

ERGO Universālās dzīvības apdrošināšanas noteikumi Nr. UL4-06-2018

Šie noteikumi ir apstiprināti ar Apdrošinātāja 2018. gada 20. jūnija rīkojumu un stājas spēkā ar apdrošināšanas līguma noslēgšanas dienu.

Ievads

ERGO Universālā dzīvības apdrošināšana ir dzīvības apdrošināšana ar uzkrājumu veidošanu Fondos (tirgum piesaistīta dzīvības apdrošināšana ar līdzekļu uzkrāšanu) ar iespēju iekļaut katrai Apdrošinātajai personai šādus papildu Apdrošināšanas segumus:

- audzināšanas pabalsta apdrošināšana;
- pilnīga un nepārejoša darbaspēju zuduma apdrošināšana (pilnīgas neatgriezeniskas invaliditātes apdrošināšana);
- kritisko saslimšanu apdrošināšana;
- nelaimes gadījumu apdrošināšana:
 - nāve;
 - invaliditāte;
 - kaulu lūzumi;
 - dienas nauda;
 - slimnīcas dienas nauda;
 - ārkārtas medicīniskā palīdzība.

Apdrošināšanas noteikumu struktūra

ERGO Universālās dzīvības apdrošināšanas noteikumi sastāv no:

- I Apdrošināšanas noteikumu vispārīgās daļas, kas attiecas uz dzīvības apdrošināšanu ar Uzkrāto kapitālu;
- II Papildapdrošināšanas noteikumu daļas, ko piemēro papildus šo noteikumu vispārīgajai daļai atkarībā no izvēlētajā papildu Apdrošināšanas seguma.

I Apdrošināšanas noteikumu vispārīgā daļa

1. Noteikumos lietotie galvenie 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), kuras vārdā Latvijas Republikā darbojas **ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle** (reģistrēta Latvijas Republikas Komercreģistrā ar vienoto reģistrācijas Nr. 40103336441, juridiskā adrese Skanstes iela 50, Rīga, LV-1013).

Apdrošinājumaņēmējs – persona, kura noslēdz

apdrošināšanas līgumu savā vai citas personas labā.

Līgumslēdzējas puses – Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs, kuri noslēguši apdrošināšanas līgumu.

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. Vienā apdrošināšanas līgumā var iekļaut vairākas Apdrošinātās personas.

Galvenais Apdrošinātais – Apdrošinātā persona, kuras dzīvība ir apdrošināta un kuras vārdā tiek uzkrāts kapitāls.

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

Apdrošināšanas pieteikums – dokuments(-i), kuru Apdrošinājumaņēmējs iesniedz Apdrošinātājam, lai informētu to par apdrošināšanas objektu (personas dzīvību, veselību, fizisko stāvokli), faktiem, apstākļiem, kas nepieciešami apdrošināšanas riska novērtēšanai un apdrošināšanas līguma noslēgšanai.

Apdrošināšanas polise – apliecinājums par apdrošināšanas līguma noslēgšanu.

Apdrošināšanas gads – apdrošināšanas līguma darbības ietvaros noteikts divpadsmit mēnešu ilgš laika posms, kas tiek aprēķināts, sākot ar apdrošināšanas perioda sākuma datumu.

Apdrošināšanas prēmija – Apdrošināšanas polisē noteiktais maksājums par apdrošināšanu.

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 gadījums – ar apdrošināto risku cēloniski saistīts notikums, kuram iestājoties paredzēta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši apdrošināšanas līgumam, vai apdrošināšanas termiņa beigas dzīvības apdrošināšanas līgumam ar līdzekļu uzkrāšanu, ja apdrošināšanas periodā nav

iestājies ar apdrošināto risku cēloniski saistīts notikums (Galvenā Apdrošinātā nāve);

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

Ieguldījumu programma – Apdrošinājumaņēmēja izvēlēti ieguldījumu Fondu un tajos ieguldīto Apdrošināšanas prēmiju procentuālais sadalījums.

Fondi – ieguldījumu Fondu naudas līdzekļu investēšanai saskaņā ar apdrošināšanas līgumu.

Ieguldījumu vienība – ieguldījumu Fonda nosacītā vienība.

Uzkrātā kapitāla struktūra – Uzkrātā kapitāla sadalījums (izteikts Ieguldījumu vienībās) starp ieguldījumu Fondiem.

Uzkrātais kapitāls – saskaņā ar apdrošināšanas līgumu noteikta Ieguldījumu vienību vērtība, kas tiek aprēķināta, ņemot vērā Ieguldījumu vienībām piemērojamo pirkuma cenu to pārdošanas brīdī.

