

# ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ERGO ДЛЯ РЕЗИДЕНТОВ

**TI.0159.17**

Действуют с 01.11.2017

Страховщик – ERGO Life Insurance SE (зарегистрировано в Литве), оказывающее в Эстонии услуги через ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal (далее – Страховщик).

Настоящие особые условия медицинского страхования ERGO применяются в отношении договоров медицинского страхования для резидентов Эстонской Республики, заключенных в ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal.

В вопросах, неразрешенных в условиях, стороны договора страхования руководствуются общими условиями договоров медицинского страхования ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal, Обязательственно-правовым законом и другими правовыми актами.

## 1. Застрахованное лицо

Застрахованное лицо – это указанное в договоре страхования по имени физическое лицо, которое является резидентом Эстонской Республики. Возраст застрахованного лица при заключении договора может быть от 3 до 60 лет.

## 2. Действие договора страхования. Период страхования

- 2.1. Договор страхования является бессрочным.
- 2.2. Период страхования составляет один год.
- 2.3. Даты начала и окончания периода страхования указаны в полисе.
- 2.4. Если стороны не изъявляют желания о прекращении договора страхования до окончания периода страхования, страховщик выдает на следующий период страхования новый полис.

## 3. Страховой случай. Период ожидания

- 3.1. **Пакет медицинского страхования Mini (или Ravi Mini)** применяется в отношении лиц, застрахованных в государственной системе.  
В случае Ravi Mini страховым случаем считается наступившее у застрахованного лица в течение периода страхования и по окончании периода ожидания заболевание, несчастный случай или другой указанный в договоре страхования случай, вследствие которого застрахованное лицо обратилось к врачу или в медицинское учреждение, и там ему была оказана по медицинским показаниям услуга здравоохранения или проведено профилактическое обследование в объеме и на условиях, предусмотренных договором страхования.
- 3.2. **Пакет медицинского страхования Midi (или Ravi Midi)** применяется в отношении лиц, застрахованных в государственной системе.  
В случае Ravi Midi страховым случаем считается дополнительно к перечисленному в п. 3.1. также наступившее в течение периода страхования и по окончании периода ожидания критическое заболевание, которое указано в перечне приложения к условиям страхования «Перечень и описание критических заболеваний» и соответствует описанным в нем условиям.

- 3.3. **Пакет медицинского страхования Maksi (или Ravi Maksi)** применяется в отношении лиц, не застрахованных в государственной системе.  
В случае Ravi Maksi страховым случаем считаются дополнительно к перечисленному в п.п. 3.1. и 3.2. также расходы в течение периода и по окончании периода ожидания на лекарства, назначенные по рецепту врача и зарегистрированные в Эстонии или Евросоюзе, в соответствии с условиями, указанными в п. 7.8. настоящих особых условий.
- 3.4. Каждое произошедшее с застрахованным лицом событие, соответствующее определению страхового случая, считается отдельным страховым случаем.
- 3.5. **Период ожидания** – это исчисляемый с момента заключения договора страхования промежутки времени, за наступившие в течение которого страховые случаи страховое возмещение не выплачивается.

Период ожидания применяется только в отношении следующих медицинских услуг:

Мед. услуга/Пакет	Ravi Mini/Midi	Ravi Maksi
Амбулаторная врачебная помощь	14 дней	30 дней
Стоматологическое лечение	14 дней	30 дней
Профилактическое обследование	14 дней	30 дней
Рецептурные лекарства	14 дней	30 дней
Возмещение стационарного лечения	3 месяца	30 дней
Критические заболевания	3 месяца	3 месяца

- 3.6. Период ожидания не применяется в отношении несчастных случаев, произошедших в течение действия договора страхования, а также при обновлении периода страхования договора страхования с прежней страховой защитой.

## 4. Страховой риск и влияющие на него обстоятельства

- 4.1. Страховой риск могут увеличить привычки, увлечения, сфера деятельности застрахованного лица и ранее перенесенные им заболевания, вследствие которых вероятность наступления страхового случая или связанные со страховым случаем расходы увеличиваются.
- 4.2. При более высоком страховом риске страховщик имеет право при заключении договора увеличить страховой взнос или отказаться от заключения договора страхования.
- 4.3. Страховой риск оценивает страховщик на основании заполненного застрахованным лицом заявления и, при необходимости, на основании дополнительно представленных медицинских документов или врачебного осмотра.
- 4.4. Расходы по оценке страхового риска несет страховщик.

