

ERGO

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle

ERGO Vispārīgie apdrošināšanas noteikumi Nr. DVN-01-2022



SATURA RĀDĪTĀJS:

I	nodaļa. Apdrošināšanas līguma vispārīgo noteikumu termiņi	2
II	nodaļa. Apdrošinātāja uzraudzības iestāde	2
III	nodaļa. Apdrošināšanas līguma noteikumu piemērošanas kārtība	2
IV	nodaļa. Apdrošināšanas līgumam piemērojamais likums	2
V	nodaļa. Apdrošināšanas līguma noslēgšana, spēkā stāšanās un apdrošināšanas prēmijas samaksas kārtība	3
VI	nodaļa. Pušu pienākumi un atbildība par apdrošināšanas līguma noteikumu neievērošanu	3
VII	nodaļa. Lēmums par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu	3
VIII	nodaļa. Paziņojumu, pieprasījumu un informācijas sniegšana	4
IX	nodaļa. Distances apdrošināšanas līguma noteikumi	4
X	nodaļa. Starptautisko sankciju izņēmumi	5
XI	nodaļa. Apdrošināšanas līguma izbeigšana	5
XII	nodaļa. Informācijas konfidencialitāte un personas datu apstrāde	5
XIII	nodaļa. Sūdzību un strīdu izskatīšanas kārtība	6

I nodaļa. Apdrošināšanas līguma vispārīgo noteikumu termini

Apdrošinātājs – ERGO Life Insurance SE, reģistrēta Lietuvas Republikas Juridisko personu reģistrā ar reģistrācijas Nr. 110707135, juridiskā adrese Geležinio Vilko 6A, LT-03507, Viļņa, Lietuva, kuru Latvijas Republikā pārstāv ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle, reģistrācijas Nr. 40103336441, juridiskā adrese: Skanstes iela 50, Rīga, LV-1013.

Apdrošinājumaņēmējs – persona, kas noslēdz apdrošināšanas līgumu savā vai citas personas labā.

Apdrošinātais (Apdrošinātā persona) – apdrošināšanas polisē norādītā fiziskā persona vai saskaņā ar apdrošināšanas līgumu nosakāmā fiziskā persona, kuras dzīvība, veselība vai fiziskais stāvoklis ir apdrošināts un kurai izmaksājama apdrošināšanas atlīdzība šajos noteikumos paredzētajā kārtībā.

Apdrošināšanas līgums – Apdrošinātāja un Apdrošinājumaņēmēja vienošanās, saskaņā ar kuru Apdrošinājumaņēmējs uzņemas saistības maksāt apdrošināšanas prēmiju līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt citas līgumā noteiktās saistības un Apdrošinātājs uzņemas saistības, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt līgumā norādītajai personai apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši apdrošināšanas līgumam, kā arī izpildīt citas līgumā noteiktās saistības. Par apdrošināšanas līguma priekšmetu ir uzskatāms apdrošināšanas līgumā noteiktais apdrošināšanas objekts, apdrošināto risku kopums un noteiktie izņēmumi, apdrošinājuma summa.

Apdrošināšanas polise – Apdrošinātāja izsniegts apliecinājums par apdrošināšanas līguma noslēgšanu.

Apdrošināšanas prēmija – apdrošināšanas polisē noteiktais maksājums par apdrošināšanu.

Apdrošināšanas periods – laika posms, par kuru saskaņā ar apdrošināšanas līgumu tiek maksāta apdrošināšanas prēmija un kurā ir spēkā apdrošināšana.

Apdrošināšanas pieteikums – Apdrošinātāja noteikts dokuments vai jebkura cita informācija, kuru iesniedz Apdrošinātājam, lai informētu to par Apdrošināmo personu, faktiem un apstākļiem, kas nepieciešami apdrošinātā riska novērtēšanai.

Distances apdrošināšanas līgums – apdrošināšanas līgums, kas noslēgts, izmantojot distances saziņas līdzekļu starpniecību (internetu, elektronisko pastu, tālruni vai citus informācijas nosūtīšanas un pārraidīšanas līdzekļus).

Labuma guvējs – apdrošināšanas līgumā norādītā persona, kas iegūst tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību apdrošināšanas līgumā norādītajos gadījumos.

Apdrošinājuma summa – apdrošināšanas līgumā noteiktā naudas summa (Apdrošinātāja saistību apmērs naudas izteiksmē vai tā aprēķināšanas noteikumi).

Apdrošināšanas segums – Apdrošinātāja saistība izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar noslēgto apdrošināšanas līgumu par apdrošināšanas gadījumiem, kuru iestāšanās saistīta ar apdrošināto risku.

Apdrošināšanas gads – 12 mēnešus ilgs laika posms, kuru skaita no apdrošināšanas termiņa sākuma datuma.

Apdrošināšanas gadījums – ar apdrošināto risku cēloniski saistīts notikums, kuram iestājoties paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

Apdrošināšanas atlīdzība – par apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā naudas summa atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

Speciālie noteikumi – katram Apdrošinātāja apdrošināšanas produktam speciāli izstrādātie apdrošināšanas noteikumi.

II nodaļa. Apdrošinātāja uzraudzības iestāde

- 2.1. Apdrošinātāja darbības uzraudzību Latvijas Republikā veic Finanšu un kapitāla tirgus komisija (FKTK).

III nodaļa. Apdrošināšanas līguma noteikumu piemērošanas kārtība

- 3.1. Šie apdrošināšanas līguma vispārīgie noteikumi un apdrošināšanas līguma speciālie noteikumi ir apdrošināšanas līguma sastāvdaļas. Pretrunu gadījumā starp apdrošināšanas līguma vispārīgajiem noteikumiem un speciālajiem noteikumiem prioritāri tiek piemēroti apdrošināšanas līguma speciālie noteikumi.
- 3.2. Apdrošinājumaņēmējs un Apdrošinātājs rakstiski var vienoties par izmaiņām apdrošināšanas līguma noteikumos.

IV nodaļa. Apdrošināšanas līgumam piemērojamais likums

- 4.1. Apdrošināšanas līguma noslēgšanā un izpildē puses vadās pēc Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.

- 4.2. Ja tiek ieviestas izmaiņas spēkā esošajos normatīvajos aktos, kā rezultātā apdrošināšanas līguma noteikumi kļūst pretrunā ar spēkā esošo tiesību normu, apdrošināšanas līguma un no tā izrietošo saistību izpildei tiek piemērota spēkā esošā tiesību norma, ja normatīvajos aktos nav noteikts citādi.

V nodaļa. Apdrošināšanas līguma noslēgšana, spēkā stāšanās un apdrošināšanas prēmijas samaksas kārtība

- 5.1. Apdrošināšanas līguma noslēgšanai Apdrošinātājs pieprasa no Apdrošinājuma ņēmēja apdrošināšanas pieteikumu un citus līguma noslēgšanai nepieciešamus dokumentus. Pieteikuma iesniegšana un prēmijas iemaksas veikšana pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas neuzliek Apdrošinātājam pienākumu noslēgt apdrošināšanas līgumu. Apdrošinājuma ņēmējs un Apdrošinātās personas aizpilda Apdrošinātāja noteikto pieteikuma veidlapu, ja to pieprasa Apdrošinātājs. Pieteikums apdrošināšanas līguma noslēgšanai zaudē spēku, ja Apdrošinājuma ņēmējam nav izsniegta apdrošināšanas polise 3 (triju) mēnešu laikā no šā pieteikuma parakstīšanas dienas.
- 5.2. Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas Apdrošinātā veselības pārbaudes veikšanu. Šajā gadījumā izdevumus, kas radušies saistībā ar šajā punktā minētajām veselības pārbaudēm, sedz Apdrošinātājs.
- 5.3. Apdrošinātājs var noteikt Apdrošinātā minimālo dzīvības apdrošinājuma summu un minimālo vai maksimālo Apdrošinātās personas vecumu.
- 5.4. Apdrošināšanas līguma noslēgšanu apliecina Apdrošinātāja izsniegta apdrošināšanas polise, un tajā norādītais apdrošināšanas polises izsniegšanas datums ir uzskatāms par apdrošināšanas līguma noslēgšanas datumu. Apdrošināšanas polisē ir norādīti Apdrošināšanas segumi, termiņi un apdrošinājuma summas, par kurām Apdrošinātājs un Apdrošinājuma ņēmējs ir vienojušies.
- 5.5. Ja Apdrošinājuma ņēmējs ir atteicies no apdrošināšanas līguma noslēgšanas, nesamaksājot prēmijas pirmo iemaksu, Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt, lai Apdrošinājuma ņēmējs kompensē Apdrošinātā medicīniskās pārbaudes pirms apdrošināšanas, kuras Apdrošinātājs veicis par saviem līdzekļiem.
- 5.6. Noslēdzot apdrošināšanas līgumu, kā arī tā darbības laikā Apdrošinājuma ņēmējam jāsniedz Apdrošinātājam informācija pēc Apdrošinātāja pieprasījuma saistībā ar apdrošināšanas līgumu.
- 5.7. Apdrošināšanas līgums stājas spēkā apdrošināšanas polisē norādītajā datumā, ja Apdrošinājuma ņēmējs ir samaksājis apdrošināšanas prēmiju paredzētajā termiņā un apmērā.
- 5.8. Apdrošināšanas prēmijas apmērs un samaksas kārtība (vienreizējs vai regulārs maksājums) ir norādīti apdrošināšanas polisē. Apdrošinājuma ņēmējam ir pienākums maksāt apdrošināšanas prēmiju apdrošināšanas līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, norādot maksājuma uzdevumā attiecīgo polises numuru, veicot apdrošināšanas prēmijas pārskaitījumu par katru apdrošināšanas polisi atsevišķi. Strīdu gadījumā izšķiroša nozīme ir datumam, kurā Apdrošinātājs ir saņēmis apdrošināšanas prēmiju.
- 5.9. Ja iestājas apdrošināšanas gadījums, tad nokavētie apdrošināšanas prēmiju maksājumi vai to daļas, ko Apdrošinātājs nav saņēmis, tiek atrēķināti no Apdrošinātāja izmaksājamās atlīdzības summas.

VI nodaļa. Pušu pienākumi un atbildība par apdrošināšanas līguma noteikumu neievērošanu

- 6.1. Pusēm ir pienākums ievērot noslēgtā apdrošināšanas līguma noteikumus. Puses nes atbildību par apdrošināšanas līguma noteikumu neievērošanu Latvijas Republikas Civillikumā un citos normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

VII nodaļa. Lēmums par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu

- 7.1. Lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai lēmumu par atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātājs pieņem 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas un pilna zaudējumu apjoma noteikšanas.
- 7.2. Ja Apdrošinātājs pieņēmis lēmumu par atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, tas 10 (desmit) dienu laikā pēc lēmuma pieņemšanas dienas nosūta motivētu paziņojumu personai, kura ir tiesīga pretendēt uz apdrošināšanas atlīdzību.

VIII nodaļa. Paziņojumu, pieprasījumu un informācijas sniegšana

- 8.1. Visus paziņojumus, iesniegumus, prasības un pieteikumus saistībā ar apdrošināšanas līgumu un no tā izrietošajām saistībām (tajā skaitā apdrošināšanas pieteikumu, informāciju par apdrošināšanas objektu, faktiem un apstākļiem, kas nepieciešami apdrošinātā riska novērtēšanai, par izmaiņām kontaktinformācijā) Apdrošinājuma ņēmējs iesniedz Apdrošinātājam rakstiski, nosūtot uz Apdrošinātāja filiāles juridisko adresi vai elektroniski, izmantojot Apdrošinātāja klientu pašapkalpošanās portālu, kas pieejams Apdrošinātāja tīmekļvietnē **www.ergo.lv**, vai arī Apdrošinātāja norādīto elektroniskā pasta adresi.
- 8.2. Apdrošinājuma ņēmējs vai Apdrošinātais visus paziņojumus, iesniegumus, prasības un pieteikumus saistībā ar apdrošināšanas līgumu un no tā izrietošajām saistībām iesniedz Apdrošinātājam tādā formā un veidā, lai Apdrošinātājs nepārprotami varētu identificēt Apdrošinājuma ņēmēju vai Apdrošināto kā dokumenta iesniedzēju.
- 8.3. Apdrošināšanas līgumā noteiktos paziņojumus, iesniegumus un prasības (tajā skaitā apdrošināšanas polisi u. c. dokumentus) Apdrošinātājs sniedz rakstiski uz Apdrošinājuma ņēmēja un/vai Apdrošinātā norādīto pasta vai e-pasta adresi vai portālā **mansergo.lv**. Apdrošinātājs ir tiesīgs nosūtīt nepieciešamo informāciju Apdrošinājuma ņēmējam un/vai Apdrošinātājam uz tā norādīto elektroniskā pasta adresi, ja Apdrošinājuma ņēmējs/Apdrošinātais to norādījis apdrošināšanas līgumā minētās informācijas saņemšanai. .
- 8.4. Par izmaiņām Apdrošinātāja kontaktinformācijā, apdrošināšanas noteikumos vai apdrošināšanas līgumam piemērojamajos normatīvajos aktos Apdrošinātājs informē Apdrošinājuma ņēmēju Apdrošinātāja tīmekļvietnē **www.ergo.lv** vai nosūta informāciju par minētajām izmaiņām Apdrošinājuma ņēmējam uz tā norādīto adresi.
- 8.5. Apdrošinājuma ņēmējs informē Apdrošināto, tā likumīgo pārstāvi un Labuma guvēju par noslēgto apdrošināšanas līgumu un iepazīstina tos ar viņu tiesībām un pienākumiem, kas noteikti apdrošināšanas līgumā. Apdrošināšanas līguma grozīšanas gadījumā Apdrošinājuma ņēmējs sniedz šajā punktā uzskaitītajām personām informāciju par apdrošināšanas līguma grozījumiem.
- 8.6. Apdrošinātais var mainīt Labuma guvēju jebkurā laikā pirms apdrošināšanas gadījuma, rakstiski informējot par to Apdrošinātāju. Jebkuri citi grozījumi apdrošināšanas līgumā tiek veikti, savstarpēji vienojoties, ja vien apdrošināšanas līgumā nav noteikta cita kārtība.

IX nodaļa. Distances apdrošināšanas līguma noteikumi

- 9.1. Apdrošināšanas līgums var tikt noslēgts klātienē vai izmantojot distances saziņas līdzekli. Ja apdrošināšanas līgums tiek slēgts, izmantojot distances saziņas līdzekli, Apdrošinājuma ņēmējs, izmantojot Apdrošinātāja norādītu distances saziņas līdzekļa elektroniskā pasta adresi vai formu, iesniedz Apdrošinātājam aizpildītu elektronisku apdrošināšanas pieteikumu.
- 9.2. Distances apdrošināšanas līgums uzskatāms par noslēgtu ar brīdi, kad Apdrošinātājs uz Apdrošinājuma ņēmēja norādīto elektroniskā pasta adresi ir nosūtījis sagatavotu apdrošināšanas polisi, apdrošināšanas noteikumus un rēķinu un Apdrošinājuma ņēmējs noteiktajā termiņā ir veicis apdrošināšanas prēmijas samaksu.
- 9.3. Ja Apdrošinājuma ņēmējs ir fiziska persona, kas noslēdzis apdrošināšanas līgumu ar distances saziņas līdzekļa starpniecību kā patērētājs, un apdrošināšanas pakalpojuma saņemšana nav saistīta ar šīs fiziskās personas profesionālo vai saimniecisko darbību, tam 14 (četrpadsmit) dienu laikā no apdrošināšanas līguma noslēgšanas dienas ir tiesības izmantot atteikuma tiesības un vienpusēji atkāpties no noslēgtā apdrošināšanas līguma, informējot par to rakstiski Apdrošinātāju.
- 9.4. Par atteikuma tiesību izmantošanu Apdrošinājuma ņēmējs informē Apdrošinātāju, iesniedzot Apdrošinātājam paziņojumu par atteikuma tiesību izmantošanu personīgi vai nosūtot to pa pastu uz Apdrošinātāja filiāles juridisko adresi. Apdrošinātājs pieņem lēmumu par apdrošināšanas līguma izbeigšanu, pamatojoties uz minēto Apdrošinājuma ņēmēja pieteikumu par atteikuma tiesību izmantošanu.

X nodaļa. Starptautisko sankciju izņēmumi

- 10.1. Apdrošinātājs nesedz zaudējumus, kā arī apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta gadījumā, ja tas ir pretrunā ar jebkādam, tajā skaitā tirdzniecības un ekonomiskām sankcijām, aizliegumiem vai ierobežojumiem, kas noteikti ar Apvienoto Nāciju Organizācijas rezolūcijām vai Eiropas Savienības tiesību aktiem, vai atbilstoši Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem noteiktām nacionālām sankcijām. Minētais izņēmums attiecināms arī uz tirdzniecības vai ekonomiskām sankcijām, normatīvajiem aktiem vai tiesisko regulējumu, kas ieviests Apvienotajā Karalistē vai Amerikas Savienotajās Valstīs, ja vien tas nepārkāpj Latvijas Republikā piemērojamās tiesību normas.
- 10.2. Iestājoties jebkuram no šo noteikumu 10.1. punktā minētajiem gadījumiem apdrošināšanas līguma darbības laikā, Apdrošinātājs ir tiesīgs vienpusēji izbeigt apdrošināšanas līgumu, rakstiski informējot par to Apdrošinājuma ņēmēju.

XI nodaļa. Apdrošināšanas līguma izbeigšana

- 11.1. Apdrošināšanas līguma termiņš norādīts apdrošināšanas polisē. Apdrošināšanas līgumu var izbeigt pirms termiņa, Apdrošinājuma ņēmējam un Apdrošinātājam rakstiski vienojoties.
- 11.2. Apdrošinājuma ņēmējs ir tiesīgs vienpusēji atkāpties no noslēgtā apdrošināšanas līguma, rakstiski par to paziņojot Apdrošinātājam. Apdrošinātājs pieņem lēmumu par apdrošināšanas līguma izbeigšanu, pamatojoties uz saņemto Apdrošinājuma ņēmēja paziņojumu par atkāpšanos no līguma.
- 11.3. Apdrošināšanas līgums var tikt izbeigts Apdrošināšanas līguma likuma, noziedzīgi iegūtu līdzekļu legalizācijas un terorisma un profilēšanas finansēšanas novēršanas jomu regulējošos normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā vai citos Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos.
- 11.4. Apdrošināšanas līgums var tikt izbeigts speciālajos apdrošināšanas noteikumos paredzētajos gadījumos, ja tādi ir noteikti.
- 11.5. Ja pretēji apdrošināšanas līguma noteikumiem apdrošināšanas prēmijas samaksa nav bijusi pilnīga, Apdrošinātājs var vienpersoniski izbeigt apdrošināšanas līguma darbību. Pirms apdrošināšanas līguma izbeigšanas Apdrošinātājs nosūta Apdrošinājuma ņēmējam rakstisku paziņojumu par nepilnīgu apdrošināšanas prēmijas samaksu un uzaicina samaksāt atbilstoši apdrošināšanas līguma noteikumiem nesamaksāto apdrošināšanas prēmiju, un norāda samaksas termiņu un nesamaksāšanas sekas. Apdrošinātāja nosūtītajā paziņojumā noteiktais samaksas termiņš nevar būt mazāks par 15 dienām, skaitot no paziņojuma nosūtīšanas dienas. Ja Apdrošinājuma ņēmējs paziņojuma noteiktajā termiņā un apmērā nesamaksā apdrošināšanas prēmiju, Apdrošinātājs izbeidz apdrošināšanas līgumu.
- 11.6. Apdrošinātājam ir tiesības mainīt apdrošināšanas līguma apdrošināšanas prēmijas apmērus, ja tiek mainīti Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktie obligātie atskaitījumi. Apdrošinātājam ir jāinformē Apdrošinājuma ņēmējs par apdrošināšanas līguma apdrošināšanas prēmijas izmaiņām ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) dienas pirms izmaiņu spēkā stāšanās datuma.

XII nodaļa. Informācijas konfidencialitāte un personas datu apstrāde

- 12.1. Apdrošinātājs saskaņā ar apdrošināšanas līgumu un spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem nodrošina par Apdrošinājuma ņēmēju un Apdrošināto saņemtās informācijas konfidencialitāti, izņemot gadījumus, kad normatīvajos aktos paredzēta šādas konfidencialas informācijas nodošana trešajām personām.
- 12.2. Apdrošinātājs veic personas datu apstrādi saskaņā ar apdrošināšanas līgumu, spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem un Apdrošinātāja Privātuma politiku, kas ir pieejama Apdrošinātāja tīmekļvietnē www.ergo.lv, sadaļā Privātuma politika, un Apdrošinātāja pārdošanas vietās. Apdrošinātāja Privātuma politika var tikt nosūtīta Apdrošinājuma ņēmējam pēc tā pieprasījuma. Apdrošinājuma ņēmējam ir pienākums informēt par Apdrošinātāja Privātuma politiku tās personas, kuru datus Apdrošinājuma ņēmējs nodod Apdrošinātājam.
- 12.3. Apdrošinājuma ņēmējam ir pienākums pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas iepazīties ar Apdrošinātāja Privātuma politiku, kā arī informēt par tās saturu personas, kuru datus Apdrošinājuma ņēmējs nodod Apdrošinātājam.

XIII nodaļa. Sūdzību un strīdu izskatīšanas kārtība

- 13.1. Sūdzību par apdrošināšanas līguma noteikumiem neatbilstošu pakalpojumu, ko Apdrošinājuma ņēmējs, Apdrošinātais vai cita persona, kurai ir tiesības pretendēt uz apdrošināšanas atlīdzību, sagatavo un iesniedz Apdrošinātājam atbilstoši šo noteikumu 8.1. un 8.2. punktā noteiktajām prasībām, Apdrošinātājs izskata un sniedz atbildi 20 (divdesmit) dienu laikā no tās saņemšanas dienas.
- 13.2. Ar apdrošināšanas līgumu saistītie strīdi tiek risināti sarunu ceļā.
- 13.3. Ja strīdu nav iespējams atrisināt, savstarpēji vienojoties, Apdrošinājuma ņēmējam, Apdrošinātajam vai Labuma guvējam – fiziskām personām – noteiktajos gadījumos ir tiesības vērsties ar iesniegumu ārpusstiesas izskatīšanai šādās iestādēs:
 - 13.3.1. Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombuds – apdrošināšanas veidi, par kuriem var vērsties Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombudā, ir norādīti Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombuda tīmekļvietnē, sadaļā: <http://www.laa.lv/klientiem/ombuds/>. Kārtība, kādā Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombuds izskata apdrošinātāju klientu sūdzības, kā arī sūdzības pieteikuma veidlapa ir pieejama Latvijas Apdrošinātāju asociācijas oficiālajā tīmekļa vietnē www.laa.lv.
 - 13.3.2. Patērētāju tiesību aizsardzības centrs (PTAC) – par patērētāja tiesību pārkāpumiem, par kuriem nav paredzēts iesniegt sūdzību ombudā. Papildinformācija ir pieejama Patērētāju tiesību aizsardzības centra oficiālajā tīmekļvietnē www.ptac.gov.lv.
- 13.4. Par Apdrošinātāja pieņemtā lēmuma atbilstību normatīvo aktu prasībām sūdzību var iesniegt Finanšu un kapitāla tirgus komisijai (FKTK).
- 13.5. Ja vienošanās netiek panākta, strīdi tiek nodoti izskatīšanai Latvijas Republikas tiesu instancēs Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

ERGO

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle

ERGO dzīvības apdrošināšanas noteikumi Nr. SDZ-01-2022



SATURA RĀDĪTĀJS:

1.	Apdrošināšanas objekts	2
2.	Apdrošināšanas gadījumi	2
3.	Gadījumi, kas netiek apdrošināti (izņēmumi)	2
4.	Apdrošinājuma summa un apdrošināšanas atlīdzības	2
5.	Apdrošināšanas atlīdzība	2

1. Apdrošināšanas objekts

- 1.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā dzīvība.

2. Apdrošināšanas gadījumi

- 2.1. Apdrošināšanas gadījums ir Apdrošinātās personas nāve, kas iestājas apdrošināšanas līguma darbības laikā, izņemot gadījumus, kas paredzēti šo noteikumu nodaļas 3.1. punktā.
- 2.2. Ja tiesa vai cita institūcija pasludina Apdrošināto par mirušu, to uzskata par apdrošināšanas gadījumu, ja Apdrošinātā nāves datums, ko paziņojusi attiecīgā institūcija, ietilpst apdrošināšanas līguma darbības laikā. Ja tiesa vai cita institūcija paziņo, ka Apdrošinātais ir bez vēsts pazudis, tas netiek uzskatīts par apdrošināšanas gadījumu.

3. Gadījumi, kas netiek apdrošināti (izņēmumi)

- 3.1. Gadījumi, kas netiek apdrošināti un apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta:
 - a) ja apdrošināšanas līguma darbības pirmo divu gadu laikā Apdrošinātais izdara pašnāvību;
 - b) ja Apdrošinātā nāve iestājas saistībā ar aktīvu vai pasīvu dalību karadarbībā, masu nemieros vai radioaktīvo saindēšanos, radioaktīvo piesārņojumu, kodolenerģijas ietekmē.

4. Apdrošinājuma summa un apdrošināšanas atlīdzības

- 4.1. Apdrošinājuma summas apmērs ir norādīts apdrošināšanas polisē, un tas var būt mainīgs katrā apdrošināšanas gadā.
- 4.2. Ja apdrošināšanas līguma darbības laikā iestājas Apdrošinātā nāve, kas ir apdrošināšanas gadījums, tad polisē norādītajam Labuma guvējam tiek izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība. Apdrošināšanas atlīdzība ir apdrošinājuma summa, kas ir noteikta apdrošināšanas līgumā apdrošināšanas gadījuma iestāšanās brīdī. Iestājoties apdrošināšanas līguma beigu termiņam, apdrošināšanas atlīdzības izmaksa nav paredzēta.
- 4.3. Ja apdrošinājuma summa tiek palielināta, bet Apdrošinātā persona izdara pašnāvību pirmajos divos gados pēc apdrošinājuma summas palielināšanas, tad, izņemot šo noteikumu 3.1. nodaļas a) punktā paredzēto gadījumu, maksājamā apdrošinājuma summa ir vienāda ar apdrošinājuma summu, kas bija spēkā pirms tās palielināšanas.

5. Apdrošināšanas atlīdzība

- 5.1. Lai pieņemtu lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu Apdrošinātā nāves gadījumā, Apdrošinātājam ir jāiesniedz šādi dokumenti:
 - 5.1.1. Apdrošinātā miršanas apliecības kopija, uzrādot oriģinālu vai tās notariāli apstiprinātu kopiju;
 - 5.1.2. ārsta vai attiecīgās institūcijas izsniegts dokuments par Apdrošinātā nāves cēloni;
 - 5.1.3. tiesas vai citas institūcijas izdoti dokumenti, kas apliecina Labuma guvēja tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību (mantiniekiem – mantojuma apliecība, spēkā stājies tiesas spriedums);
 - 5.1.4. citi dokumenti pēc Apdrošinātāja pieprasījuma.
- 5.2. Par Apdrošinātā nāves gadījumu jāpaziņo Apdrošinātājam, tiklīdz tas ir iespējams.
- 5.3. Visus ar apliecinošo dokumentu saņemšanu saistītos izdevumus, kā arī izdevumus, kas saistīti ar pierādījumu iegūšanu, sedz persona, kura ir pieprasījusi apdrošināšanas atlīdzību.
- 5.4. Apdrošinātājam ir tiesības samazināt vai neizmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas, kā arī, veicot izmaiņas Apdrošinājuma segumā polises darbības laikā, Apdrošinātais sniedzis nepilnīgu vai nepatiesu informāciju par savu veselības stāvokli.

ERGO

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle

ERGO invaliditātes apdrošināšanas noteikumi Nr. SNI-01-2022



SATURA RĀDĪTĀJS:

1.	Apdrošināšanas objekts	2
2.	Apdrošināšanas gadījumi	2
3.	Gadījumi, kas netiek apdrošināti (izņēmumi)	2
4.	Apdrošinājuma summa	2
5.	Apdrošināšanas atlīdzība	3

1. Apdrošināšanas objekts

- 1.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā pilnīgs un neatgriezenisks darbaspēju zudums.

2. Apdrošināšanas gadījumi

- 2.1. Apdrošināšanas gadījums ir I invaliditātes grupas piešķiršana dažādu funkciju traucējumu rezultātā (pilnīgs darbaspēju zudums), ja tā iestājusies apdrošināšanas perioda darbības laikā un noteikta nepārtraukti vismaz uz 12 mēnešiem. Invaliditātes grupu nosaka Latvijas Republikas Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija.
- 2.2. Gadījumā, ja mainās darbaspēju noteikšanas metodoloģija Latvijā, novērtējot apdrošināšanas gadījumu, Apdrošinātājs vadās pēc grozītās metodoloģijas.

3. Gadījumi, kas netiek apdrošināti (izņēmumi)

- 3.1. Darbaspēju zudums netiek uzskatīts par apdrošināšanas gadījumu un Apdrošinātājam nav pienākuma maksāt apdrošināšanas atlīdzību, ja slimību un/vai negadījumu sekas radījušas Apdrošinātā darbaspēju zudumu, kad:
- a) tas noticis militāru darbību, karastāvokļa vai kritiska stāvokļa ieviešanas, iekšēju nemieru, sacelšanās, dumpju, darbinieku streiku, lokautu, apcietinājumu un aizturēšanas rezultātā, ko radījušas valsts iestādes un amatpersonas, militārais dienests vai piedalīšanās miera uzturēšanas misijā;
 - b) tas radies laikā, kad Apdrošinātais iesaistījies noziedzīgā nodarījumā vai gatavojies tajā iesaistīties, un/vai iesaistījies citās darbībās, kas ir pretrunā tiesību aktiem;
 - c) saistībā ar Apdrošinātā iesaistīšanos bīstamos sporta veidos vai aktīvajā atpūtā: ekstrēmie sporta veidi, cīņas sports, aviācijas sporta veidi gaisā (tajā skaitā lēcieni ar izpletņiem, planēšana, gaisa baloni, mazi lidaparāti, lidojumi ar paraplānu utt.), niršana dziļāk par 40 m un citas ekstrēmas niršanas, alpīnisms, kalnos kāpšana, ārpustrašu slēpošana, snovbords, bobslejs, auto un motociklu sacīkstes (tajā skaitā ātrumsacīkstes, ūdensmotospors), gumijlēkšana, lidošana ar deltaplānu utt., ja vien apdrošināšanas līgumā puses nav vienojušās citādi;
 - d) apzināta slimības vai spēku zuduma izraisīšana, apzināta sevis sakropļošana, pašnāvības mēģinājums;
 - e) Apdrošinātā bezdarbība, ar kuru tas apzināti ir izraisījis Apdrošinātā pilnīgu un neatgriezenisku darbaspēju zudumu;
 - f) radioaktīvs starojums (izņemot, ja apstarošana tiek veikta ārstēšanas nolūkā, kuru noteicis ārsts, vai tā notiek ārsta uzraudzībā);
 - g) izraisījusi alkohola, narkotiku vai medikamentu lietošana;
 - h) HIV infekcija, AIDS.
- 3.2. Darbaspēju zudums netiek uzskatīts par apdrošināšanas gadījumu, ja darbaspēju zudums noteikts pirmajos 6 mēnešos no Apdrošināšanas perioda sākuma (ja Apdrošinājumaņēmējs ir juridiska persona, kas apdrošina savus darbiniekus, tad pirmajos 3 mēnešos pēc grupas līguma noslēgšanas, ja līgumā nav paredzēts citādi), izņemot gadījumus, kas notikuši nelaimes gadījuma rezultātā (ar nosacījumu, ka nelaimes gadījums ir noticis Apdrošināšanas līguma darbības laikā). Nelaimes gadījums ir notikums, kurā Apdrošinātājam pret viņa gribu tiek nodarīts kaitējums, ārējam spēkam negaidīti iedarbojoties uz viņa ķermeni.

