховое возмещение за риск «Суточные деньги» выплачивается только за дни нетрудоспособности, входящие в Страховой период.
- 2.6.5. Страховое возмещение за застрахованный риск «Суточные деньги» выплачивается, если Застрахованный в результате несчастного случая получил повреждения, указанные во включенной в Полис Таблице расчета возмещений.
- 2.6.6. Страховое возмещение за риск «Суточные деньги» не выплачивается:
- 2.6.6.1. за дни нетрудоспособности, за которые уже выплачено возмещение за риск «Больничные деньги»;
- 2.6.6.2. Если нетрудоспособность имеет причинно-следственную связь с врожденными, хроническими или профессиональными заболеваниями, в случае возникновения или наличия инфекционных заболеваний, кроме случая, если заболевание упомянуто во включенной в Договор страхования Таблице расчета возмещений;
- 2.6.6.3. если в случае временной нетрудоспособности, в отношении которой выдан лист нетрудоспособности, Застрахованный находился на работе и выполнял свои прямые или схожие трудовые обязанности или обязанности по замещению.
- 2.6.7. Выплата страхового возмещения за риск «Суточные деньги» прекращается со дня принятия решения о назначении инвалидности.

- 2.6.8. Страховщик выплачивает Страховое возмещение за риск «Суточные деньги» законному представителю Застрахованного лица, если временная нетрудоспособность необходима для ухода за больным ребенком (Застрахованного лица).
- 2.7. **Риск «Больничные деньги»**
- 2.7.1. Риск «Больничные деньги» наступает, если в результате несчастного случая, произошедшего в течение Страхового периода, Застрахованный попадает в стационар и находится там в качестве пациента не менее 48 часов.
- 2.7.2. Страховщик выплачивает Страховое возмещение за риск «Больничные деньги» за каждый день, проведенный в стационаре Латвийской Республики, в указанном в Полисе размере, но не более чем за 60 (шестьдесят) дней за один Страховой случай и не более чем за 180 (сто восемьдесят) дней за весь Страховой период.
- 2.7.3. Страховое возмещение за риск «Больничные деньги» выплачивается только за проведенные в круглосуточном стационаре Латвийской Республики сутки, входящие в Страховой период.
- 2.7.4. Страховое возмещение за риск «Больничные деньги» не выплачивается за лечение в дневном стационаре, реабилитационном учреждении или нахождение в отделении стационарного ухода.
- 2.8. **Риск «Медицинские расходы»**
- 2.8.1. Риск «Медицинские расходы» наступает, если лечение травм или переломов, полученных Застрахованным в результате Несчастного случая, произошедшего в течение Страхового периода, осуществляется в лечебном учреждении, зарегистрированном на территории Латвийской Республики.
- 2.8.2. В течение Страхового периода Страховщик, не превышая Страховую сумму, установленную в Страховом полисе для конкретного риска, выплачивает страховое возмещение за риск «Медицинские расходы» только за:
- 2.8.2.1. пациентский взнос;
- 2.8.2.2. назначенные лечащим врачом амбулаторные и стационарные медицинские услуги;
- 2.8.2.3. назначенные лечащим врачом медикаменты, зарегистрированные в Регистре лекарственных средств Латвийской Республики;
- 2.8.2.4. приобретение назначенных врачом перевязочных материалов;
- 2.8.2.5. приобретение или аренду назначенных лечащим врачом медицинских вспомогательных средств, необходимых для лечения телесных травм;
- 2.8.2.6. перемещение до лечебного учреждения на медицинском транспорте.
- 2.8.2.7. Возмещение за проведенные в результате травмы операции выплачивается в рамках лимита, но не более чем 500 EUR (пятьсот евро) за случай.
- 2.9. **Риск «Косметологические расходы»**
- 2.9.1. Риск «Косметологические расходы» наступает, если необходимое пластическо-хирургическое лечение травм или переломов, полученных Застрахованным в результате несчастного случая, произошедшего в течение Страхового периода, осуществляется в лечебном учреждении, зарегистрированном на территории Латвийской Республики.
