

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ПУТЕШЕСТВИЙ ДЛЯ ЛИЦ, ВЪЕЗЖАЮЩИХ В ЛАТВИЙСКУЮ РЕСПУБЛИКУ 43.02.

1. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАВИЛАХ ТЕРМИНЫ И ИХ ОБЪЯСНЕНИЕ

1.1. **страховщик** – страховое акционерное общество „Baltijas Apdrošināšanas Nams”.

1.2. **страхователь** – юридическое или физическое лицо, которое заключает Договор страхования в свою пользу или в пользу другого лица.

1.3. **застрахованный** – указанное в Договоре страхования физическое лицо, у которого имеется страхуемый интерес и в пользу которого заключен Договор страхования.

1.4. **объект страхования** – жизнь, здоровье или физическое состояние Застрахованного.

1.5. **Договор страхования** – (далее в тексте – Договор) – соглашение между Страховщиком и Страхователем, согласно которому Страхователь обязуется заплатить Страховую премию в виде, в сроки и в объеме, установленном в Договоре, а также выполнить другие обязательства, установленные Договором, а Страховщик берет на себя обязательства, при наступлении Страхового случая, выплатить лицу, указанному в Договоре, Страховое возмещение в соответствии с Договором.

1.6. **страховой полис** – письменный или электронный документ, подтверждающий заключение Договора и включающий в себя условия Договора, а также все изменения и дополнения Договора, о которых договорились Страховщик и Страхователь.

1.7. **страховая заявка** – документ установленной Страховщиком формы, который Страхователь подает Страховщику, чтобы проинформировать его об Объекте страхования, фактах и обстоятельствах, которые необходимы для оценки страхуемого риска.

1.8. **период страхования** – срок действия Договора, указанный в Страховом полисе.

1.9. **территория страхования** – территория, на которой действует Договор.

1.10. **страховая премия** – плата за страхование, установленная в Договоре.

1.11. **страховая программа** – совокупность Застрахованных рисков и других условий Договора, согласно которым заключается Договор и осуществляется выплата Страхового возмещения.

1.12. **застрахованный риск** – предусмотренное Договором, не зависящее от воли Застрахованного событие, которое может произойти в будущем.

1.13. **страховое покрытие** – совокупность

Застрахованных рисков, упомянутых в Договоре.

1.14. **страхуемый интерес** – интерес не понести убытки при наступлении Застрахованного риска.

1.15. **страховой случай** – причинно-следственно связанное с Застрахованным риском событие, при наступлении которого предусмотрена выплата Страхового возмещения в соответствии с Договором.

1.16. **страховое возмещение** – денежная сумма, которая выплачивается, или услуги, которые обеспечиваются в соответствии с Договором после наступления Страхового случая. Страховое возмещение за все Страховые случаи, наступившие в период действия Договора, не может превышать установленную Договором Сумму страхования и ущерб, причиненный в результате Страхового случая.

1.17. **сумма страхования** – указанная в Договоре для каждой Программы страхования денежная сумма, которая является максимальным Страховым возмещением, выплачиваемым в соответствии с Договором.

1.18. **страховой лимит** – указанная в Договоре денежная сумма, которая является максимальным Страховым возмещением, выплачиваемым по каждому Застрахованному риску.

1.19. **подлимит** – указанная в Договоре денежная сумма, которой ограничивается максимальное Страховое возмещение, выплачиваемое в рамках одного отдельного Страхового случая.

1.20. **Самориск** – денежная сумма или процентная часть, которая вычитается из Страхового возмещения в установленных Договором случаях.

1.21. **ущерб** – возникшие у Застрахованного прямые убытки, связанные со Страховым случаем. В понимании настоящих правил ущерб не включает в себя косвенные убытки, неполученную прибыль, неустойки и т.п. платежи и санкции.

1.22. **заявление на получение страхового возмещения** – документ установленной Страховщиком формы и содержания, который заполняется и подается Страховщику для получения Страхового возмещения в соответствии с Договором.

1.23. **страна проживания** – страна, которая является страной гражданства или постоянного местожительства Застрахованного, или страна, выдавшая Застрахованному постоянный вид на жительство, если это не Латвийская Республика.