## 5. Сфера действия страховой защиты

- 5.1. Страховая защита действует:
- 5.1.1. в отношении амбулаторных и профилактических медицинских услуг, оказанных в Эстонии;
  - 5.1.2. в отношении медицинских услуг стационарного лечения, стоматологического лечения и критических заболеваний, оказанных в Эстонии, Латвии и Литве, а также расходов на рецептурные лекарства.

## 6. Страховая сумма. Лимит возмещения медицинских расходов и степень возмещения

- 6.1. Страховая сумма – предусмотренная в договоре страхования денежная сумма, в размере которой страховщик при наступлении страхового случая выплачивает страховое возмещение.
- 6.2. Лимит возмещения расходов на лечение – это указанная в предложении и в полисе максимальная денежная сумма, выплачиваемая страховщиком при наступлении в течение периода страхования страхового случая для каждого вида страхового возмещения.
- 6.3. Степень возмещения расходов на лечение – это указанный в предложении и в полисе %, рассчитываемый от расходов на лечение для каждого вида страхового возмещения, превышающую который часть при наступлении страхового случая застрахованное лицо несет само.
- 6.4. После выплаты страхового возмещения страховая сумма соответствующего вида страхового возмещения уменьшается на сумму выплаченного страхового возмещения.

## 7. Страховая защита

Виды страхового возмещения, которые включают виды страховой защиты Ravi Mini, Midi и Maksi, следующие:

- 7.1. Амбулаторная помощь семейного врача и врача-специалиста
- 7.1.1. **Ravi Mini и Ravi Midi**  
Страховщик возмещает следующие расходы, которые не покрывает государственное медицинское страхование:
    - плата пациента за визит;
    - платный прием врача;
    - назначенные по направлению врача платные исследования, диагностика, анализы (за исключением тестов на непереносимость пищи и аллергии) и лечебные процедуры;
    - наблюдение за беременностью, в т.ч. исследования и осмотры во время беременности.
  - 7.1.2. **Ravi Maksi**  
Страховщик возмещает следующие расходы:
    - прием врача в т.ч. платный;
    - назначенные по направлению врача исследования, диагностика, анализы (в т.ч. тесты на непереносимость пищи и аллергии) и лечебные процедуры;
    - наблюдение за беременностью, в т.ч. рутинные исследования и осмотры во время беременности по медицинским показаниям в размере страховой суммы, указанной в предложении.
  - 7.1.3. Лимит возмещения расходов на медицинскую помощь семейных врачей и врачей-специалистов и степень возмещения указывается в предложении и в страховом полисе. Плату пациента за визит страховщик возмещает полностью без применения степени возмещения.
  - 7.1.4. **Исключениями медицинской помощи семейных врачей и врачей-специалистов** помимо указанного в пункте 7 общих условий договоров медицинского страхования являются:
    - медицинские услуги, оказанные диетологом, гомеопатом, наркологом, клиническим иммуноло-

гом, ортопедом-протезистом;

- иммунотерапия, склеротерапия и баротерапия;
- вакцинация; за искл. случаев, когда в договоре страхования об этом есть отдельная договоренность;
- рецептурные лекарства, за искл. случаев, когда в договоре страхования об этом есть отдельная договоренность;
- восстановительное лечение и услуги врача-реабилитолога за искл. случаев, указанных в пп. 7.5.1. и 7.9.3. настоящих условий;