- 2.9.2. В течение Страхового периода Страховщик, не превышая Страховую сумму, установленную в Полисе для конкретного риска, выплачивает страховое возмещение за риск «Косметологические расходы» только за:
- 2.9.2.1. косметические операции, осуществленные для устранения постоянно остающихся физических и калечащих внешних дефектов тела после ожогов, являющихся последствиями несчастного случая;
- 2.9.2.2. косметические операции для устранения калечащих повреждений кожи в районе головы и шеи;
- стоматологические услуги (имплантация, протезирование зубов) в связи с потерей или повреждением зубов.
- 2.10. **Риск «Реабилитационные расходы»**
- 2.10.1. Риск «Реабилитационные расходы» наступает, если лечение травм или переломов, полученных Застрахованным в результате несчастного случая, произошедшего в течение Страхового периода, осуществляется в лечебном учреждении, зарегистрированном на территории Латвийской Республики, с направлением врача-специалиста.
- 2.10.2. В течение Страхового периода Страховщик, не превышая Страховую сумму, установленную в Полисе для конкретного риска, выплачивает страховое возмещение за риск «Реабилитационные расходы» только за:
- 2.10.2.1. 10 процедур физиотерапии, назначенных лечащим врачом;
- 2.10.2.2. назначенный лечащим врачом медицинский массаж, водные процедуры (в т.ч. подводный массаж, грязевые процедуры), лечебную гимнастику, мануальную терапию до 10 процедур для лечения последствий Несчастного случая.
- 2.11. **Риск «Критические заболевания»**
- 2.11.1. Риск «Критические заболевания» наступает, если в течение Страхового периода у Застрахованного диагностируется и подтверждается какое-либо из указанных и описанных далее критических заболеваний, далее в тексте – Критическое заболевание, при условии, что Критическое заболевание не наступило в результате декомпенсации и/или осложнения другого заболевания, а также не указано в качестве побочного диагноза:
- 2.11.1.1. **Инфаркт миокарда**
- 2.11.1.1.1. Страховщик рассчитывает и выплачивает указанное в Страховом полисе Страховое возмещение за Критическое заболевание «Инфаркт миокарда», если диагноз подтвержден кардиологом и доказан клинически и диагностически со всеми перечисленными ниже критериями диагностики инфаркта миокарда:
- a. характерная для инфаркта миокарда клиническая картина;
- b. новые электрокардиографические изменения, характерные для инфаркта миокарда;
- c. повышение специфических для инфаркта миокарда ферментов, тропонина и прочих биохимических маркеров.
- 2.11.1.1.2. Страховым случаем не считается:
- a. инфаркт миокарда без повышения сегмента ST (NSTEMI), только с повышением Тропонина I или T;
- b. «немой» инфаркт;
- c. инфаркт миокарда, наступивший в результате несчастного случая;
- d. другие острые коронарные синдромы и симптомы;
- e. случай, когда существуют подозрения на острый инфаркт миокарда, но Застрахованный письменно отказывается от госпитализации.
- 2.11.1.2. **Инсульт**
- 2.11.1.2.1. Страховщик рассчитывает и выплачивает указанное в Полисе Страховое возмещение за Критическое заболевание «Инсульт», если диагноз подтвержден неврологом или нейрохирургом, доказан клинически и диагностически со всеми перечисленными ниже критериями, соответствующими инсульту:
- a. клиническая симптоматика, соответствующая диагнозу;
- b. типичные доказательства, содержащиеся в компьютерной томографии или магнитном резонансе мозга, указывающие на новый случай инсульта;
- c. доказательства наличия необратимых неврологических повреждений и неврологического дефицита на протяжении не менее 3 (трех) месяцев после примененного лечения.