1.24. **неотложная медицинская помощь** – медицинская помощь, в случае неоказания которой жизнь или здоровье Застрахованного находится под угрозой.

1.25. **внезапное тяжелое заболевание** – непредвиденное заболевание, не проявлявшееся до начала Периода страхования, из-за которого Застрахованному необходима Неотложная медицинская помощь.

1.26. **обострение хронической болезни** – появление симптомов, характерных для хронической болезни, во время Периода страхования, в результате которых Застрахованному необходима Неотложная медицинская помощь.

1.27. **несчастный случай** – внезапное, не зависящее от воли Застрахованного, причинно-следственно связанное с воздействием внешних сил событие, произошедшее во время действия Договора, вследствие которого нанесен вред здоровью или жизни Застрахованного, в результате чего Застрахованному необходима Неотложная медицинская помощь.

1.28. **госпитализация** – помещение Застрахованного в лечебное учреждение, если после произошедшего Несчастливого случая или Внезапного тяжелого заболевания, или Обострения хронической болезни Застрахованному необходима Неотложная медицинская помощь.

1.29. **расходы на медицинский транспорт** – расходы на транспортировку Застрахованного до ближайшего медицинского учреждения, в котором Застрахованному оказывается Неотложная медицинская помощь.

1.30. **репатриация** – согласованная со Страховщиком транспортировка Застрахованного или его останков в Страну проживания. Страховщик оплачивает расходы на Репатриацию до аэропорта Страны проживания, если транспортировка осуществляется самолетом, или до границы Страны проживания, если транспортировка осуществляется другим видом транспорта.

1.31. **занятия спортом повышенного риска** – гребля, бейсбол, парусный спорт, боевые искусства, флорбол, фрисби, футбол, гандбол, верховая езда, картинг, кайтборд, горный туризм, марафон, ныряние на глубину до 30 м (дайвинг), фехтование, регби, сендбординг, серфинг, байдарочная гребля, софтбол, трекинг, триатлон, водное поло, водные лыжи, легкая атлетика, гимнастика, конькобежный спорт, биатлон, бобслей, фигурное катание, лыжные гонки, хоккей, горнолыжный спорт, санный спорт, хоккей на траве, скелетон, слалом, езда на снеговых мотоциклах, сноуборд, шорт-трек.

1.32. **профессиональный спорт** – занятие спортом с целью достижения спортивных результатов путем участия в соревнованиях или тренировках, независимо от того, является ли это или нет источником дохода для Застрахованного. В контексте настоящих правил под Профессиональным спортом подразумевается также

любительский спорт.

2. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ

2.1. Страховщик и Страхователь заключают Договор в соответствии с настоящими правилами, законом „О договоре страхования” и другими действующими нормативными актами Латвийской Республики.

2.2. Застрахованным может стать лицо (иностранец) без ограничения возраста, въезжающее в Латвийскую Республику или в страны Шенгенского договора.

2.3. Обязанности и права Страховщика:

2.3.1. разъяснить Страхователю настоящие правила, согласно которым заключен Договор, в том числе права и обязанности Страхователя и Застрахованного;

2.3.2. выдать Страхователю документы, подтверждающие заключение Договора, в порядке, установленном законом, „О договоре страхования”;

2.3.3. при наступлении Страхового случая выплатить Страховое возмещение в порядке, в объеме и в сроки, установленные Договором;

2.3.4. ознакомиться с предоставленной информацией о Страховом случае, в том числе с медицинской документацией, в случае необходимости потребовать дополнительные документы и пригласить эксперта.

2.4. Заключая Договор, Страхователь обязан:

2.4.1. предоставить Страховщику полную информацию, которую он потребовал, а также учитывать, что осознанное предоставление ложной информации или умалчивание существенной информации может быть расценено как злой умысел или грубая неосторожность и стать причиной для признания Договора не имеющим силы, его прекращения, или отказа в выплате Страхового возмещения, за исключением ситуаций, когда это не допускается законом „О договоре страхования” или другими нормативными актами (Существенным считается фактор, который может повлиять на заключение Договора или оценку страхуемого риска. Если у Страхователя возникают сомнения, является ли какой-то фактор существенным или нет, ему необходимо проконсультироваться со Страховщиком);

2.4.2. сообщить Страховщику о других известных Страхователю действующих договорах страхования, относящихся к тому же Объекту страхования, о котором заключается Договор.