### 7.2. Стационарное лечение

- 7.2.1. Страховщик возмещает расходы, связанные с плановым или внеплановым лечением как в стационаре, так и в дневном стационаре заболевания, возникшего у застрахованного лица впервые в течение периода страхования после окончания периода ожидания.
- 7.2.2. **Ravi Mini и Ravi Midi**  
Страховщик возмещает следующие расходы на стационарное лечение, которые не покрывает государственное медицинское страхование:
  - плата за койко-день пациента;
  - дополнительные расходы на отдельную, двухместную или платную послеродовую палату;
  - второе мнение по поводу диагноза или предложенного курса лечения;
  - платные услуги стационарного лечения.
- 7.2.3. **Ravi Maksi**  
Страховщик возмещает следующие расходы:
  - плата за койко-день пациента;
  - дополнительные расходы на общую или платную послеродовую палату;
  - осмотр больного, организация исследования здоровья, постановка диагноза и составление плана лечения;
  - назначение лечения;
  - составление медицинской документации
  - обслуживание пациента и уход за ним;
  - питание и принятие лекарств в больнице;
  - диагностические исследования;
  - операции, проведенные в больнице или отделении дневного лечения;
  - интенсивное лечение;
  - второе мнение по поводу диагноза или предложенного курса лечения;
  - разумные расходы на неотложное стационарное лечение связанные с обострением хронических заболеваний, диагностированных до заключения договора. Разумными расходами считаются расходы на медицинские услуги, которые оказываются в стационаре в случае резкого ухудшения состояния здоровья застрахованного лица, если отсутствие неотложной медицинской помощи подвергло бы жизнь застрахованного лица опасности или привело бы к серьезному нарушению функций организма или недостатку здоровья.
- 7.2.4. Лимит возмещения расходов на стационарное лечение и степень возмещения указывается в предложении и в страховом полисе.
- 7.2.5. **Исключениями страховой защиты стационарного лечения Ravi Mini и Ravi Midi** помимо указанного в пункте 7 общих условий договоров медицинского страхования являются расходы на следующие медицинские услуги:
  - операции на венах и операции гинекологических заболеваний;
  - контроль проходимости маточных труб;
  - лапароскопические операции и лапароскопические операции по удалению спаек,
  - операции, корректирующие рефракцию глаза;
  - пластические операции;
  - пересадка органов и тканей (за искл. случаев страховой защиты критических заболеваний, указанных в п. 7.9);
  - лечение рака (химиотерапия, лучевая терапия, гематологическое лечение) (за искл. случаев страховой защиты критических заболеваний, указанных в п. 7.9);