- 2.11.1.2.2. Страховым случаем не считаются:
- а. переходящие нарушения кровообращения мозга;
 - б. травматические повреждения мозга;
 - в. неврологические симптомы, вызванные мигренью;
 - г. лакунарный инсульт без неврологического дефицита.
- 2.11.1.3. **Паралич**
- 2.11.1.3.1. Страховщик рассчитывает и выплачивает указанное в Полисе Страховое возмещение за Критическое заболевание «Паралич», если диагноз подтвержден неврологом или нейрохирургом и в течение 6 (шести) месяцев с момента упомянутого подтверждения он остается неизменным или ход болезни прогрессирует, что документально подтверждено заключением невролога или нейрохирурга.
- 2.11.1.3.2. Страховым случаем не считается:
- а. вялый или спастический парапарез;
 - б. паралич в случае синдрома Гийена-Барре.
- 2.11.1.4. **Рак**
- 2.11.1.4.1. Страховщик рассчитывает и выплачивает указанное в Страховом полисе Страховое возмещение за Критическое заболевание «Рак», если диагноз обоснован результатами гистологических исследований, подтвержденных онкологом или патологом. Диагноз считается окончательно подтвержденным с даты, когда получены результаты гистологических исследований.
- 2.11.1.4.2. Страховым случаем не считается:
- а. любая стадия CIN;
 - б. любая предраковая стадия;
 - в. I стадия любого рака;
 - г. рак in-situ;
 - д. папиллярная карцинома щитовидной железы (ПТЖ);
 - е. лимфома (Ходжкина и неходжкинская);
 - ж. интраокулярный рак;
 - з. все кожные опухоли;
 - и. любой рак на фоне синдрома иммунодефицита.
- 2.11.1.5. **Хроническая почечная недостаточность**
- 2.11.1.5.1. Страховщик рассчитывает и выплачивает указанное в Полисе Страховое возмещение за Критическое заболевание «Хроническая почечная недостаточность», если диагноз подтвержден нефрологом, доказан клинически и диагностически и для лечения необходим регулярный гемодиализ или трансплантация почек.
- 2.11.1.5.2. Страховым случаем не считается хроническая почечная недостаточность, наступившая в результате алкогольной, наркотической интоксикации или интоксикации организма, вызванной иными токсическими веществами.
- 2.11.1.6. **Множественный или рассеянный склероз**
- 2.11.1.6.1. Страховщик рассчитывает и выплачивает указанное в Полисе Страховое возмещение за Критическое заболевание «Множественный или рассеянный склероз», если диагноз подтвержден неврологом или другим врачом-специалистом, доказан клинически и диагностически со всеми перечисленными ниже критериями, соответствующими множественному или рассеянному склерозу:
- а. клиническая симптоматика, соответствующая диагнозу;
 - б. типичные доказательства об очаговых повреждениях мозга, подтвержденные компьютерной томографией или магнитным резонансом;
 - в. доказательства наличия непрерывных неврологических патологий и неврологического дефицита на протяжении не менее 6 (шести) месяцев после примененного лечения.
- 2.11.1.6.2. Страховым случаем не считается любое другое заболевание со схожими критериями.
- 2.11.1.7. **ВИЧ**
- 2.11.1.7.1. Страховщик рассчитывает и выплачивает указанное в Страховом полисе Страховое возмещение за Критическое заболевание «ВИЧ», если окончательный подтвержденный диагноз документально подтвержден заключением инфектолога. Страховое возмещение выплачивается только в случае, если в течение срока действия договора страхования ВИЧ констатирован впервые и застрахованный подал документы (выписку/справку, судебное решение и др. документы) о том, что ВИЧ получен в конкретном лечебном учреждении в результате переливания крови.
- 2.11.1.7.2. Страховым случаем не считается любой другой источник инфицирования ВИЧ (в том числе, если источник неизвестен).
- 2.11.1.8. **Боррелиоз Лайма**
- 2.11.1.8.1. Страховщик рассчитывает и выплачивает указанное в Полисе страховое возмещение за критическое заболевание «Боррелиоз Лайма», если укус клеща констатирован во время действия Договора страхования, клещ удален в лечебном учреждении, болезнь лабораторно подтверждена и болезнь Лайма вызвала необратимое повреждение мозга – нейроборрелиоз, о чем должно быть заключение невролога или другого врача-специалиста с документацией в динамике продолжительностью не менее 3 месяцев.
- 2.11.1.8.2. Страховым случаем не считается любая другая клиническая форма болезни Лайма.
- 2.11.1.9. **Трансплантация органа**
- 2.11.1.9.1. Страховщик рассчитывает и выплачивает указанное в Полисе Страховое возмещение за Критическое заболевание «Трансплантация органа», если у Застрахованного по причине необратимого повреждения соответствующего органа и в случае безуспешной продолжительной заместительной терапии проводится операция по пересадке сердца, сердца и легких, печени, почки, поджелудочной железы или костного мозга. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом соответствующего профиля и доказан клинически и диагностически. Трансплантация должна быть необходима с медицинской точки зрения, а повреждение органа должно быть подтверждено диагностически. Также страховым случаем считается включение Застрахованного в официальный список очереди на пересадку упомянутого органа.
- 2.11.1.9.2. Страховым случаем не считается случай, если функция органа поддерживается с помощью заместительной терапии.
- 2.11.1.10. **Потеря зрения**
- 2.11.1.10.1. Страховщик рассчитывает и выплачивает указанное в Полисе Страховое возмещение за Критическое заболевание «Потеря зрения», если у Застрахованного констатируется необратимая потеря зрения на оба глаза.
- 2.11.1.10.2. Страховым случаем не считается прогнозируемая потеря и понижение зрения.
- 2.11.1.11. **Потеря одной или нескольких конечностей**
- 2.11.1.11.1. Страховщик рассчитывает и выплачивает указанное в Полисе Страховое возмещение за Критическое заболевание «Потеря одной или нескольких конечностей», если у Застрахованного констатируется потеря одной или нескольких конечностей или полный и необратимый паралич конечности выше коленного и локтевого сустава. Паралич должен последовательно длиться на протяжении шести месяцев, а диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом соответствующего профиля.
- 2.11.1.11.2. Страховым случаем не считаются:
- а. вялый или спастический парапарез/гемипарез;
 - б. переходящие неврологические нарушения;
 - в. хирургическая ампутация вследствие осложнений заболевания.