2.5. Общие обязанности Страхователя и Застрахованного:

2.5.1. заплатить Страховую премию в сроки и в объеме,

установленные в Договоре и указанные в Страховом полисе;

2.5.2. на свои средства принять все возможные меры, чтобы не допустить возникновения ущерба;

2.5.3. после наступления Застрахованного риска принять все возможные разумные меры для уменьшения ущерба;

2.5.4. соблюдать требования нормативных актов страны пребывания, а также рекомендации и требования Страховщика;

2.5.5. во время действия Договора, как только это стало возможным, письменно сообщить Страховщику об изменениях в первоначальной информации;

2.5.6. консультироваться со Страховщиком во всех ситуациях, которые могут касаться обязательств в рамках Договора.

2.6. После наступления Страхового случая Застрахованный обязан:

2.6.1. незамедлительно, как только это стало возможным, но не позднее чем в течение 30 (тридцати) дней после наступления Внезапного тяжелого заболевания, Обострения хронической болезни, Несчастного случая, подать Страховщику Заявление на получение Страхового возмещения, а также оригиналы документов, подтверждающих ущерб и факт Несчастного случая для определения размера Страхового возмещения;

2.6.2. обеспечить Страховщику возможность участия в процессах констатации ущерба, выяснения его сути, причин, вида и размера;

2.6.3. по требованию Страховщика – уполномочить его на получение необходимых документов и информации (в т.ч. личных данных) и представление интересов Застрахованного (полномочие оформляется письменно с правом переуполномочивания).

3. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

3.1. Договор заключается после того, как Страховщик получил всю необходимую информацию и документы для оценки риска.

3.2. Договор может быть заключен лично Застрахованным или в его пользу – Страхователем.

3.3. Страховщик сообщает Страхователю условия Договора, выдает Страховой полис и условия Договора в порядке, установленном законом „О договоре страхования”.

3.4. Период действия Договора, который указывается в Страховом полисе, устанавливается по взаимной договоренности между Страховщиком и Страхователем.

3.5. Договор вступает силу в 00:00 указанной в соответствующем Страховом полисе даты, и прекращает действие в 24:00 указанной в Страховом полисе даты по Латвийскому времени, если в Договоре не установлено иначе.

3.6. Договор действует в Латвийской Республике, в странах Шенгенского договора (Австрия, Бельгия, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Исландия, Испания, Италия, Литва, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Словакия, Словения, Финляндия, Франция, Чехия, Швеция, Эстония) и Швейцарии.

3.7. Сумма Страховой премии устанавливается Страховщиком, который перед заключением Договора договаривается о ней со Страхователем.

3.8. Порядок оплаты Страховой премии указывается в Страховом полисе. Страхователь обязан произвести оплату Страховой премии не позднее даты, указанной в Страховом полисе.

3.9. Если оплата Страховой премии производится перечислением, то тогда датой ее получения считается день, когда Страховщик получил платеж Страховой премии на указанный им банковский счет.

3.10. Если Страхователь не оплатил Страховую премию или ее первую часть до числа, установленного в Договоре, тогда считается, что Договор не вступил в силу в соответствии с нормами закона.

3.11. Порядок и случаи, когда Договор может быть расторгнут, изменен или признан недействительным, а также порядок, в котором рассчитывается и в каких случаях выплачивается или не выплачивается Страховая премия, и как взыскиваются административные расходы, устанавливает Закон „О договоре страхования”.

3.12. Страховщик, узнав в период действия Договора об увеличении риска, имеет право внести изменения в Договор или расторгнуть его в порядке, установленном Законом „О договоре страхования”.