- паллиативное лечение;
  - сердечно-сосудистые операции;
  - используемые при операции материалы, заменители тканей и дополнительные материалы (имплантаты, протезы, оборудование для сетчатки глаза, ортозы, гигиенические и косметические средства),
  - расходы, связанные с пребыванием в больнице близких родственников, за искл. расходов на оплату палаты для семьи или матери и ребенка после родов;
  - расходы, связанные с помощью при родах.
- 7.2.6. **Исключениями страховой защиты стационарного лечения Ravi Maksi** помимо указанного в пункте 7 общих условий договоров медицинского страхования являются расходы на следующие медицинские услуги:
- операции гинекологических заболеваний, контроль проходимости маточных труб;
  - лапароскопические операции и лапароскопические операции по удалению спаек,
  - операции, корректирующие рефракцию глаза;
  - пластические операции;
  - расходы, связанные с пребыванием в больнице близких родственников, за искл. расходов на оплату палаты для семьи или матери и ребенка после родов;
  - расходы, связанные с помощью при родах.
- 7.3. Профилактические исследования
- 7.3.1. Страховщик возмещает расходы на врачебный осмотр и диагностические исследования без медицинских показаний:
- которые выявляют состояние здоровья клиента и помогают обнаружить симптомы, которые могут указывать на начинающееся расстройство здоровья;
  - которые позволяют дать клиенту рекомендации для формирования образа жизни и привычек с целью поддержать или поправить его здоровье;
  - которые необходимы для выдачи врачебных справок в связи с получением документов (например, разрешение на работу, водительские права и т.д.);
  - для осуществления контроля со стороны врачей-гигиенистов;
  - для наблюдения за хроническими заболеваниями или заболеваниями, появившимися до заключения договора страхования (в т.ч. для выписывания рецептов);
  - seoses pere planeerimise või rasestumisvastaste vahenditega (sh retseptide väljakirjutamiseks).
  - в связи с планированием семьи или противозачаточными средствами (в т.ч. и для выписывания рецептов).
- 7.3.2. Лимит возмещения расходов на профилактические исследования и степень возмещения указаны в предложении и в страховом полисе.
- 7.4. Услуги стоматологического лечения
- 7.4.1. Стоматологическое лечение – это медицинская услуга, оказываемая амбулаторно стоматологом для диагностики, лечения и профилактики заболеваний, дефектов, травм и врожденных расстройств развития мягких и твердых тканей области рта.
- 7.4.2. Страховщик возмещает расходы на следующие стоматологические услуги:
- амбулаторный прием стоматолога;
  - укрепление здоровья полости рта и предупреждение заболеваний;
  - консультации, составление плана лечения;
  - лечебные процедуры, в т.ч. лечение зубов, пломбирование, глубокая чистка, исправление пломб и мостов;
  - протезирование, исправление протезов,
  - составление медицинской документации и экспертиза трудоспособности пациента;
  - исследования, необходимые для диагностирования заболеваний зубов и тканей полости рта.
- 7.4.3. Лимит возмещения расходов на услуги стоматологического лечения и степень возмещения указаны в предложении и в страховом полисе.
- 7.4.4. **Исключениями страховой защиты услуг стоматологического лечения** помимо указанного в пункте 7 общих условий договоров медицинского страхования являются:
- расходы на отбеливание зубов;
  - расходы на ортодонтическое лечение брекетами;
  - расходы на косметические операции зубов и полости рта.
- 7.5. Восстановительное лечение и вспомогательные средства после несчастного случая
- 7.5.1. Страховщик возмещает следующие расходы на необходимое восстановительное лечение после несчастного случая до 3 месяцев после окончания активного лечения в стационаре:
- восстановительное лечение, услуги врача-реабилитолога;
  - остеопатия, хиропрактика, мануальная терапия;
  - электролечение, массаж, лечебные ванны, лечебная гимнастика.
- 7.5.2. Страховщик возмещает следующие расходы на необходимые вспомогательные средства вследствие несчастного случая
- инвалидное кресло, ортопедическая обувь и ортопедические вспомогательные средства, опорные аппараты, слуховые аппараты и суставные протезы;
  - эластичные компрессионные бинты, металлические пластины остеосинтеза.
- 7.5.3. Лимит возмещения восстановительного лечения и вспомогательных средств после несчастного случая и степень возмещения указаны в предложении и в страховом полисе.
- 7.6. Стоматологическое лечение после несчастного случая
- 7.6.1. Страховщик возмещает расходы на лечение зубов, а также на пластические операции и протезирование в целях лечения челюсти или зубов, поврежденных вследствие несчастного случая.
- 7.6.2. Лимит возмещения необходимого стоматологического лечения после несчастного случая и степень возмещения указаны в страховом полисе.
- 7.7. Исключения страховой защиты при наступлении несчастного случая
- Помимо указанного в пункте 7 общих условий договоров медицинского страхования не считаются страховым случаем в понимании условий страховой защиты при наступлении несчастного случая и не подлежат возмещению медицинские расходы в связи со следующими случаями:
- 7.7.1. инсульт, приступ эпилепсии или другие судорожные приступы, охватывающие все тело застрахованного лица, за искл. случаев, когда такие повреждения или приступы обусловлены случаем, который покрывается страхованием от несчастного случая;
- 7.7.2. мелкие повреждения кожи или слизистой оболочки, через которые возбудители инфекции попадают в организм сразу или немного позже, за искл. случаев, связанных с бешенством и столбняком;
- 7.7.3. отравления, обусловленные добровольно принятыми через рот твердыми веществами или жидкостями, в т.ч. пищевые отравления;
- 7.7.4. грыжа в области живота, за искл. случая, когда она обусловлена несчастным случаем, покрываемым настоящим страхованием;
- 7.7.5. повреждения межпозвоночного диска, кровотечение внутренних органов и кровоизлияние в мозг, за искл. случаев, когда причиной их возникновения является покрываемый настоящим страхованием несчастный случай.