2.11.12. **Операция на сердце**

- 2.11.12.1. Страховщик рассчитывает и выплачивает указанное в Страховом полисе Страховое возмещение за Критическое заболевание «Операция на сердце», если Застрахованному проводится Страховым случаем замена одного или нескольких суженных или полностью закупоренных коронарных артерий методом шунтирования. Закупорка коронарной артерии должна быть диагностически обоснована (с помощью коронарной ангиографии) и операция должна иметь кардиологические показания.
- 2.11.12.2. Страховым случаем не считается перкутанная транслюминальная коронарная ангиопластика и другие инвазивные манипуляции.
- 2.11.2. При наступлении риска «Критическое заболевание» Страховщик по окончании Периода выживания рассчитывает и выплачивает одноразовое Страховое возмещение в установленном в Полисе размере.
- 2.11.3. Выплачивая страховое возмещение за риск «Критическое заболевание», из него удерживается ранее выплаченные в соответствии с Договором страхования страховые возмещения за риск «Травма», если в результате Критического заболевания наступила травма, упомянутая в разделе 2.5.
- 2.11.4. После выплаты страхового возмещения за риск «Критическое заболевание» на конкретного Застрахованного Договор страхования в части о риске «Критические заболевания» прекращается.
- 2.11.5. В случае, если в течение Страхового периода регистрируется начальный диагноз Критического заболевания, который после завершения Страхового периода, но не позднее чем в течение 1 (одного) месяца со дня регистрации начального диагноза Критического заболевания, документально подтвержден заключением соответствующего врача-специалиста в качестве Окончательного подтвержденного диагноза заболевания, считается, что страховой случай наступил.
- 2.11.6. Если после окончания Периода выживания в результате Критического заболевания наступила смерть Застрахованного, Страховщик выплачивает страховое возмещение только при условии, что Окончательный подтвержденный диагноз заболевания установлен при жизни Застрахованного.
- 2.11.7. Страховое возмещение за риск «Критические заболевания» не выплачивается, если:
- 2.11.7.1. Критическое заболевание как Начальный диагноз установлено до заключения конкретного договора страхования или Выжидательного периода;
- 2.11.7.2. В течение Выжидательного периода Застрахованному ставится Окончательный подтвержденный диагноз заболевания или в результате заболевания наступает смерть Застрахованного;
- 2.11.7.3. В течение Периода выживания в результате Критического заболевания наступила смерть Застрахованного;
- 2.11.7.4. Критическое заболевание возникло в результате продолжительного хронического процесса или продолжительной болезни;
- 2.11.7.5. Застрахованный не соблюдал указания медицинского лица, необходимые для обеспечения процесса лечения заболевания.
- 2.12. **Риск «Смерть в результате критического заболевания или плановой операции»**
- 2.12.1. Риск «Смерть в результате критического заболевания или плановой операции» наступил, если в течение Страхового периода у Застрахованного впервые диагностировано и подтверждено какое-либо из нижеуказанных и описанных критических заболеваний, а также, если наступила смерть во время плановой операции или в течение 24 (двадцати четырех) часов после такой операции:
- 2.12.1.1. Менингококковая инфекция – Внезапная смерть, вызванная менингококковой инфекцией;