Atpirkuma summa – naudas summa, kuras apmērs vai aprēķināšanas kārtība noteikta apdrošināšanas līgumā un kuru Apdrošinātājs izmaksā Apdrošinājumaņēmējam, ja pēc viņa iniciatīvas apdrošināšanas līgumu izbeidz pirms termiņa vai arī atzīst par spēkā neesošu. Tā tiek aprēķināta no Uzkrātā kapitāla vērtības, kas izveidojusies uz apdrošināšanas līguma izbeigšanas brīdi, atskaitot līguma izbeigšanas maksu.

Ieguldījumu vienības cena – Fonda uzskaites vienības tīrā aktīvu vērtība (NAV – net asset value), kuru Fondu pārvaldes sabiedrība nosaka un publicē katras darba dienas beigās. Apdrošinātājs savā vietnē www.ergo.lv norāda saiti uz tīmekļvietni, kur var sekot līdzi Ieguldījumu vienību cenām.

Cenrādis – saistībā ar apdrošināšanas līgumu Apdrošinātāja noteiktās minimālās summas un komisijas maksas par papildu pakalpojumiem. Piemērojamais Cenrādis, kas attiecas uz noslēgto apdrošināšanas līgumu, tiek publicēts Apdrošinātāja tīmekļvietnē www.ergo.lv.

2. Apdrošināšanas līguma noslēgšana.

- 2.1. Apdrošināšanas līguma noslēgšanai Apdrošinājumaņēmējs iesniedz Apdrošinātājam Apdrošināšanas pieteikumu. Pieteikuma iesniegšana un prēmijas iemaksas veikšana pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas neuzliek Apdrošinātājam pienākumu noslēgt apdrošināšanas līgumu. Apdrošinājumaņēmējs un Apdrošinātās personas aizpilda Apdrošinātāja noteikto pieteikuma veidlapu, ja to pieprasa Apdrošinātājs. Pieteikums apdrošināšanas līguma noslēgšanai zaudē spēku, ja Apdrošinājumaņēmējam nav izsniegta Apdrošināšanas polise 3 mēnešu laikā no šā pieteikuma parakstīšanas dienas.
- 2.2. Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt pirmsapdrošināšanas veselības pārbaudes veikšanu. Šajā gadījumā izdevumus, kas radušies saistībā ar pirmsapdrošināšanas veselības pārbaudēm, sedz Apdrošinātājs.
- 2.3. Ja 15 dienu laikā no Apdrošināšanas pieteikuma saņemšanas dienas Apdrošinātājs nav rakstiski paziņojis Apdrošināšanas pieteikuma iesniedzējam

apdrošināšanas noteikumus, saskaņā ar kuriem tas ir gatavs noslēgt apdrošināšanas līgumu, vai nav paziņojis par nepieciešamību veikt Apdrošinātā riska padziļinātu izpēti, uzskatāms, ka Apdrošinātājs ir atteicies noslēgt Apdrošināšanas līgumu. Ja Apdrošināšanas prēmija ir tikusi samaksāta saskaņā ar iesniegto Apdrošināšanas pieteikumu pirms apdrošināšanas riska novērtējuma un Apdrošinātāja atteikšanās noslēgt apdrošināšanas līgumu, tad Apdrošināšanas prēmija tiek atmaksāta personai, kas to samaksājusi. Par Apdrošināšanas gadījumiem, kas ietverti šajos apdrošināšanas noteikumos un notikuši šajā laika periodā, Apdrošinātājam nav jāmaksā Apdrošināšanas atlīdzība.

- 2.4. 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 Līgumslēdzēja puse ir vienojusās.
- 2.5. Ja Apdrošinājumaņēmējs izbeidz apdrošināšanas līgumu saskaņā ar šo noteikumu 15.2. punktu vai ir atteicies no apdrošināšanas līguma noslēgšanas, nesamaksājot prēmijas pirmo iemaksu, Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt, lai Apdrošinājumaņēmējs kompensē Apdrošinātā pirmsapdrošināšanas medicīniskās pārbaudes, kuras Apdrošinātājs veicis par saviem līdzekļiem.
- 2.6. Noslēdzot apdrošināšanas līgumu, kā arī tā darbības laikā Apdrošinājumaņēmējam jāsniedz Apdrošinātājam informācija pēc Apdrošinātāja pieprasījuma saistībā ar apdrošināšanas līgumu.
- 2.7. Apdrošināšanas līgums sastāv no šādiem dokumentiem:
 - a) Apdrošināšanas pieteikuma ;
 - b) Apdrošinātā(-o) anketas(-ām);
 - c) Apdrošināšanas polises un tās pielikumiem;
 - d) ERGO Universālās dzīvības apdrošināšanas noteikumiem;
 - e) citiem Apdrošinājumaņēmēja iesniegtiem dokumentiem un pieteikumiem, kas attiecas uz apdrošināšanas līguma noslēgšanu, grozīšanu un izpildi.