4. ЗАСТРАХОВАННЫЕ РИСКИ

4.1. Медицинские расходы

4.1.1. Медицинские расходы в понимании настоящих правил – это расходы, которые не были предвидимы и возникли в связи с оказанием Неотложной медицинской помощи в Период действия Договора на территории Латвийской Республики и которые связаны с ухудшением

состояния здоровья в результате Внезапного тяжелого заболевания, Обострения хронической болезни или последствий Несчастливого случая.

4.1.2. Страховщик оплачивает расходы, которые считаются обоснованными и подтверждаются документально, связанные с амбулаторным или стационарным применением медицинских технологий, которые были назначены и применялись сертифицированным медицинским работником.

4.1.3. Страховщик оплачивает стоматологические услуги Неотложной медицинской помощи, которые были оказаны с целью предотвращения острой зубной боли (начало лечения зубного корня с установкой временной пломбы или удаление зуба) во время первого посещения врача. Дальнейшее лечение Страховщик не оплачивает.

4.2. Расходы на медицинский транспорт

4.2.1. Если Внезапное тяжелое заболевание, Обострение хронической болезни или Несчастный случай наступил в Латвийской Республике и Застрахованного необходимо доставить в медицинское учреждение, Страховщик оплачивает расходы по транспортировке Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение, в соответствии с заключением медицинского работника.

4.3. Расходы на репатриацию

4.3.1. Если наступило Внезапное тяжелое заболевание, Несчастный случай, Обострение хронической болезни, Страховщик оплачивает расходы по транспортировке, возвращению Застрахованного в Страну проживания, основываясь на письменных рекомендациях медицинского работника. Только медицинский работник вправе принимать решение о необходимости и виде транспортировки.

4.3.2. В случае смерти Застрахованного Страховщик оплачивает расходы, связанные с транспортировкой останков в аэропорт Страны проживания (при транспортировке самолетом) или до границы Страны проживания (при перевозке другим видом транспорта).

5. ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

5.1. Во всех случаях лицо, подающее заявление о Страховом случае, должно предъявить удостоверяющий личность документ – паспорт.

5.2. Для получения Страхового возмещения необходимо подать следующие документы:

5.2.1. Заявление на получение Страхового возмещения;

5.2.2. оригиналы всех чеков и счетов, в которых указаны сведения о получателе услуги (имя, фамилия,

данные о рождении) и поставщике услуги (название, регистрационный номер, банковские реквизиты), точное название и объем услуги, дата начала и дата окончания предоставления услуги, а также список расходов на оказанную Неотложную медицинскую помощь;

5.2.3. справку из медицинского учреждения с указанием полного диагноза, применявшегося лечения и результатов обследования;

5.2.4. выданный по требованию Страховщика документ, подтверждающий причину и обстоятельства смерти Застрахованного;

5.2.5. другие документы по требованию Страховщика, необходимые для определения основания для выплаты Страхового возмещения и его объема.

6. ПОРЯДОК РАСЧЕТА И ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

6.1. Страховое возмещение рассчитывается с учетом принципа компенсации, а именно – рассчитанное Страховое возмещение не может превышать доказуемый ущерб, причиненный Застрахованному в результате Страхового случая.

6.2. После выплаты Страхового возмещения Договор остается в силе, и указанные в нем Сумма страхования и Лимит для конкретного риска уменьшаются на сумму выплаченного Страхового возмещения.

6.3. Соблюдая требования закона „О договоре страхования“, Страховщик в течение 30 (тридцати) дней после получения всех необходимых документов принимает решение о выплате Страхового возмещения или об отказе в его выплате. Страховое возмещение выплачивается в течение 15 (пятнадцати) дней после принятия соответствующего решения.

6.4. Если Страховщик по объективным причинам не может соблюсти срок принятия решения, упомянутый в пункте 6.3 настоящих правил, то он может продлить этот срок до 6 (шести) месяцев со дня, когда была принята заявка в отношении какого-нибудь из Застрахованных рисков, оповестив об этом письменно лицо, имеющее право на получение Страхового возмещения.

6.5. Перед выплатой Страхового возмещения из него удерживается сумма Собственного риска. Страховщик и Застрахованный могут договориться об ином порядке оплаты Собственного риска.