- 2.12.1.2. Инсульт, удар – Внезапная смерть, вызванная цереброваскулярными нарушениями, но не связанная с травмой мозга в результате Несчастного случая, и Застрахованное лицо не достигло возраста 55 (пятидесяти пяти) лет;
- 2.12.1.3. Инфаркт миокарда – Внезапная смерть в связи с необратимыми повреждениями сердечных мышц, если Застрахованное лицо не достигло возраста 55 (пятидесяти пяти) лет;
- 2.12.1.4. Вирус Эбола – Внезапная смерть, непосредственным образом вызванная вирусом Эбола;
- 2.12.1.5. Смерть в результате плановой операции – Внезапная смерть во время плановой операции, причиной которой была операция, не связанная с Хроническим заболеванием;
- 2.12.2. При наступлении риска «Смерть в результате критического заболевания или плановой операции» Страховщик рассчитывает и выплачивает одноразовое Страховое возмещение в установленном в Полисе размере;
- 2.12.3. Страховое возмещение за риск «Смерть в результате критического заболевания или плановой операции» не выплачивается, если:
- 2.12.3.1. Критическое заболевание как Начальный диагноз установлено до заключения конкретного Договора страхования или Выжидательного периода;
- 2.12.3.2. плановая операция запланирована до заключения конкретного Договора страхования или Выжидательного периода;
- 2.12.3.3. смерть Застрахованного наступила в течение Выжидательного периода;
- 2.12.3.4. Застрахованный не соблюдал указания медицинского лица, необходимые для обеспечения процесса лечения заболевания.
- 2.13. **Риск «Инфекционные заболевания»**
- 2.13.1. Риск «Инфекционные заболевания» наступил, если во время Страхового периода у Застрахованного впервые диагностировано и установлено какое-либо из заболеваний, упомянутых в Таблице IS.
- 2.13.2. Выжидательный период для риска «Инфекционные заболевания» устанавливается длиной в 30 (тридцать) дней от даты начала Страхового периода.
- 2.13.3. Возмещение за риск «Инфекционные заболевания» выплачивается в таком размере, как указано в Таблице возмещений «Таблица IS».
- 2.13.4. Возмещение за риск «Инфекционные заболевания» будет выплачено, если лечение упомянутого заболевания проводится в стационаре не менее чем в течение 2 (двух) дней.
3. **Страховой случай**
- 3.1. Случай считается Страховым случаем, если он наступил в течение срока действия Договора страхования и его последствия проявились не позднее чем в течение шести месяцев после окончания срока действия соответствующего Договора страхования.
- 3.2. Страховым случаем, в результате наступления которого предусмотрена выплата страхового возмещения, считается событие, вызванное:
- 3.2.1. травмами с последующими нарушениями анатомической целостности и физиологических функций тканей;
- 3.2.2. отравлением ядовитыми растениями/ химическими средствами, за исключением пищевых токсикоинфекций, отравления алкоголем и прочими дурманящими веществами, и использования наркотических веществ без назначения врача;
- 3.2.3. ожогами, обморожением, воздействием молнии и тока;
- 3.2.4. ранениями, полученными в результате воздействия различного оружия, если это воздействие не связано с противоправными действиями со стороны Застрахованного лица;
- 3.2.5. случайным попаданием чужеродных тел в дыхательные или пищеварительные пути (для риска «Смерть»);
- 3.2.6. утоплением (для риска «Смерть»);
- 3.2.7. анафилактическим шоком (для риска «Смерть»);
- 3.2.8. охлаждением организма (для риска «Смерть»);

- 3.2.9. клещевым энцефалитом, болезнью Лайма.
- 3.2.10. другими страховыми случаями, упомянутыми в особых условиях.