3. Apdrošināšanas gadījumi.

- 3.1. Apdrošināšanas gadījums ir:
 - a) Apdrošinātā nāve apdrošināšanas līguma darbības laikā (izņemot gadījumus, kas paredzēti šo noteikumu 4. punktā);
 - b) apdrošināšanas līguma termiņa beigas, ja līdz tam nav iestājusies Galvenā Apdrošinātā nāve.
- 3.2. Ja tiesa vai cita institūcija normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā pasludina Apdrošināto par mirušu, to uzskata par Apdrošināšanas gadījumu, ja Apdrošinātā nāves datums, ko paziņojusi attiecīgā

iestāde, atbilst Apdrošināšanas seguma derīguma termiņam.

4. Gadījumi, kas netiek apdrošināti.

- 4.1. Apdrošināšanas gadījumi, kad Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta:
- ja apdrošināšanas līguma darbības pirmo divu gadu laikā Apdrošinātais izdara pašnāvību;
 - ja Apdrošinātā nāve iestājas saistībā ar aktīvu vai pasīvu dalību kara darbībā, masu nemieros vai radioaktīvo saindēšanos, radioaktīvo piesārņojumu, kodolenerģijas ietekmē;
 - ja Apdrošinātā nāve iestājas, tam veicot vai cenšoties veikt krimināli sodāmu darbību. Kriminālpārkāpuma esamība ir jāpierāda ar pirmstiesas izmeklēšanas iestāžu izmeklēšanas materiāliem, secinājumiem, procesuālo lēmumu vai tiesas spriedumu;
 - ja Apdrošinātā nāve iestājas Apdrošinātā, Apdrošinājuma ņēmēja vai Labuma guvēja ļauna nolūka vai rupjas neuzmanības dēļ, izņemot Apdrošinātā pašnāvību pēc Apdrošināšanas otrā darbības gada;
 - Galvenā Apdrošinātā nāve, kas iestājusies viena gada laikā kopš apdrošināšanas līguma noslēgšanas un ko ir izraisījusi iedzimta slimība.

5. Apdrošināšanas objekts dzīvības apdrošināšanā.

- 5.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā dzīvība.

6. Apdrošinājuma summa un Apdrošināšanas atlīdzības.

- 6.1. Galvenā Apdrošinātā dzīvības apdrošināšanas Apdrošinājuma summa ir norādīta Apdrošināšanas polisē. Apdrošinātājs var noteikt Apdrošinātā minimālo dzīvības Apdrošinājuma summu un minimālo vai maksimālo Apdrošinātās personas vecumu.
- 6.2. Galvenā Apdrošinātā nāves gadījumā Apdrošināšanas atlīdzības summa ir atkarīga no apdrošināšanas līgumā izvēlētajām apdrošināšanas iespējām (A vai B) un Apdrošinājuma summas. Ja apdrošināšanas līgumā ir paredzēta apdrošināšanas iespēja A, tad Galvenā Apdrošinātā nāves gadījumā tiek izmaksāta lielākā no divām summām – Apdrošinātā dzīvības Apdrošinājuma summa vai Uzkrātais kapitāls. Ja apdrošināšanas līgumā ir paredzēta apdrošināšanas iespēja B, tad Galvenā Apdrošinātā nāves gadījumā tiek izmaksāta Apdrošinātā dzīvības Apdrošinājuma summa un Uzkrātais kapitāls. Pēc apdrošināšanas līguma Līgumslēdzēju pušu vienošanās papildapdrošināšanā var iekļaut dzīvības apdrošināšanu Apdrošinātajam. Apdrošināšanas līgumā norāda Apdrošinājuma summas par katru Apdrošināto. Ja Apdrošinātajam iestājas nāves gadījums, kas ir apdrošināts, tad tiek izmaksāta šīs

Apdrošinātās personas dzīvības Apdrošinājuma summa.