6.6. Перед выплатой Страхового возмещения Страховщик имеет право потребовать проведения медицинского обследования Застрахованного в указанном Страховщиком медицинском учреждении, а в случае смерти

Застрахованного – вскрытия трупа.

6.7. Если возмещение выплачивается уполномоченному лицу Застрахованного, то необходимо предъявить нотариально заверенную доверенность на получение Страхового возмещения.

6.8. Если Застрахованный застраховался от тех же самых рисков в других страховых компаниях, то Страховое возмещение делится пропорционально суммам страхования между всеми страховщиками таким образом, чтобы общая сумма возмещения не превысила ущерб, причиненный Застрахованному.

7. ПРАВО СТРАХОВЩИКА ОТКАЗАТЬ В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

7.1. Страховщик, соблюдая требования закона „О договоре страхования”, имеет право отказать в выплате Страхового возмещения:

7.1.1. если Страхователь и/или Застрахованный действовал со злым умыслом или допустил грубую неосторожность;

7.1.2. если Страхователь и/или Застрахованный предоставил ложную информацию;

7.1.3. если Страхователь и/или Застрахованный не выполнил обязанности, упомянутые в пунктах 2.5 и 2.6 настоящих правил;

7.1.4. если не были поданы документы, предусмотренные настоящими правилами;

7.1.5. если в связи с произошедшим Страховым случаем Страхователь и/или Застрахованный умышленно предоставил ложную информацию или поддельные документы, а также своими действиями способствовал наступлению Страхового случая или увеличил объем ущерба;

7.1.6. если Застрахованный действовал вопреки указаниям медицинского работника;

7.1.7. если ущерб возместило третье лицо.

8. ПРАВО РЕГРЕССА

8.1. После выплаты Страхового возмещения Страховщик перенимает от Застрахованного права иска (регресса), в размере Страхового возмещения, в отношении лица, ответственного за причинение ущерба.

8.2. Застрахованный обязан передать все документы и осуществить все необходимые действия, чтобы Страховщик мог реализовать право регресса.

8.3. Если при заключении Договора Страховщику была предоставлена вводная в заблуждение или ложная

информация (в т.ч. информация была замолчана), связанная с оценкой страхуемых рисков, и Страховщик произвел выплату Страхового возмещения, то после выплаты Страхового возмещения Страховщик вправе требовать, чтобы лицо, предоставившее вводную в заблуждение или ложную информацию, вернуло выплаченное Страховое возмещение. Упомянутое в первом предложении этого пункта лицо обязано вернуть Страховое возмещение в течение 15 (пятнадцати) дней с момента получения требования Страховщика.

9. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ И ИСКЛЮЧЕНИЯ

9.1. Страховщик не выплачивает Страховое возмещение за расходы, если:

9.1.1. медицинская помощь или консультация не связана с Неотложной медицинской помощью;

9.1.2. Застрахованный был в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием наркотических, психотропных веществ, или был констатирован прием лекарств, которые не были выписаны врачом, и это способствовало наступлению Страхового риска или возникновению ущерба в результате наступления Страхового риска;

9.1.3. эти расходы связаны с плановым стоматологическим лечением – консультациями врача, лечением и протезированием зубов, имплантологией, рентгеновскими снимками, использованными при лечении медикаментами и вспомогательными средствами, гигиеной полости рта, лечением заболеваний пародонта;

9.1.4. эти расходы возникли при лечении психосоматических, психических заболеваний и их последствий (приступы, истерии, острые стрессовые ситуации и т.п.);

9.1.5. эти расходы возникли при лечении врожденных и приобретенных до заключения Договора аномалий;

9.1.6. эти расходы связаны с лечением венерических, сексуально-трансмиссивных заболеваний, СПИДа, а также всех болезней, вызванных ВИЧ;

9.1.7. эти расходы связаны с косметическими и пластическими операциями, операциями по пересадке органов;

9.1.8. эти расходы возникли в связи с любого вида протезированием;

9.1.9. эти расходы возникли в связи с приобретением и ремонтом медицинских вспомогательных средств (очков, слуховых аппаратов и т.п.);

9.1.10. эти расходы возникли в связи с лечением в санаториях или специализированных реабилитационных учреждениях;