4. Исключения

- 4.1. Страховыми случаями не считаются случаи, если они вызваны:
 - 4.1.1. нахождением Застрахованного в состоянии алкогольного, наркотического опьянения или под воздействием психотропных веществ;
 - 4.1.2. психическими нарушениями, потерей памяти, эпилепсией или иными судорожными приступами, инсультом, кровоизлиянием в мозг, инфарктом миокарда, сахарным диабетом или иными заболеваниями.
 - 4.1.3. самоубийством или попыткой самоубийства;
 - 4.1.4. ядерной аварией, ядерным или иным взрывом и/или радиоактивным облучением;
 - 4.1.5. войной (как объявленной, так и необъявленной), революцией, массовыми беспорядками, диверсиями и террористическими актами;
 - 4.1.6. инвалидностью, факт существования которой был скрыт при заключении Договора страхования;
 - 4.1.7. эпидемией, пандемией;
 - 4.1.8. занятием Застрахованного Хобби повышенного риска, Спортивными занятиями повышенного риска, Детским, молодежным спортом, Любительским спортом, Профессиональным спортом, если это не указано в договоре,
 - 4.1.9. осуществлением любого действия, если это действие связано с повышенным риском несчастного случая степенью, о существовании которой Страховщик не был своевременно проинформирован.
 - 4.1.10. несоблюдением рекомендаций и/или указаний врача, связанных с работой, отдыхом и лечением.
 - 4.1.11. клещевым энцефалитом, если в установленные сроки и согласно установленному порядку не была проведена профилактическая вакцинация;
 - 4.1.12. нетрадиционными методами лечения;
 - 4.1.13. вредом здоровью, из-за которого Застрахованному лицу назначена инвалидность;
 - 4.1.14. укусами насекомых;
 - 4.1.15. грыжами живота и нижнего отдела живота, вызванные поднятием тяжестей;
 - 4.1.16. повреждениями межпозвоночных дисков;
 - 4.1.17. патологическими переломами костей;
 - 4.1.18. повторными переломами костей, если перелом произошел в то время, пока предыдущий перелом еще не зажил.
- 4.2. Страховыми случаями не считаются случаи, если они произошли в то время, когда Застрахованный:
 - 4.2.1. осуществлял противоправные действия вне зависимости от его душевного, психического или иного состояния здоровья;
 - 4.2.2. на законном основании задержан или находится под стражей;
 - 4.2.3. не соблюдал нормативные акты или правила, правила дорожного движения, действующие на территории действия Договора страхования, в т.ч. управлял транспортным средством без удостоверения соответствующей категории на право управления транспортным средством.
- 4.3. Страховыми случаями не считаются случаи, если Застрахованный:
 - 4.3.1. управлял или ехал в качестве пассажира на мотоцикле мощностью более 60кВ или на мотороллере;
 - 4.3.2. осуществлял полет на любом летательном аппарате, за исключением полета в качестве пассажира на принадлежащем авиакомпании самолете, зарегистрированном как средство перевозки пассажиров, по установленному маршруту;
 - 4.3.3. передвигался на водном транспорте, за исключением передвижения в качестве пассажира на пассажирском судне, зарегистрированном как средство перевозки пассажиров, по установленному маршруту;

- 4.3.4. участвовал в качестве водителя или пассажира в тренировках, соревнованиях или испытаниях, в которых используются моторизованные наземные, водные или воздушные виды транспорта;
- 4.3.5. выполнял обязанности активной военной службы (в том числе строевой службы Земессардзе);
- 4.3.6. участвовал в военных операциях или учениях.
- 4.4. Страхование не возмещает расходы:
 - 4.4.1. Медицинские расходы за пределами Латвийской Республики.
 - 4.4.2. Услуги повышенного сервиса в лечебных учреждениях.
 - 4.4.3. Нетрадиционные методы лечения и диагностики.
 - 4.4.4. Повторные операции.
 - 4.4.5. Услуги, оказанные психотерапевтом, психиатром, психологом.
 - 4.4.6. Лечение, не связанное с Несчастным случаем.
 - 4.4.7. Косметическое лечение.
 - 4.4.8. Услуги спортивной медицины.
 - 4.4.9. Плата за выбор врача, гонорары врачей.
 - 4.4.10. Платная компьютерная томография и магнитный резонанс.
 - 4.4.11. Приобретение очков, контактных линз и слуховых аппаратов.
 - 4.4.12. Несчастный случай, вызванный любым облучением, если это не указано в особых условиях договора.
 - 4.4.13. Патологические переломы.
 - 4.4.14. за убытки, возмещаемые в соответствии с другими видами страхования.