4. Apdrošinājuma summa

- 4.1. Apdrošinājuma summa par darbaspēju zuduma apdrošināšanu ir norādīta apdrošināšanas polisē
- 4.2. Ja ir izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība par Apdrošinātā darbaspēju zudumu kā apdrošināšanas gadījumu, šīs personas darbaspēju zuduma apdrošināšana beidzas.

5. Apdrošināšanas atlīdzība

- 5.1. Par pilnīgu Apdrošinātā darbaspēju zudumu jāziņo Apdrošinātājam 30 (trīsdesmit) dienu laikā kopš brīža, kad Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija ir pieņēmusi lēmumu par invaliditātes piešķiršanu.
Pieprasot apdrošināšanas atlīdzību, jāiesniedz Apdrošinātājam šādi dokumenti, kuru sagatavošanas izdevumus apmaksā apdrošināšanas atlīdzības pieprasītājs:
 - rakstisks iesniegums par apdrošināšanas gadījuma iestāšanos;
 - invaliditātes apliecības kopija;
 - Latvijas Republikas Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas lēmums par piešķirto invaliditāti;
 - citi dokumenti pēc Apdrošinātāja pieprasījuma.
- 5.2. Apdrošināšanas gadījumā Apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātājam, ja vien apdrošināšanas līgumā puses nav vienojušās citādi.
- 5.3. Ja Apdrošinājuma ņēmējs ir fiziska persona un Apdrošinājuma summa tiek palielināta, un Apdrošinātājam personai darbaspēju zudums tiek noteikts pirmajos 6 mēnešos pēc Apdrošinājuma summas palielinājuma dienas (ja Apdrošinājuma ņēmējs ir juridiska persona, kas apdrošina savus darbiniekus, tad pirmajos 3 mēnešos pēc grupas līguma noslēgšanas, ja līgumā nav paredzēts citādi), Apdrošināšanas atlīdzības apmērs būs Apdrošinājuma summa, kas bija spēkā līdz tās palielinājumam.
- 5.4. Ja tiesībsargājošās iestādes veic izmeklēšanu saistībā ar apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un ir ierosināts kriminālprocess vai pastāv strīds par Labuma guvēja tiesībām, kurš tiek izskatīts civilprocesuālā kārtībā, Apdrošinātājam ir tiesības atlikt lēmumu attiecībā uz apdrošināšanas atlīdzību līdz šo procesu beigām.
- 5.5. Apdrošinātājam ir tiesības samazināt vai neizmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas, kā arī, veicot izmaiņas Apdrošinājuma segumā polises darbības laikā, Apdrošinātais sniedzis nepilnīgu vai nepatiesu informāciju par savu veselības stāvokli.

ERGO

ERGO

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle

ERGO vēža apdrošināšanas noteikumi Nr. SNV-01-2022



SATURA RĀDĪTĀJS:

1.	Apdrošināšanas objekts	2
2.	Apdrošinātā persona	2
3.	Apdrošināšanas gadījums	2
4.	Gadījumi, kas netiek apdrošināti	2
5.	Apdrošinājuma summa un apdrošināšanas nosacījumi	3
6.	Apdrošināšanas gadījuma paziņošanas procedūra	4
7.	Apdrošināšanas atlīdzības noteikšanas procedūra	4
8.	Apdrošināšanas līguma nosacījumu maiņa	4

1. Apdrošināšanas objekts

- 1.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātās personas veselība, kas saistīta ar ļaundabīgu audzēju - vēzi. Vēzis šo noteikumu izpratnē ir jebkurš ļaundabīgs audzējs.

2. Apdrošinātā persona

- 2.1. Apdrošinātā persona ir Apdrošināšanas līgumā norādītā persona.
2.2. Apdrošināšanas aizsardzība tiek nodrošināta (bet ne ilgāk kā līdz 18 gadu vecuma sasniegšanai) arī līgumā nenosauktiem Apdrošinātās personas nepilngadīgajiem un/vai adoptētajiem bērniem, kamēr vienam no vecākiem Apdrošināšanas līguma darbības laikā ir spēkā vēža apdrošināšana.

3. Apdrošināšanas gadījums

- 3.1. Apdrošinātās personas saslimšana ar vēzi, ja diagnozi apstiprina medicīniskie dokumenti - histoloģiskā izmeklējuma rezultāti un ir konstatēts ļaundabīgs process. Diagnozi apstiprina onkologs, hematologs vai patologs, tā atbilst Apdrošināšanas gadījuma vēža aprakstam, kas minēts līgumā, un šo noteikumu 3.2. līdz 3.3. punktam, izņemot gadījumus, kas norādīti šo noteikumu 4. punktā.
- 3.2. Preinvazīvs/agrīnas stadijas vēzis.
Vēzis, kura diagnoze ir histoloģiski apstiprināta un ko raksturo ļaundabīga šūnu augšana audzēja primārajā vietā, nebojājot bazālo membrānu un neizplatoties citos audos. Šāds vēzis ir:
- visas primārās karcinomas *in situ* saskaņā ar TNM klasifikāciju (AJCC), ko apstiprinājusi Amerikas Apvienotā vēža komiteja, un kas ir spēkā uz apdrošināšanas gadījuma datumu;
 - ādas melanoma *in situ*, izņemot citas ādas vēža formas;
 - primāra prostatas vēža T1aN0M0, T1bN0M0 vai T2aN0M0 stadijas – tikai radikālas prostatektomijas gadījumā;
 - papillāra vai folikulāra vairogdziedzera vēža T1 stadija (t.sk. T1aN0M0 un T1bN0M0).
- Preinvazīvs/agrīnas stadijas vēzis neietver:
- labdabīgus audzējus, displāziju vai pirmsvēža slimības;
 - jebkādu ādas vēzi, izņemot preinvazīvu melanomu *in situ*.
- 3.3. Invazīvs vēzis
- 3.3.1. Invazīvs ādas vēzis (izņemot melanomu *in situ*) – ādas bazālo šūnu un plakanšūnu karcinoma un dermatofibrosarkoma (šajā gadījumā tiek izmaksāti 10% no Apdrošinājuma summas).
- 3.3.2. Invazīvs vēzis – tam raksturīga nekontrolēta ļaundabīgo šūnu augšana un izplatīšanās audos, asinīs, asinsrades orgānos un limfātiskajā sistēmā, t.sk. ļaundabīga limfoma, ļaundabīgas kaulu smadzeņu slimības, leukēmija, ļaundabīga ģeneralizēta melanoma, Hodžkina slimība un mielodisplastiskais sindroms.
- 3.3.3. Invazīvs vēzis neietver:
- labdabīgus audzējus, displāziju vai pirmsvēža slimības;
 - ādas bazālo šūnu un plakanšūnu karcinomu un dermatofibrosarkomu;
 - karcinomu *in situ*;
 - neinvazīvu ļaundabīgu vēzi;
 - prostatas vēzi zemākā stadijā par T2bN0M0;
 - papillāru vai folikulāru vairogdziedzera vēzi – zemākā stadijā par T2N0M0;
 - īsto policitēmiju un primāro trombocitēmiju, nenoteiktas nozīmes monoklonālu gammopātiju.

4. Gadījumi, kas netiek apdrošināti

- 4.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem, ja diagnoze ir:
- 4.1.1. noteikta pirmo 6 mēnešu laikā pēc Apdrošinātās personas vēža apdrošināšanas līguma sākuma, ja Apdrošinājuma ņēmējs ir fiziska persona;

- 4.1.2. noteikta pirmo 3 mēnešu laikā pēc vēža Apdrošināšanas līguma sākuma, ja Apdrošinājumaņēmējs ir juridiska persona, kas apdrošina savus darbiniekus;
- 4.1.3. neatbilstoša šajos noteikumos minētajiem diagnostiskajiem kritērijiem audzēja šūnu un/vai vēža marķieru noteikšana asinīs, siekalās, fekālijās, urīnā vai citos ķermeņa šķidrums, ja nav citu galīgu un klīniski apstiprinātu pierādījumu par ļaundabīgu onkoloģisku procesu;
- 4.1.4. radusies alkohola, narkotisko, toksisko, psihotropo vai citu psihoaktīvo vielu lietošanas rezultātā, kā arī medikamentu lietošanas intoksikācijas rezultātā, kurus nav izrakstījis ārsts;
- 4.1.5. radusies ar militārām darbībām saistītu notikumu rezultātā, kodolenerģijas, radioaktīvā starojuma dēļ (izņemot radioterapijas sekas);
- 4.1.6. ja Apdrošinātais ir inficēts ar HIV un/vai ir diagnosticēts AIDS;
- 4.1.7. Apdrošinātajai personai pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas jau ir bijis diagnosticēts jebkura veida audzējs, leikēmija, limfoma, asiņojošs, sāpīgs, krāsu mainījis ādas veidojums vai dzimumzīme, resnās zarnas polipoze, iekaisīgās zarnu slimības (Krona slimība vai čūlains kolīts), policistiskā nieru slimība, labdabīgi krūts audzēji, azbestoze, jebkura veida hepatīts (izņemot A hepatītu), aknu ciroze (arī tad, ja Apdrošinātā persona pirms līguma noslēgšanas jau ir konsultējusies saistībā ar iepriekšminētajām slimībām). Ja apdrošinātā persona ir konsultējusies un slimība nav konstatēta, vai remisijas periods ir pagājis un Apdrošinātā persona ir izvesēļojusies un iesniegusi Apdrošinātajam rakstisku informāciju (medicīnisko atzinumu un analīžu datus) pirms līguma noslēgšanas, tad šis punkts neattiecas uz stāvokli pēc līguma tiesību piešķiršanas.

5. Apdrošinājuma summa un apdrošināšanas nosacījumi

- 5.1. Apdrošinājuma summas ir norādītas Apdrošināšanas polisē.
- 5.2. Apdrošināšanas gadījuma rezultātā, atkarībā no noteiktās diagnozes tiek izmaksāta līgumā noteiktā Apdrošinājuma summa vai daļa no Apdrošinājuma summas saskaņā ar tabulu:

Apdrošināšanas gadījums	Atlīdzības % no apdrošinājuma summas
Invazīvs ādas vēzis (saskaņā ar sarakstu 3.3.1. punktā)	10%
Preinvazīvs/agrīnas stadijas vēzis (saskaņā ar sarakstu 3.2. punktā) Melanoma <i>in situ</i> Primārs karcinomas <i>in situ</i> Primārs prostatas vēzis Papillārs vai folikulārs vairogdziedzera vēzis	20%
Invazīvs vēzis (saskaņā ar sarakstu 3.3.2. punktā), t.sk. Ģeneralizēta melanoma	100%

Apdrošinātās personas nepilngadīgs apgādājams ir apdrošināts 50% apmērā no vecāku Apdrošinājuma summas, nepārsniedzot 25 000 EUR.

- 5.3. Gadījumā, ja Apdrošinātās personas (nepilngadīgās personas abi vecāki) katrs ir apdrošināts ar individuālajiem Apdrošināšanas līgumiem un līguma darbības laikā iestājas apdrošināšanas gadījums nepilngadīgajai personai, Apdrošinājuma summa ir 50% apmērā no katra vecāka apdrošināšanas līgumā norādītās apdrošinājuma summas, nepārsniedzot 25 000 EUR.
- 5.4. Katrai Apdrošinātajai personai vienu reizi tiek izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība par preinvazīvu/agrīnas stadijas vēzi un vienu reizi par invazīvu ādas vēzi.
- 5.5. Ja iestājas Apdrošināšanas gadījums un tiek veikta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa par invazīvu vēzi, tad Apdrošināšanas līgums tiek pārtraukts. Tādā gadījumā vairs nav spēkā vēža apdrošināšana Apdrošinātās personas nepilngadīgajiem apgādājamiem.
- 5.6. Ja Apdrošinājumaņēmējs ir fiziska persona un Apdrošinājuma summa tiek paaugstināta, un Apdrošinātajai personai vēzis tiek diagnosticēts pirmajos 6 mēnešos pēc Apdrošinājuma summas pieauguma dienas, Apdrošināšanas atlīdzības apmērs būs Apdrošinājuma summa, kas bija spēkā līdz tās paaugstinājumam, ja Apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.

- 5.7. Ja Apdrošinājumaņēmējs ir juridiska persona, kas apdrošina savus darbiniekus, un Apdrošinājuma summa tiek paaugstināta, un Apdrošinātajai personai vēzis tiek diagnosticēts pirmajos 3 mēnešos pēc Apdrošinājuma summas pieauguma dienas, Apdrošināšanas atlīdzības apmērs būs Apdrošināšanas summa, kas bija spēkā līdz tās paaugstinājumam, ja Apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.
- 5.8. Ja vēzis tiek diagnosticēts pirmajos 6 mēnešos (ja Apdrošinājumaņēmējs ir juridiska persona, kas apdrošina savus darbiniekus, tad pirmajos 3 mēnešos pēc grupas līguma noslēgšanas, ja līgumā nav paredzēts citādi) pēc Apdrošinātās personas Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās un atbilstoši diagnozēm personu nevar apdrošināt, Apdrošinātājam jāatmaksā par šo Apdrošināto personu samaksātā prēmijas summa un šīs personas Apdrošināšanas aizsardzība zaudē spēku.
- 5.9. Ja Apdrošinātā persona nomirst, tad attiecībā uz šo personu un tās nepilngadīgajiem apgādājamajiem ar Apdrošinātās personas nāves brīdi beidzas visa Apdrošināšanas aizsardzība, kuru paredzēja Apdrošināšanas līgums.

6. Apdrošināšanas gadījuma paziņošanas procedūra

- 6.1. Noteikumos minēto diagnožu gadījumā Apdrošinātajai personai jāiesniedz:
 - 6.1.1. atlīdzības pieteikums par noteikto diagnozi, izmantojot Apdrošinātāja apstiprinātu veidlapu;
 - 6.1.2. veselības aprūpes iestāžu dokumenti ar apstiprinātu vēža diagnozi, apraksts ar anamnēzi, veiktajām operācijām un nepieciešamās ārstēšanās apraksts;
 - 6.1.3. citi Apdrošinātāja pieprasīti dokumenti, kas saistīti ar Apdrošināšanas gadījuma apstākļu noskaidrošanu un/vai kas saistīti ar izmaksājamās Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanu.
- 6.2. Saskaņā ar 6.1. punktu nepieciešamās Apdrošināšanas gadījuma dokumentācijas izmaksas sedz persona, kura pretendē uz Apdrošināšanas atlīdzību.
- 6.3. Par noteikto diagnozi Apdrošinātājam rakstiski jāpaziņo 30 dienu laikā no tās diagnosticēšanas dienas

7. Apdrošināšanas atlīdzības noteikšanas procedūra

- 7.1. Vēža apdrošināšanas gadījumā Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātajai personai, ja vien Apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādi.
- 7.2. Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību 30 dienu laikā no dienas, kad saņemta visa informācija, kas ir svarīga Apdrošināšanas gadījuma fakta, tā apstākļu un seku noskaidrošanai (t.sk. papildu informācija no tiesībsargājošajām iestādēm, veselības aprūpes iestādēm utt.). Gadījumos, kad notiek tiesībsargājošo iestāžu izmeklēšana vai ir uzsākta tiesas procedūra, Apdrošinātājam jāatliek lēmums par Apdrošināšanas atlīdzību līdz izmeklēšanas vai tiesas procedūras beigām un citos likumā noteiktos gadījumos.
- 7.3. Apdrošinātājam ir tiesības samazināt vai neizmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas, kā arī veicot izmaiņas Apdrošinājuma segumā polises darbības laikā Apdrošinātais sniedzis nepilnīgu vai nepatiesu informāciju par savu veselības stāvokli.

8. Apdrošināšanas līguma nosacījumu maiņa

- 8.1. Ņemot vērā medicīnas zinātnes attīstību un saslimstības biežuma izmaiņas, Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji mainīt slimību definīcijas un/vai diagnostiskos kritērijus. Apdrošinātājam ir tiesības grozīt apdrošināšanas nosacījumus, brīdinot par to Apdrošinājumaņēmēju ne mazāk kā 30 dienas pirms plānotā apdrošināšanas nosacījumu maiņas datuma. Ja Apdrošinājumaņēmējs 30 dienu laikā nepiekrīt šiem apdrošināšanas nosacījumu grozījumiem, pēc plānotā apdrošināšanas nosacījumu maiņas datuma apdrošināšana tiek izbeigta.

ERGO

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle

ERGO kritisko saslimšanu apdrošināšanas noteikumi Nr. SKS-01-2022



SATURA RĀDĪTĀJS:

1.	Apdrošināšanas objekts	2
2.	Apdrošinātā persona	2
3.	Apdrošināšanas gadījums	2
4.	Gadījumi, kas netiek apdrošināti, un personas, kuras nav apdrošināmas	2
5.	Apdrošinājuma summa	3
6.	Kritisko slimību saraksts un diagnosticēšanas kritēriji	3
7.	Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība	13
8.	Apdrošināšanas līguma grozījumi	14

Šie ERGO KRITISKO SASLIMŠANU APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI NR. SKS-01-2022 tiek piemēroti kopā ar ERGO vispārīgajiem apdrošināšanas noteikumiem.

1. Apdrošināšanas objekts

- 1.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā veselība, kas saistīta ar kritisko saslimšanu.
- 1.2. Kritisko saslimšanu saraksts ir pieejams šo noteikumu 6. punktā. Apdrošināšanas polise norāda, kurš kritisko saslimšanu Apdrošināšanas variants attiecas uz Apdrošināto un uz kādu Apdrošināšanas periodu ir spēkā Apdrošinājuma segums.

2. Apdrošinātā persona

- 2.1. Apdrošinātā persona ir Apdrošināšanas līgumā norādītā persona no 18 gadu vecuma, ja vien Apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.

3. Apdrošināšanas gadījums

- 3.1. Apdrošināšanas gadījums ir Apdrošinātā kritiskā saslimšana, kas diagnosticēta un apstiprināta apdrošināšanas darbības laikā un atbilst kritisko saslimšanu sarakstam, kurš norādīts Apdrošināšanas līgumā un šo noteikumu 6. punktā, un kritērijiem šo slimību diagnosticēšanai.

4. Gadījumi, kas netiek apdrošināti, un personas, kuras nav apdrošināmas

- 4.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta, ja:
 - a) diagnoze neatbilst visiem kritiskās saslimšanas diagnosticēšanas kritērijiem, kas ir norādīti šo noteikumu 6. punktā;
 - b) kritiskā saslimšana diagnosticēta pirmajās 90 dienās no kritisko saslimšanu apdrošināšanas sākuma datuma, kas ir norādīts Apdrošināšanas polisē;
 - c) kritiskā saslimšana parādījās kodolenerģijas seku dēļ (izņemot radioterapijas sekas);
 - d) kritisko saslimšanu izraisīja Apdrošinātā trauma, kas saistīta ar Apdrošinātā apzinātu, tīšu sava veselības stāvokļa pasliktināšanu vai sevis pašsakarpošanu, vai viņam mēģinot izdarīt pašnāvību;
 - e) kritisko saslimšanu izraisīja Apdrošinātā trauma, kas saistīta ar Apdrošinājuma ņēmēja vai Labuma guvēja apzinātām, tīšām darbībām (ricībām, kas veiktas tieši vai netieši) Apdrošinātā veselības stāvokļa pasliktināšanai vai sakropļojumam;
 - f) kritiskās saslimšanas cēlonis ir Apdrošinātā iesaistīšanās noziedzīgā nodarījumā vai gatavojoties to veikt, vai no citām darbībām, kas ir pretrunā tiesību aktiem;
 - g) kritiskā saslimšana radās militāru darbību, karastāvokļa vai kritiska stāvokļa ieviešanas, iekšēju nemieru, sacelšanās, dumpju, darbinieku streiku, lokautu, apcietinājumu un aizturēšanas rezultātā, ko radījušas valsts iestādes un amatpersonas, militārais dienests vai piedalīšanās miera uzturēšanas misijā;
 - h) kritiskā saslimšana radās alkohola, narkotiku, toksisko, psihotropo vai citu psihoaktīvo vielu vai zāļu lietošanas intoksikācijas rezultātā, kuras nebija izrakstījis ārsts;
 - i) kritiskā saslimšana radās pēc Apdrošinātā iesaistīšanās bīstamos sporta veidos vai aktīvā atpūtā: ekstrēmie sporta veidi, cīņas sports, aviācijas sporta veidi gaisā (tajā skaitā lēcieni ar izpletņiem, planēšana, gaisa baloni, mazi lidaparāti, lidojumi ar paraplānu u.c.), niršana dziļāk par 40 m un citas ekstrēmas niršanas, alpīnisms, kalnos kāpšana, ārpustašu slēpošana, snovbords, bobslejs, auto un motociklu sacīkstes (tajā skaitā ātrumsacīkstes, ūdensmotospors), gumijlēcšana, lidošana ar deltaplānu u.c., ja vien Apdrošināšanas līgumā puses nav vienojušās citādi;
 - j) Apdrošinātajam diagnosticēts jebkurš audzējs, ja Apdrošinātais ir inficēts ar HIV un/vai ir diagnosticēts AIDS;
 - k) ja Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas nogaidīšanas periodā, kas ir 90 dienas no Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās brīža, iestājas Apdrošinātās personas nāve, šie saslimšanas gadījumi netiek uzskatīti par Apdrošināšanas gadījumu. Šis punkts attiecas uz 6.2.2.–6.2.39. punktā minētajām kritiskajām slimībām.
- 4.2. Šādas personas nav apdrošināmas ar kritisko saslimšanu apdrošināšanu:
 - personas, kas slimo vai slimoja ar šajos noteikumos 6. punktā minētajām kritiskām saslimšanām;
 - personas, kas ir inficētas ar HIV un/vai kam ir diagnosticēts AIDS;
 - personas, kas slimo ar aterosklerozi, cukura diabētu, hroniski smagām asins, aknu, nieru vai plaušu slimībām;

- personas ar garīgās veselības traucējumiem un personas ar hroniski smagiem nervu sistēmas traucējumiem;
- personas, kas izmanto apdullinošas, toksiskas, narkotiskas, psihotropas vielas, prekursorus vai zāles bez medicīniskām indikācijām un ārsta norādījuma;
- personas, kas apmeklē speciālās izglītības iestādes¹, vai tie, kas izcieš sodu ieslodzījuma vietā, un personas, kas pakļautas piespiedu medicīniskajai palīdzībai.

¹Speciālās izglītības iestādes

Iestādes, kas piedāvā speciālo izglītības programmu izglītojamiem ar redzes traucējumiem, dzirdes traucējumiem, garīgās veselības traucējumiem, garīgās attīstības traucējumiem, smagiem garīgās attīstības traucējumiem vai vairākiem smagiem attīstības traucējumiem un jauktiem attīstības traucējumiem.

5. Apdrošinājuma summa

- 5.1. Kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summām, par kurām Līgumslēdzējas puses vienojušās Apdrošināšanas līgumā, jābūt norādītām Apdrošināšanas polisē.
- 5.2. Paziņojot par Apdrošinātā kritisko saslimšanu kā Apdrošināšanas gadījumu, šai personai jāizmaksā kritiskās saslimšanas Apdrošinājuma summa. Apdrošinājuma summa saskaņā ar katras Apdrošinātās personas apdrošināšanu ir jāizmaksā tikai vienreiz neatkarīgi no kritisko saslimšanu skaita un to atkārtotības. Saskaņā ar Apdrošinātāja atzinumu par Apdrošinātā kritisko saslimšanu šīs personas kritisko saslimšanu apdrošināšana beidzas
- 5.3. Šo noteikumu 5.2. punkts ir spēkā, izņemot Apdrošināšanas gadījumu sakarā ar 6.4.1. punktā minēto kritisko saslimšanu.

6. Kritisko slimību saraksts un diagnosticēšanas kritēriji

- 6.1. Apdrošināšanas segums ir atkarīgs no Apdrošināšanas līgumā izvēlētajiem Apdrošināšanas variantiem (A1, B4 vai C39).
- 6.2. Apdrošināšanas segums atkarībā no Apdrošināšanas varianta:
 - A1** – vēža apdrošināšana saskaņā ar šo noteikumu 6.4.1. punktu;
 - B4** – vēža apdrošināšana un 3 (trīs) kritiskās saslimšanas saskaņā ar šo noteikumu 6.4.1.–6.4.4. punktu;
 - C39** – vēža apdrošināšana un 38 (trīsdesmit astoņas) kritiskās saslimšanas saskaņā ar šo noteikumu 6.4.1.–6.4.39. punktu.
- 6.3. Kritisko slimību saraksts:
 - vēzis;
 - miokarda infarkts (sirdslēkme);
 - galvas smadzeņu insults;
 - multiplā skleroze;
 - koronāro artēriju šuntēšanas operācija;
 - termināla nieru mazspēja;
 - ekstremitāšu funkciju zaudēšana;
 - pilnīgs redzes zudums;
 - orgānu vai kaulu smadzeņu transplantācijas operācija;
 - sirds vārstuļa operācija;
 - aortas operācija;
 - Alcheimera slimība (pirms 65 gadu vecuma);
 - labdabīgs galvas smadzeņu audzējs;
 - kurlums;
 - runas spēju zudums;
 - trešās pakāpes apdegumi;
 - idiopātiskā Parkinsona slimība (pirms 65 gadu vecuma);
 - pastāvīgs veģetatīvs stāvoklis;
 - aplastiskā anēmija;
 - primārā kardiomiopātija;
 - aknu mazspēja;
 - hroniska plaušu slimība;
 - smaga galvas trauma;

- ekstremitāšu zudums;
- akūts virālais encefalīts;
- fulminants virālais hepatīts;
- motoro neironu slimība;
- bakteriālais meningīts;
- muskulārā distrofija;
- primāra pulmonālā hipertensija;
- nekrotizējošs fascīts;
- smags reimatoīdais artrīts;
- koma;
- sporādiska Kreicfelda-Jakoba slimība;
- sistēmiskā sarkanā vilkēde;
- sistēmiskā skleroze (sklerodermija);
- HIV infekcija, kas radusies asins transfūzijas rezultātā;
- HIV infekcija, kas iegūta darbā atbilstošā profesijā;
- hronisks pankreatīts.

6.4. Kritisko slimību definīcijas un to diagnosticēšanas kritēriji

6.4.1. **Vēzis**

Apdrošināšanas nosacījumi ir saskaņā ar “ERGO vēža apdrošināšanas noteikumiem”.

6.4.2. **Miokarda infarkts (sirdslēkme)**

Miokarda infarkts ir sirds audu bojāeja ilgstoša asinsrites nosprostošanas dēļ. Saskaņā ar šo definīciju par miokarda infarktu liecina sirds biomarkieru (troponīna vai CKMB) līmeņa paaugstināšanās un/vai pazemināšanās līdz miokarda infarkta diagnostiskam līmenim un vismaz divi no šiem kritērijiem:

- išēmijas simptomi (piemēram, sāpes krūškurvī);
- pārmaiņas elektrokardiogrammā (EKG), kas liecina par jaunu išēmiju (jaunas ST-T pārmaiņas vai jauna Hisa kūlīša kreisā zara blokāde);
- patoloģiski Q zobi EKG.

Diagnoze jāapstiprina konsultantam – kardiologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- akūts koronārs sindroms (stabila vai nestabila stenokardija);
- troponīna līmeņa paaugstināšanās bez atklātām išēmiskas sirds slimības izpausmēm (piemēram, miokardīts, stresa izraisīta kardiomiopātija, sirds kontūzija, plaušu embolija, zāļu toksicitāte);
- miokarda infarkts normālu koronāro artēriju gadījumā vai koronāru vazospazmu dēļ, miokarda tiltiņš vai ļaunprātīga zāļu lietošana;
- miokarda infarkts 14 dienu laikā pēc koronārās angioplastijas vai šuntēšanas operācijas.

6.4.3. **Galvas smadzeņu insults**

Galvas smadzeņu audu bojāeja akūtu cerebrālo traucējumu dēļ, ko izraisa intrakraniāla tromboze vai asiņošana (arī subarahnoidāla asiņošana), vai embolija no ekstrakraniāla avota ar:

- akūtu jaunu neiroloģisku simptomu rašanos;
- jauniem objektīviem neiroloģiskiem traucējumiem, kas konstatēti klīniskās izmeklēšanas laikā.

Neiroloģiskajiem traucējumiem jā saglabājas ilgāk nekā trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma.

Diagnoze jāapstiprina konsultantam – neirologam – un jāapliecina ar attēldiagnostikas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- tranzitora išēmijas lēkme (TIL) un ilgstošs atgriezenisks išēmisks neiroloģisks deficīts (IAIND);
- traumatisks galvas smadzeņu audu vai asinsvadu bojājums;
- neiroloģisks deficīts vispārējās hipoksijas, infekcijas, iekaisuma slimības, migrēnas vai medicīniskas iejaukšanās dēļ;
- nejaušas attēldiagnostikas atrades (DT vai MR izmeklējumā) bez pārliecinošiem klīniskajiem simptomiem;
- redzes nerva vai tīklenes, vai vestibulārā aparāta audu nāve.

6.4.4. **Multiplā skleroze**

Noteikta multiplās sklerozes diagnoze, kuru ir apstiprinājis konsultants – neirologs – un kura atbilst visiem tālāk uzskaitītajiem kritērijiem:

- esoši motorās vai jušanas funkcijas klīniskie traucējumi, kam ir jābūt nepārtrauktiem vismaz 6 mēnešus;

- veicot magnētiskās rezonanses izmeklēšanu (MRI), jābūt konstatētiem vismaz diviem izkaisītajai sklerozei raksturīgiem un ar galvas vai muguras smadzeņu demielinizāciju saistītiem bojājumiem. Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:
 - iespējama multiplā skleroze un klīniski vai radioloģiski izolēti sindromi, kas liecina par izkaisīto sklerozi, bet neapstiprina tās diagnozi;
 - izolēts redzes nerva neirīts un optisks neiromielīts.