9.1.11. эти расходы возникли в связи с попыткой подвергнуть себя заболеванию или необоснованному риску (самоубийство или его попытка, вред здоровью, связанный с прямыми действиями Застрахованного), за исключением случаев спасения жизни другого человека;

9.1.12. эти расходы возникли, когда Застрахованный пострадал в дорожно-транспортном происшествии, если Застрахованный управлял автомашиной, не имея водительских прав или находясь под воздействием алкогольных напитков (свыше 0,5 промилле), наркотических, психотропных веществ, а также в случае, если Застрахованный ехал в автомашине, которой управляло лицо, не имевшее водительских прав или находившееся под воздействием алкогольных напитков (свыше 0,5 промилле), наркотических, психотропных веществ, и Застрахованному об этом было известно;

9.1.13. эти расходы возникли, когда Застрахованный занимался автоспортом, мотоспортом, парашютным спортом, альпинизмом, фрирайдингом (езда на горных лыжах без трассы), нырянием на глубину более 30 и другими видами спорта, не перечисленными в пункте 1.31.;

9.1.14. эти расходы возникли, когда Застрахованный летел в любом летательном аппарате, не принадлежавшем авиакомпании или не зарегистрированном в качестве средства для перевозки пассажиров по определенному маршруту;

9.1.15. эти расходы возникли, когда Застрахованный ехал на мотоцикле или квадроцикле, объем двигателя которого превышает 125 (сто двадцать пять) см³;

9.1.16. эти расходы возникли, когда Застрахованный в качестве исполнителя или соучастника совершал или пытался совершить преступное деяние или административное нарушение;

9.1.17. эти расходы возникли в связи с моральным ущербом;

9.1.18. эти расходы возникли, когда Застрахованный находился на любого вида военной службе;

9.1.19. эти расходы возникли в связи с вредом здоровью или жизни, причиненным в условиях воздействия непреодолимой силы, которые стороны не могли предвидеть, предотвратить и за которые они не несут ответственность (военные действия, массовые беспорядки, природные катастрофы и т.п.).

9.2. Если в Страховом полисе не установлено иначе, Страховщик не выплачивает Страховое возмещение за

расходы, если:

9.2.1. эти расходы возникли, когда Застрахованный работал по найму, выполняя физическую работу;

9.2.2. эти расходы возникли, когда Застрахованный занимался профессиональным спортом или видами спорта с повышенным риском.

9.3. Страховщик не выплачивает Страховое возмещение, если после заключения Договора Застрахованный не получил визу или вид на жительство.

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

10.1. Страхователь и Застрахованный должны выполнять свои обязанности по отношению к Страховщику без напоминания, в полном объеме и соблюдая сроки, установленные в Договоре.

10.2. Застрахованный не может без согласия Страховщика цедировать или иным способом передать свое требование к Страховщику, основанное на Договоре, третьему лицу, в том числе Страхователю.

10.3. Вся переписка между Страховщиком, Страхователем и Застрахованным, в том числе сообщения и напоминания, ведется письменно – соответствующий документ отправляется по адресу, указанному в Страховом полисе или в заявлении на получение Страхового возмещения.

10.4. В случае невыполнения обязательств, установленных Договором, а именно, задержки уплаты Страховой премии и/или Собственного риска, а также других платежей в рамках Договора, Страховщик имеет право передать надзор за просроченными платежами Страхователя и Застрахованного и оплатой ими счетов другим лицам, а также передать им информацию о реквизитах и/или личных данных Страхователя и/или Застрахованного.

10.5. Если, заключая Договор, Страхователь не указал иначе, то Страхователь соглашается с тем, что Страховщик отправляет ему предложения и/или информирует о предложениях – как по продлению заключенного Договора, так и по заключению других договоров страхования, независимо от вида страхования.

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ И ПРИМЕНЯЕМЫЕ НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ

11.1. Порядок рассмотрения Страховщиком жалобы, связанной с неудовлетворенностью Договором или страховой услугой, поданные Страхователем и/или Застрахованным лицом, публично доступны на домашней странице www.ban.lv (<https://www.ban.lv/kompanija/sudzibu-izskatsanas-kartiba/>).