- 7.8. Рецептурные лекарства
- 7.8.1. В случае страховой защиты рецептурных лекарств страховщик возмещает в течение периода страхования и по окончании периода ожидания страхования расходы на лекарства, назначенные на основании рецепта врача и зарегистрированные в Эстонии или странах ЕС.
- 7.8.2. Исключениями страховой защиты рецептурных лекарств являются расходы на пищевые добавки, витамины и диетические коктейли;
- 7.8.3. Лимит возмещения рецептурных лекарств и степень возмещения указаны в предложении и в страховом полисе.
- 7.9. Медицинские расходы в случае критических заболеваний
- 7.9.1. Страховым случаем критических заболеваний является неожиданное и непредвиденное тяжелое заболевание застрахованного лица или другой случай, впервые проявившиеся после окончания периода ожидания в течение периода действия страховой защиты, содержащиеся в перечне, приведенном в приложении к условиям страхования «Перечень и описание критических заболеваний», и соответствующие описанным в нем критериям.
- 7.9.2. Необходимость лечения или операции критических заболеваний должен подтвердить работник здравоохранения, имеющий право заниматься врачебной практикой.
- 7.9.3. В соответствии с настоящими условиями критическими заболеваниями считаются следующие операции и заболевания:
- Активный туберкулез
  - болезнь Альцгеймера, которая появляется в возрасте до 65 лет
  - Апластическая анемия
  - Бактериальный менингит
  - Болезнь Крона
  - Пересадка органа или костного мозга
  - Идиопатическая болезнь Паркинсона до 65 лет
  - Печеночная недостаточность
  - Sclerosis multiplex, или рассеянный склероз
  - Злокачественная опухоль
  - Инсульт головного мозга
  - Шунтирование коронарной артерии
  - Острая хроническая почечная недостаточность
  - Операция на сердце
  - Острый инфаркт миокарда
- Подробное описание критических заболеваний приведено в приложении к настоящим условиям «Перечень и описание критических заболеваний». Если у застрахованного возникнет критическое заболевание, страховщик возместит в объеме страховой суммы, оговоренной в договоре страхования, обоснованные по медицинским показаниям расходы в связи с этим заболеванием, которые не покрывает государственное медицинское страхование и которые связаны:
- с плановым или неотложным амбулаторным или стационарным лечением критического заболевания;
  - с лекарствами, назначенными в ходе лечения критического заболевания;
  - с восстановительным лечением критического заболевания.
- Страховое возмещение выплачивается максимально в течение 18 месяцев, начиная с конца календарного месяца, когда было диагностировано критическое заболевание, или пока не будет выплачена указанная в полисе страховая сумма.
- 7.9.4. Если в течение периода страхования возникает несколько критических заболеваний, то в этом случае ответственность страховщика ограничена страховой суммой.

- 7.9.5. Если страховщик в связи с лечением критического заболевания выплатил всю страховую сумму, то в следующем периоде страхования страховая защита не распространяется на то критическое заболевание, расходы на лечение которого однажды уже были возмещены.
- 7.9.6. Страховщик не возмещает ущерб, если у застрахованного диагностировано критическое заболевание во время периода ожидания или до вступления в силу страховой защиты (он прошел обследование и т.п.);
- 7.9.7. Страховщик выплачивает возмещение в соответствии с платежным документом, выданным медицинским учреждением или аптекой, непосредственно медицинскому учреждению или застрахованному лицу. Если цена медицинской услуги превышает согласованную со страховщиком сумму или среднюю рыночную цену данной медицинской услуги, застрахованное лицо само оплачивает возникшую разницу.

## 8. Руководство к действиям в случае причинения ущерба

- 8.1. Застрахованное лицо в случае причинения ущерба может обратиться для получения лечения как к договорному партнеру страховщика, так и в ближайшее лицензированное медицинское учреждение, оказывающее помощь семейного врача или врача-специалиста либо стационарное лечение. У договорных партнеров страховщика застрахованный имеет право получить врачебную помощь в случае острого заболевания в течение того же рабочего дня, а в случае планового обращения – при первой возможности. Информация о договорных партнерах страховщика имеется на сайте страховщика: <https://www.ergo.ee/erakliendile/ravikindlustus>.
- 8.2. В случае причинения ущерба застрахованное лицо помимо приведенного в п. 5.2. общих условий договоров медицинского страхования должно
- 8.2.1. при первой возможности обратиться к врачу, выполнять предписания врача и делать все от него зависящее, чтобы предотвратить увеличение повреждений, вызванных страховым случаем;
- 8.2.2. в случае причинения телесных повреждений третьим(-и) лицом(лицами) сообщить об этом в полицию лично или через других лиц;
- 8.2.3. для получения гарантийного письма страховщика застрахованное лицо обязуется в письменной форме сообщить страховщику о необходимости лечения.

## 9. Условия получения страхового возмещения

Застрахованное лицо обязуется представить страховщику течение трех месяцев:

- 9.1. ходатайство о возмещении;
- 9.2. выписку из истории болезни или медицинской карты;
- 9.3. документы, подтверждающие расходы, связанные с оказанием медицинской услуги;
- 9.4. в случае расходов на лечение критических заболеваний – вместе с документами, подтверждающими оплату лекарств, копию рецепта, на котором указан код критического заболевания, соответственно РНК-10;
- 9.5. в случае возмещения рецептурных лекарств – копию рецепта;
- 9.6. при наступлении несчастного случая – справку, подтверждающую регистрацию случая в полиции, если случай должен был быть зарегистрирован в полиции.