6.4.5. **Koronāro artēriju šuntēšanas operācija**

Vairāku koronāro artēriju slimības ārstēšana. Sirds operācija divu vai vairāku koronāro artēriju sašaurinājuma vai nosprostojuma novēršanai, izmantojot šuntus. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par sirds operāciju ar pilnīgu sternotomiju (vertikālu krūškaula pārdalīšanu) un minimāli invazīvām procedūrām (veicot daļēju sternotomiju vai torakotomiju). Operācijas medicīniskā nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – kardiologam vai kardioķirurgam – un jāaplicina ar koronārās angiogrāfijas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- šuntēšanas operācija, lai ārstētu vienas koronārās artērijas sašaurinājumu vai nosprostojumu;
- koronārā angioplastija vai stenta ievietošana.

6.4.6. **Termināla nieru mazspēja**

Hroniska un neatgriezeniska abu nieru mazspēja, kuras dēļ uzsākta regulāra hemodialīze vai peritoneālā dialīze. Dialīzei jābūt medicīniski nepieciešamai, un tās nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – nefrologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- akūta atgriezeniska nieru mazspēja, kad tiek veikta īslaicīga nieru dialīze.

6.4.7. **Ekstremitāšu funkciju zaudēšana**

Pilnīgs un neatgriezenisks muskuļu funkcijas zudums kādā no divām ekstremitātēm traumas vai muguras vai galvas smadzeņu slimības rezultātā. Ekstremitāte tiek definēta kā visa roka vai visa kāja. Paralīzei jāilgst vairāk nekā 3 mēnešus, un tā jāapstiprina konsultantam – neirologam – un jāaplicina ar klīniskajām un diagnostiskajām atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- paškaitējuma vai psihisku traucējumu izraisīta paralīze;
- Gijēna-Barē sindroms;
- periodiska vai iedzimta paralīze.

6.4.8. **Pilnīgs redzes zudums**

Pilnīgs un neatgriezenisks redzes zudums abās acīs slimības vai traumas rezultātā, ko nav iespējams koriģēt ar refrakcijas korekcijas pasākumiem, zālēm vai operāciju. Par pilnīgu redzes zudumu liecina redzes asums 3/60 vai mazāks (0,05 vai mazāks decimāldaļskaitļa veidā) labākajā acī pēc vislabākās korekcijas vai redzes lauks, kas mazāks par 10° diametrā labākajā acī pēc vislabākās korekcijas. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – oftalmologam.

6.4.9. **Orgānu vai kaulu smadzeņu transplantācijas operācija**

Pacientam tiek veikta viena vai vairāku minēto orgānu allotransplantācija vai izotransplantācija:

- sirds;
- niere;
- aknas (arī aknu daļas transplantācija vai aknu transplantācija no dzīva donora);
- plaušas (arī plaušu daivas transplantācija no dzīva donora vai vienas plaušas transplantācija);
- kaulu smadzenes (allogēna asinsrades cilmes šūnu transplantācija, pirms kuras veic kaulu smadzeņu pilnīgu ablāciju);
- tievā zarna;
- aizkuņģa dziedzeris.

Šīs definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par daļēju vai pilnīgu sejas, plaukstu, rokas un kājas transplantāciju (salikta audu allotransplantācija). Stāvoklim, kura dēļ jāveic transplantācija, jābūt tādām, kuru saskaņā ar speciālista vērtējumu nevar ārstēt ar citiem līdzekļiem. Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- citu orgānu, ķermeņa daļu vai audu transplantācija (ietverot radzeni un ādu);
- citu šūnu transplantācija (arī saliņu šūnas un citas, nevis asinsrades cilmes šūnas).

6.4.10. **Sirds vārstuļa operācija**

Ieskaitot minimāli invazīvas un caur katetru veiktas procedūras. Operācija viena vai vairāku bojātu sirds vārstuļu nomaiņai vai labošanai. Operācijas medicīniskā nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – kardiologam vai kardiķirurgam – un jāaplicina ar ehokardiogrāfijas vai sirds katetrizācijas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par šādām procedūrām:

- sirds vārstuļa nomaiņa vai labošana, veicot pilnīgu sternotomiju (vertikālu krūškaula pārdalīšanu), daļēju sternotomiju vai torakotomiju;
- Rosa procedūra;
- valvuloplastija, izmantojot katetru;
- transkatetrāla aortālā vārstuļa implantācija (TAVI).

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- transkatetrāla mitrālā vārstuļa skavošana.

6.4.11. **Aortas operācija**

Ieskaitot minimāli invazīvas procedūras. Sirds operācija, lai ārstētu aortas sašaurināšanos, nosprostošanos, aneirismu vai atslāņošanos. Šīs definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par minimāli invazīvām procedūrām, piemēram, endovaskulāru labošanu. Operācijas medicīniskā nepieciešamība jānosaka konsultantam – ķirurgam – un jāaplicina ar attēldiagnostikas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- krūšu vai vēdera aortas zaru operācija (ietverot aortofemorālus vai aortoiliakālus šuntus);
- aortas operācija saistībā ar iedzimtiem saistaudu bojājumiem (piemēram, Marfāna sindromu, Ēlera-Danlosa sindromu);
- operācija pēc traumatiska aortas bojājuma.

6.4.12. **Alcheimera slimība (pirms 65 gadu vecuma)**

Pierādīta Alcheimera slimības diagnoze, kuru apstiprina visi turpinājumā uzskaitītie faktori:

- intelektuālo spēju zudums, ieskaitot atmiņas un rīcībspējas traucējumus (rīcības pēctecība, organizēšana, rezumēšana un plānošana), kā rezultātā ievērojami kritas garīgās un sociālās funkcionēšanas spēja;
- personības izmaiņas;
- pakāpenisks kognitīvo funkciju traucējumu sākums un traucējumu attīstība;
- nav apziņas traucējumu;
- raksturīgas neiropsiholoģiskas un neuroattēlveidošanas diagnostikas atrades (piemēram, DT).

Slimības gadījumā jābūt nepieciešamai nemitīgai (24 stundu) uzraudzībai (pirms 65 gadu vecuma).

Diagnoze un uzraudzības nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – neirologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- citas demences formas, kas radušās smadzeņu vai sistēmisko traucējumu vai psihiatrisko stāvokļu dēļ.

6.4.13. **Labdabīgs galvas smadzeņu audzējs**

Pierādīta labdabīga galvas smadzeņu audzēja diagnoze, kura ir definēta kā labdabīga galvaskausa velvē esošo audu augšana, kas skar tikai galvas smadzenes, galvas smadzeņu mīkstos apvalkus vai kranīālos nervus. Audzēja ārstēšanai jāizmanto vismaz viena no šīm metodēm:

- pilnīga vai daļēja izoperēšana;
- stereotaktiskā radioķirurģija;
- ārēja apstarošana.

Ja medicīnisku iemeslu dēļ nav iespējams izmantot nevienu no šiem ārstēšanas veidiem, audzējam jāizraisa pastāvīgi neiroloģiski traucējumi, kuriem jābūt dokumentētiem vismaz trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – neirologam vai neiroķirurgam – un jāaplicina ar attēldiagnostikas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- cistas, granulomas, hamartomas vai galvas smadzeņu artēriju vai vēnu malformācijas diagnostika vai ārstēšana;
- hipofīzes audzēji.

6.4.14. **Kurlums**

Apstiprināts pastāvīgs un neatgriezenisks dzirdes zudums abās ausīs slimības vai traumas rezultātā. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – ORL speciālistam – un jāapliecina ar datiem, kas norāda, ka vidējais dzirdes sliekšnis labākajā ausī ir lielāks par 90 db pie 500, 1000 un 2000 herciem, izmantojot tīra toņa audiogrammu.

6.4.15. **Runas spēju zudums**

Apstiprināts pilnīgs un neatgriezenisks runas spēju zudums balsu saišu fiziskas traumas vai slimības rezultātā. Traucējumam jābūt nepārtrauktam vismaz 6 mēnešus. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – ORL speciālistam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- runas spēju zudums psihisku traucējumu rezultātā.

6.4.16. **Trešās pakāpes apdegumi**

Trešās pakāpes apdegumi, kas izraisa ādas bojājumu visā tās biezumā līdz pat zemādas audiem (trešās pakāpes apdegumi) un skar vismaz 20% ķermeņa virsmas laukuma, vērtējot saskaņā ar “Devītnieka likumu” vai “Lunda un Braudera shēmu”. Diagnoze jāapstiprina speciālistam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- trešās pakāpes apdegumi, tīši vai apzināti radīti;
- jebkuri pirmās vai otrās pakāpes apdegumi.

6.4.17. **Idiopātiskā Parkinsona slimība (pirms 65 gadu vecuma)**

Rezultējas pastāvīgā fizisko spēju zudumā. Noteikta primārās idiopātiskās Parkinsona slimības diagnoze, kuru apstiprina vismaz divas no uzskaitītajām klīniskajām izpausmēm:

- muskuļu frigiditāte;
- tremors;
- bradikinēzija (patoloģisks kustību lēnums, fizisko un garīgo atbildes reakciju lēnums).

Idiopātiskajai Parkinsona slimībai (pirms 65 gadu vecuma) jārezultējas nespējā patstāvīgi veikt vismaz 3 (trīs) no 6 (sešām) ikdienas aktivitātēm nemitīgi vismaz 3 (trīs) mēnešus ilgā laikposmā par spīti adekvātai ārstēšanai ar medikamentiem.

Ikdienas aktivitātes ir šādas:

- mazgāšanās – spēja mazgāties vannā vai dušā (kas ietver iekļūšanu vannā vai dušā un izkļūšanu no tās) vai mazgāšanās apmierinošā veidā ar citiem līdzekļiem;
- apģērbšanās un noģērbšanās – spēja uzvilkt, novilkt, aiztaisīt un attaisīt visus apģērba gabalus un, ja nepieciešams, stiprinājumus, ekstremitāšu protēzes vai citas ķirurģiskas palīgierīces;
- ēšana – spēja paēst, ja ēdiens ir pagatavots un pasniegts;
- personīgās higiēnas uzturēšana – spēja uzturēt apmierinošu personīgās higiēnas līmeni, apmeklējot tualeti vai citādi kontrolējot vēdera izeju un urināciju;
- pārvietošanās starp telpām – spēja nokļūt no vienas telpas citā pa līdzenu grīdu;
- iekāpšana gultā un izkāpšana no tās – spēja izkāpt no gultas, apsēsties uz stāvus novietota krēsla vai ratiņkrēslā un nokļūt atpakaļ gultā.

Diagnoze jāapstiprina konsultantam – neirologam.

Neatkarīgi no ikdienas aktivitātēm šīs definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par neirostimulatora ievietošanu, lai kontrolētu simptomus, dziļi stimulējot galvas smadzenes.

Ievietošanas medicīniskā nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – neirologam vai neiroķirurgam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- sekundārais parkinsonisms (ieskaitot medikamentu vai toksīnu izraisītu parkinsonismu);
- izteikts tremors;
- parkinsonisms, kas saistīts ar citiem neirodeģeneratīviem traucējumiem.

6.4.18. **Pastāvīgs veģetatīvs stāvoklis**

Veģetatīvs stāvoklis ir atbildes un izpratnes trūkums smadzeņu pusložu disfunkcijas dēļ, kad smadzeņu stumbra funkcijas, kas kontrolē respiratoriskās un kardiālās funkcijas, ir saglabātas. Diagnoze jāpierāda ar visiem turpmāk minētajiem apstākļiem:

- pilnīgs apziņas trūkums par sevi un apkārtējo vidi;
- nespēja komunicēt ar citiem;
- nav pierādījumu par ilgstošām vai atkārtojamām uzvedības reakcijām uz ārējiem stimuliem;
- saglabātas smadzeņu stumbra funkcijas;
- citu ārstējamu neiroloģisku vai psihisku traucējumu izslēgšana ar atbilstošiem neirofizioloģiskiem vai neiro psiholoģiskiem testiem vai attēldiagnostiskiem izmeklējumiem.

Diagnoze ir jāapstiprina neirologam, slimnieka stāvoklim ir jābūt dokumentētam vismaz vienu mēnesi, bez jebkādiem klīniskajiem uzlabojumiem.

6.4.19. **Aplastiskā anēmija**

Aplastiskā anēmija ir asinsrades traucējumi kaulu smadzenēs, kas rezultējas ar anēmiju, neitropēniju un trombocitopēniju. Slimnieks jāārstē ar asins transfūziju, papildus izmantojot vismaz vienu no turpmāk minētajiem veidiem:

- kaulu smadzenes stimulējošus aģentus;
- imūnsupresantus;
- kaulu smadzeņu transplantāciju.

Diagnoze ir jāapstiprina hematologam un histoloģiski jāpierāda.

6.4.20. **Primārā kardiomiopātija**

Noteikta kāda no šīm primārās kardiomiopātijas diagnozēm:

- dilatācijas kardiomiopātija;
- hipertrofiskā kardiomiopātija (obstruktīva vai neobstruktīva);
- restriktīvā kardiomiopātija;
- aritmogēnā labā kambara kardiomiopātija.

Slimībai jāizpaužas vismaz ar vienu no šādiem simptomiem:

- kreisā kambara izviedes frakcija (KKIF) ir mazāka par 40%, noteikta divas reizes vismaz ar triju mēnešu intervālu;
- izteikts fizisko aktivitāšu ierobežojums, ja vismaz sešu mēnešu laikā slimniekam, veicot mazāk par parastajām fiziskajām aktivitātēm, rodas nogurums, sirdsklauves, elpas trūkums vai sāpes krūtīs (III vai IV klase pēc Ņujorkas Sirds asociācijas klasifikācijas (NYHA));
- implantējama kardiovertera-defibrilatora (ICD) ievietošana pēkšņas kardiālas nāves riska novēršanai.

Diagnoze jāapstiprina kardiologam atbilstoši ehokardiogrāfijas vai sirds magnētiskās rezonanses izmeklējuma rezultātiem. Kardiologam ir jāapstiprina, ka implantējama kardiovertera-defibrilatora (ICD) ievietošana ir medicīniski nepieciešama.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- sekundāra (išēmiska, valvulāra, metaboliska, toksiska vai hipertensīva) kardiomiopātija;
- miokardīta izraisīta pārejoša kreisā kambara mazspēja;
- sistēmisku slimību izraisīta kardiomiopātija;
- implantējama kardiovertera-defibrilatora (ICD) ievietošana primārās aritmijas dēļ (piemēram, Brugadas sindroms vai garā QT-intervāla sindroms).

6.4.21. **Aknu mazspēja**

Noteikta aknu mazspējas diagnoze, par kuru liecina vismaz septiņi punkti pēc Child-Pugh klasifikācijas (Child-Pugh B vai C klase).

Rezultāts jāaprēķina, ņemot vērā visus turpmāk minētos mainīgos:

- kopējais bilirubīna līmenis;
- seruma albumīna līmenis;
- ascīta smaguma pakāpe;
- INR (International normalized ratio);
- hepātiska encefalopātija.

Diagnoze ir jāapstiprina hepatologam vai infektologam un jāpamato ar radioloģiski iegūtiem datiem.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- sekundāra aknu mazspēja, ko izraisījusi alkohola vai narkotiku lietošana (tajā skaitā B vai C hepatīta infekcija, kas iegūta intravenozu narkotiku lietošanas rezultātā).

6.4.22. **Hroniska plaušu slimība**

Noteikta smagas plaušu slimības diagnoze, kuru izraisa hronisku respiratorisku mazspēju un kuru apliecina visi turpmāk minētie apstākļi:

- FEV1 (forsētās izelpas tilpums pirmajā sekundē) ir mazāks par 40% no gaidītā divos mērījumos ar vismaz mēneša intervālu;
- skābekļa terapija vismaz 16 stundas dienā vismaz triju mēnešu periodā;
- pastāvīga parciālā skābekļa spiediena mērījumu samazināšanās (PaO₂) zem 55 mmHg (7,3 kPa) arteriālo asins gāzu rādījumos, kas noteikta laikā, kad nenotiek skābekļa terapija.

Diagnoze jāapstiprina ārstam – speciālistam.

6.4.23. **Smaga galvas trauma**

Noteikta smadzeņu darbības traucējumu diagnoze, kas ir galvas traumas rezultāts. Galvas traumas rezultātā jābūt pilnīgai nespējai pašam veikt vismaz trīs no sešām ikdienas dzīves aktivitātēm nepārtraukti vismaz trīs mēnešus bez pamatotas iespējas izveseļoties.

Ikdienas aktivitātes ir šādas:

- mazgāšanās – spēja mazgāties vannā vai dušā (kas ietver iekļūšanu vannā vai dušā un izkļūšanu no tās) vai mazgāšanās apmierinošā veidā ar citiem līdzekļiem;
- apģērbšanās un noģērbšanās – spēja uzvilkt, novilkt, aiztaisīt un attaisīt visus apģērba gabalus un, ja nepieciešams, stiprinājumus, mākslīgās ekstremitātes vai citas ķirurģiskas palīgierīces;
- ēšana – spēja paēst, kad ēdiens ir pagatavots un pasniegts;
- personīgās higiēnas uzturēšana – spēja uzturēt apmierinošu personīgās higiēnas līmeni, apmeklējot tualeti vai citādi kontrolējot vēdera izeju un urināciju;
- pārvietošanās starp telpām – spēja nokļūt no vienas telpas citā pa līdzenu grīdu;
- iekāpšana gultā un izkāpšana no tās – spēja izkāpt no gultas, apsēsties uz stāvus novietota krēsla vai ratiņkrēslā un nokļūt atpakaļ gultā.

Diagnoze jāapstiprina neirologam vai neiroķirurgam un jāpamato ar radioloģisku izmeklējumu rezultātiem (DT vai smadzeņu MRI).

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- smaga galvas trauma, kas iegūta paškaitējuma, alkohola vai narkotiku lietošanas rezultātā.

6.4.24. **Ekstremitāšu zudums**

Divu vai vairāku ekstremitāšu pilnīgs zudums plaukstu vai potītes locītavas līmenī vai virs tās nelaiemes gadījuma vai medicīniski nepieciešamas amputācijas rezultātā. Diagnoze jāapstiprina ārstam – speciālistam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- ekstremitāšu zaudējums paškaitējuma rezultātā.

6.4.25. **Akūts virālais encefalīts**

Noteikta akūta virālā encefalīta diagnoze, kas rezultējas pastāvīgā neiroloģiskā deficītā², kas ir dokumentēts vismaz trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma.

Diagnoze jāapstiprina neirologam un jāpamato ar tipiskiem klīniskajiem simptomiem un cerebrospinālā šķidrums vai smadzeņu biopsijas analīzēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- encefalīts, kas koeksistē ar HIV;
- bakteriālu vai protozoālu infekciju izraisīts encefalīts;
- mialģisks vai paraneoplastisks encefalomiēlīts.

6.4.26. **Fulminants virālais hepatīts**

Noteikta fulminanta virālā hepatīta diagnoze, ko pierāda visi turpmāk minētie apstākļi:

- akūta virālā hepatīta tipiska seroloģiskā gaita;
- hepātiskas encefalopātijas rašanās;
- aknas samazināšanās izmēros;
- bilirubīna līmeņa paaugstināšanās;
- koagulopātija ar INR, lielāku par 1,5;
- aknu mazspējas rašanās septiņu dienu laikā pēc simptomu parādīšanās;
- anamnēzē nav aknu patoloģiju.

Diagnoze jāapstiprina gastroenterologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- citiem akūtas aknu mazspējas izraisītiem stāvokļiem (ieskaitot paracetamola vai aflatoksīna radītu intoksikāciju);
- fulminants virālais hepatīts, kas saistīts ar intravenozu narkotisko vielu lietošanu.

6.4.27. **Motora neironu slimība**

Noteikta viena no šo motoru neironu slimību diagnozēm:

- amiotrofā laterālā skleroze (ALS vai Lū-Gēriga slimība);
- primāra laterālā skleroze (PLS);
- progresējošā muskulārā atrofija (PMA);
- progresējošā bulbārā paralīze (PBP).

Slimībai ir jārada pilnīga nespēja pašam slimniekam veikt vismaz trīs no sešām ikdienas dzīves aktivitātēm nepārtraukti vismaz trīs mēnešus bez pamatotām izredzēm uz izveseļošanu.

Šīs ikdienas dzīves aktivitātes ir:

- mazgāšanās – spēja nomazgāties vannā vai dušā (iekļaujot iekāpšanu un izkāpšanu no dušas vai vannas) vai nomazgāties apmierinoši ar citiem līdzekļiem;
- apģērbties un noģērbties – spēja uzvilkt, novilkt, nostiprināt un atraisīt visus apģērba gabalus un, ja nepieciešams, novilkt korsetes, bikšturus, protēzes vai citas ķirurģiskas ierīces;
- pabarot sevi – spēja sevi pabarot, kad ēdiens ir pagatavots un pasniegts;

- personīgās higiēnas uzturēšana – spēja uzturēt apmierinošu personīgās higiēnas līmeni, izmantojot tualeti vai citādi pārvaldot vēdera izeju un urīnpūšļa funkciju;
 - pārvietošanās pa telpām – spēja nokļūt no vienas telpas citā pa līdzenu grīdu;
 - iekāpt un izkāpt no gultas – spēja izkāpt no gultas, apsēžoties krēslā vai ratiņkrēslā, un otrādi.
- Diagnoze jāapstiprina neirologam un jāpamato ar nervu vadīšanas spēju izpētes rezultātiem (NCS) un elektromiogrāfiju (EMG).

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- multifokāla motora neiropātija (MMN) un inklūzijas ķermeņa miozīts;
- pēcpoliomielīta sindroms;
- spināla muskulārā atrofija;
- polimiozīts un dermatomiozīts.

6.4.28. **Bakteriālais meningīts**

Noteikta bakteriālā meningīta diagnoze, kura rezultējas pastāvīgā neiroloģiskā deficītā², kas ir dokumentēts vismaz trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma.

Diagnoze jāapstiprina neirologam un jāpamato ar patogēnu baktēriju augšanu no cerebrospinālā šķidrums uzskējuma.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- aseptisks, virāls, parazitisks vai neinfekciozs meningīts.

6.4.29. **Muskulārā distrofija**

Noteikta viena no turpmāk minēto muskulāro distrofiju diagnozēm:

- Dišēna muskuļu distrofija (DMD);
- Bekera muskuļu distrofija (BMD);
- Emerija-Dreifusa muskuļu distrofija (EDMD);
- plecu, iegurņa joslas muskuļu distrofija (LGMD);
- sejas, plecu muskuļu distrofija (FSHD) jeb Landuzī-Dežerina slimība;
- 1. tipa miotoniskā distrofija (MMD vai Steinertes slimība);
- okulofaringeālā muskuļu distrofija (OPMD).

Slimībai ir jārada pilnīga nespēja pašam slimniekam veikt vismaz trīs no sešām ikdienas dzīves aktivitātēm nepārtraukti vismaz trīs mēnešus bez pamatotām izredzēm uz izveseļošanu.

Šīs ikdienas dzīves aktivitātes ir:

- mazgāšanās – spēja nomazgāties vannā vai dušā (iekļaujot iekāpšanu un izkāpšanu no dušas vai vannas) vai nomazgāties apmierinoši ar citiem līdzekļiem;
- apģērbties un noģērbties – spēja uzvilkt, novilkt, nostiprināt un atraisīt visus apģērba gabalus un, ja nepieciešams, novilkt korsetes, bikšturus, protēzes vai citas ķirurģiskas ierīces;
- pabarot sevi – spēja sevi pabarot, kad ēdiens ir pagatavots un pasniegts;
- personīgās higiēnas uzturēšana – spēja uzturēt apmierinošu personīgās higiēnas līmeni, izmantojot tualeti vai citādi pārvaldot vēdera izeju un urīnpūšļa funkciju;
- pārvietošanās pa telpām – spēja nokļūt no vienas telpas citā pa līdzenu grīdu;
- iekāpt un izkāpt no gultas – spēja izkāpt no gultas, apsēžoties krēslā vai ratiņkrēslā un otrādi.

Diagnoze jāapstiprina neirologam un jāpamato ar elektromiogrāfijas (EMG) un muskuļa biopsijas analizēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- 2. tipa miotoniskā distrofija (PROMM) un visi miotonijas veidi.

6.4.30. **Primāra pulmonālā hipertensija**

Noteikta primāras pulmonālās hipertensijas diagnoze, ko pamato turpmāk minētie simptomi:

- izteikts fizisko aktivitāšu ierobežojums, kad fiziskās aktivitātes, kas mazākas par parastajām, izraisa nogurumu, sirdsklauves, aizdusu vai sāpes krūtīs (III vai IV klase pēc Ņujorkas Sirds asociācijas klasifikācijas (NYHA)) vismaz sešu mēnešu periodā;
- vidējais pulmonālo artēriju spiediens ir lielāks par 25 mmHg miera stāvoklī, mērot ar labās sirds puses katetrizāciju.

Diagnoze jāapstiprina kardiologam vai pulmonologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- pulmonālā hipertensija, kas ir sekundāra plaušu, sirds vai sistēmiskajai slimībai;
- hroniska trombemboliska pulmonālā hipertensija (CTEPH);
- narkotisko vielu vai toksīnu inducēta pulmonālā hipertensija.

6.4.31. **Nekrotizējošs fascīts**

Nekrotizējoša fascīta diagnoze jāpamato ar visiem turpmāk minētajiem apstākļiem:

- progresīva, bakteriāla infekcija, kas strauji izplatās un atrodas dziļajā fascijā ar sekundāru ekstremitāšu vai rumpja subkutāno audu nekrozi;
- paaugstināta ķermeņa temperatūra un strauji augošs C reaktīvā proteīna (CRP) līmenis;
- visu nekrotisko audu ķirurģiska rezekcija.

Furnjē gangrēna ir iekļauta šajā definīcijā. Diagnoze jāapstiprina ķirurgam un jāpierāda ar mikrobioloģiskām vai histoloģiskām analizēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- gāzu gangrēna;
- diabēta, neiropātiju vai vaskulāru patoloģiju izraisīta gangrēna.

6.4.32. **Smags reimatoīdais artrīts**

Smaga reimatoīdā artrīta diagnoze jāpierāda ar:

- tipiskiem iekaisuma simptomiem (artralģija, tūska, jutīgums) vismaz 20 locītavās sešu nedēļu periodā diagnozes noteikšanas laikā, kā arī ievērojami paaugstinātu C reaktīvā proteīna (CRP) līmeni;
- pozitīvu reimatoīdo faktoru (vismaz divkārt virs augšējās normas) un/vai anticitrulīna antivielu klātesamību;
- nepārtrauktu ārstēšanu ar kortikosteroīdiem;
- ārstēšanu ar slimību modificējošu antireimatoīdo medikamentu kombināciju (piemēram, metotreksāts + sulfasalazīns/leflunomīds) vai ANF (audzēja nekrozes faktora) inhibitoru vismaz sešu mēnešu periodā.

Diagnoze jāapstiprina reimatologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- reaktīvais artrīts;
- psoriātiskais artrīts;
- aktīvets osteoartrīts.

6.4.33. **Koma**

Noteikta bezsamaņas stāvokļa diagnoze bez reakcijas vai atbildes uz ārējiem stimuliem vai iekšējām vajadzībām:

- 8 vai mazāk pēc Glāzgovas komas skalas vismaz 96 stundas;
- ir jāizmanto dzīvības uzturēšanas sistēmas;
- rezultējas pastāvīgā neiroloģiskā deficītā², kas ir jānovērtē vismaz 30 dienas pēc komas iestāšanās.

Diagnoze jāapstiprina neirologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- medicīniski inducēta koma;
- koma, kas radusies pēc paškaitējuma, alkohola vai narkotisko vielu lietošanas.

6.4.34. **Sporādiska Kreicfelda-Jakoba slimība**

Noteikta sporādiskas Kreicfelda-Jakoba slimības (sCJD) diagnoze, kas jāklasificē kā "iespējama" pēc visiem šiem kritērijiem:

- progresējoša demence;
- vismaz divas no četrām klīniskajām pazīmēm: mioklonuss, vizuālas vai cerebellāras pazīmes, piramidālas, ekstrapiramidālas pazīmes, akinētisks mutisms;
- elektroencefalogramma (EEG), kas uzrāda asu zobu kompleksus, un/vai 14-3-3 proteīna klātesamība cerebrospinālajā šķidrumā;
- neviena standarta izmeklēšana neliecina par alternatīvu diagnozi.

Diagnoze jāapstiprina neirologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- jatrogēna vai mantota Kreicfelda-Jakoba slimība;
- Kreicfelda-Jakoba slimības variants (vCJD).

6.4.35. **Sistēmiskā sarkanā vilkēde**

Noteikta sistēmiskās sarkanās vilkēdes diagnoze, ko pierāda visi turpmāk minētie apstākļi:

- tipiski laboratoriski dati, piemēram, antinukleāro antivielu (ANA) vai anti-dsDNS antivielu klātbūtne;
- simptomi, kas saistīti ar sarkano vilkēdi (tauriņveida izsitumi, fotosensitivitāte, serozīts);
- nepārtraukta ārstēšana ar kortikosteroīdiem vai citiem imūnsupresantiem.

Papildus ir jābūt iesaistītam vienam no šādiem orgāniem:

- vilkēdes izraisīts nefrīts ar proteinūriju vismaz 0,5 g/dienā un glomerulārās filtrācijas ātrumu, kas mazāks par 60 ml/min (MDRD formula);
- Lībmaņa-Saksa endokardīts vai miokardīts;

- neiroloģisks deficīts² vai krampji vismaz triju mēnešu periodā, ko pierāda EEG vai cerebrospinālā šķidrums izmeklējumu rezultāti;
- galvassāpes, kognitīvie un psihiskie simptomi šajā kontekstā netiek uzskatīti par tipisku neiroloģisku deficītu.

Diagnoze jāapstiprina ārstam – speciālistam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- diskoīda vilkēde vai subakūta ādas sarkanā vilkēde;
- medikamentu izraisīta sarkanā vilkēde.

6.4.36. **Sistēmiskā skleroze (sklerodermija)**

Noteikta sistēmiskās sklerozes diagnoze, ko pierāda visi turpmāk minētie apstākļi:

- tipiski laboratoriski dati (piemēram, anti-Scl-70 antivielas);
- tipiskas klīniskās pazīmes (piemēram, Reino sindroms, ādas skleroze, erozija);
- nepārtraukta ārstēšana ar kortikosteroīdiem vai citiem imūnsupresantiem.

Papildus ir jābūt iesaistītam vienam no šādiem orgāniem:

- plaušu fibroze, kad difūzās spējas (DCO) ir mazākas par 70% no paredzētajām;
- pulmonālā hipertensija ar vidējo pulmonālās artērijas spiedienu, kas ir augstāks par 25 mmHg miera stāvoklī un mērīts, lietojot labās sirds puses katetrizāciju;
- hroniska nieru slimība ar glomerulāro filtrācijas ātrumu, kas mazāks par 60 ml/min (MDRD-formula);
- ehokardiogrāfiski konstatēta ievērojama labā kambara diastoliskā disfunkcija.

Diagnoze jāapstiprina ārstam – speciālistam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- lokalizēta sklerodermija bez orgānu iesaistes;
- eozinofīlais fascīts;
- CREST sindroms.