11.2. Все разногласия, которые могут возникнуть в связи с выполнением Договора, стороны должны решать путем переговоров. Если стороны не могут решить разногласия путем переговоров, то любой спор, разногласие или требование, вытекающее из Договора, касающееся Договора или его нарушения, расторжения или действия, решается в суде Латвийской Республики, в порядке, предусмотренном нормативными актами Латвийской Республики.

11.3. Все правовые отношения, которые вытекают из заключенного Договора и не регулируются в этих правилах и Договоре, обсуждаются в соответствии с нормативными актами Латвийской Республики, включая Закон «О страховом договоре», а также Гражданский закон Латвийской Республики, Закон о страховании и перестраховании, Коммерческий закон и другие правовые акты.

12. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.

12.1. Страховщик, в качестве ответственного за обработку данных до заключения Договора и во время его действия, осуществляет обработку персональных данных в соответствии с обязанностями, установленными законодательством, и в рамках своих законных интересов, соблюдая требования применимого законодательства Европейского союза и Латвийской Республики в отношении защиты персональных данных, а также согласно Политике конфиденциальности, с которой можно ознакомиться на домашней странице www.ban.lv. (<https://www.ban.lv/kompanija/privatuma-politika/>).

12.2. Страховщик обеспечивает конфиденциальность персональных данных в рамках действующего законодательства и принимает соответствующие технические и организационные меры для защиты персональных данных от несанкционированного доступа, незаконной обработки или разглашения, случайной потери, изменения или уничтожения.

12.3. Перед заключением Договора Страхователь обязан ознакомиться с Политикой конфиденциальности Страховщика и проинформировать лиц, данные которых Страхователь передает Страховщику, о Политике конфиденциальности.

12.4. Страховщик обрабатывает персональные данные, чтобы:

12.4.1. оценить риски, связанные с заключением договора, и рассчитать страховую премию;

12.4.2. подготовить страховое предложение, заключить договор, связаться со Страхователем, в т.ч. напомнить об истечении срока действия Договора и подготовить страховое предложение на будущий период;

12.4.3. обеспечить исполнение Договора, в т.ч. проверку и мониторинг исполнения Страхователем своих обязательств, оценку изменения застрахованного риска;

12.4.4. осуществлять управление страховыми случаями, включая оценку заявлений на компенсацию, проверку условий наступления страхового риска, оценку и расчет убытков.

12.4.5. для связи со Страхователем, Застрахованным, Уполномоченным пользователем или другим субъектом данных, в том числе для отправки уведомлений и решений, предусмотренных нормативными актами;

12.4.6. обмениваться личными данными с государственными учреждениями, муниципальными учреждениями и третьими лицами в случаях, объеме и порядке, предусмотренных нормативными актами Латвийской Республики;

12.5. В целях оценки рисков, связанных с заключением Договора, управления кредитным риском и обеспечения исполнения Договора, Страховщик вправе запрашивать информацию у третьих лиц, в т.ч. из базы данных, созданных в соответствии с нормативными актами, а также передавать персональные данные специалистам, организациям, связанным с ремонтами, перестраховщикам, а также в случаях, предусмотренных нормативными актами, иным лицам

12.6. В случае неисполнения Страхователем своих обязательств (в том числе неоплаты страховых взносов), Страховщик вправе передать все необходимые данные третьим лицам в целях осуществления взыскания задолженности в соответствии с Законом о возврате долгов в судебном порядке или для представления интересов Страховщика, а также использовать данные для создания кредитной истории и внесения этих данных в долговую историю и базу бюро кредитной информации.

12.7. Для заключения Договора и расчета страховой премии, а также для принятия решения в случае страхового возмещения Страховщик вправе осуществлять автоматизированное принятие решений, в том числе профилирование. В таком случае лицо может обратиться к Страховщику с просьбой о пересмотре такого решения, принятого в результате автоматизированной обработки.

12.8. Страховщик обрабатывает и хранит персональные данные только до тех пор, пока это необходимо для достижения соответствующей цели.