5. Действия сторон после наступления страхового случая

- 5.1. После наступления страхового случая Застрахованный обязан принять все возможные меры для того, чтобы по возможности быстрее получить помощь соответствующих служб и сертифицированную медицинскую помощь, и в течение 24 часов обратиться к врачу за медицинской помощью и выполнять указания врача.
- 5.2. О любом страховом случае Страхователь, Застрахованный или его законный представитель обязан незамедлительно, при первой же возможности, но не позднее чем в течение 30 (тридцати) дней со дня наступления Страхового случая, выслать заказным письмом или подать Страховщику лично следующие документы:
 - 5.2.1. заявление на получение страхового возмещения, а также указать, имеет ли Застрахованный другие действующие страховые договоры;
 - 5.2.2. документы, подтверждающие факт наступления страхового случая (выписка медицинского учреждения, результаты диагностических, лабораторных, радиологических исследований, при необходимости – рентгеновские снимки или их эквиваленты на электронных носителях данных, копия свидетельства о смерти, акт о несчастном случае на работе и др.);
 - 5.2.3. Страховщик может потребовать предъявить оригиналы всех документов.
- 5.3. Страховщик вправе провести медицинское обследование Застрахованного за свой счет, привлекая необходимых экспертов с целью установления вреда, нанесенного его здоровью в результате наступления страхового случая. Если Застрахованный не согласен с заключением эксперта Страховщика, он вправе за свой счет привлечь независимых экспертов.

6. Порядок получения страхового возмещения

- 6.1. Страховое возмещение выплачивается в соответствии со страховым риском и Таблицей расчета возмещений в течение 30 дней с момента получения всех необходимых для принятия решения документов.
- 6.2. Если из-за несчастного случая у Застрахованного возникло несколько телесных повреждений, Страховое возмещение выплачивается в соответствии с Таблицей расчета возмещений застрахованного риска и настоящими правилами.

- 6.3. Если Страховщик выплатил возмещение, но в результате прямых последствий несчастного случая в течение шести месяцев со дня несчастного случая наступили более тяжелые последствия, соответствующие застрахованному риску, и более тяжелому повреждению согласно Таблице расчета возмещений, за которое предусматривается большее возмещение, после получения дополнительного заявления Страховщик рассматривает дело повторно.
- 6.4. При выплате большего Страхового возмещения в соответствии с п. 6.3 данных правил из него удерживаются ранее выплаченные Страховые возмещения.
- 6.5. При наступлении страхового случая Страховщик вправе отказать в выплате Страхового возмещения, если Застрахованный, Выгодоприобретатель или Страхователь предоставил неполную или недостоверную информацию о страховом случае или обстоятельствах его наступления, в течение 30 дней не предоставил необходимые документы и письменное заявление на получение Страхового возмещения.
- 6.6. Страховщик может отказать в выплате Страхового возмещения, если Застрахованный со злым умыслом или по грубой невнимательности не выполнил какое-либо из установленных Договором обязательств. Страховщик может уменьшить страховое возмещение, если Застрахованный по легкой невнимательности не выполнил какое-либо из установленных Договором обязательств.
- 6.7. Если на вред здоровью, возникший в результате Несчастного случая, повлияли ранее перенесенные Застрахованным заболевания или физические дефекты Застрахованного, Страховщик может уменьшить Страховое возмещение.
- 6.8. Застрахованный проинформирован и согласен с тем, что Страховщик вправе потребовать и получить информацию, необходимую для выполнения обязательств по Договору страхования, от медицинских лиц, проводивших лечение или обследование Застрахованного, от других страховщиков, государственных органов, учреждений самоуправления и лечебных учреждений.
- 6.9. Страховщик не выплачивает Страховое возмещение, если вред Застрахованному возник по другим причинам, не являющимся Застрахованными рисками и не упомянутым в Таблице расчета возмещений.
- 6.10. Страховщик после выплаты Страхового возмещения вправе обращаться с требованием в размере выплаченного возмещения к лицу, которому выплачено Страховое возмещение (к Застрахованному или Выгодоприобретателю), если:
 - 6.10.1. в ходе судебного процесса доказано, что Страховой случай возник в результате преступного деяния, намеренно совершенного Страхователем, Застрахованным или Выгодоприобретателем;
 - 6.10.2. наступление застрахованного риска вызвано злым умыслом или грубой невнимательностью Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя;
 - 6.10.3. Страховщик констатирует, что для выплаты Страхового возмещения не было основания в соответствии с Договором страхования или законом.