6.4.37. **HIV infekcija, kas radusies asins transfūzijas rezultātā**

Noteikta cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas diagnoze, kas radusies asins transfūzijas rezultātā. HIV infekcija jāpamato ar visiem turpmāk minētajiem kritērijiem:

- infekciju izraisījusi medicīniski nepieciešama asins transfūzija, kas veikta pēc polises stāšanās spēkā;
- iestāde, kas nodrošināja asins transfūzijas pakalpojumu, ir oficiāli reģistrēta un atzīta ārstniecības iestāde;
- iestāde, kas nodrošināja asins transfūzijas pakalpojumu, atzīst savu atbildību;
- HIV serokonversijai jānotiek 12 mēnešu laikā pēc asins pārlišanas;
- kontaminēto asiņu transfūzija jāveic Eiropas Savienībā vai Šveicē.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- HIV infekcija, kas radusies no citiem transmisijas veidiem, ieskaitot seksuālo kontaktu ceļā vai narkotisko vielu lietošanas rezultātā;
- HIV infekcija, kas radusies asins transfūzijas rezultātā hemofilijas vai smagas talasēmijas (thalassaemia major) dēļ.

6.4.38. **HIV infekcija, kas iegūta darbā atbilstošā profesijā**

Noteikta cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas diagnoze, kura izriet no incidenta, kas radies normālu darba pienākumu izpildes laikā šādās profesijās:

- ārsts vai zobārsts;
- medicīnas māsa vai vecmāte;
- ārsta palīgs vai zobārsta asistents, māsa;
- laboratorijas darbinieks (laborants) vai laboratorijas tehniķis;
- ugunsdzēsības un glābšanas dienesta darbinieks;
- neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta darbinieks;
- apkopēja vai tehniskās apkopes darbinieks slimnīcā;
- policists;
- ieslodzījuma vietas darbinieks.

HIV infekcija jāpamato ar visiem turpmāk minētajiem kritērijiem:

- incidentam jābūt notikušam pēc polises stāšanās spēkā;
- par incidentu jāziņo, tam jābūt izmeklētam un dokumentētam saskaņā ar pašreizējām atbilstošo iestāžu vadlīnijām;
- HIV negatīvs asins tests, kas veikts piecu dienu laikā pēc incidenta;
- HIV serokonversijai jānotiek 12 mēnešu laikā pēc incidenta;

- incidentam jābūt notikušam, veicot darba pienākumus Eiropas Savienībā vai Šveicē.
- Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:
- HIV infekcija, kas radusies no jebkādiem citiem transmisijas veidiem, ieskaitot seksuālo kontaktu ceļā vai narkotisku vielu lietošanas rezultātā.

6.4.39. **Hronisks pankreatīts**

Noteikta smaga hroniska pankreatīta diagnoze, ko pierāda visi turpmāk minētie apstākļi:

- eksokrīna pankreatiska mazspēja ar svara zudumu un steatoreju;
- endokrīna pankreatiska mazspēja ar pankreatisku diabētu;
- nepieciešamība pēc perorālas pankreatisko enzīmu aizstāšanas.

Šiem apstākļiem jāilgst vismaz trīs mēnešus. Diagnoze jāapstiprina gastroenterologam un jāpierāda ar attēldiagnostisko izmeklējumu un laboratoriskajām (piemēram, fekālā elastāze) analizēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- alkohola vai narkotisko vielu lietošanas izraisīts hronisks pankreatīts;
- akūts pankreatīts.

- 6.5. Ja Apdrošināšanas gadījums nav iestājies līdz Apdrošināšanas līguma termiņa beigām, Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.
- 6.6. Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta, ja Apdrošinātais mirst 30 dienu laikā pēc kritiskās saslimšanas diagnosticēšanas un nāves cēlonis ir šo noteikumu 6. punktā minētā kritiskā saslimšana.
- 6.7. Šo noteikumu 6.6. punkts ir spēkā, izņemot Apdrošināšanas gadījumu sakarā ar 6.4.1. punktā minēto kritisko saslimšanu.

²Neiroloģisks deficīts

Nervu sistēmas disfunkcijas simptomi, kas ir konstatēti klīniskās izmeklēšanas laikā. Iekļautie simptomi ir nejutīgums, hiperestēzija (paaugstināta ādas jutība), paralīze, lokalizēts vājums, dizartrijs (runas grūtības), afāzija (nespēja runāt un saprast dzirdēto un uzrakstīto), disfāgija (apgrūtināta rīšana), redzes traucējumi, grūtības staigāt, koordinācijas trūkums, trīce, krampji, letarģija, demence, delīrijs un koma.

Iepriekš minētā definīcija neattiecas uz:

- CT, MR vai citos attēldiagnostiskos izmeklējumus konstatētu anomāliju bez noteiktiem saistītiem klīniskajiem simptomiem;
- neiroloģiskām pazīmēm, kas rodas bez simptomātiskām novirzēm, piemēram, paātrināts reflekss bez citiem simptomiem;
- psiholoģiskas vai psihiatriskas izcelsmes simptomiem.

7. Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība

- 7.1. Apdrošinātājs ir rakstiski jāinformē par kritisko saslimšanu 30 dienu laikā no dienas, kad tā diagnosticēta.
- 7.2. Pieprasot Apdrošināšanas atlīdzību, jāiesniedz šādi dokumenti, kuru sagatavošanas un saņemšanas izdevumus apmaksā atlīdzības pieprasītājs:
- atlīdzības pieteikums kritisku saslimšanu apdrošināšanā;
 - izziņa(-as) no ārstiem, kas ārstē vai ir ārstējuši, izmeklējuši Apdrošināto par slimības cēloni, tās sākumu, veidu un ilgumu. Izziņā ir jābūt norādītai diagnozei, kuru apstiprina klīniskie, radioloģiskie, histoloģiskie vai laboratoriskie izmeklējumi.
- 7.3. Lai noteiktu, vai ir iestājies Apdrošināšanas gadījums, Apdrošinātājs var pieprasīt iesniegt papildu dokumentāciju Apdrošināšanas gadījuma apstākļu precizēšanai. Visus izdevumus, kas saistīti ar iesniedzamo dokumentu sagatavošanu un saņemšanu, apmaksā Apdrošināšanas atlīdzības pieprasītājs.
- 7.4. Apdrošinātājs ir tiesīgs pārbaudīt Apdrošinātā sniegtās ziņas par tā veselības stāvokli pie ārstiem, slimnīcās vai citās ārstniecības iestādēs, kurās Apdrošinātais ir aprūpēts vai ārstēts.
- 7.5. Apdrošinātājam ir tiesības neatīt Apdrošināšanas gadījumu tik ilgi, kamēr Apdrošinājuma ņēmējs, Apdrošinātais vai cita persona, kas vēlas saņemt Apdrošināšanas atlīdzību, tiši vai nolaidības dēļ nav iesniedzis Apdrošinātājam pieprasītos dokumentus.
- 7.6. Ja kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summa tika palielināta, tad, diagnosticējot Apdrošinātajam kritisko slimību 90 dienu laikā no Apdrošinājuma summas palielināšanas dienas, kritisko saslimšanu Apdrošināšanas atlīdzībai ir jābūt kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summas apmērā, kas norādīts līdz palielinājumam. Šo noteikumu 6.4.1. punktā minētās kritiskās saslimšanas gadījumā Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta saskaņā ar "ERGO vēža apdrošināšanas noteikumiem".

- 7.7. Kritisko saslimšanu Apdrošināšanas gadījumā Apdrošinātājam jāizmaksā Apdrošināšanas atlīdzība Apdrošinātājam, ja vien apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.
- 7.8. Apdrošinātājam ir tiesības samazināt vai neizmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas, kā arī veicot izmaiņas Apdrošinājuma segumā polises darbības laikā Apdrošinātais sniedzis nepilnīgu vai nepatiesu informāciju par savu veselības stāvokli.
- 7.9. Ja Apdrošināšanas atlīdzības saņēmējs (Apdrošinātais) ir miris pēc Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, tad mirušā mantiniekiem ir tiesības pieteikt atlīdzības gadījumu Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai.

8. Apdrošināšanas līguma grozījumi

- 8.1. Ņemot vērā medicīnas zinātnes attīstību un izmaiņas saslimstībā, Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji mainīt kritisko saslimšanu definīcijas un/vai diagnosticējošos kritērijus. Apdrošinātājam ir tiesības grozīt kritiskās saslimšanas apdrošināšanas noteikumus, brīdinot Apdrošinājuma ņēmēju ne vēlāk kā 30 dienas pirms plānotā apdrošināšanas noteikumu izmaiņu datuma. Ja Apdrošinājuma ņēmējs nepiekrīt šiem apdrošināšanas noteikumu grozījumiem, kritisko saslimšanu apdrošināšana tiek izbeigta no plānotā apdrošināšanas noteikumu izmaiņu datuma.

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle

ERGO kritisko saslimšanu apdrošināšanas noteikumi bērniem Nr. SKB-01-2022



SATURA RĀDĪTĀJS:

1.	Apdrošināšanas objekts	2
2.	Apdrošinātā persona	2
3.	Apdrošināšanas gadījums	2
4.	Gadījumi, kas netiek apdrošināti, un personas, kuras nav apdrošināmas	2
5.	Apdrošinājuma summa	3
6.	Kritisko slimību saraksts un diagnosticēšanas kritēriji	3
7.	Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība	6
8.	Apdrošināšanas līguma grozījumi	7

Šie ERGO KRITISKO SASLIMŠANU APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI BĒRNIEM NR. SKB-01-2022 tiek piemēroti kopā ar ERGO vispārīgajiem apdrošināšanas noteikumiem.

1. Apdrošināšanas objekts

- 1.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā veselība, kas saistīta ar kritisko saslimšanu.
- 1.2. Kritisko saslimšanu saraksts ir pieejams šo noteikumu 6. punktā. Apdrošināšanas polisē ir norāde, kurš kritisko saslimšanu Apdrošināšanas variants attiecas uz Apdrošināto un uz kādu Apdrošināšanas periodu ir spēkā Apdrošināšanas segums.

2. Apdrošinātā persona

- 2.1. Apdrošinātā persona ir Apdrošināšanas līgumā norādītā persona no 2 līdz 17 gadu vecumam (ieskaitot), ja vien Apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.

3. Apdrošināšanas gadījums

- 3.1. Apdrošināšanas gadījums ir Apdrošinātā kritiskā saslimšana, kas diagnosticēta un apstiprināta apdrošināšanas darbības laikā un atbilst kritisko saslimšanu sarakstam, kurš norādīts Apdrošināšanas līgumā un šo noteikumu 6. punktā, un kritērijiem šo slimību diagnosticēšanai.

4. Gadījumi, kas netiek apdrošināti, un personas, kuras nav apdrošināmas

- 4.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta, ja:
 - a) diagnoze neatbilst visiem kritiskās saslimšanas diagnosticēšanas kritērijiem, kas ir norādīti šo noteikumu 6. punktā;
 - b) kritiskā saslimšana diagnosticēta pirmajās 90 dienās no kritisko saslimšanu apdrošināšanas sākuma datuma, kas ir norādīts Apdrošināšanas polisē;
 - c) kritiskā saslimšana parādījās kodolenerģijas seku dēļ (izņemot radioterapijas sekas);
 - d) kritisko saslimšanu izraisīja Apdrošinātā trauma, kas saistīta ar Apdrošinātā apzinātu, tīšu sava veselības stāvokļa pasliktināšanu vai sevis pašsakarpošanu, vai viņam mēģinot izdarīt pašnāvību;
 - e) kritisko saslimšanu izraisīja Apdrošinātā trauma, kas saistīta ar Apdrošinājuma ņēmēja vai Labuma guvēja apzinātām, tīšām darbībām (rīcībām, kas veiktas tieši vai netieši) Apdrošinātā veselības stāvokļa pasliktināšanai vai sakropļojumam;
 - f) kritiskās saslimšanas cēlonis ir Apdrošinātā iesaistīšanās noziedzīgā nodarījumā vai gatavojoties to veikt, vai no citām darbībām, kas ir pretrunā tiesību aktiem;
 - g) kritiskā saslimšana radās militāru darbību, karastāvokļa vai kritiska stāvokļa ieviešanas, iekšēju nemieru, sacelšanās, dumpju, darbinieku streiku, lokautu, apcietinājumu un aizturēšanas rezultātā, ko radījušas valsts iestādes un amatpersonas, militārais dienests vai piedalīšanās miera uzturēšanas misijā;
 - h) kritiskā saslimšana radās alkohola, narkotiku, toksisko, psihotropo vai citu psihoaktīvo vielu vai zāļu lietošanas intoksikācijas rezultātā, kuras nebija izrakstījis ārsts;
 - i) kritiskā saslimšana radās pēc Apdrošinātā iesaistīšanās bīstamos sporta veidos vai aktīvā atpūtā: ekstrēmie sporta veidi, cīņas sports, aviācijas sporta veidi gaisā (tajā skaitā lēcieni ar izpletņiem, planēšana, gaisa baloni, mazi lidaparāti, lidojumi ar paraplānu u.c.), niršana dziļāk par 40 m un citas ekstrēmas niršanas, alpīnisms, kalnos kāpšana, ārpustrašu slēpošana, snovbords, bobslejs, auto un motociklu sacīkstes (tajā skaitā ātrumsacīkstes, ūdensmotospors), gumijlēcšana, lidošana ar deltaplānu u.c., ja vien Apdrošināšanas līgumā puses nav vienojušās citādi;
 - j) Apdrošinātajam diagnosticēts jebkurš audzējs, ja Apdrošinātais ir inficēts ar HIV un/vai ir diagnosticēts AIDS;
 - k) Apdrošinātajam diagnosticēts iedzimts defekts;
 - l) ja Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas nogaidīšanas periodā, kas ir 90 dienas no Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās brīža, iestājas Apdrošinātās personas nāve, šie saslimšanas gadījumi netiek uzskatīti par Apdrošināšanas gadījumu. Šis punkts attiecas uz 6.2.2.–6.2.14. punktā minētajām kritiskajām slimībām.
- 4.2. Šādas personas nav apdrošināmas ar kritisko saslimšanu apdrošināšanu:
 - personas, kas slimo vai slimoja ar šajos noteikumos 6. punktā minētajām kritiskām saslimšanām;
 - personas, kas ir inficētas ar HIV un/vai kam ir diagnosticēts AIDS;

- personas, kas slimo ar aterosklerozi, cukura diabētu, hroniski smagām asins, aknu, nieru vai plaušu slimībām;
- personas ar garīgās veselības traucējumiem un personas ar hroniski smagiem nervu sistēmas traucējumiem;
- personas, kas izmanto apdullinošas, toksiskas, narkotiskas, psihotropas vielas, prekursorus vai zāles bez medicīniskām indikācijām un ārsta norādījuma;
- personas, kas apmeklē speciālās izglītības iestādes¹, vai tie, kas izcieš sodu ieslodzījuma vietā, un personas, kas pakļautas piespiedu medicīniskajai palīdzībai.

¹Speciālās izglītības iestādes

Iestādes, kas piedāvā speciālo izglītības programmu izglītojamiem ar redzes traucējumiem, dzirdes traucējumiem, garīgās veselības traucējumiem, garīgās attīstības traucējumiem, smagiem garīgās attīstības traucējumiem vai vairākiem smagiem attīstības traucējumiem un jauktiem attīstības traucējumiem.

5. Apdrošinājuma summa

- 5.1. Kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summām, par kurām Līgumslēdzējas puses vienojušās Apdrošināšanas līgumā, jābūt norādītām Apdrošināšanas polisē.
- 5.2. Paziņojot par Apdrošinātā kritisko saslimšanu kā Apdrošināšanas gadījumu, šai personai jāizmaksā kritiskās saslimšanas Apdrošinājuma summa. Apdrošinājuma summa saskaņā ar katras Apdrošinātās personas apdrošināšanu ir jāizmaksā tikai vienreiz neatkarīgi no kritisko saslimšanu skaita un to atkārtotības. Saskaņā ar Apdrošinātāja atzinumu par Apdrošinātā kritisko saslimšanu šīs personas kritisko saslimšanu apdrošināšana beidzas.
- 5.3. Šo noteikumu 5.2. punkts ir spēkā, izņemot Apdrošināšanas gadījumu sakarā ar 6.2.1. punktā minēto kritisko saslimšanu.

6. Kritisko slimību saraksts un diagnosticēšanas kritēriji

- 6.1. Bērnu kritisko slimību saraksts:
 - vēzis;
 - ekstremitāšu funkciju zaudēšana;
 - pilnīgs redzes zudums;
 - orgānu vai kaulu smadzeņu transplantācijas operācija;
 - kurlums;
 - smaga galvas trauma;
 - termināla nieru slimība;
 - labdabīgs galvas smadzeņu audzējs;
 - koma;
 - akūts virālais encefalīts;
 - ekstremitāšu zudums;
 - bakteriālais meningīts;
 - insulīnatkarīgs diabēts (1. tips);
 - smags astmas paasinājums.
- 6.2. Kritisko slimību definīcijas un to diagnosticēšanas kritēriji

6.2.1. **Vēzis**

Apdrošināšanas nosacījumi ir saskaņā ar “ERGO vēža apdrošināšanas noteikumiem”.

6.2.2. **Ekstremitāšu funkciju zaudēšana**

Pilnīgs un neatgriezenisks muskuļu funkcijas zudums kādā no divām ekstremitātēm traumas vai muguras, vai galvas smadzeņu slimības rezultātā. Ekstremitāte tiek definēta kā visa roka vai visa kāja. Paralīzei jāilgst vairāk nekā 3 mēnešus, un tā jāapstiprina konsultantam – neirologam – un jāaplicina ar klīniskajām un diagnostiskajām atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- paškaitējuma vai psihisku traucējumu izraisīta paralīze;
- Gijēna-Barē sindroms;
- periodiska vai iedzimta paralīze.

6.2.3. **Pilnīgs redzes zudums**

Pilnīgs un neatgriezenisks redzes zudums abās acīs slimības vai traumas rezultātā, ko nav iespējams koriģēt ar refrakcijas korekcijas pasākumiem, zālēm vai operāciju. Par pilnīgu redzes zudumu liecina redzes asums 3/60 vai mazāks (0,05 vai mazāks decimāldaļskaitļa veidā) labākajā acī pēc vislabākās korekcijas vai redzes lauks, kas mazāks par 10° diametrā labākajā acī pēc vislabākās korekcijas. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – oftalmologam.

6.2.4. **Orgānu vai kaulu smadzeņu transplantācijas operācija**

Pacientam tiek veikta viena vai vairāku minēto orgānu allotransplantācija vai izotransplantācija:

- sirds;
- niere;
- aknas (arī aknu daļas transplantācija vai aknu transplantācija no dzīva donora);
- plaušas (arī plaušu daivas transplantācija no dzīva donora vai vienas plaušas transplantācija);
- kaulu smadzenes (allogēna asinsrades cilmes šūnu transplantācija, pirms kuras veic kaulu smadzeņu pilnīgu ablāciju);
- tievā zarna;
- aizkuņģa dziedzeris.

Šīs definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par daļēju vai pilnīgu sejas, plaukstas, rokas un kājas transplantāciju (salikta audu allotransplantācija). Stāvoklim, kura dēļ jāveic transplantācija, jābūt tādām, kuru saskaņā ar speciālista vērtējumu nevar ārstēt ar citiem līdzekļiem. Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- citu orgānu, ķermeņa daļu vai audu transplantācija (ietverot radzeni un ādu);
- citu šūnu transplantācija (arī saliņu šūnas un citas, nevis asinsrades cilmes šūnas).

6.2.5. **Kurlums**

Apstiprināts pastāvīgs un neatgriezenisks dzirdes zudums abās ausīs slimības vai traumas rezultātā. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – ORL speciālistam – un jāaplicina ar datiem, kas norāda, ka vidējais dzirdes sliekšnis labākajā ausī ir lielāks par 90 db pie 500, 1000 un 2000 herciem, izmantojot tīra toņa audiogrammu.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- jebkāda veida kurlums, kas ir iedzimts vai pārmantots, tajā skaitā grūtniecības laikā infekcijas dēļ iegūts kurlums.

6.2.6. **Smaga galvas trauma**

Noteikta smadzeņu funkciju traucējumu diagnoze, kas ir galvas traumas rezultāts. Galvas traumas rezultātā jābūt noteiktām 3–5 ballēm pēc Glāzgova komas skalas bērniem un:

- pastāvīgs neiroloģisks deficīts², kas dokumentēts vismaz 3 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma (attiecas uz jebkuru vecumu);
- pilnīgs motorās, kognitīvās un valodas attīstības pārtraukums vismaz 12 mēnešus (attiecas tikai uz vecumu līdz 6 gadiem).

Diagnoze un neiroloģiskais deficīts bez pamatotas iespējas izvesēties ir jāapstiprina ārstam – speciālistam – un jāpamato ar radioloģisko izmeklējumu rezultātiem (DT vai smadzeņu MRI). Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- jebkāda nopietna galvas trauma, kas radusies vardarbības vai uzbrukuma bērnam dēļ;
- jebkāda nopietna galvas trauma, kas iegūta paškaitējuma, alkohola vai narkotiku lietošanas rezultātā.

6.2.7. **Termināla nieru slimība**

Hroniska un neatgriezeniska abu nieru mazspēja, kā rezultātā tiek sākota regulāra hemodialīze vai peritoneālā dialīze vai tiek veikta nieru transplantācija. Dialīzei jābūt medicīniski nepieciešamai, un tās nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – nefrologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- akūta atgriezeniska nieru mazspēja ar pagaidu nieru dialīzi;
- hroniska nieru slimība (nieru mazspēja) iedzimtu nieru un/vai iedzimtu urīnceļu patoloģiju dēļ;
- hroniska nieru slimība (nieru mazspēja) nieru perfūzijas traucējumu dēļ perinatālajā periodā.

6.2.8. **Labdabīgs galvas smadzeņu audzējs**

Pierādīta labdabīga galvas smadzeņu audzēja diagnoze, kura ir definēta kā labdabīga galvaskausa velvē esošo audu augšana, kas skar tikai galvas smadzenes, galvas smadzeņu mīkstos apvalkus vai kraniālos nervus. Audzēja ārstēšanai jāizmanto vismaz viena no šīm metodēm:

- pilnīga vai daļēja izoperēšana;
- stereotaktiskā radioķirurģija;
- ārēja apstarošana.

Ja medicīnisku iemeslu dēļ nav iespējams izmantot nevienu no šiem ārstēšanas veidiem, audzējam jāizraisa pastāvīgi neiroloģiski traucējumi, kuriem jābūt dokumentētiem vismaz trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – neirologam vai neiroķirurgam un jāapliecina ar attēldiagnostikas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- cistas, granulomas, hamartomas vai galvas smadzeņu artēriju vai vēnu malformācijas diagnostika vai ārstēšana;
- hipofīzes audzēji;
- iedzimti audzēji.

6.2.9. **Koma**

Noteikta bezsamaņas stāvokļa diagnoze bez reakcijas vai atbildes uz ārējiem stimuliem vai iekšējām vajadzībām:

- 8 vai mazāk pēc Glāzgovas komas skalas vismaz 96 stundas;
- ir jāizmanto dzīvības uzturēšanas sistēmas;
- rezultējas pastāvīgā neiroloģiskā deficītā², kas ir jānovērtē vismaz 30 dienas pēc komas iestāšanās.

Diagnoze jāapstiprina neirologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- medicīniski inducēta koma;
- koma, kas radusies pēc paškaitējuma, alkohola vai narkotisko vielu lietošanas;
- jebkura koma vardarbības vai uzbrukuma bērnām dēļ;
- jebkura koma dzemdību komplikāciju vai iedzimtu patoloģiju dēļ.

6.2.10. **Akūts virālais encefalīts**

Noteikta akūta virālā encefalīta diagnoze, kura rezultējas pastāvīgā neiroloģiskā deficītā², kas ir dokumentēts vismaz trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma.

- Pilnīgs motorās, kognitīvās un valodas attīstības pārtraukums vismaz 12 mēnešus (attiecas tikai uz vecumu līdz 6 gadiem).

Diagnoze jāapstiprina ārstam – neirologam – un jāpamato ar tipiskiem klīniskajiem simptomiem un cerebrospinālā šķidruma vai smadzeņu biopsijas analizēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- encefalīts, kas koeksistē ar HIV;
- bakteriālu vai protozoālu infekciju izraisīts encefalīts;
- mialģisks vai paraneoplastisks encefalomiēlīts.

6.2.11. **Ekstremitāšu zudums**

Divu vai vairāku ekstremitāšu pilnīgs zudums plaukstu vai potītes locītavas līmenī vai virs tās nelaiemes gadījuma vai medicīniski nepieciešamas amputācijas rezultātā. Diagnoze jāapstiprina ārstam – speciālistam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- ekstremitāšu zaudējums paškaitējuma rezultātā.

6.2.12. **Bakteriālais meningīts**

Noteikta bakteriālā meningīta diagnoze, kura rezultējas:

- pastāvīgā neiroloģiskā deficītā², kas ir dokumentēts vismaz trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma;
- pilnīgs motorās, kognitīvās un valodas attīstības pārtraukums vismaz 12 mēnešus (attiecas tikai uz vecumu līdz 6 gadiem).

Diagnoze jāapstiprina ārstam – neirologam – un jāpamato ar patogēnu baktēriju augšanu no cerebrospinālā šķidruma uzsējuma.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- aseptisks, virāls, parazitisks vai neinfekciozs meningīts.

6.2.13. **Insulīnkarīgs diabēts (1. tips)**

Noteikta 1. tipa cukura diabēta diagnoze, kurai raksturīga aizkuņģa dziedzera nespēja saražot pietiekami daudz insulīna, tādējādi visa mūža garumā ir nepieciešamība pēc eksogēna insulīna.

Diagnoze jāapstiprina speciālistam un jāpamato ar tipiskām klīniskajām izpausmēm un laboratoriskajiem izmeklējumiem.

Laboratoriskajos izmeklējumos jāpierāda vismaz viena no šīm pazīmēm:

- pankreātiskās autoantiviēlas;
- tāds insulīna un C-peptīda līmenis, kas nepieciešams 1. tipa cukura diabēta diagnozes noteikšanai.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- eksokrīnās sistēmas patoloģijas (piemēram, cistiskā fibroze, iedzimta hemohromatoze, hronisks pankreatīts);
- citi endokrīni glikozes regulācijas traucējumi (piemēram, Kušinga sindroms);
- medikamentu izraisīts diabēts;
- 2. tipa cukura diabēts.

6.2.14. **Smags astmas paasinājums**

Diagnosticēta akūta smagas astmas paasinājuma epizode, kuras rezultātā pēdējo 12 mēnešu laikā pacients uzņemts stacionārā vismaz divas reizes, un par to liecina plaušu indeksa rādītājs (PIS) ≥ 12 vai līdzvērtīgs alternatīvs rādītājs.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- gastroezofageālā refluksa slimība (GERS);
- medikamentu izraisīta astma;
- astma kā respiratoriskas infekcijas komplikācija.

- 6.3. Ja Apdrošināšanas gadījums nav iestājies līdz Apdrošināšanas līguma termiņa beigām, Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.
- 6.4. Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta, ja Apdrošinātais mirst 30 dienu laikā pēc kritiskas saslimšanas diagnosticēšanas un nāves cēlonis ir šo noteikumu 6. punktā minētā kritiskā saslimšana.
- 6.5. Šo noteikumu 6.4. punkts ir spēkā, izņemot Apdrošināšanas gadījumu sakarā ar 6.2.1. punktā minēto kritisko saslimšanu.

²Neiroloģisks deficīts

Nervu sistēmas disfunkcijas simptomi, kas ir konstatēti klīniskās izmeklēšanas laikā. Iekļautie simptomi ir nejutīgums, hiperestēzija (paaugstināta ādas jutība), paralīze, lokalizēts vājums, dizartrijs (runas grūtības), afāzija (nespēja runāt), disfāģija (apgrūtināta rīšana), redzes traucējumi, grūtības staigāt, koordinācijas trūkums, trīce, krampji, letarģija, demence, delīrijs un koma.

Iepriekš minētā definīcija neattiecas uz:

- CT, MR vai citos attēldiagnostiskos izmeklējumos konstatētu anomāliju bez noteiktiem saistītiem klīniskajiem simptomiem;
- neiroloģiskām pazīmēm, kas rodas bez simptomātiskām novirzēm, piemēram, paātrināts reflekss bez citiem simptomiem;
- psiholoģiskas vai psihiatriskas izcelsmes simptomiem.

7. Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība

- 7.1. Apdrošinātājs ir rakstiski jāinformē par kritisko saslimšanu 30 dienu laikā no dienas, kad tā diagnosticēta.
- 7.2. Pieprasot Apdrošināšanas atlīdzību, jāiesniedz šādi dokumenti, kuru sagatavošanas un saņemšanas izdevumus apmaksā atlīdzības pieprasītājs:
 - atlīdzības pieteikums kritisku saslimšanu apdrošināšanā;
 - izziņa(-as) no ārstiem, kas ārstē vai ir ārstējuši, izmeklējuši Apdrošināto par slimības cēloni, tās sākumu, veidu un ilgumu. Izziņā ir jābūt norādītai diagnozei, kuru apstiprina klīniskie, radioloģiskie, histoloģiskie vai laboratoriskie izmeklējumi.
- 7.3. Lai noteiktu, vai ir iestājies Apdrošināšanas gadījums, Apdrošinātājs var pieprasīt iesniegt papildu dokumentāciju Apdrošināšanas gadījuma apstākļu precizēšanai. Visus izdevumus, kas saistīti ar iesniedzamo dokumentu sagatavošanu un saņemšanu, apmaksā Apdrošināšanas atlīdzības pieprasītājs.
- 7.4. Apdrošinātājs ir tiesīgs pārbaudīt Apdrošinātā sniegtās ziņas par tā veselības stāvokli pie ārstiem, slimnīcās vai citās ārstniecības iestādēs, kurās Apdrošinātais ir aprūpēts vai ārstēts.
- 7.5. Apdrošinātājam ir tiesības neatzīt Apdrošināšanas gadījumu tik ilgi, kamēr Apdrošinājuma ņēmējs, Apdrošinātais vai cita persona, kas vēlas saņemt Apdrošināšanas atlīdzību, tieši vai nolaidības dēļ nav iesniedzis Apdrošinātājam pieprasītos dokumentus.
- 7.6. Ja kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summa tika palielināta, diagnosticējot Apdrošinātajam kritisko slimību 90 dienu laikā no Apdrošinājuma summas palielināšanas dienas, kritisko saslimšanu Apdrošināšanas atlīdzībai ir jābūt kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summas nodrošinājumam, kas norādīts līdz palielinājumam. Šo noteikumu 6.2.1. punktā minētās kritiskās saslimšanas gadījumā Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta saskaņā ar "ERGO vēža apdrošināšanas noteikumiem".
- 7.7. Kritisko saslimšanu Apdrošināšanas gadījumā Apdrošinātājam jāizmaksā Apdrošināšanas atlīdzība Apdrošinātajam, ja vien Apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.

- 7.8. Apdrošinātājam ir tiesības samazināt vai neizmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas, kā arī veicot izmaiņas Apdrošinājuma segumā polises darbības laikā Apdrošinātais sniedzis nepilnīgu vai nepatiesu informāciju par savu veselības stāvokli.
- 7.9. Ja Apdrošināšanas atlīdzības saņēmējs (Apdrošinātais) ir miris pēc Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, tad mirušā mantiniekiem ir tiesības pieteikt atlīdzības gadījumu Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai.

8. Apdrošināšanas līguma grozījumi

- 8.1. Ņemot vērā medicīnas zinātnes attīstību un izmaiņas saslimstībā, Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji mainīt kritisko saslimšanu definīcijas un/vai diagnosticējošos kritērijus. Apdrošinātājam ir tiesības grozīt kritiskās saslimšanas apdrošināšanas noteikumus, brīdinot Apdrošinājuma ņēmēju ne vēlāk kā 30 dienas pirms plānotā apdrošināšanas noteikumu izmaiņu datuma. Ja Apdrošinājuma ņēmējs nepiekrīt šiem apdrošināšanas noteikumu grozījumiem, kritisko saslimšanu apdrošināšana tiek izbeigta no plānotā apdrošināšanas noteikumu izmaiņu datuma.

ERGO

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle

ERGO nelaimes gadījumu apdrošināšanas noteikumi Nr. SNG-01-2022



SATURA RĀDĪTĀJS:

Termini	2
1. Apdrošināšanas objekts	2
2. Apdrošināšanas gadījums	2
3. Gadījumi, kas netiek apdrošināti, un personas, kuras nav apdrošināmas (izņēmumi)	2
4. Apdrošināšanas atlīdzību veidi un Apdrošinājuma summas	4
5. Apdrošinājuma ņēmēja un Apdrošinātāja tiesības un pienākumi apdrošināšanas līguma darbības laikā	11
6. Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība	12
7. Apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšana	13
8. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība	14
9. Apdrošināšanas atlīdzības samazināšana un tās neizmaksāšanas pamats	14

Termini

Atkārtots kaula lūzums – kaula lūzums, kurš ir radies 12 mēnešu laikā iepriekšējā kaula lūzuma vietā.

Komplicēts kaula lūzums – kaula lūzuma ietekmē skarti apkārtesošie audi (asinsvadi, nervi, muskuļi, locītavas kapsula).

Traumas un kaulu lūzumi – nelaimes gadījuma rezultātā radies audu, kaulu vai orgānu traumatiskais bojājums tiešas ārējas slaidīgās iedarbības dēļ, kas ir atrunāts pilnajā atlīdzību izmaksu tabulā (Pielikums Nr. 1), kura ir šo Apdrošināšanas noteikumu neatņemama sastāvdaļa. Šo noteikumu izpratnē nejauša akūta saindēšanās ar ķīmiskām, toksiskām vielām, indīgiem augiem, apsaldējumu un apdegumu sekas, saslimšana ar ērcu encefalītu vai poliomiēlītu, esot vakcinētam pret attiecīgajām slimībām, arī ir uzskatāma par Traumu.

VDEĀVK – Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija.

1. Apdrošināšanas objekts

- 1.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā dzīvība un veselība, kas saistīta ar nelaimes gadījumiem.

2. Apdrošināšanas gadījums.

- 2.1. Apdrošināšanas gadījums ir nelaimes gadījums, kurš ir norādīts Apdrošināšanas līgumā (izņemot šo noteikumu 3. punktā minētos gadījumus, kas netiek apdrošināti) un par kura iestāšanos Labuma guvējam ir tiesības uz Apdrošināšanas atlīdzību.
- 2.2. Notikums, kurā Apdrošinātajam pret viņa gribu tiek nodarīts kaitējums vai iestājas nāve, ārējam spēkam negaidīti iedarbojoties uz viņa ķermeni, tiek uzskatīts par nelaimes gadījumu.
- 2.3. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā Apdrošināšanas polises darbības laikā 24 stundas diennaktī visā pasaulē, izņemot, ja Apdrošināšanas polisē nav minēts citādi.
- 2.4. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā līdz apdrošināšanas termiņa beigām vai Apdrošinātā nāvei, vai ja saskaņā ar šo noteikumu 3.3. punktu Apdrošinātais kļūst neapdrošināms.
- 2.5. Apdrošināšana ir spēkā uz vienu gadu un tiek automātiski pagarināta uz katru nākamo gadu, izņemot gadījumus ja:
 - 2.5.1. Apdrošinātājs ne vēlāk kā 30 dienas pirms Apdrošināšanas automātiskas pagarināšanas nav paziņojis par Apdrošināšanas izbeigšanu, nosūtot Apdrošinājumaņēmējam rakstisku paziņojumu, vai
 - 2.5.2. Apdrošinājumaņēmējs līdz Apdrošināšanas automātiskai pagarināšanai iesniedz paziņojumu par atteikšanos no Apdrošināšanas automātiskas pagarināšanas, vai
 - 2.5.3. Apdrošinājumaņēmējs neveic Apdrošināšanas prēmijas maksājumu par nākamo Apdrošināšanas gadu.
- 2.6. Apdrošinātājs ir tiesīgs piedāvāt Apdrošinājumaņēmējam pagarināt Apdrošināšanu, veicot tajā grozījumus. Šādā gadījumā Apdrošinātājs par izmaiņām paziņo, Apdrošinājumaņēmējam nosūtot paziņojumu ne vēlāk kā 30 dienas pirms Apdrošināšanas pagarināšanas dienas. Ja Apdrošinājumaņēmējs neiesniedz paziņojumu par Apdrošināšanas izbeigšanu līdz pagarināšanas dienai, uzskatāms, ka Apdrošinājumaņēmējs ir piekritis Apdrošināšanas grozījumiem.

3. Gadījumi, kas netiek apdrošināti, un personas, kuras nav apdrošināmas (izņēmumi).

- 3.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par:
 - 3.1.1. kaitējumu veselībai, kura cēlonis ir ārstēšana vai iejaukšanās, ko sev veic vai liek veikt Apdrošinātais, izņemot gadījumus, kad iejaukšanās vai ārstniecības pasākumi, ieskaitot staru diagnostiku vai staru terapiju, bijuši nepieciešami sakarā ar nelaimes gadījumu, uz ko, pēc Apdrošināšanas līguma noteikumiem, attiecas Apdrošināšanas aizsardzība, un tos ir nozīmējis ārsts;
 - 3.1.2. kaitējumu veselībai infekcijas dēļ, izņemot gadījumus, kad slimības ierosinātājs iekļuvis ķermenī caur ievainojumu nelaimes gadījuma rezultātā, uz kuru, pēc Apdrošināšanas līguma noteikumiem, attiecas Apdrošināšanas aizsardzība;

- 3.1.3. nelaimes gadījumā iegūtiem miesas – ādas vai gļotādas – bojājumiem, kuri paši par sevi ir nenozīmīgi, bet caur kuriem slimības ierosinātājs tūlīn vai vēlāk iekļuvis ķermenī; šis ierobežojums nav spēkā stinguma krampju un trakumsērgas gadījumā;
- 3.1.4. saindēšanos, uzņemot cietas vai šķidrās vielas caur barības traktu, izņemot barības trakta smagus lokālus bojājumus un smagas intoksikācijas gadījumus; Apdrošināšanas aizsardzība nav spēkā, ja intoksikācijas cēlonis ir alkohols un/vai citas apreibinošas vielas;
- 3.1.5. vēdera un vēdera lejasdaļas trūci, izņemot gadījumus, kad tā radusies pret Apdrošinātā gribu tāda ārēja mehāniska spēka rezultātā, uz kuru saskaņā ar Apdrošināšanas līguma noteikumiem attiecas Apdrošināšanas aizsardzība;
- 3.1.6. mugurkaula starpskriemeļu disku bojājumiem, iekšējo orgānu asiņošanu un asins izplūdumiem smadzenēs, izņemot gadījumus, kad ir iestājies nelaimes gadījums, kurš saskaņā ar šiem noteikumiem un noslēgto Apdrošināšanas līgumu ir uzskatāms par Apdrošināšanas gadījumu;
- 3.1.7. nodarīto kaitējumu veselībai, kura cēlonis ir deģeneratīvu procesu vai vecuma izraisītas izmaiņas organismā; atkārtoto vai patoloģisko kaula lūzumu; stresa lūzumu; spondilozi; spondilolistēzi; osteoporozī; ieraduma mežģījumu; muskuļa, cīpslas, saites bojājumu, kas radies iepriekšējā bojājumu vietā vai ir saistīts ar iepriekš gūto traumu;
- 3.1.8. nodarīto kaitējumu veselībai, kura cēlonis ir svara celšana, smagumu pārvietošana, kā arī par to sekām (radikulopātiju, neiropātiju, mugurkaula kompresiju u. tml.);
- 3.1.9. audu aizstājējmateriālu (piemēram, locītavu protēžu, osteosintēzes konstrukciju) lūzumu, dislokāciju, plīsumu.
- 3.2. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par veselības traucējumiem un bojājumiem, kuri radušies nelaimes gadījuma rezultātā:
- 3.2.1. kurus izraisījuši Apdrošinātā garīgi, psihiski vai apziņas traucējumi, infarkts, insults, epilepsija vai citas krampju lēkmes. Apdrošināšanas atlīdzība tomēr tiek izmaksāta, ja šos veselības traucējumus vai lēkmes izraisījis nelaimes gadījums, kurš saskaņā ar šiem noteikumiem un noslēgto Apdrošināšanas līgumu ir uzskatāms par Apdrošināšanas gadījumu;
- 3.2.2. Apdrošinātajam esot narkotisko, psihotropo vai citu apreibinošo vielu ietekmē vai esot alkohola reibumā, izņemot gadījumu, ja ir veikta izelpotā gaisa vai asins pārbaude un konstatētā alkohola koncentrācija asinīs nepārsniedz 0,5 promiles;
- 3.2.3. kuri notikuši, ja Apdrošinātais uzsāk dienestu vai atrodas aktīvajā dienestā militārā vai citādā formējumā, izņemot gadījumus, kad puses par to rakstiski vienojušās un ir izdarītas atzīmes polisē; vai kuru tiešs vai netiešs cēlonis ir karš, pilsoņu karš un terorisms; nelaimes gadījumiem, kuri notikuši iekšēju nekārtību rezultātā, ja Apdrošinātais tajās piedalījies nekārtību izraisītāju pusē;
- 3.2.4. kurus izraisījusi pašnāvība, pašnāvības mēģinājums un tā sekas;
- 3.2.5. kuri notikuši ar Apdrošināto, veicot vai cenšoties veikt krimināli sodāmu darbību;
- 3.2.6. kuri notikuši ar Apdrošināto tā apzinātas tīšas darbības rezultātā;
- 3.2.7. ja tie ir iestājušies hronisku neiroloģisku slimību ar koordinācijas traucējumiem vai muskuļu vājuma rezultātā;
- 3.2.8. kuri notikuši ar Apdrošināto:
- viņam izmantojot bezmotora lidmašīnas (lidaparātus), žiroplānus, planierus (ar motoru vai bez tā), kā arī lecot ar izpletņiem, gumiju;
 - viņam esot lidmašīnas pilotam vai citam apkalpes loceklim;
 - viņam vadot transportlīdzekli bez tiesībām vadīt attiecīgās kategorijas transportlīdzekli vai atrodoties alkohola reibumā vai citā intoksikācijas stāvoklī, ja tā koncentrācija organismā pārsniedz valsts, kurā noticis satiksmes negadījums, normatīvajos aktos noteikto pieļaujamo koncentrāciju;
 - viņam esot kā motorizēta zemes, gaisa vai ūdens transportlīdzekļa vadītājam, stūrmanim vai pasažierim, piedaloties sacensībās un treniņos;
 - viņam piedaloties visu veidu profesionālā sporta sacensībās vai treniņos vai viņam esot sporta skolas, kluba, komandas vai federācijas biedram. Ja nelaimes gadījums iestājies, Apdrošinātajam nodarbojoties ar fiziskām aktivitātēm atpūtas nolūkos, tajā skaitā apmeklējot sporta zāli, Apdrošināšanas aizsardzības ir spēkā. Šo noteikumu punkts neattiecas uz apdrošinātajām personām vecumā līdz 18 gadiem (neieskaitot);
 - viņam nodarbojoties ar jebkādu ekstrēmu sporta veidu vai hobiju;
 - viņam rupji pārkāpjot ceļu satiksmes noteikumus, tajā skaitā pārsniedzot ceļu satiksmes noteikumu prasībām atbilstošo maksimāli atļauto braukšanas ātrumu par 30 km/h un vairāk.

Šo noteikumu 3.2.8. punkts netiek piemērots, ja Līgumslēdzējas puses par to rakstiski vienojušās un ir izdarītas attiecīgas atzīmes Apdrošināšanas polisē;

3.2.9. kuri notikuši dabas katastrofu, kodolenerģijas tiešas vai netiešas iedarbības rezultātā vai kurus izraisījis starojums (radioaktīvais, elektromagnētiskais, gaismas vai karstuma);

3.2.10. kuriem par iemeslu ir ērcu encefalīts, izņemot gadījumus, kad Apdrošinātais ir saņēmis pilnu encefalīta vakcinācijas kursu noteiktajos termiņos, kā arī AIDS un HIV neatkarīgi no inficēšanās iemesla un veida.

3.3. Personas, kuras nav apdrošināmas:

3.3.1. psihiski slimas, kā arī pastāvīgi kopjamas personas. Pastāvīgi kopjamas personas ir tādas, kurām nepieciešama citas personas uzraudzība un/vai palīdzība ikdienas aktivitāšu veikšanā un pašaprūpē;

3.3.2. personas, kuras atrodas apcietinājumā vai tiek apcietinātas Apdrošināšanas līguma darbības laikā, vai atrodas speciālajā izglītības iestādē, un personas, kurām piemēro piespiedu medicīnisko palīdzību/ārstniecību. Apdrošināšanas aizsardzība nav spēkā pirmstiesas aizturēšanas (apcietinājuma) un aresta laikā.

3.4. Apdrošināšanas aizsardzība izbeidzas brīdī, kad Apdrošinātais kļūst par personu, uz kuru attiecināms šo noteikumu 3.3. punkts. Vienlaikus ar to viņam tiek izbeigts Apdrošināšanas līgums.

3.5. Iemaksātās Apdrošināšanas prēmijas personām, kuras ir vai kļūst neapdrošināmas, atmaksājamas pēc Apdrošinājuma ņēmēja pieprasījuma par laika posmu kopš Apdrošināšanas līguma noslēgšanas vai kļūšanas par neapdrošināmu personu. Apdrošinātājs var ieturēt līdz 25% no atmaksājamās Apdrošināšanas prēmijas.

4. Apdrošināšanas atlīdzību veidi un Apdrošinājuma summas.

4.1. Apdrošinājuma summa tiek noteikta katram Apdrošinātajam un katram apdrošināšanas atlīdzības veidam atsevišķi un tiek norādīta Apdrošināšanas polisē.

4.2. Apdrošināti ir tikai tie Apdrošināšanas atlīdzību veidi, kuri ir atzīmēti Apdrošināšanas polisē un par kuriem ir opmaksāta Apdrošināšanas prēmija. Katra Apdrošināšanas gadījuma kopējais maksimālais lielums Apdrošināšanas līguma darbības laikā (Apdrošinājuma summa) ir noteikts Apdrošināšanas līgumā.

4.3. **Apdrošināšanas atlīdzība nāves gadījumā.**

4.3.1. Ja iegūtās Traumas un/vai kaulu lūzuma rezultātā viena gada laikā iestājas Apdrošinātā nāve, tiek izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība nāves gadījumam Apdrošināšanas polisē paredzētās Apdrošinājuma summas apmērā.

4.3.2. Ja kompetentā institūcija izsludina Apdrošināto par mirušu, Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā tikai tādos gadījumos, kad ar attiecīgās institūcijas lēmumu, kas stājies spēkā, konstatēts, ka Apdrošinātais tiek atzīts par mirušu un tas cēloņsakarīgi saistīts ar Apdrošināšanas gadījumu, un minētais fakts noticis Apdrošināšanas līguma darbības laikā.

4.3.3. Ja nelaimes gadījuma rezultātā ir iestājusies Apdrošinātā nāve un ja Apdrošināšanas polisē nav norādīts Labuma guvējs, Apdrošināšanas atlīdzību nāves gadījumā saņem Apdrošinātā mantinieki, kuriem jāiesniedz Apdrošinātajam šādi dokumenti:

a) aizpildīta Apdrošināšanas pieteikuma forma, kuru izsniedz Apdrošinātājs;

b) miršanas apliecība;

c) medicīniskā izziņa par nāves cēloni;

d) dokumenti, kas apliecina Labuma guvēja tiesības uz Apdrošināšanas atlīdzību (mantojuma apliecība);

e) citi ar nelaimes gadījumu saistīti dokumenti, kurus pieprasa Apdrošinātājs Apdrošināšanas atlīdzības noformēšanai.

4.4. Apdrošināšanas atlīdzība paliekošas invaliditātes gadījumā.

- 4.4.1. Invaliditāte ir paliekošs kaitējums Apdrošinātā fiziskajām vai garīgajām darbaspējām, kurš ir iestājies nelaimes gadījuma rezultātā, ja persona pilnīgi vai daļēji nespēj rūpēties par savu privāto un sociālo dzīvi, īstenot savas tiesības un pildīt savus pienākumus. Ja nelaimes gadījuma rezultātā ir iestājusies Apdrošinātā invaliditāte, Apdrošinātajam ir tiesības pieprasīt Apdrošināšanas atlīdzību, kura tiek noteikta no invaliditātes gadījumā paredzētās Apdrošinājuma summas saskaņā ar šo noteikumu 4.4.2. punkta nosacījumiem. Apdrošināšanas atlīdzības apmērs tiek noteikts saskaņā ar VDEĀVK lēmumu par invaliditātes noteikšanu.
- 4.4.2. Apdrošināšanas atlīdzība paliekošas invaliditātes gadījumā tiek maksāta, ja ir izpildīti visi tālāk minētie nosacījumi:
- invaliditātei ir jāiestājas nelaimes gadījuma rezultātā, kas tika atzīts par Apdrošināšanas gadījumu;
 - invaliditātei ir jāiestājas gada laikā pēc nelaimes gadījuma, 3 (trīs) kalendāro mēnešu laikā pēc invaliditātes iestāšanās par to jāpaziņo Apdrošinātajam, kā arī jāapliecina invaliditātes iestāšanās ar attiecīgiem medicīniskiem dokumentiem;
 - invaliditāte ir apstiprināta ar VDEĀVK lēmumu par invaliditātes noteikšanu.
- 4.4.3. Apdrošināšanas atlīdzības apmērs tiek izteikts procentos no Apdrošinājuma summas paliekošas invaliditātes gadījumā un ir atkarīgs no invaliditātes pakāpes:
- a) par konstatētu invaliditātes pakāpi, ja netiek pierādīta lielāka vai mazāka invaliditāte, uzskatāms funkcionālo spēju zudums vai gadījums, kad persona zaudējusi (kreiļiem % daļījums ir pretējs):

Tabula Nr. 1

Ekstremitāte/orgāns	% no Apdrošinājuma summas	
	Labo	Kreiso
Roku:		
pleca locītavas līmenī	80	70
virš elkoņa locītavas	75	65
zem elkoņa locītavas	65	55
plaukstu locītavas līmenī	50	40
1. pirkstu	20	15
1. pirksta naga falangu	10	8
2., 3., 4. un 5. pirkstu (par katru)	13	8
2., 3., 4. un 5. pirksta naga falangu	5	3
Kāju virs ceļa locītavas		70
Kāju zem ceļa locītavas		60
Pēdu pēdas locītavas līmenī		50
Kājas īkšķi		10
Jebkuru citu kājas pirkstu (par katru)		5
Redzi ar vienu aci		50
Dzirdi ar vienu ausi		25
Ožas sajūtu		10
Garšas sajūtu		5
Vienīgās ekstremitātes, pilnīgs redzes, dzirdes vai runas spēju zudums		100

- b) ja daļēji zaudēta kāda no minētajām ķermeņa daļām vai pasliktinājusies kāda no minētajām ķermeņa daļu vai maņu orgānu funkcijām, Apdrošināšanas atlīdzības procentu likme ir proporcionāla, bet nepārsniedz šo noteikumu 4.4.3. a) punktā noteikto;
- c) ja nelaimes gadījums radījis kaitējumu vairākām fiziskām vai garīgām funkcijām, tad saskaņā ar šo noteikumu 4.4.3. punktu noteiktās invaliditātes pakāpes summējas, tomēr nepārsniedz Apdrošinājuma summu.

- 4.4.4. Ja nelaimes gadījuma rezultātā ir iestājusies paliekošā invaliditāte, kas ir Apdrošināšanas gadījums, bet nav paredzēts tabulā Nr. 1, Apdrošināšanas atlīdzība tiek aprēķināta šādā kārtībā:

personām vecumā no 18 gadiem:

- I invaliditātes grupa – 100% apmērā no Apdrošinājuma summas;
- II invaliditātes grupa – 50% apmērā no Apdrošinājuma summas;
- III invaliditātes grupa – 25% apmērā no Apdrošinājuma summas;

personām vecumā līdz 18 gadiem (neieskaitot):

- ja saskaņā ar VDEĀVK lēmumu invaliditāte tiek piešķirta uz periodu līdz 2 (diviem) gadiem (ieskaitot) – 25% apmērā no Apdrošinājuma summas;
- ja saskaņā ar VDEĀVK lēmumu invaliditāte tiek piešķirta uz 5 (pieciem) gadiem – 50% apmērā no Apdrošinājuma summas;
- ja saskaņā ar VDEĀVK lēmumu invaliditāte tiek piešķirta uz periodu, kas ilgāks par 5 (pieciem) gadiem – 100% apmērā no Apdrošinājuma summas.

- 4.4.5. Ja ir radies paliekošs kaitējums Apdrošinātā darbaspējām, kas atbilst gan 4.4.3., gan 4.4.4. punktā minētajiem nosacījumiem, Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai saskaņā ar vienu no minētajiem šo noteikumu punktiem, kurš paredz lielāko Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu.
- 4.4.6. Ja nelaimes gadījuma rezultātā radies kaitējums fiziskai vai garīgai funkcijai, kura jau bijusi paliekoši traucēta, paredzētā Apdrošināšanas atlīdzība tiek samazināta proporcionāli darbnespējas procenta izmaiņām.
- 4.4.7. Lai saņemtu Apdrošināšanas atlīdzību par redzes vai dzirdes pasliktināšanos, jāiesniedz ārsta slēdziens par redzes un/vai dzirdes stāvokli pirms traumas.
- 4.4.8. Ja tā paša nelaimes gadījuma rezultātā gada laikā iestājas Apdrošinātā nāve, tiesības uz Apdrošināšanas atlīdzību par invaliditāti tiek zaudētas.
- 4.4.9. Ja ir izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība sakarā ar kaulu lūzumiem vai traumām un šī paša nelaimes gadījumā rezultātā ir iestājusies invaliditāte, Apdrošināšanas atlīdzību samazina par summu, kas iepriekš izmaksāta par kaulu lūzumu vai traumas faktu.
- 4.4.10. Ja Apdrošinātā nāve iestājas 1 (viena) kalendārā gada laikā pēc nelaimes gadījuma un nāves cēlonis nav saistīts ar nelaimes gadījumu vai arī nāve iestājas vēlāk nekā gadu pēc nelaimes gadījuma un ir bijusi pieteikta prasība par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu invaliditātes gadījumā, Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā saskaņā ar šiem noteikumiem un atbilstoši invaliditātes pakāpei, kuru konstatējusi pēdējā medicīniskā izmeklēšana.
- 4.4.11. Apdrošinātajam ir tiesības pieprasīt Apdrošināšanas atlīdzību paliekošas invaliditātes gadījumā pirms ārstēšanas kursa beigām 1 (viena) kalendārā gada laikā pēc nelaimes gadījuma iestāšanās.

4.5. Apdrošināšanas atlīdzība kaulu lūzumu gadījumos.

- 4.5.1. Kaulu lūzumu gadījumā Apdrošinātais saņem Apdrošināšanas atlīdzību par lūzuma faktu saskaņā ar šo noteikumu 4.5.3. punktā norādīto tabulu un kaulu lūzumiem paredzēto Apdrošinājuma summu.
- 4.5.2. Apdrošināšanas atlīdzību par kaulu lūzumiem izmaksā, pamatojoties uz licencētas ārstnieciskās iestādes vai ārstējošā ārsta izdotu izziņu un radioloģiskā izmeklējuma apstiprinājumu.
- 4.5.3. Kaulu lūzumu Apdrošināšanas saīsinātā atlīdzību tabula:

Tabula Nr. 2

Kauli	Līdz % no Apdrošinājuma summas
Galvaskausa velves kauli	20
Galvaskausa pamatnes kauli	25
Augšžokļa un apakšžokļa kauli	5-10
Deguns	3-5
Lāpstiņa un atslēgas kauls	5-15
Krūšu kauls	9

Kauli	Līdz % no Apdrošinājuma summas
1 riba	3
par katru nākamo ribu, bet ne vairāk kā	2 10
Mugurkaula skriemeļa loka, ķermeņa un izaugumu lūzums (līdz 2 skriemeļiem)	10
par katru nākamo mugurkaula skriemeļa loka, ķermeņa un izaugumu lūzumu, bet ne vairāk kā	5 40
Mugurkaula skriemeļa šķērsizauguma vai smailā izauguma lūzums	5
Iegurņa kauli	5-40
Kāja virs ceļa locītavas	20-25
Gūžas locītava	5-25
Krusta kaulu lūzums	10
Astes kauls	5
Kāja zem ceļa locītavas	4-15
Ceļa locītava	1-15
Pēdas kauli	3-15
Kājas pirksts	2
par katru nākamo kājas pirkstu, bet ne vairāk kā	2 10
Roka virs elkoņa locītavas	7-10
Roka zem elkoņa locītavas	7-10
Plaukstas kauli	5-10
Rokas pirksti	2

Apdrošināšanas pilno atlīdzību izmaksu tabulu kaulu lūzumu gadījumiem skatīt Pielikumā Nr. 1.

- 4.5.4. Ja lūzumi atbilst Atlīdzību tabulas vairākiem punktiem, Apdrošināšanas atlīdzības summējas, nepārsniedzot Apdrošināšanas polisē norādīto Apdrošinājuma summu kaulu lūzumu gadījumiem.
- 4.5.5. Ja vienam Atlīdzību tabulas punktam atbilst vairāki lūzumi, Apdrošināšanas atlīdzība tiek aprēķināta tikai par kaulu lūzumu, par kuru ir paredzēta lielākā apdrošināšanas atlīdzība saskaņā ar Atlīdzību tabulu.
- 4.5.6. Apdrošināšanas atlīdzība netiek aprēķināta un izmaksāta par atkārtotiem lūzumiem un ja iepriekšējie lūzumi vai ārstēšana ir ietekmējuši kaulu struktūru.
- 4.5.7. Komplīcētu kaulu lūzumu gadījumā Apdrošināšanas atlīdzība var tikt paaugstināta līdz 25% no aprēķinātās Apdrošināšanas atlīdzības summas.
- 4.5.8. Apdrošināšanas atlīdzību par kaulu lūzumiem neizmaksā par patoloģiskiem lūzumiem, kā arī gadījumos, ja tā paša nelaiemes gadījuma rezultātā Apdrošinātais iegūst invaliditāti vai arī iestājas Apdrošinātā nāve.

4.6. Apdrošināšanas atlīdzība traumu gadījumos (izņemot kaulu lūzumus).

- 4.6.1. Apdrošināšanas atlīdzība traumu gadījumos tiek izmaksāta saišu, cīpslu, mīksto audu u. c. bojājumu gadījumos, kuros nav paredzēta Apdrošināšanas atlīdzība saskaņā ar šo noteikumu 4.5. punktu. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta saskaņā ar šo noteikumu 4.6.2. punktā norādīto tabulu un traumu gadījumiem paredzēto Apdrošinājuma summu.
- 4.6.2. Traumu Apdrošināšanas saīsinātā atlīdzību tabula:

Tabula Nr. 3

Trauma	% no Apdrošinājuma summas
Galvas smadzeņu satricinājums (ar darbnespēju, ne mazāku par 11 diennaktīm)	5-10
Cīpslu un saišu plīsumi, mežģījumi, menisku bojājums	3-20
Mīksto audu bojājumi (brūce, sākot ar 2 cm)	3-25
Apdegumi (sākot ar 2. pakāpes apdegumiem)	2-70
Nervu sistēmas bojājumi, neirīti	5-100
Iekšējo orgānu bojājumi, tajā skaitā sirds un asinsvadu sistēmas bojājumi	3-100

Apdrošināšanas pilno atlīdzību izmaksu tabulu traumu gadījumiem skatīt Pielikumā Nr. 1.

- 4.6.3. Apdrošināšanas atlīdzību par traumu izmaksā gadījumā, ja ārstēšanās laiks ir ne mazāks par 7 (septiņām) diennaktīm un to apliecina ārstējošā ārsta izziņa.
- 4.6.4. Ja traumas atbilst Atlīdzību tabulas vairākiem punktiem, Apdrošināšanas atlīdzības summējas, nepārsniedzot Apdrošināšanas polisē norādīto Apdrošinājuma summu traumu gadījumiem.
- 4.6.5. Apdrošināšanas atlīdzība par traumām netiek izmaksāta gadījumos, ja to cēlonis ir patoloģija, kā arī gadījumos, ja tā paša nelaimes gadījuma rezultātā Apdrošinātais iegūst invaliditāti vai arī iestājas Apdrošinātā nāve.
- 4.6.6. Ja nelaimes gadījumā gūtās traumas rezultātā (kaitējums veselībai, kas ir norādīts pilnajā atlīdzību izmaksu tabulā) nepieciešama operācija, izņemot šuvju uzlikšanu u. c. nelielu ķirurģisko iejaukšanos (primārā ķirurģiskā brūču apstrāde, virspusēja svešķermeņa izņemšana u. tml.), Apdrošināšanas atlīdzība var tikt vienreizēji paaugstināta līdz 15% no aprēķinātās Apdrošināšanas atlīdzības summas par vienu Apdrošināšanas gadījumu.

4.7. Pamata medicīniskā palīdzība.

Ja Apdrošinātā Apdrošināšanas līgums ietver Apdrošināšanas atlīdzību nāves, paliekošas invaliditātes, kaulu lūzumu un traumu gadījumā, Apdrošinātais iegūst tiesības uz šo noteikumu 4.7.1.–4.7.3. punktā norādīto Apdrošināšanas atlīdzību.

- 4.7.1. Apdrošinātajam ir tiesības saņemt ārstēšanās izdevumu kompensāciju par nelaimes gadījuma rezultātā gūto sejas vai kakla daļas traumu dēļ radušos kosmētisko defektu vai izkropļojumu korekciju. Maksimālā Apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt 1500 EUR.
- 4.7.2. Apdrošinātajam ir tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību par izdevumiem, kuri radušies rehabilitācijas laikā veselības aprūpes iestādē, ekstremitāšu, locītavu un orgānu protezēšanu, protēžu un tehnisko ortopēdisko ierīču iegādi, ja šādi izdevumi radušies sakarā ar 25% vai lielāku invaliditātes pakāpi, kas noteikta saskaņā ar šo noteikumu 4.4. punktu un ko nav iespējams pilnībā vai daļēji atlīdzināt no obligātās veselības apdrošināšanas Fonda vai brīvprātīgās veselības aprūpes Fonda līdzekļiem. Maksimālā Apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt 1000 EUR. Rehabilitācijas izdevumi veidojas no Apdrošinātā samaksātajām naudas summām par šiem medicīniskajiem pakalpojumiem: fizioterapijas procedūrām, kineziterapijas nodarbībām un 10 masāžu kursu.
- 4.7.3. Apdrošinātajam ir tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību par psiholoģiskās palīdzības izdevumiem (psihologs, psihiatrs, psihoterapeita konsultācijas), ja minētā palīdzība Apdrošinātajam ir sniegta sakarā ar vismaz 25% invaliditātes pakāpi, kas noteikta saskaņā ar šo noteikumu 4.4. punktu. Maksimālā Apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt 1000 EUR.
- 4.7.4. Ja Apdrošinātajam tiek iesniegts Apdrošināšanas atlīdzības pieteikums kompensēt psiholoģiskās palīdzības izdevumus, Labuma guvējam vai tā pilnvarotajai personai jāiesniedz ārstniecības iestādes vai ārstniecības personas izsniegts nosūtījums uz konsultāciju pie psihologa, psihiatra vai psihoterapeita.
- 4.7.5. Pamata medicīniskās palīdzības Apdrošināšanas gadījumā Labuma guvējam vai tā pilnvarotajai personai jāiesniedz medicīniskās palīdzības izdevumus pamatojošu rēķinu oriģināli.
- 4.7.6. Apdrošināšanas atlīdzība par medicīniskās palīdzības izdevumiem netiek maksāta, ja šos izdevumus ir segušas par zaudējumiem atbildīgās personas vai tos sedz citi apdrošināšanas veidi. Ja minētie izdevumi ir segti daļēji, Labuma guvējam ir tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību par izdevumu nesegto daļu.
- 4.7.7. Apdrošinātais maksā Apdrošināšanas atlīdzību par medicīnisko pakalpojumu izdevumiem, ja Apdrošinātais šos pakalpojumus saņem 24 (divdesmit četrus) mēnešu laikā pēc nelaimes gadījuma. Pēc šī termiņa Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta.

4.8. Apdrošināšanas atlīdzība darbnespējas gadījumā.

4.8.1. Slimnīcas dienas nauda.

- 4.8.1.1. Slimnīcas dienas nauda ir Apdrošināšanas atlīdzība, ko saņem Apdrošinātais, ja tas Traumu un kaulu lūzumu rezultātā veselības kaitējumu dēļ, kas ir norādīti pilnajā atlīdzību izmaksu tabulā, nokļūst stacionārā un atrodas tur kā pacients vismaz 24 stundas.
- 4.8.1.2. Apdrošinātais saņem Apdrošināšanas atlīdzību (slimnīcas dienas naudu) par katrām 24 stundām, kas pavadītas slimnīcā, Apdrošināšanas polisē noteiktajā apmērā.

- 4.8.1.3. Kopējā slimnīcas dienas naudas Apdrošināšanas atlīdzība ir ierobežota ar 100 (simts) dienām 1 (vienu) apdrošināšanas gada laikā.
- 4.8.1.4. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā pēc ārstēšanas kursa pabeigšanas, pamatojoties uz ārstniecības iestādes izsniegto izrakstu, kurā norādīts stacionārā pavadītais laiks.

4.8.2. **Dienas nauda.**

- 4.8.2.1. Dienas nauda ir Apdrošināšanas atlīdzība, ja Traumu un kaulu lūzumu rezultātā ir radusies pārejoša darbnespēja veselības kaitējumu dēļ, kas ir norādīti pilnajā atlīdzību izmaksu tabulā.
- 4.8.2.2. Darbnespējas gadījumā Apdrošinātais saņem Apdrošināšanas atlīdzību (dienas naudu) par katrām 24 darbnespējas stundām Apdrošināšanas polisē noteiktajā apmērā.
- 4.8.2.3. Kopējā dienas naudas Apdrošināšanas atlīdzība ir ierobežota ar 50 (piecdesmit) darbnespējas dienām vienā Apdrošināšanas gadījumā un 100 (simts) darbnespējas dienām apdrošināšanas gada laikā.
- 4.8.2.4. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā pēc ārstēšanas kursa pabeigšanas, pamatojoties uz ārstējošā ārsta izziņu un noslēgtām darbnespējas lapām, kurās norādīts darbnespējas laiks un uz kurām ir darba devēja apstiprinājums. Par darbnespēju apliecināšanu dokumentu tiek uzskatītas tikai Latvijas Republikā izdotās darbnespējas lapas.
- 4.8.2.5. Gadījumos, kad Apdrošinātais nelaimes gadījuma rezultātā ir guvis smadzeņu satricinājumu, cīpslu (saišu) sastiepusumus un/vai sasitumus, mīksto audu saspiedumus, ķermeņa nobrāzumus, durtas brūces, šūtas brūces, dzīvnieku kodienus sekas, naga plātnītes atrāvumu, hiperekstensijas traumu, dienas naudas Apdrošināšanas atlīdzību maksā, sākot ar 9. (devīto) darbnespējas dienu.

4.9. **Papildu medicīniskā palīdzība.**

4.9.1. **Ārkārtējā medicīniskā palīdzība.**

- 4.9.1.1. Ja Apdrošinātais ir cietis nelaimes gadījumā, kas tiek atzīts par Apdrošināšanas gadījumu, Apdrošinātājam ir jāatlīdzina nepieciešamie izdevumi, nepārsniedzot Apdrošinājuma summu 10 000 EUR apmērā:
 - a) cietušā Apdrošinātā meklēšana un glābšanas operācijas, ko veicis valsts vai privāto pakalpojumu sniedzējs;
 - b) cietušā Apdrošinātā transportēšana līdz tuvākajai ārstniecības iestādei ar apstiprinātu ārsta norīkojumu;
 - c) cietušā Apdrošinātā transportēšana līdz pastāvīgajai dzīvesvietai, ja tas ir nepieciešams saskaņā ar apstiprinātu ārsta slēdzienu;
 - d) Apdrošinātā mirstīgo atlieku transportēšana līdz viņa/viņas pastāvīgajai dzīvesvietai, ja Apdrošinātais ir miris ārzemēs, vai nepieciešamās apbedīšanas izmaksas ārzemēs, kas nepārsniedz transportēšanas izdevumus.
- 4.9.1.2. Iestājoties Apdrošinātās personas nāvei vai invaliditātei/darbspēju zudumam nelaimes gadījumu rezultātā, tiek segtas psiholoģiskās palīdzības izmaksas cietušajai personai vai cieši saistītajiem ar Apdrošināto (vecākiem/likumiskajiem aizbildņiem, bērniem, brāļiem, māsām vai laulātajam). Maksimālā Apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt 300 EUR.
- 4.9.1.3. Ja nelaimes gadījuma rezultātā radies Apdrošinātā invaliditātes vai darbspēju zudums, tiek segtas Apdrošinātā pastāvīgās dzīvesvietas pielāgošanas izmaksas (ratiņkrēsla pacelēja vai kāpņu lifta uzstādīšana; uzbrauktuves vai margas uzstādīšana; sanitāro mežglu un darba virsmu pielāgošana). Maksimālā Apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt 600 EUR.
- 4.9.1.4. Iestājoties Apdrošinātās personas nāvei nelaimes gadījumu rezultātā, tiek segti izdevumi par Latvijas Republikā saņemtajiem apbedīšanas pakalpojumiem (zārka iegāde, pakalpojumi kapos, krematorijā; morga pakalpojumi). Apdrošināšanas atlīdzība tiks izmaksāta fiziskai personai, kura apmaksājusi apbedīšanas pakalpojumus. Maksimālā Apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt 600 EUR.

- 4.9.1.5. Ārkārtējās medicīniskās palīdzības Apdrošināšanas gadījumā Labuma guvējam vai tā pilnvarotajai personai jāiesniedz ārkārtas medicīniskās palīdzības izdevumus pamatojošu rēķinu oriģināli. Ja tiek pieprasīts segt cietušās personas meklēšanas un glābšanas izdevumus, jāiesniedz meklēšanas un glābšanas dienesta izsniegts dokuments, kas apliecina meklēšanas un/vai glābšanas darbu faktu, un šādus izdevumus apliecinošs rēķins. Cietušā transportēšanas uz pastāvīgo dzīvesvietu gadījumā jāiesniedz ārsta izziņa, kas apliecina nepieciešamību cietušo turpmākai ārstēšanai pārvest uz pastāvīgo dzīvesvietu.
- 4.9.1.6. Apdrošināšanas atlīdzība par ārkārtas medicīniskās palīdzības izdevumiem netiek maksāta, ja šos izdevumus ir segušas par zaudējumiem atbildīgās personas vai tos sedz citi apdrošināšanas veidi. Ja minētie izdevumi ir segti daļēji, Labuma guvējam ir tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību par izdevumu nesegto daļu.
- 4.9.1.7. Apdrošinātājs maksā Apdrošināšanas atlīdzību par ārkārtas medicīnisko pakalpojumu izdevumiem, ja Apdrošinātais šos pakalpojumus saņem 24 (divdesmit četru) mēnešu laikā pēc nelaimes gadījuma. Pēc šī termiņa Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta.

4.9.2. **Medicīniskie izdevumi.**

- 4.9.2.1. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai par Latvijas Republikas teritorijā saņemtajiem ārstniecības pakalpojumiem. Izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību, tiek piemērots kompensācijas princips.
- 4.9.2.2. Tiek atlīdzināti šādi ārstēšanās izdevumi, kas ir saistīti ar nelaimes gadījumā gūto traumu, atbilstoši Apdrošināšanas līgumam saistošajai Nelaimes gadījumu apdrošināšanas pilnajai atlīdzību izmaksu tabulai (Pielikums Nr. 1):
- a) pacienta iemaksas, kas veiktas par ambulatorajiem vai stacionārajiem ārstniecības pakalpojumiem;
 - b) maksas ambulatorie pakalpojumi:
 - ārstu – speciālistu konsultācijas;
 - ārstējošā ārsta nozīmēti diagnostiskie izmeklējumi (t. sk. rentgena, magnētiskās rezonanses, datortomogrāfijas izmeklējums);
 - ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumi (ārstnieciskā vingrošana, fizikālās procedūras u. c.) – 10 ārstējošā ārsta nozīmētas procedūras par vienu apdrošināšanas gadījumu ar limitu 15 EUR par vienu procedūru;
 - Latvijas Republikas Zāļu reģistrā reģistrētu medikamentu iegāde;
 - ģipša uzlikšana, brūces apdare, pārsiešana, kā arī traumas ārstēšanai nepieciešamo pārsienamo materiālu iegāde;
 - zobu traumatisku bojājumu ārstēšanas izdevumi (piemēram, zobārsta konsultācija, rentgena izmeklējums, vietējā anestēzija, ķirurģiska vai medikamentoza terapija);
 - tehnisko palīgīdzekļu iegāde vai noma (piemēram, kruķi, ortozes);
 - c) maksas stacionārie pakalpojumi – maksas operācijas traumas ķirurģiskai ārstēšanai;
 - d) kosmētiskās operācijas (ja Nelaimes gadījuma rezultātā viena gada laikā no negadījuma tiek veikta kosmētiskā operācija).
- 4.9.2.3. Apdrošināšanas atlīdzības atlīdzināšana:
- a) tiek atlīdzināti ārstēšanās izdevumi, kas saņemti ne vēlāk kā 6 (sešu) mēnešu laikā pēc nelaimes gadījumā gūtās traumas;
 - b) Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, nepārsniedzot Medicīnisko izdevumu riska Apdrošinājuma summu vai Apdrošināšanas atlīdzības apmēru par vienu Apdrošināšanas gadījumu, kas ir norādīts Apdrošināšanas polisē;
 - c) Apdrošinātajai personai nepieciešams iesniegt personificētu maksājumu apliecinošu dokumentu ar saņemtā pakalpojuma atšifrējumu un ārstējošā ārsta izrakstu ar diagnozi un informāciju par nozīmēto terapiju (rekomendācijām turpmākai ārstēšanai), apliecinot, ka saņemtie medicīniskie izdevumi ir saistīti ar gūto traumu.
- 4.9.2.4. Netiek segti izdevumi par:
- a) paaugstināta servisa pakalpojumiem;
 - b) uzturēšanos stacionārā (gultas dienu nauda);
 - c) papildinošās jeb komplementārās medicīnas pakalpojumiem (netradicionālās medicīnas metodes), piemēram, homeopātiju, adatu terapiju, ājurvēdas medicīnu u. c.;
 - d) zobu protezēšanas pakalpojumiem;

- e) mājas aprūpi, t. sk. ārstniecības personu mājas vizītēm;
- f) transportēšanas pakalpojumiem;
- g) psihoterapeitiskās palīdzības saņemšanu.

4.9.3. Akūtas slimības.

- 4.9.3.1. Akūtas slimības gadījumā apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja Apdrošinātā persona sava veselības stāvokļa dēļ tiek ievietota slimnīcā un slimību apstiprina ārsta slēdziens un medicīnisko pārbaūžu veikšana. Akūtai slimībai jābūt diagnosticētai Apdrošināšanas polises darbības laikā. Apdrošināšanas atlīdzības apmērs ir 500 EUR par vienu apdrošināšanas gadījumu, nepārsniedzot 1000 EUR viena apdrošināšanas gada laikā.
- 4.9.3.2. Akūto slimību saraksts:
 - 4.9.3.2.1. Ebolas vīrusslimība, malārija, difterija, garais klepus, stingumkrampji, botulisms;
 - 4.9.3.2.2. akūts apendicīts;
 - 4.9.3.2.3. meningokoku infekcija;
 - 4.9.3.2.4. gāzes gangrēna;
 - 4.9.3.2.5. pneimokoku infekcija;
 - 4.9.3.2.6. hospitālā infekcija, sepse;
 - 4.9.3.2.7. ārpusdzemdes grūtniecības operācija;
 - 4.9.3.2.8. trauslo kaulu slimība (bērniem), kas pirmo reizi diagnosticēta apdrošināšanas līguma darbības laikā;
 - 4.9.3.2.9. ērču encefalīts, ērču mielīts, ērču encefalomielīts;
 - 4.9.3.2.10. trihineloze, legioneloze;
 - 4.9.3.2.11. kuņģa vai divpadsmitpirkstu zarnas čūlas perforācija;
 - 4.9.3.2.12. sistēmiskā sarkanā vilkēde, kas pirmo reizi diagnosticēta apdrošināšanas līguma darbības laikā;
 - 4.9.3.2.13. žultsakmeņi, kuru dēļ tika veikta žultspūšļa izņemšanas operācija;
 - 4.9.3.2.14. nierakmeņi, kuri tika izņemti litotripsijas vai ķirurģiskas procedūras veidā ne vairāk kā 2 (divas) reizes apdrošināšanas līguma darbības laikā;
 - 4.9.3.2.15. tuberkuloze, kas pirmo reizi diagnosticēta apdrošināšanas līguma darbības laikā, personām, kas jaunākas par 18 gadiem;
 - 4.9.3.2.16. 1. tipa cukura diabēts, kas pirmo reizi diagnosticēts apdrošināšanas līguma darbības laikā.
- 4.9.3.3. Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā par 4.9.3.2.8.–4.9.3.2.16. punktā minētajām slimībām un to paasinājumiem, ja tās tika diagnosticētas pirms apdrošināšanas līguma stāšanās spēkā vai pirmo 30 dienu laikā no apdrošināšanas līguma sākuma.

5. Apdrošinājuma ņēmēja un Apdrošinātāja tiesības un pienākumi apdrošināšanas līguma darbības laikā.

- 5.1. Apdrošinātā pienākums ir veikt visus iespējamus pasākumus, lai iespēju robežās mazinātu nelaimes gadījuma sekas.
- 5.2. Apdrošinājuma ņēmēja pienākums ir informēt Apdrošinātāju, tiklīdz tas iespējams, par visiem tam zināmajiem apstākļiem, kuri radušies apdrošināšanas līguma darbības laikā un var ievērojami palielināt apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību vai iespējamo zaudējumu apjomu. Apdrošināšanas riska palielinājums ir gadījums, kad Apdrošinātā darba raksturs vai nodarbošanās ir mainījušies vai kāds no Apdrošinājuma ņēmēja Apdrošināšanas pieteikumā norādītajiem apstākļiem ir mainījies citu iemeslu dēļ. Apdrošinātājam, kuram tika paziņots par apdrošināšanas riska palielināšanu, ir tiesības grozīt apdrošināšanas līguma nosacījumus un palielināt apdrošināšanas prēmiju.
- 5.3. Ja apdrošināšanas līguma darbības laikā apdrošināšanas līgumā norādītie apstākļi, kuru rezultātā apdrošināšanas risks ir samazinājies vai var potenciāli samazināties, būtiski mainās, Apdrošinājuma ņēmējs var informēt Apdrošinātāju par to, iesniedzot Apdrošināšanas pieteikumu apdrošināšanas līguma noteikumu grozīšanai vai apdrošināšanas prēmijas samazināšanai.
- 5.4. Apdrošinātājam ir tiesības mainīt nelaimes gadījumu apdrošināšanas noteikumus, brīdinot par to Apdrošinājuma ņēmēju ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) dienas pirms apdrošināšanas noteikumu plānotā maiņas datuma. Ja Apdrošinājuma ņēmējs nepiekrīt šiem apdrošināšanas noteikumu grozījumiem, nelaimes gadījumu apdrošināšana tiks izbeigta, sākot ar apdrošināšanas noteikumos paredzēto maiņas datumu.

6. Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība.

- 6.1. Apdrošinājumaņēmēja (Apdrošinātā) pienākums, iestājoties nelaimes gadījumam, ir:
 - a) nekavējoties, bet ne vēlāk kā 48 stundu laikā, doties uz veselības aprūpes iestādi;
 - b) sniegt precīzus datus par nelaimes gadījuma iestāšanās apstākļiem ārstējošajam ārstam;
 - c) sekot ārsta norādījumiem un veikt visus iespējamus pasākumus, lai iespēju robežās mazinātu nelaimes gadījuma sekas;
 - d) informēt Apdrošinātāju par katru Apdrošināšanas gadījumu nekavējoties, bet ne vēlāk kā 30 dienu laikā, un izpildīt Apdrošinātāja norādījumus. Ja informācija par nelaimes gadījumu ir aizkavēta, Apdrošinātājs var pieprasīt Apdrošinājumaņēmējam atlīdzināt izdevumus, kas nepieciešami, lai noteiktu Apdrošināšanas gadījumu;
 - e) aizpildīt no Apdrošinātāja saņemto paziņojuma veidlapu par nelaimes gadījumu, sniedzot patiesas ziņas, un nekavējoties nodot to Apdrošinātājam, kā arī sniegt jebkuru citu pieprasīto informāciju, kas saistīta ar šo gadījumu;
 - f) palīdzēt Apdrošinātājam noskaidrot Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās apstākļus un iesniegt dokumentus, kas apstiprina Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās faktu, vietu, laiku un zaudējumu apjomu:
 - akts par nelaimes gadījumu darbā, ja nelaimes gadījums ir iestājies, pildot darba pienākumus;
 - ārstniecības iestādes vai ārstējošā ārsta izziņa par nelaimes gadījumu;
 - citu valsts vai pašvaldības institūciju izziņas par nelaimes gadījumu;
 - personificēti maksājumu apliecinājoši dokumenti (elektroniskā kases aparāta čeks vai stingrās uzskaites kvīts (oriģināls)), ja ir saņemta medicīniskā palīdzība saskaņā ar šo noteikumu 4.7. un 4.9. punktu;
 - g) Apdrošinātājam jāatļauj sevi izmeklēt ārstam, ko šajā nolūkā norīkojis Apdrošinātājs. Ar to saistītos izdevumus sedz Apdrošinātājs;
 - h) Apdrošinātājam ir tiesības pārbaudīt tā saistību izpildei nepieciešamo informāciju saistībā ar apdrošināšanas līgumu, pieprasot ziņas no valsts un pašvaldības iestādēm vai citām personām, kuru rīcībā var būt šāda informācija.
- 6.2. Ja dokumentu ir izsniegusi ārvalsts iestāde, Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt dokumenta tulkojumu latviešu valodā ar tulkun vai notāra apliecinājumu. Apdrošinātājs nesedz minētos izdevumus.
- 6.3. Apdrošinājumaņēmējam, Apdrošinātājam un Labuma guvējam jāievēro šis noteikumu nodaļas 6. punkta nosacījumi.
- 6.4. Apdrošinājumaņēmējs un/vai Apdrošinātais atbild uz Apdrošinātāja anketas jautājumiem pēc iespējas visaptveroši un atgriež to Apdrošinātājam. Apdrošinājumaņēmējam un/vai Apdrošinātājam arī jāsniedz visi citi pieejamie dokumenti un informācija par Apdrošināšanas gadījuma apstākļiem un sekām, kas nepieciešami, lai noteiktu Apdrošināšanas atlīdzības summu. Apdrošinājumaņēmējam un/vai Apdrošinātājam ir tiesības iegūt šos dokumentus saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteikto kārtību.
- 6.5. Saņemot sākotnējo informāciju, Apdrošinātājs veic Apdrošināšanas gadījuma izmeklēšanu, pārbaudot saņemto informāciju attiecīgajās iestādēs, Apdrošinātājs nolīgst attiecīgās nozares iestādes, ekspertus, speciālistus un zinātniekus, lai pārbaudītu Apdrošināšanas gadījumu.
- 6.6. Apdrošinātāja medicīniskais speciālists nosaka Apdrošināšanas atlīdzības apmēru saskaņā ar šo apdrošināšanas noteikumu Apdrošināšanas pilno atlīdzību izmaksu tabulu (Pielikums Nr. 1) un ņemot vērā cietušās personas ārstējošā ārsta slēdzienus, konsultācijas un norādījumus, kā arī cietušās personas rehabilitācijas efektivitāti.
- 6.7. Plastiskās vai atjaunojošās ķirurģijas nepieciešamība tiek noteikta saskaņā ar šo noteikumu 6.6. punkta prasībām pēc atlabšanas procesa beigām, ņemot vērā cietušās personas veselības stāvokli pirms negadījuma un izslēdzot sekas un iepriekšējo traumu kosmētiskos defektus vai iedzimtas anomālijas.
- 6.8. Laimas slimība vai ērcu encefalīts tiek apstiprināts ar seroloģiskajiem testiem, kas veikti, lai diagnosticētu Apdrošinātā inficēšanos ar šīm slimībām ērces koduma dēļ un apstiprinātu slimību un pirmo slimības simptomu parādīšanos vismaz 30 dienu laikā no dienas, kad sāk piemērot papildu apdrošināšanas segšanu. Invaliditāte izpaužas ne vēlāk kā 2 (divus) gadus no datuma, kad Laimas slimība vai ērcu encefalīts tika diagnosticēts.
- 6.9. Apdrošinātājs var novērtēt un noteikt Apdrošinātā ilgtermiņa vai pastāvīgu fizisko stāvokli vai garīgās spējas (invaliditāti) un to līmeni vismaz 12 mēnešu laikā pēc negadījuma, ar nosacījumu, ka invaliditāti apstiprina attiecīgs medicīniskais atzinums. Ja neārstējama fiziskā stāvokļa vai garīgo spēju (invaliditātes) zudums ir neapšaubāms, Apdrošinātājam ir tiesības izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, neņemot vērā šajā punktā noteiktos termiņus.

- 6.10. Apdrošināšanas atlīdzību kopsumma viena apdrošināšanas gada laikā nedrīkst pārsniegt 100% no invaliditātes un traumu un kaulu lūzumu apdrošinājuma summas.
- 6.11. Apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību tikai tajā gadījumā, ja iesniegti visi pieprasītie dokumenti, kas apliecina apdrošināšanas gadījumu. Šie dokumenti kļūst par Apdrošinātāja īpašumu.
- 6.12. Apdrošinātā pienākumu nepildīšanas sekas:
 - 6.12.1. Apdrošinātājs var atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību un pieprasīt atlīdzināt jau veiktās izmaksas, ja Apdrošinātāis ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ nav izpildījis kādu no šajā punktā noteiktajiem pienākumiem.
 - 6.12.2. Apdrošinātājs var samazināt apdrošināšanas atlīdzību, bet ne vairāk kā par 50 procentiem, ja Apdrošinātāis vieglas neuzmanības dēļ nav izpildījis kādu no šajos noteikumos noteiktajiem pienākumiem.
 - 6.12.3. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, 4 (četrus) nedēļu laikā no brīža, kad Apdrošinātājs ir vai nu atzinis zaudējumu atlīdzības prasību, vai izmaksājis apdrošināšanas atlīdzību, abām Līgumslēdzējām pusēm ir tiesības izbeigt apdrošināšanas līgumu. Apdrošināšanas līgums izbeidz savu darbību pēc 15 (piecpadsmit) dienām, skaitot no dienas, kad attiecīgā Līgumslēdzēja puse nosūta rakstisku paziņojumu par apdrošināšanas līguma izbeigšanu.

7. Apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšana.

- 7.1. Apdrošināšanas atlīdzības summa ir atkarīga no invaliditātes pakāpes. Nosakot invaliditātes pakāpi, netiek ņemta vērā iepriekšējo slimību saasināšanās, medicīniskās palīdzības sniegšanas neesamība vai atjaunojošā ķirurģija.
- 7.2. Pilnīga ķermeņa daļas vai orgāna zuduma vai funkcionālo traucējumu izpausmes gadījumā invaliditātes pakāpe tiek noteikta saskaņā ar šo noteikumu 4.4. punktu, pēc kura nosaka invaliditāti negadījumu situācijās.
- 7.3. Cietušās personas darbības zudums un/vai šī zuduma noteikšana, kad VDEĀVK ir noteicis cietušajai personai uz noteiktu laiku vai pastāvīgu darbības (invaliditāte) zudumu, var netikt uzskatīts par pamatu Apdrošināšanas atlīdzības summas aprēķiniem (noteikšanai).
- 7.4. Daļēja zaudējuma vai neārstējamu ķermeņa daļu vai maņu orgānu funkciju bojājumu gadījumā invaliditātes pakāpei jābūt noteiktai no ķermeņa daļu vai maņu orgānu pilnīga trūkuma vai bojājuma procentuālā izteiksmē.
- 7.5. Ja ķermeņa daļa, iekšējie vai maņu orgāni, to zaudējums nav iekļauti noteikumu Apdrošināšanas atlīdzības tabulā, tikuši ievainoti negadījuma dēļ, tad fiziskā vai garīgā bojājuma ķermeņa funkciju pakāpe jānosaka medicīniski saskaņā ar citiem kritērijiem, kas noteikti šo noteikumu 6.6. punktā.
- 7.6. Ja vairākas fiziskas vai garīgas funkcijas tika bojātas negadījuma dēļ, invaliditātes pakāpe jānosaka saskaņā ar šo noteikumu 7.2. punktu, pievienojot šo funkciju pakāpes, bet šī summa nepārsniedz 100%. Apdrošināšanas atlīdzība, kas izmaksāta par visām vienas ķermeņa daļas traumām, nepārsniedz Apdrošināšanas atlīdzību, kas izmaksāta par šīs ķermeņa daļas zaudēšanu.
- 7.7. Ja garīgā vai fiziskā funkcija, kas tikusi neatgriezeniski bojāta slimības vai piedzīvotas traumas dēļ pirms Apdrošināšanas gadījuma, tikusi bojāta negadījuma dēļ, funkciju (invaliditātes) bojājuma pakāpe tiek aprēķināta saskaņā ar šo noteikumu 7.2. punktu, atskaitot atbilstošu orgāna funkcijas zuduma iepriekšējo pakāpi.
- 7.8. Ja gada laikā kopš negadījuma šī paša negadījuma dēļ iestājas Apdrošinātā, kam ir nelaimes gadījumu apdrošināšana, nāve, nav tiesību pieprasīt atlīdzību par invaliditāti kaulu lūzumiem un neatgriezenisku invaliditāti, t. i., daļa no Apdrošināšanas atlīdzības, kas jau tika izmaksāta Apdrošinājuma ņēmējam par invaliditāti, kaulu lūzumiem vai neatgriezenisku invaliditāti, ir jāatskaita no Apdrošināšanas atlīdzības, kas paredzēta nāves gadījumā saskaņā ar šo noteikumu 4.3. punktu.
- 7.9. Ja Apdrošinātā nāve iestājas viena gada laikā no negadījuma dienas un Apdrošinātā nāve nav saistīta ar negadījuma iemesliem vai ja Apdrošinātā nāve iestājas vēlāk nekā gadu pēc negadījuma neatkarīgi no iemesla un tiesības pieprasīt Apdrošināšanas atlīdzību invaliditātes gadījumā saskaņā ar šo noteikumu 4.4. punktu ir iesniegtas, Apdrošināšanas atlīdzība par invaliditāti tiek izmaksāta saskaņā ar invaliditātes pakāpi, kas noteikta saskaņā ar pēdējiem medicīnisko pārbaudu datiem.
- 7.10. Ja Līgumslēdzējas puses vienojušās par apdrošināšanu kaulu lūzumu gadījumos, Apdrošināšanas atlīdzība jānosaka saskaņā ar Apdrošināšanas atlīdzību tabulu par kaulu lūzumu noteikšanu, kas izklāstītas šajos noteikumos, aprēķinot procentus no Apdrošinājuma summas kaulu lūzumu gadījumā.

- 7.11. Ja Līgumslēdzējas puses vienojušās par apdrošināšanu neatgriezeniskas invaliditātes gadījumā, Apdrošināšanas atlīdzība jānosaka saskaņā ar Apdrošināšanas atlīdzību tabulu par neatgriezenisku invaliditāti, kas izklāstītas šajos noteikumos, aprēķinot procentus no Apdrošinājuma summas neatgriezeniskas invaliditātes gadījumā.
- 7.12. Apdrošināšanas atlīdzība saskaņā ar šo noteikumu 4.7. un 4.9. punktu Apdrošinātajam netiek izmaksāta gadījumos, kad šīs izmaksas kompensējušas personas, kas atbildīgas par kaitējumu, vai tās tikušas kompensētas saistībā ar obligāto vai brīvprātīgo apdrošināšanu. Ja minētās medicīniskās palīdzības izmaksas tikušas atlīdzinātas tikai daļēji, Apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību par neatlīdzināto daļu.
- 7.13. Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzības saskaņā ar šo noteikumu 4.7. un 4.9.1. punktu, ja Apdrošinātais saņem šādas medicīniskās palīdzības pakalpojumu 2 (divu) gadu laikā no negadījuma datuma. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par saņemtajiem minētajiem medicīniskās palīdzības pakalpojumiem, nokavējot šajā punktā minēto termiņu.

8. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība.

- 8.1. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta Apdrošinātajam, ja vien apdrošināšanas līgums nenosaka citādi. Apdrošinātā nāves gadījumā Apdrošināšanas atlīdzība jāizmaksā Labuma guvējam. Ja Labuma guvējs apdrošināšanas līgumā nav norādīts, Apdrošināšanas atlīdzība jāizmaksā Apdrošinātā mantiniekiem viņa nāves gadījumā.
- 8.2. Ja noticis negadījums, Apdrošināšanas atlīdzība var tikt izmaksāta pa daļām, izvērtējot Apdrošinātā ārstējošo ārstu slēdzienus un rehabilitācijas efektivitāti.
- 8.3. Ja iestājies Apdrošināšanas gadījums, bet Apdrošinājuma ņēmējs un Apdrošinātājs nav panākuši vienošanos par Apdrošināšanas atlīdzības summu, Apdrošinātājs izmaksā summu, kas ir vienāda ar Apdrošināšanas atlīdzības summu, kuru puses apdrošināšanas līgumā nav apstrīdējušas, ja ir nepieciešami vairāk nekā 3 (trīs) mēneši, lai noteiktu precīzu kaitējuma summu.

9. Apdrošināšanas atlīdzības samazināšana un tās neizmaksāšanas pamats.

- 9.1. Ja veselības traucējumi radušies negadījuma rezultātā, kam par iemeslu bija iepriekšējās slimības un/vai iepriekšējās traumas, Apdrošināšanas atlīdzība var tikt samazināta, ņemot vērā iepriekšējo slimību un/vai traumu.
- 9.2. Apdrošinātajam ir tiesības neizmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību vai izmaksāt zemāku Apdrošināšanas atlīdzības summu, ja Apdrošinājuma ņēmējs neizpilda saistības, kas noteiktas šo noteikumu 6.1. punkta a), c), d) vai f) apakšpunktā, izņemot gadījumus, kad iesniegti pierādījumi par Apdrošināšanas gadījumu un Apdrošinātājs savlaicīgi uzzinājis par Apdrošināšanas gadījumu, un neziņošana par Apdrošināšanas gadījumu nav ietekmējusi Apdrošinātāja pienākumu maksāt Apdrošināšanas atlīdzību.
- 9.3. Apdrošinātajam ir tiesības neizmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību vai izmaksāt zemāku Apdrošināšanas atlīdzības summu, ja:
 - a) braucot mehāniskajā transportlīdzeklī, kas aprīkots ar drošības jostām, Apdrošinātais (vadītājs vai pasažieris) nav bijis piesprādzējies ar drošības jostām;
 - b) Apdrošinātais ir vadījis mehānisko transportlīdzekli bez tiesībām vadīt šāda veida transportlīdzekli;
 - c) Apdrošinātais nav sekojis likumīgiem policijas darbinieku rīkojumiem un tā rezultātā cietis zaudējumus;
 - d) zaudējumi radušies, jo Apdrošinājuma ņēmējs vai Apdrošinātais apzināti nav ievērojis viņam pieejamos pasākumus, lai novērstu vai samazinātu šo kaitējumu.
- 9.4. Ja Apdrošinātājs pieņem lēmumu par Apdrošināšanas atlīdzības neizmaksāšanu vai zemāku Apdrošināšanas atlīdzības samaksu, viņš sniedz pamatotu skaidrojumu un rakstiski informē personas, kurām ir tiesības uz Apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar apdrošināšanas līgumu.

ERGO

Pielikums Nr.1

Nelaiemes gadījumu apdrošināšanas pilnā atlīdzību izmaksu tabula

Šī Nelaiemes gadījumu apdrošināšanas pilnā izmaksu tabula tiek piemērota kopā ar ERGO nelaiemes gadījumu apdrošināšanas noteikumiem Nr. SNG-01-2022

Nosacījumi, kas attiecas uz visiem Izmaksu tabulas punktiem:

- * Visos Izmaksu tabulā paredzētajos punktos, apdrošināšanas atlīdzības izmaksas apjomu izvērtē pēc iesniegtās medicīniskās dokumentācijas vai nepieciešamības gadījumā veicot klienta veselības stāvokļa medicīnisko ekspertīzi.
- * Kaulu lūzumu un mežģījumu gadījumos – iesniegtajā medicīniskajā dokumentācijā obligāti ir jābūt šo diagnožu radioloģiskam apstiprinājumam.
- * Ja Traumas un kaulu lūzumu rezultātā ir iestājušies vienas ķermeņa daļas vai vienas orgānu sistēmas vairāki bojājumi, kas definēti Izmaksu tabulas vienā punktā, apdrošināšanas atlīdzību izmaksā tikai par bojājumu, par kuru ir paredzēta lielākā apdrošināšanas atlīdzība saskaņā ar Izmaksu tabulu.
- * Ja Traumas un kaulu lūzumu rezultātā ir iestājušies vairāku ķermeņa daļu vai vairāku orgānu sistēmu bojājumi, kas ir minēti Izmaksu tabulā, apdrošināšanas atlīdzību izmaksā par katru, bet nepārsniedzot kopējo šim apdrošināšanas atlīdzības veidam noteikto apdrošinājuma summu.
- * Ja pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas saskaņā ar kādu no Izmaksu tabulas punktu tiek konstatēts, ka saskaņā ar citu (citiem) punktu pienākas lielāka apdrošināšanas atlīdzība, tad saskaņā ar attiecīgu punktu izmaksātā atlīdzība tiek atskaitīta no atlīdzības, kas tiek aprēķināta atbilstoši citiem punktiem.

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas
GALVASKAUSS, CENTRĀLĀ UN PERIFĒRĀ NERVU SISTĒMA		
1.	Galvaskausa kaulu lūzums:	
	a) velves kaulu ārējās plātnītes lūzums	7
	b) velves	20
	c) pamatnes	25
	d) velves un pamatnes	35
2.	Galvas trauma, kas izraisījusi:	
	a) epidurālu hematomu	15
	b) subdurālu intracerebrālu hematomu	25
	c) subdurālu un epidurālu (intracerebrālu) hematomu vai subarahnoidālu hematomu	30
	d) galvas smadzeņu satricinājumu ar ārstēšanos ambulatori	1
	e) neirologa apstiprināts galvas smadzeņu satricinājums ar ārstēšanos vairāk par 11 dienām (ambulatori vai stacionāri)	5
	f) neirologa apstiprināts galvas smadzeņu satricinājums ar ārstēšanos vairāk par 20 dienām (ambulatori vai stacionāri)	10
	g) galvas smadzeņu kontūziju, subarahnoidālu asinsizplūdumu	15
	h) svešķermeņi galvaskausa dobumā (izņemot operācijas materiālus)	25
	i) galvas smadzeņu sašķaidījumu (klīniski pamatots)	50
	Piezīme: Apdrošināšanas atlīdzība par atkārtotu smadzeņu satricinājumu tiek izmaksāta, ja trauma ir iestājusies ne ātrāk kā 6 mēnešus pēc iepriekšējās traumas.	

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas
3.	Nervu sistēmas bojājums (traumatisks, toksisks, hipoksisks), kas radījis: a) astēnisku sindromu, distoniju, encefalopātiju b) arahnoidītu, encefalītu, arahnocencefalītu c) viena vai vairāku galvas smadzeņu nervu perifēru bojājumu d) posttraumatisku epilepsiju e) augšējās vai apakšējās ekstremitātes monoparēzi f) paraparēzi vai hemiparēzi (abu augšējo vai abu apakšējo, labās vai kreisās puses abu ekstremitāšu parēzi), amnēziju (atmiņas zudumu) g) monoplēģiju (vienas ekstremitātes paralīzi) h) tetraparēzi (abu augšējo un apakšējo ekstremitāšu parēzi), kustību koordinācijas traucējumus, plānprātību (demenci) i) hemi -, para - vai tetraplēģiju, afāziju (runas zudumu), dekortikāciju, iegurņa orgānu darbības traucējumus	5 10 10 20 30 40 60 70 100
Piezīme: Apdrošināšanas atlīdzību par 3.punktā uzskaitītajiem nervu sistēmas bojājumiem izmaksā pēc viena no apakšpunktiem ievērojot smagāko, ja to apstiprina medicīniskā izziņa, bet ne agrāk kā 6 mēnešus pēc traumas, 6 mēnešu garumā saglabājoties simptomātikai (izmaksā papildus agrāk noteiktajai atlīdzībai par traumas faktu, kas izsaucis minēto nervu sistēmas bojājumu).		
4	Traumatisks muguras smadzeņu bojājums jebkurā līmenī, tai skaitā „zirgastes”: a) satricinājums b) sasitums c) saspiedums, hematomielijs d) daļējs bojājums/daļējs muguras smadzeņu pārrāvums e) pilnīgs muguras smadzeņu pārrāvums	5 10 30 50 100
5	Vienas ekstremitātes traumatisks neirīts (izņemot pirkstu). Piezīme: Apdrošināšanas atlīdzība par 5. punktā minēto tiek izmaksāta tikai papildus noteiktajai atlīdzībai par traumas faktu (traumatiskās neiralģijas nav pamats papildus apdrošināšanas izmaksai).	5
6	Kakla, rokas, jostas un krustu pinumu bojājums (ievainojums, pārrāvums): a) traumatisks pleksīts ar kustības funkciju ierobežojumiem b) pinumu daļējs pārrāvums c) pinumu pilnīgs pārrāvums	10 40 70
7	Nervu pārrāvums: a) nervu zari plaukstas, pēdas līmenī b) viena nerva: - pēdas vai plaukstas locītavas līmenī - apakšdelma, apakšstilba līmenī c) divu un vairāk tai pašā lokalizācijā d) viena - augšdelma, elkoņa locītavas līmenī, augšstilba līmenī e) divu un vairāku - tai pašā līmenī Piezīme: Pirkstu nervu bojājums (rokas, kājas) nav pamats apdrošināšanas atlīdzības izmaksai.	5 10 15 20 25 40
REDZES ORGĀNI		
8	Vienas acs akomodācijas paralīze	15
9	Hemianopsija (redzes lauka puses izkrišana) vienai acij, acs muskuļu bojājums (traumatiska šķielēšana, ptoze, diplopija)	15
10	Vienas acs redzes lauka sašaurināšanās: a) nekoncentriska b) koncentriska	10 15
11	Vienas acs pulsējošais eksoftalms	20

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas																																																		
12	<p>Acs ievainojums, kas radījis redzes pasliktināšanos: acs ābola redzams sasitums, radzenes nobrāzums, hifēma, erozija, caurejošs ievainojums, hemoftalms, apdegums</p> <p>Piezīmes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apdegums bez pakāpes atzīmes nav pamats atlīdzības izmaksai. 2. Apdrošināšanas atlīdzība par redzes asuma pasliktināšanos 12.punktā uzskaitīto bojājumu rezultātā tiek izmaksāta saskaņā ar 18.punktu, atskaitot no aprēķinātās apdrošināšanas atlīdzības iepriekš izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar 12.punktu. 3. Virspusēji acs apvalku svešķermeņi nav pamats atlīdzības izmaksai. 	5																																																		
13	<p>Vienas acs asaru izvadceļu ievainojums:</p> <p>a) bez funkcijas traucējuma</p> <p>b) ar funkcijas traucējumu</p>	<p>5</p> <p>10</p>																																																		
14	<p>Acs traumas sekas:</p> <p>a) konjunktivīts, keratīts, iridociklīts, horioiretinīts</p> <p>b) acs ābola apvalku un plakstu konjunktīvas rētas (izņemot rētas uz plakstu ādas)</p> <p>c) varavīksnenes defekts, lēcas luksācija, zīlītes formas izmaiņas, skropstu ieaugšana, plakstu izgriešanās, svešķermeņi acs ābolā vai orbītas audos</p> <p>Piezīmes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ja acu ārsts 3 mēnešus pēc traumas konstatē 8., 9., 10., 11., 13b vai 14. punktos minētās sekas un redzes asuma pavājināšanos, apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, summējot šo bojājumu sekas, bet ne vairāk kā 50% par vienu aci. 2. Ja radzenes rēta (apduļļojums) pēc traumas izsaukusi redzes pasliktināšanos, apdrošināšanas atlīdzība tiek noteikta tikai saskaņā 18. punktu. 	<p>2</p> <p>5</p> <p>10</p>																																																		
15	Acs (acu) ievainojums, kas radījis abu vai vienīgās redzīgās acs pilnīgu redzes zudumu (ja redze pirms traumas bija ne zemāka par 0,01)	100																																																		
16	Neredzīgās acs ābola izņemšana (enukleācija) traumas rezultātā	10																																																		
17	Orbītas lūzums, izņemot vaiga kaula, augšžokļa lūzumu	10																																																		
18	<p>Redzes asuma pavājināšanās:</p> <table border="1" data-bbox="209 1211 1246 2128"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="209 1211 1246 1245">Redzes asums</th> <th data-bbox="1246 1211 1492 1368" rowspan="2">Izmaksājamā atlīdzība (% no apdrošinājuma summas)</th> </tr> <tr> <th data-bbox="209 1245 759 1368">pirms traumas</th> <th data-bbox="759 1245 1246 1368">pēc traumas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="209 1368 759 1626" rowspan="7">1,0</td> <td data-bbox="759 1368 1246 1402">0,7 – 0,9</td> <td data-bbox="1246 1368 1492 1402">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 1402 1246 1435">0,4 – 0,6</td> <td data-bbox="1246 1402 1492 1435">10</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 1435 1246 1469">0,3</td> <td data-bbox="1246 1435 1492 1469">15</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 1469 1246 1503">0,2</td> <td data-bbox="1246 1469 1492 1503">20</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 1503 1246 1536">0,1</td> <td data-bbox="1246 1503 1492 1536">30</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 1536 1246 1570">mazāk 0,1</td> <td data-bbox="1246 1536 1492 1570">40</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 1570 1246 1603">0,0</td> <td data-bbox="1246 1570 1492 1603">50</td> </tr> <tr> <td data-bbox="209 1603 759 1883" rowspan="7">0,9</td> <td data-bbox="759 1603 1246 1637">0,6 – 0,8</td> <td data-bbox="1246 1603 1492 1637">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 1637 1246 1671">0,4 – 0,5</td> <td data-bbox="1246 1637 1492 1671">10</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 1671 1246 1704">0,3</td> <td data-bbox="1246 1671 1492 1704">15</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 1704 1246 1738">0,2</td> <td data-bbox="1246 1704 1492 1738">20</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 1738 1246 1771">0,1</td> <td data-bbox="1246 1738 1492 1771">30</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 1771 1246 1805">mazāk 0,1</td> <td data-bbox="1246 1771 1492 1805">40</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 1805 1246 1839">0,0</td> <td data-bbox="1246 1805 1492 1839">50</td> </tr> <tr> <td data-bbox="209 1839 759 2128" rowspan="7">0,8</td> <td data-bbox="759 1839 1246 1872">0,6 – 0,7</td> <td data-bbox="1246 1839 1492 1872">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 1872 1246 1906">0,4 – 0,5</td> <td data-bbox="1246 1872 1492 1906">10</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 1906 1246 1939">0,3</td> <td data-bbox="1246 1906 1492 1939">15</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 1939 1246 1973">0,2</td> <td data-bbox="1246 1939 1492 1973">20</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 1973 1246 2007">0,1</td> <td data-bbox="1246 1973 1492 2007">30</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 2007 1246 2040">mazāk 0,1</td> <td data-bbox="1246 2007 1492 2040">40</td> </tr> <tr> <td data-bbox="759 2040 1246 2074">0,0</td> <td data-bbox="1246 2040 1492 2074">50</td> </tr> </tbody> </table>	Redzes asums		Izmaksājamā atlīdzība (% no apdrošinājuma summas)	pirms traumas	pēc traumas	1,0	0,7 – 0,9	5	0,4 – 0,6	10	0,3	15	0,2	20	0,1	30	mazāk 0,1	40	0,0	50	0,9	0,6 – 0,8	5	0,4 – 0,5	10	0,3	15	0,2	20	0,1	30	mazāk 0,1	40	0,0	50	0,8	0,6 – 0,7	5	0,4 – 0,5	10	0,3	15	0,2	20	0,1	30	mazāk 0,1	40	0,0	50	
Redzes asums		Izmaksājamā atlīdzība (% no apdrošinājuma summas)																																																		
pirms traumas	pēc traumas																																																			
1,0	0,7 – 0,9	5																																																		
	0,4 – 0,6	10																																																		
	0,3	15																																																		
	0,2	20																																																		
	0,1	30																																																		
	mazāk 0,1	40																																																		
	0,0	50																																																		
0,9	0,6 – 0,8	5																																																		
	0,4 – 0,5	10																																																		
	0,3	15																																																		
	0,2	20																																																		
	0,1	30																																																		
	mazāk 0,1	40																																																		
	0,0	50																																																		
0,8	0,6 – 0,7	5																																																		
	0,4 – 0,5	10																																																		
	0,3	15																																																		
	0,2	20																																																		
	0,1	30																																																		
	mazāk 0,1	40																																																		
	0,0	50																																																		

Nr.	Bojājuma raksturs		Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas
	pirms traumas	pēc traumas	Izmaksājamā atlīdzība (% no apdrošinājuma summas)
0,7		0,5 – 0,6	5
		0,3 – 0,4	10
		0,2	15
		0,1	20
		mazāk 0,1	30
		0,0	40
0,6		0,4 – 0,5	5
		0,2 – 0,3	10
		0,1	15
		mazāk 0,1	20
		0,0	25
0,5		0,3 – 0,4	5
		0,1 – 0,2	10
		mazāk 0,1	15
		0,0	20
0,4		0,2 – 0,3	5
		0,1	10
		mazāk 0,1	15
		0,0	20
0,3		0,1 – 0,2	5
		mazāk 0,1	10
		0,0	20
0,2		0,1	5
		mazāk 0,1	10
		0,0	20
0,1		mazāk 0,1	10
		0,0	20
0,1 un mazāk		0,0	20

Piezīmes:

1. Pilnīgam aklumam (0,0) pielīdzina redzes asuma pasliktināšanos mazāk par 0,01 m līdz gaismas sajūtai.
2. Ja traumas dēļ izņemts redzīgas acs ābols (arī pie tā sarūkšanas), papildus izmaksā līdz 10% no apdrošinājuma summas.
3. Lēmumu par traumatisku redzes pasliktināšanos vai citām patoloģiskām izmaiņām pieņem pēc ārstēšanas pabeigšanas, bet ne agrāk kā 3 mēnešus pēc traumas. Acu ārsts nosaka redzes asumu bez korekcijas abām acīm, kā arī novērtē citas ar traumu saistītās izmaiņas. Pirms tam par traumas faktu bez apskates ir tiesības noteikt iepriekšējo izmaksu saskaņā ar 12., 13.a un 17. punktiem.
4. Ja bojātās acs redzes asums pirms traumas nav zināms, to pielīdzina nebojātās acs redzes asumam (ja nebojātās acs redzes asums izrādīsies vājāks par bojātās, nosacīti, šīs acs redzes asums pirms traumas jāpieņem par 1,0).
Ja traumas rezultātā bojātas abas acis un datus par redzes asumu pirms traumas nevar iegūt, to nosacīti pieņem par 1,0.
5. Ja redzes pavājināšanās dēļ implantēta mākslīgā lēca, atlīdzību izmaksā, ievērojot redzes asumu pirms operācijas.

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas
DZIRDES ORGĀNI		
19	Auss gliemežnīcas bojājums (t.sk., ievainojums, apdegums, apsaldējums) ar sekojošu: a) auss gliemežnīcas skrimšļa lūzumu, othematomu, auss gliemežnīcas zudumu līdz 1/3 b) auss gliemežnīcas zudumu virs 1/3 – 1/2 c) vairāk kā 1/2 auss gliemežnīcas zudumu d) pilnīgs auss gliemežnīcas zudumu	5 10 20 30
	Piezīmes: Izmaksa atbilstoši 19. punktam tiek noteikta pēc apskates datiem, beidzoties rētošanās procesam. Ja tiek veikta izmaksa saskaņā ar 19. punktu, 57. punkts netiek piemērots.	
20	Dzirdes pasliktināšanās pēc auss bojājuma, apstiprināts ar otorinolaringologa slēdzienu un audiogrammu vai citu medicīniski atzītu diagnostikas metodi: a) viegla pakāpe (līdz 40 dB) b) vidēja pakāpe (41 - 55 dB) c) vidēji smaga pakāpe (56 - 70 dB) d) smaga pakāpe (71 - 90 dB) e) ļoti smaga pakāpe (91 - 120 dB)	2 5 10 15 25
	Piezīmes: Lēmumu par dzirdes pavājināšanos pieņem pēc ārstēšanās pabeigšanas, bet ne agrāk kā 3 mēnešus pēc traumas (pirms traumas seku izvērtēšanas, var būt atlīdzības iepriekšēja izmaksa par traumas faktu, ja tas atbilst 21. un 22. punktiem).	
21	Vienas (vai abu) auss bungplēvītes plīsums traumas rezultātā bez dzirdes pasliktināšanās.	5
	Piezīmes: 1. Ja traumas rezultātā noticis bungplēvītes plīsums un pasliktinājusies dzirde, atlīdzību nosaka pēc 20. punkta; 21. punkts šajā gadījumā netiek piemērots. 2. Ja bungplēvītes plīsumu radījis galvaskausa pamatnes lūzums (vidējā smadzeņu bedrē), 21. punktu nepiemēro.	
22	Auss bojājums ar akūtu, posttraumatisku strutainu vidusauss iekaisumu	5
ELPOŠANAS ORGĀNI UN ELPOŠANAS SISTĒMA		
23	Deguna kaula vai skrimšļa lūzums, mežģījums, augšžokļa vai pieres dobuma priekšējās sieniņas lūzums: a) bez dislokācijas b) ar dislokāciju	3 5
24	Plaušu bojājums, zemādas emfizēma, pneimotorakss, hemotorakss, eksudatīvs pleirīts, traumatiska pneimonija, svešķermenis krūšu kurvja dobumā: a) viļņpusēji b) abpusēji	5 10
25	Krūšu kurvja un tā orgānu bojājums ar: a) plaušu daļas, daivas izņemšanu b) pilnīgu vienas plaušas izņemšanu	30 60
26	Krūšu kaula lūzums	9
27	Ribu lūzums: a) viena riba b) katra nākamā riba (bet kopumā ne vairāk kā 10%)	3 2
28	Caurejošs krūšu kurvja ievainojums, torakoskopija, torakocentēze, torakotomija: a) bez krūšu kurvja orgānu bojājuma b) ar krūšu kurvja orgānu bojājumu c) torakotomija ar krūšu kurvja orgānu bojājumu d) atkārtotas torakotomijas (vienreiz - neatkarīgi no to skaita)	10 15 20 10
	Piezīmes: Ja sakarā ar krūšu kurvja vai tā orgānu bojājumu izdarīta pilnīga vai daļēja plaušas rezekcija, atlīdzību izmaksā atbilstoši 25. punktam; 28. punkts šajā gadījumā netiek piemērots.	
29	Balsenes, trahejas bojājums, vairogskrimšļa, zemmēles kaula lūzums, augšējo elpošanas ceļu apdegums bez funkcijas traucējuma	5

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas
30	Balsenes, trahejas bojājums, zemmēles kaula, balsenes skrimšļa lūzums, traheostomija, kuri radījuši:	
	a) balss piesmakumu vai zudumu, pastāvīgu traheostomu ar kanili ne agrāk kā 3 mēnešus pēc traumas	10
	b) balss zudumu, pastāvīgu traheostomu ar kanili ne agrāk kā 6 mēnešus pēc traumas	20
	Piezīmes: Atlīdzību saskaņā ar 30. punktu izmaksā papildus iepriekš veiktajai atlīdzības izmaksai saskaņā ar 29. punktu. Ja traumas dēļ ir balsenes vai trahejas funkcijas traucējumi, nepieciešams speciālista slēdziens, kas izsniegts ne agrāk kā 3 mēnešus pēc traumas (pirms tam – atlīdzību izmaksā atbilstoši 29. punktam).	
SIRDS UN ASINSVADU SISTĒMA		
31	Sirds, tās apvalku un/vai lielo maģistrālo asinsvadu bojājums bez sirds un asinsvadu sistēmas mazspējas	15
32	Sirds, tās apvalku un lielo maģistrālo asinsvadu bojājums, kas radījis sirds un asinsrites sistēmas mazspēju:	
	a) I-II pakāpe (pēc NYHA)	15
	b) III - IV pakāpe (pēc NYHA)	20
	Piezīmes: Ja ārsta izziņā nav norādīta sirds un asinsrites mazspējas pakāpe, atlīdzību izmaksā atbilstoši 32.a punktam.	
33	Lielo perifēro asinsvadu bojājums bez asinsrites traucējumiem:	
	a) augšdelma, augšstilba līmenī	10
	b) apakšdelma, apakšstilba līmenī	5
34	Lielo perifēro asinsvadu bojājums, kas radījis asinsrites traucējumus	20
	Piezīmes: 1. Lielie (maģistrālie) asinsvadi: aorta, plaušu, miega un bezvārda artērijas, iekšējās jūga vēnas, augšējās un apakšējās dobās vēnas; vārtu vēna un iekšējo orgānu maģistrālie asinsvadi; 2. Lielie perifērie asinsvadi: zematslēgas, paduses, augšdelma, elkoņa kaula, spieķa kaula artērijas (līdz apakšdelma apakšējās 1/3 līmenim); iegurņa, augšstilba, paceses, priekšējās un mugurējās tibiālās artērijas (līdz apakšstilba apakšējās 1/3 līmenim); rokas un galvas vēnas, paduses, augšstilba un paceses vēnas.	
GREMOŠANAS SISTĒMA		
35	Augšžokļa, vaiga kaula vai apakšžokļa lūzums, apakšžokļa mežģījums:	
	a) augšžokļa, vaiga kaula lūzums, apakšžokļa mežģījums	5
	b) apakšžokļa lūzums, viena kaula dubultlūzums (ar vai bez dislokācijas)	8
	c) 2 vai vairāku kaulu lūzums (ar vai bez dislokācijas)	10
36	Žokļu traumatisks bojājums, kas radījis:	
	a) žokļa daļas zudumu (izņemot alveolāro izaugumu)	40
	b) žokļa pilnīgu zudumu	80
	Piezīmes: Veicot apdrošināšanas atlīdzības izmaksu saskaņā ar 36. punktu, papildus apdrošināšanas atlīdzība par zobu zudumu netiek veikta.	
37	Mēles traumatisks bojājums, kas radījis:	
	a) mēles galiņa zudumu	8
	b) mēles zudumu distālās trešdaļas līmenī	15
	c) mēles zudumu vidējās trešdaļas līmenī	30
	d) mēles zudumu saknes līmenī vai pilnīgu mēles zudumu	60

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas
38	Zobu traumatisks bojājums, kas radījis:	
	a) zoba kroņa vai saknes lūzumu, zoba luksāciju (mežģījumu)	1
	b) viena vai vairāku zobu kroņu atlūzumu	2
	c) 1 zoba zudumu	3
	d) par katru nākamā zoba zudumu (bet kopā ne vairāk kā 25%)	2
	Piezīmes:	
	1. Ja traumas dēļ zaudēti pastāvīgo protēzi fiksējošie zobi, atlīdzību izmaksā, ņemot vērā tikai šo zobu zudumu (pie izņemamo protēžu bojājuma atlīdzību neizmaksā).	
	2. Piena zobu zuduma gadījumā apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai bērniem līdz 5 gadu vecumam.	
	3. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa tiek veikta ar nosacījumu, ka zobs uz negadījuma iestāšanās brīdi bija īsts un anatomiski vesels.	
	4. Par zobu bojājumiem, zudumiem, kas iestājušies ēšanas procesa norises laikā, apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.	
	5. Atlīdzības izmaksa netiek veikta par zoba implanta zudumu.	
	6. Atlīdzība saskaņā ar 38. a punktu tiek izmaksāta par katru bojāto zobu.	
39	Mutes dobuma, rīkles, barības vada, zarnu trakta ievainojums (plīsums, termisks vai ķīmisks apdegums), traumas dēļ veikta diagnostiskā ezofagogastroskopija vai svešķermeņu izņemšanas nolūkā – bez funkcijas traucējuma	5
40	Barības vada bojājums (ievainojums, apdegums), kas radījis:	
	a) barības vada sašaurinājumu – I pakāpe	20
	b) barības vada sašaurinājumu – II pakāpe	50
	c) barības vada sašaurinājumu – III pakāpe	80
	d) barības vada necauraidību – IV pakāpe	100
	Piezīmes:	
	Apdrošināšanas atlīdzība saskaņā ar 40. punktu tiek izmaksāta ne agrāk kā 6 mēnešus pēc traumas iegūšanas. Aprēķinot apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar 40.punktu, no tās tiek atskaitīta iepriekš izmaksāta saskaņā ar 39.punktu apdrošināšanas atlīdzības summa.	
41	Gremošanas orgānu bojājums (plīsums, apdegums, ievainojums), nejauša akūta saindēšanās, kas radījis:	
	a) holecistītu, duodenītu, gastrītu, pankreatītu, enterītu, kolītu, proktītu, paraproktītu	5
	b) kuņģa, zarnu trakta vai resnās zarnas rētainu sašaurinājumu (deformāciju)	15
	c) zarnu, rekto-vaginālo vai aizkuņģa dziedzera fistulu	50
	d) anus praeter-naturalis (kolostoma)	100
	Piezīmes:	
	Traumas sarežģījumu gadījumos, kādi paredzēti b, c apakšpunktos apdrošināšanas atlīdzību izmaksā ne agrāk kā 3 mēnešus pēc bojājuma, d apakšpunktā minētajos gadījumos ne agrāk kā 6 mēnešus pēc traumas iegūšanas dienas.	
42	Posttraumatiska trūce vēdera priekšējā sienā, diafragmā vai pēcoperācijas rētas apvidū, ja operācija izdarīta traumas dēļ	6
	Piezīmes:	
	1. Atlīdzība saskaņā ar 42. punktu tiek izmaksāta papildus summai, kas noteikta par vēdera dobuma orgānu bojājumu.	
	2. Vēdera sienas trūces (nabas, baltās linijas, cirkšņu un cirkšņu-skrotālās), kas radušās smaguma celšanas rezultātā, nav iemesls atlīdzības izmaksai.	
43	Traumatisks aknu bojājums vai nejaušas akūtas saindēšanās rezultātā, kas radījusi:	
	a) neoperēts subkapsulārs aknu plīsums, traumatisks vai toksisks hepatīts, seruma hepatīts (tiešā cēloņsakarībā ar notikušo traumu)	5
	b) aknu mazspēju – 1. stadija	10
	c) aknu mazspēju – 2. stadija	20
	d) aknu mazspēju – 3. stadija	30

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas
44	Aknu, žultspūšļa traumatisks bojājums ar sekojošu:	
	a) aknu un/vai žultspūšļa sašūšanu	15
	b) aknu sašūšanu un žultspūšļa izņemšanu	20
	c) aknu daļēju rezekciju	25
	d) aknu daļēju rezekciju un žultspūšļa izņemšanu	35
45	Liesas traumatisks bojājums:	
	a) subkapsulārs liesas plīsums bez operatīvas iejaukšanās	5
	b) operēta liesa	15
	c) liesas izņemšana	30
46	Kuņģa, aizkuņģa dziedzera, zarnu, apzarņa bojājums ar sekojošu:	
	a) aizkuņģa dziedzera iekaisumu, nekrozi, sašūšanu, posttraumatisku cistu	15
	b) kuņģa, zarnu, aizkuņģa dziedzera rezekciju	25
	c) gastrektomiju	65
47	Vēdera dobuma orgānu bojājums, kura dēļ veikta:	
	a) laparoskopija (laparocentēze)	5
	b) laparotomija bez iekšējo orgānu bojājuma (t.sk., arī pirmsoperācijas laparoskopija, laparocentēze)	10
	c) laparotomija ar iekšējo orgānu bojājumu (t.sk., arī pirmsoperācijas laparoskopija, laparocentēze)	15
	d) atkārtota laparotomija (vienreizēji, neatkarīgi no skaita)	8
	Piezīmes:	
	1. Ja sakarā ar vēdera dobuma orgānu traumu ir iemesls atlīdzības izmaksai atbilstoši 43.- 46. punktam, 47. punktu nepiemēro (izņemot „d” apakšpunktu).	
	2. Ja operācijā, kas izdarīta sakarā ar gremošanas orgānu traumu, konstatē, ka ir bojāts, patoloģiski izmainīts orgāns un izdarīta tā daļēja vai pilnīga izņemšana slimības izmaiņu dēļ, atlīdzība tiek izmaksāta tikai atbilstoši 47.b punktam.	
	3. Ja vienas traumas rezultātā bojāti dažādi vēdera dobuma orgāni, no kuriem viens vai vairāki izņemti, bet cits (citi) šūti, apdrošināšanas atlīdzību izmaksā tikai saskaņā ar vienu Izmaksu tabulas punktu, kas atbilst smagākajai traumai, un 47.punkta c apakšpunktu.	
UROĢENITĀLĀ SISTĒMA		
48	Nieru traumatisks bojājums:	
	a) subkapsulārs plīsums bez operācijas	5
	b) nieres daļas rezekcija	30
	c) nieres pilnīga izņemšana	60
49	Urīna izvadsistēmas orgānu (nieru, urīnvadu, urīnpūšļa, urīnizvadkanāla) traumatisks bojājums ar sekojošu:	
	a) cistītu, uretrītu	5
	b) pielītu, pielocistītu, pielonefrītu, urīnpūšļa tilpuma samazināšanos	10
	c) glomerulonefrītu, akūtu nieru mazspēju, uretera, urīnizvadkanāla sašaurinājumu	20
	d) hronisku nieru mazspēju	30
	e) uretera vai urīnizvadkanāla necaurīdību, uroģenitālu fistulu	40
	Piezīmes:	
	1. Pie traumatiska vairāku urīnizvadsistēmas orgānu funkcijas traucējuma, izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības apmēru nosaka saskaņā ar smagāko 49. punkta apakšpunktu.	
	2. Ja traumas rezultātā ir izdarīta pilnīga vai daļēja nieres izņemšana, 49.punkta a, b, c un d apakšpunktus nepiemēro.	

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas
50	Urīnizvadsistēmas orgānu bojājums, kura dēļ veikta:	
	a) epacistostomija	5
	b) operācija pie aizdomām par orgānu bojājumu	10
	c) operācija orgānu bojājuma gadījumā	15
	Piezīmes: Ja traumas rezultātā izdarīta pilnīga vai daļēja nieres izņemšana, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta atbilstoši 48. b un c punktiem, 50. punktu šajā gadījumā nepiemēro.	
51	Urīnizvadošās vai dzimumorgānu sistēmas bojājums:	
	a) ievainojums, plīsums, apdegums, apsaldējums bez operācijas un funkcijas traucējuma	3
	b) nepilngadīgas personas izvarošana	70
	c) pilngadīgas personas izvarošana	30
52	Dzimumorgānu traumatiskais bojājums, kas radījies:	
	a) viena sēklinieka, olnīcas, olvada zudumu	15
	b) abu sēklinieku, olnīcu vai olvadu, daļēju dzimumlocekļa zudumu	30
	c) dzemdes amputāciju (t.sk. dzemdes piedēkļu):	
	- sievietei līdz 40 gadu vecumam	50
	- sievietei no 40 līdz 50 gadiem	30
	- sievietei pēc 50 gadu vecuma	15
	d) pilnīgu dzimumlocekļa zudumu	60
53	Trauma, kas izsaukusi spontānu abortu, priekšlaicīgas dzemdības, priekšlaicīgu grūtniecības pārtraukšanu	7
MĪKSTIE AUDI		
54	Miksto audu bojājums (izņemot apdegumus) sejā, kakla priekšējā-sānu virsmā, pazodē, ausu gliemežnīcās, kas radījies:	
	a) rētas no 2cm līdz 5cm garumā ar mērenu kosmētisku defektu	5
	b) ievērojamu kosmētisku defektu	20
	c) izkropļojumu	50
	Piezīmes: 1. Kosmētiskās rētas - atšķiras no ādas krāsas, paceļas virs tās virsmas, savēl audus. Izkropļojums - sejas dabiskā izskata izmaiņas mehāniskas, ķīmiskas, termiskas vai citas vardarbīgas iedarbības rezultātā. 2. Ja pie sejas skeleta kaulu lūzuma ar fragmentu novirzi izdarīta operācija (atklāta repozīcija), kādēļ sejā radusies rēta, atlīdzība izmaksājama, ievērojot lūzumu un pēcoperācijas rētu (radījusi kosmētiskus traucējumus). 3. Atlīdzības izmaksa pēc b un c apakšpunktiem tiek veikta ne ātrāk kā 3 mēnešus pēc traumas gūšanas datuma.	
55	Miksto audu bojājums (izņemot apdegumus) galvas matainajā daļā, uz ķermeņa, ekstremitātēm, kas radījies rētas:	
	a) no 3 - 5 cm (ieskaitot)	3
	b) no 5 cm līdz 15 cm (ieskaitot)	5
	c) no 15 cm līdz 30 cm (ieskaitot)	15
	d) virs 30 cm	25
	Piezīmes: 1. Ja tiek veikta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa par traumu, kuras dēļ Apdrošinātajam ir veikta operācija (pie atklātiem bojājumiem, mežģījumiem, plastikas, asinsvadu un nervu šuvēm u.c.), 55.punktu nepiemēro. 2. Saskaņā ar šo punktu rētas tiek novērtētas ne ātrāk kā 3 mēnešus pēc traumas gūšanas datuma.	
56	Miksto audu bojājums, kura rezultātā ir radusies:	
	a) hematoma (ķirurģiski ārstēta), neuzsūkusies hematoma (vairāk kā 1 mēnesi no traumas iestāšanās brīža)	3
	b) muskuļu trūce vai plīsums	4
	c) hemartroze (apstiprināta ar punkciju)	5
	d) cīpslu plīsums (izņemot roku pirkstu), autotransplantācija	4

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas
APDEGUMI UN APSALDĒJUMI		
57	Galvas un kakla apdegums, elpošanas ceļu apdegums, apsaldējumi:	
	a) II pakāpe (bez pēcapdeguma rētām, kas izraisījuši pigmentācijas plankumu veidošanos):	
	no 0,5% līdz 2%	2
	2 % un vairāk no ķermeņa virsmas	5
	b) II pakāpe (ar pēcapdeguma rētām)	
	līdz 1% no ķermeņa virsmas	5
	no 1% līdz 4,5% no ķermeņa virsmas	10
	no 4,5% līdz 9% no ķermeņa virsmas	15
	c) III pakāpe (ar pēcapdeguma rētām)	
	līdz 4,5% no sejas virsmas	30
	virs 4,5% no sejas virsmas	50
	d) IV pakāpe (ar pēcapdeguma rētām un izkropļojumiem)	70
58	Ķermeņa un ekstremitāšu apdegums, apsaldējums:	
	a) II pakāpes apdegumi, apsaldējumi, kas radījuši nepieciešamību ārstēties nepārtraukti (ambulatori, stacionārā) ne mazāk kā 8 dienas:	
	0,5% - 1% (ieskaitot) no ķermeņa virsmas	2
	1% līdz 5% (ieskaitot) no ķermeņa virsmas	5
	5% līdz 10% (ieskaitot) no ķermeņa virsmas	10
	no 10% līdz 20% (ieskaitot) no ķermeņa virsmas	20
	no 20% līdz 40% (ieskaitot) no ķermeņa virsmas	30
	vairāk par 40% no ķermeņa virsmas	40
	a) III - IV pakāpes apdegumi, apsaldējumi, kas radījuši nepieciešamību ārstēties nepārtraukti (ambulatori, stacionārā) ne mazāk kā 8 dienas:	
	līdz 1% no ķermeņa virsmas	10
	no 2% līdz 5% no ķermeņa virsmas	15
	no 6% līdz 10% no ķermeņa virsmas	25
	no 11% līdz 20% no ķermeņa virsmas	35
	no 21% līdz 30% no ķermeņa virsmas	50
	no 31% līdz 40% no ķermeņa virsmas	60
	vairāk par 41% no ķermeņa virsmas	70
	Piezīmes:	
	Elektrotraumas ar kontaktaapdegumiem atbilst III - IV pakāpei.	
59	Augšējās ekstremitātes amputācija jebkurā līmenī sakarā ar pēcapdeguma un pēcapsaldējuma izkropļojumiem:	
	a) vienas augšējās ekstremitātes amputācija	65
	b) vienīgās augšējās ekstremitātes amputācija	100
60	Plaukstu apdegums, apsaldējums:	
	a) II pakāpe (bez pēcapdeguma rētām)	5
	b) III pakāpe (ar pēcapdeguma rētām)	20
	c) IV pakāpe (pēcapdeguma kropļojumi ar vai bez sekojošas amputācijas)	60
61	Apakšējās ekstremitātes amputācija jebkurā līmenī sakarā ar pēcapdeguma un pēcapsaldējuma izkropļojumiem:	
	a) vienas apakšējās ekstremitātes amputācija	70
	b) vienīgās apakšējās ekstremitātes amputācija	100

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas
62	Starpenes un dzimumorgānu apdegums, apsaldējums:	
	a) II pakāpe (bez pēcapdeguma rētām, bez urīnizvadošo un dzimumorgānu funkciju traucējumiem)	10
	b) III pakāpe:	
	ar pēcapdeguma rētām, urīnizvadošo un dzimumorgānu funkciju traucējumiem, viena sēklinieka vai daļēju dzimumlocekļa zudumu	30
	ar pēcapdeguma rētām, urīnizvadošo un dzimumorgānu funkciju traucējumiem, abu sēklinieku, pilnīgu dzimumlocekļa zudumu	60
63	Apdeguma slimība, intoksikācija, apdeguma šoks	10
	Piezīmes:	
	1. Apdrošināšanas atlīdzība atbilstoši 63. punktam izmaksājama papildus tai, ko izmaksā sakarā ar apdegumu.	
	2. Izvērtējot apdeguma radītos ādas-zemādas audu bojājumus, tiek ņemta vērā apdeguma platība, kas tiek izteikta % no cilvēka ķermeņa virsmas, kā arī no apdeguma dziļuma pakāpes. Apdeguma platības noteikšanā tiek izmantots "devītnieku likums":	
	Cilvēka ķermeņa virsmā:	
	- galva un kakls = 9%	
	- augšējā ekstremitāte (bez plauksta) = 9%	
	- plauksta = 1%	
	- apakšējā ekstremitāte = 18%	
	- ķermeņa priekšpuse un mugurpuse (katra) = 18%	
	- starpene un dzimumorgāni = 1%.	
MUGURKAULS		
64	Skriemeļa ķermeņa, loka vai locītavu izaugumu lūzums, mežģījums (izņemot krusta-astes kaulu):	
	a) viena-divu skriemeļu	10
	b) par katru nākamo (bet kopā ne vairāk kā 40%)	5
65	Katra šķērsizauguma vai smailā izauguma lūzums, starpskriemeļu saišu daļējs vai pilnīgs pārrāvums, skriemeļu mežģījumi	5
66	Krusta kaula lūzums	10
67	Astes kaula trauma:	
	a) skriemeļu mežģījums	5
	b) skriemeļu lūzums	5
	Piezīmes:	
	Ja vienas traumas rezultātā radies skriemeļa ķermeņa lūzums, saišu bojājums, šķērsizaugumu vai smailo izaugumu lūzums, atlīdzību izmaksā vienu reizi – tikai par smagāko bojājumu.	
AUGŠĒJĀ EKSTREMITĀTE		
Lāpstiņa un atslēgas kauls		
68	Traumatisks lāpstiņas, atslēgas kaula lūzums, akromioklavikulārā, sternoklavikulārā savienojuma plīsums:	
	a) viena kaula lūzums vai viena savienojuma plīsums bez dislokācijas; akromioklavikulārās locītavas mežģījums	5
	b) viena kaula lūzums ar dislokāciju, divu kaulu lūzums, viena kaula dubultlūzums, divu savienojumu plīsums. Viena kaula lūzums, mežģījums un viena savienojuma plīsums	10
	c) divu savienojumu plīsums un viena kaula lūzums, divu kaulu lūzums un viena savienojuma plīsums	15
Pleca locītava		
69	Pleca locītavas bojājums (lāpstiņas locītavas iedobuma lūzums, lielā paugura lūzums, saišu vai locītavas somiņas plīsums, pleca locītavas mežģījums):	
	a) cīpslu, muskuļu, locītavas kapsulas plīsums, kaulu fragmentu atrāvums, pleca locītavas mežģījums	10
	b) lielā paugura lūzums, divu kaulu lūzums, lāpstiņas lūzums ar pleca locītavas mežģījumu	15
	c) lāpstiņas locītavas iedobuma, augšdelma galviņas, anatomiskā un/vai ķirurģiskā kakliņa lūzums, lūzums – mežģījums	20

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas
70	Pleca locītavas bojājums 1 gada laikā pēc traumas ar sekojošu:	
	a) locītavas nekustīgumu (ankilozī)	25
	b) patoloģisku kustīgumu pleca locītavā, locītavas virsmu veidojošu kaulu rezekcijas rezultātā	40
	Piezīmes:	
	1. Atlīdzību saskaņā ar 70. punktu izmaksā papildus tai, kas tika izmaksāta par pleca locītavas traumu tad, ja punktā uzskaitītās komplikācijas konstatētas ne agrāk kā 6 mēnešus pēc traumas (apstiprina ārsta izziņa).	
	2. Par atkārtotu traumu, kas ir radusies 1 gada laikā pēc traumas par 69. un 70. punktā minētajiem bojājumiem, atlīdzību neizmaksā.	
	3. Atlīdzības izmaksa netiek veikta par ieraduma mežģīļumiem.	
Augšdelms		
71	Augšdelma lūzums jebkurā līmenī (augšējā, vidējā vai apakšējā 1/3), izņemot intraartikulāru:	
	a) bez dislokācijas	7
	b) ar dislokāciju	10
72	Augšējās ekstremitātes traumatiska amputācija, smags bojājums, kas izraisījis amputāciju:	
	a) lāpstiņas, atslēgas kaula vai to daļu līmenī	80
	b) pleca locītavas līmenī	70
	c) augšdelma līmenī	65
	d) vienīgās ekstremitātes	100
	Piezīmes:	
	Izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši 72. punktam, papildus izmaksa par operāciju netiek veikta.	
Elkoņa locītava		
73	Elkoņa locītavas bojājums:	
	a) locītavas apvidus bojājumi – pilnīgs vai daļējs saišu, locītavas somiņas pārrāvums (plīsums)	5
	b) kaula fragmentu atrāvums, t.sk. epikondīļu, spieķa vai elkoņa kaula lūzums, elkoņa locītavas mežģīļums	10
	c) spieķa un elkoņa kaula lūzums	15
74	Elkoņa locītavas bojājums ar augšdelma kaula intraartikulāru lūzumu ar spieķa un elkoņa kauliem (3 kaulu lūzums)	20
Apakšdelms		
75	Apakšdelma kaulu lūzums jebkurā līmenī, izņemot intraartikulāri:	
	a) viena kaula lūzums bez dislokācijas	7
	b) viena kaula lūzums ar dislokāciju, abu kaulu lūzums bez dislokācijas	10
	c) abu kaulu lūzums ar dislokāciju	12
76	Traumatisks smags bojājums:	
	a) ar sekojošu apakšdelma amputāciju jebkurā līmenī	65
	b) ar sekojošu eksartikulāciju elkoņa locītavā	70
	c) vienīgās ekstremitātes amputācija apakšdelma līmenī	100
	Piezīmes:	
	Ja apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta atbilstoši 76. punktam, papildus atlīdzība par operāciju netiek noteikta	
PLAUKSTA		
Plauksta locītava		
77	Plauksta locītavas traumatisks bojājums:	
	a) saišu daļējs vai pilnīgs pārrāvums, mežģīļums	4
	b) īlenveida izauguma (izaugumu) atrāvums, kaulu fragmenta (fragmentu) atrāvums, elkoņa kaula galviņas mežģīļums	5
	c) spieķa kaula lūzums “tipiskā vietā” bez dislokācijas	8
	d) spieķa kaula lūzums “tipiskā vietā” ar dislokāciju	10
	e) plauksta perilunārs mežģīļums, pseidoartroze	15

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas
78	Plaukstas locītavas bojājums 1 gada laikā pēc traumas ar nekustīgumu plaukstas locītavā (ankilozī) Piezīmes: Apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar 78.punktu izmaksā, ja nekustīgumu plaukstas locītavā konstatē, ne agrāk kā 6 mēnešus pēc traumas (apstiprināts ar izziņu).	15
Plaukstas kauli		
79	Vienas plaukstas delnas, pamatkaulu lūzums vai mežģījums: a) viena kaula (izņemot laivveida) b) divu kaulu c) trīs un vairāk kaulu, laivveida kaula	 5 7 10
80	Plaukstas traumatisks smags bojājums ar sekojošu amputāciju: a) delnas kaulu plaukstas pamata kaulu līmenī vai plaukstas locītavā, ievērojot cietušā „vadošo” roku b) vienīgās plaukstas amputācija	 50 100
Piezīmes: Ja apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta atbilstoši 80. punktam, papildus izmaksa par operāciju netiek veikta.		
PLAUKSTAS PIRKSTI		
Pirmais pirksts		
81	Pirksta bojājumi: a) mežģījums, cīpslas (cīpslu) kapsulas bojājums b) lūzums	 3 7
82	Bojājums ar sekojošu 1. pirksta amputāciju: a) naga falangas līmenī b) starpfalangu locītavas līmenī (naga falangas zudums) c) pamata falangas, metakarpālā kaula – pamata falangas locītavas līmenī d) ar metakarpālo kaulu vai tā daļu e) reamputācija (atkārtota amputācija) tās pašas falangas līmenī	 10 15 20 25 5
Piezīmes: Ja apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta atbilstoši 82. punktam, papildus izmaksa par operāciju netiek veikta.		
2, 3, 4, 5 pirksti		
83	Pirkstu bojājums (atkarībā no traumēto pirkstu skaita): a) viena pirksta lūzums, mežģījums, cīpslu bojājums b) par katra nākamā pirksta bojājumu	 2 2
84	Viena pirksta bojājums ar sekojošu: a) amputāciju naga falangas līmenī (falangas zudumu) b) amputāciju vidusfalangas līmenī (2 falangu zudumu) c) amputāciju pamata falangas līmenī (pirksta zudumu) d) pirksta amputāciju ar metakarpālā kaula daļu	 5 10 13 15
Piezīmes: Ja apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta atbilstoši 84. punktam, papildus izmaksa par operāciju netiek veikta. Vairāku pirkstu amputācijas gadījumā atlīdzība tiek izmaksāta par katru traumēto pirkstu.		
IEGURNIS		
85	Iegurņa kaulu lūzumi: a) zarnu kaula spārna lūzums b) viena kaula lūzums (izņemot zarnu kaula spārna lūzumu) c) divu kaulu lūzums vai viena kaula dubultlūzums, viena savienojuma plīsums d) trīs un vairāku kaulu lūzums, divu vai trīs savienojumu plīsums e) vairāku kaulu lūzums ar vienlaicīgu mazā iegurņa orgānu bojājumu	 5 15 18 30 40

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas
Gūžas locītava		
86	Gūžas locītavas bojājumi:	
	a) kaula fragmentu atrāvums, daļējs saišu pārrāvums bez mežģījuma	5
	b) izolēts viena vai abu grozītāju atrāvums	10
	c) gūžas locītavas mežģījums, acetabulum lūzums	15
	d) ciskas kaula galviņas/ kakliņa lūzums	25
87	Gūžas locītavas bojājums, ar sekojošu:	
	a) nekustīgumu (ankilozī), ciskas kaula kakliņa nesaaugušu lūzumu (neīsta locītava), endoprotezēšanu	30
	Piezīmes: Apdrošināšanas atlīdzību par nesaaugušu lūzumu saskaņā ar 87. punktu izmaksā, ja minētās komplikācijas konstatē ne agrāk kā 9 mēnešus pēc traumas (apstiprinātas ar ārsta izziņu).	
APAKŠĒJĀ EKSTREMITĀTE		
Augšstilbs		
88	Augšstilba kaula lūzums:	
	a) jebkurā līmenī, izņemot locītavu rajonus (augšējā, vidējā, distālā 1/3) bez dislokācijas	20
	b) jebkurā līmenī, izņemot locītavu rajonus (augšējā, vidējā, distālā 1/3) ar dislokāciju, kaula dubultlūzums	25
89	Augšstilba kaula kombinēts lūzums:	
	a) augšstilba kaula distālās metafīzes vai kondiļu lūzums kopā ar apakšstilba jebkura kaula proksimālu lūzumu	25
90	Smaga trauma ar sekojošu augšstilba kaula amputāciju jebkurā līmenī:	
	a) vienas ekstremitātes	70
	b) vienīgās ekstremitātes	100
	Piezīmes: Ja atlīdzība izmaksāta atbilstoši 90. punktam, papildus atlīdzība par operāciju netiek veikta.	
Ceļa locītava		
91	Ceļa locītavas bojājums:	
	a) Patellas skrimšļa bojājums	1
	b) hemartroze, kas apstiprināta ar punkciju	3
	c) kaula fragmentu atrāvums, mazā liela kaula galviņas lūzums, menisku bojājums, sānu saišu daļējs vai pilnīgs plīsums, Patellas lūzums	5
	d) starpkondiļu izauguma, epikondiļu, lielā liela kaula kondiļu lūzums, priekšējo un/vai mugurējo krustenisko saišu daļējs vai pilnīgs plīsums	8
	e) augšstilba kaula kondiļu lūzums	15
	Piezīmes: Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja ārstniecības iestādes dokumentos tiek norādīts precīzs traumas gūšanas datums.	
92	Ceļa locītavas bojājums:	
	a) ar locītavas nekustīgumu (ankilozī), endoprotezēšana	25
	Piezīmes: Atlīdzību atbilstoši 92. punktam, izmaksā papildus agrāk noteiktajai atlīdzībai par traumas faktu	
Apakšstilbs		
93	Apakšstilba kaulu lūzums jebkurā līmenī, izņemot intraartikulāru:	
	a) mazā lielakaula lūzums bez dislokācijas	4
	b) mazā lielakaula lūzums ar dislokāciju, kaulu fragmenta atrāvums	5
	c) lielā lielakaula lūzums bez dislokācijas	8
	d) lielā lielakaula lūzums ar dislokāciju, fibulas dubultlūzums	10
	e) abu apakšstilba kaulu lūzumi, lielā lielakaula dubultlūzums	15

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas
94	Traumatiska amputācija vai smags bojājums ar sekojošu: a) apakšstilba amputāciju jebkurā līmenī b) eksartikulāciju ceļa locītavā c) vienīgās ekstremitātes amputāciju apakšstilba jebkurā līmenī Piezīmes: Izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši 94. punktam, papildus izmaksa par operāciju netiek veikta.	60 70 100
PĒDA		
Pēdas locītava		
95	Pēdas locītavas bojājums: a) pēdas locītavu saišu daļējs vai pilnīgs pārrāvums, mežģījums, kaula fragmentu atrāvumi b) vienas potītes lūzums vai lielā liela kaula malas lūzums bez dislokācijas c) vienas potītes lūzums vai lielā liela kaula malas lūzums ar dislokāciju d) divu potīšu lūzums, starpkaulu sindesmozes plīsums e) abu potīšu lūzums ar lielā lielakaula malas lūzumu, lielā lielakaula intraartikulārs lūzums	4 8 10 15 20
96	Pēdas locītavas bojājums: a) ar nekustīgumu pēdas locītavā (ankilozī) b) ar eksartikulāciju pēdas locītavā Piezīmes: Pēdas locītavas traumas 96. punkta komplikāciju gadījumā, atlīdzību izmaksā atbilstoši smagākā bojājuma apakšpunktam.	20 50
97	Ahileja cīpslas bojājums: a) ārstējot konservatīvi b) ārstējot operatīvi	8 20
Pēdas kauli		
98	Pēdas kaulu trauma: a) pēdas saišu daļējs vai pilnīgs pārrāvums, pēdas kaulu mežģījums b) viena kaula lūzums (izņemot papēža un veltņa kaula) c) veltņa kaula, divu kaulu lūzums, mežģījums d) trīs un vairāk kaulu lūzums un/vai mežģījums, papēža kaula lūzums un/vai mežģījums, pēdas subtalārs mežģījums, mežģījums pēdas kaulu locītavu līmenī (Šeparta, Lisfranka locītava)	3 5 7 15
99	Pēdas trauma ar sekojošu: a) 1 – 2 kaulu (izņemot papēža un veltņa kaula) nesaaugušu lūzumu b) artrodēzi subtalārā locītavā, Šeparta un Lisfranka locītavā Piezīmes: Iestājoties 99. a) apakšpunktā minētajai komplikācijai, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja minētā komplikācija tiek konstatēta ne agrāk kā 2 mēnešus pēc traumas iestāšanās datuma.	5 20
100	Pēdas amputācija: a) metatarsofalangeālās locītavās (visu pirkstu zudums) b) pleznas kaulu vai pēdas pamata kaulu līmenī c) veltņa kaula, papēža kaula (pēdas zudums) Piezīmes: Izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši 100. punktam, papildus izmaksa par operāciju netiek veikta.	30 40 50
Pēdas pirksti		
101	Pirksta (-u) falangu lūzumi, mežģījumi, cīpslu bojājumi: a) viena pirksta b) par katru nākamo (bet kopā ne vairāk kā 10%)	2 2

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas
102	Pirkstu traumatiskais bojājums ar sekojošu to amputāciju:	
	Pirmā pirksta:	
	a) naga falangas līmenī (naga falangas zudums)	5
	b) pamata falangas līmenī (pirksta zudums)	10
	2, 3, 4, 5 pirkstu:	
	a) viena – divu pirkstu naga vai vidusfalangu līmenī	4
	b) viena – divu pirkstu pamata falangu līmenī (pirkstu zudums)	8
	c) trīs – četru pirkstu naga vai vidusfalangu līmenī	12
	d) trīs – četru pirkstu pamata falangu līmenī (pirkstu zudums)	20
	Piezīmes:	
	Izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši 102. punktam, papildus izmaksā par operāciju netiek veikta.	
103	Traumatiskais bojājums ar sekojošu:	
	a) ligatūras fistulas veidošanās, limfostāzi, trofiskas traucējumiem	5
	b) tromboflebītu, osteomielītu, t. sk. hematogēno osteomielītu	10
104	Traumatiskais šoks; hemorāģisks, kardiogēns, neirogēns, septisks, anafilaktisks šoks traumas rezultātā; apdeguma slimība, saspieduma sindroms	8
105	Nejauša akūta saindēšanās, asfiksija, ērcu encefalīts, mielīts vai poliomiēlīts, elektriskās strāvas vai atmosfēras elektrības iedarbība, čūskas kodiena sekas, stinguma krampji, hipotermija:	
	ārstējoties ambulatori vismaz 7 dienas	1
	ārstējoties stacionārā:	
	a) līdz 7 dienām	5
	b) 8 līdz 14 dienām	7
	c) 15 līdz 21 dienu	15
	d) vairāk par 21 dienu	25
	Piezīmes:	
	1. Ja ārsta izziņā ir norādīts, ka 105. punktā uzskaitītie notikumi ir radījuši kāda orgāna bojājumu, apdrošināšanas atlīdzību izmaksā pēc atbilstošā punkta (105. punkts tad netiek piemērots).	
	2. Apdrošināšanas atlīdzība par ērcu encefalītu, mielītu vai poliomiēlītu tiek izmaksāta tikai Apdrošinātajam esot vakcinētam pret attiecīgām slimībām. Asfiksijas gadījumā, lai veiktu izmaksu, ir jābūt veiktai bronhoskopijai.	
106	Traumas, kas izsaukušas:	
	a) cīpslu (saišu) sastiepumus un/vai sasitumus (ar cieto imobilizāciju - ģipsi, longeti, ortozi), mīksto audu saspiedumus, plašus ķermeņa nobrāzumus, kas radījuši funkcionālus traucējumus un ārstēti ne mazāk kā 7 dienas	1
	b) durtas brūces, šūtas brūces (seja <2cm, ķermenis <3cm), t.sk. svešķermeņa evakuācijas rezultātā, dzīvnieku kodienus, naga plātnītes atrāvums, acs ārējo apvalku svešķermeņi	1
	c) hiperekstenzijas trauma	1
	d) subhondrāls, subkortikāls, osteohondrāls, trabekulārs bojājums	1
	e) sekas, kas nav minētas nevienā Izmaksu tabulas punktā un kas tika ārstētas nepārtraukti ne mazāk kā 10 dienas ambulatori vai 2 diennaktis stacionāri	1
	Piezīmes:	
	1. Par 106.punktā uzskaitītiem bojājumiem Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai vienu reizi apdrošināšanas perioda laikā un tikai, ja Apdrošināšanas atlīdzība netiek veikta saskaņā ar kādu citu Izmaksu tabulas punktu.	
	2. Ja Apdrošināšanas līguma darbības laikā iestāties kāds no gadījumiem, kas norādīts 106.punkta e) apakšpunktā, to atsevišķi izvērtē Apdrošinātāja ārsts. Komplikētu gadījumu izvērtēšanai tiek pieaicināti neatkarīgi ārsti – eksperti.	

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība līdz % no apdrošinājuma summas
107	Ja Nelaiemes gadījumā gūtās traumas vai kaula lūzuma (bojājums, kas ir paredzēts vienā no Izmaksu tabulas punktiem) rezultātā Apdrošinātajam tiek veikta operācija, izņemot šuvju uzlikšanu un citu ķirurģisku iejaukšanos (primārā ķirurģiskā brūču apstrāde, virspusēja svešķermeņa izņemšana utml.).	15
108	Ja Nelaiemes gadījumā gūts komplikēts kaula lūzums, kā rezultātā Apdrošinātajam tiek veikta operācija (kaula lūzuma ietekmē skarti apkārtesošie audi - asinsvadi, nervi, muskuļi, locītavas kapsula).	25