- 6.3. Gadījumā, ja Galvenajam Apdrošinātajam iestājas nāves gadījums, kas nav apdrošināts, Labuma guvējam tiek izmaksāta Atpirkuma summa. Ja Apdrošinātajai personai iestājas nāves gadījums, kas nav apdrošināts, tad šīs personas apdrošināšana tiek izbeigta un Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.
- 6.4. Ja Apdrošinātais pirmo divu gadu laikā kopš dzīvības apdrošināšanas papildapdrošināšanas iekļaušanas Apdrošināšanas polisē vai Apdrošinājuma summas palielināšanas, izņemot gadījumus, kas paredzēti šo noteikumu 4.1. a) punktā, izdara pašnāvību, Apdrošināšanas atlīdzība tiek aprēķināta atbilstoši šo noteikumu 6.2. un 6.3. punktā noteiktajai kārtībai, par pamatu ņemot pēdējo divu gadu Apdrošinātā zemāko dzīvības apdrošināšanas Apdrošinājuma summas vērtību.
- 6.5. Ja neiestājas Galvenā Apdrošinātā nāves gadījums līdz apdrošināšanas termiņa beigām, tad Apdrošinātājs izmaksā Galvenajam Apdrošinātajam Uzkrāto kapitālu saskaņā ar šo noteikumu 14.7. punktu.

7. Apdrošināšanas prēmijas.

- 7.1. 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.
- 7.2. Apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības veikt papildu Apdrošināšanas prēmiju maksājumus, kas nav paredzēti Apdrošināšanas polisē, iesniedzot Apdrošinātajam pieteikumu. Papildu apdrošināšanas prēmiju maksājums neatbrīvo Apdrošinājuma ņēmēju no apdrošināšanas līgumā paredzētās regulārās Apdrošināšanas prēmijas maksājuma.
- 7.3. Papildu Apdrošināšanas prēmijas maksājums nedrīkst būt mazāks par minimālo Apdrošināšanas prēmiju. Apdrošinātājs nosaka minimālās Apdrošināšanas prēmijas apmēru.
- 7.4. Apdrošinājuma ņēmēja samaksātā Apdrošināšanas prēmija pēc atskaitījumu piemērošanas tiek pārrēķināta Ieguldījumu vienībās Apdrošinājuma ņēmēja izvēlētajā Ieguldījumu programmas ietvaros saskaņā ar Cenrādi, ja vien apdrošināšanas līgumā nav norādīts citādi.
- 7.5. Apdrošināšanas prēmijas, kas tiek apmaksātas līdz Apdrošināšanas polises izsniegšanas dienai, pēc

- Apdrošinātāja noteikto atskaitījumu piemērošanas tiek konvertētas Ieguldījumu vienībās saskaņā ar Cenrādi. Ja Cenrādī norādīto Ieguldījumu vienību konvertācijas termiņu nav iespējams ievērot no Apdrošinātāja neatkarīgu apstākļu dēļ, tad samaksātā Apdrošināšanas prēmija pēc Apdrošinātāja noteikto atskaitījumu piemērošanas tiek pārvērsta Ieguldījumu vienībās vēlāk, tiklīdz tas ir iespējams.
- 7.6. Par Apdrošināšanas prēmijas apmaksas datumu uzskata datumu, kurā attiecīgā naudas summa ir ieskaitīta Apdrošinātāja norādītajā norēķinu kontā bankā. Ja nevar noteikt sasaisti starp ieskaitīto naudas summu un apdrošināšanas līgumu atbilstoši šo noteikumu 7.1. punktam, par Apdrošināšanas prēmijas apmaksas datumu tiek uzskatīts datums, kurā ienākošā naudas summa ir identificēta un sasaistīta ar attiecīgo apdrošināšanas līgumu.
- 7.7. Apdrošinājumaņēmējs sedz ar Apdrošināšanas prēmijas maksājumiem saistīto bankas komisiju.
- 7.8. Apmaksātā Apdrošināšanas prēmija tiek konvertēta Apdrošināšanas polisē norādītajā valūtā saskaņā ar Cenrādi.
- 8. Apdrošināšanas atskaitījumi.**
- 8.1. Apdrošinātājs ietur Apdrošināšanas polisē norādītos atskaitījumus no Apdrošināšanas prēmijas un Uzkrātā kapitāla šajos noteikumos paredzētajā kārtībā.
- 8.2. Apdrošināšanas prēmijas atskaitījumi tiek ieturēti no vienreizējā Apdrošināšanas prēmijas (iemaksas) maksājuma, kā arī no papildu Apdrošināšanas prēmiju maksājumiem, kas nav norādīti apdrošināšanas līgumā.
- 8.3. Tālāk norādīti Apdrošinātāja noteiktie apdrošināšanas līguma atskaitījumi, kas tiek ieturēti no Uzkrātā kapitāla katra mēneša pēdējā dienā:
- līguma noslēgšanas atskaitījums, lai segtu apdrošināšanas līguma noslēgšanas izmaksas. Šo atskaitījumu nepiemēro, ja apdrošināšanas līgums ir noslēgts tikai ar vienreizēju Apdrošināšanas prēmiju;
 - administratīvais atskaitījums, lai segtu apdrošināšanas līguma uzturēšanas izmaksas. Šis atskaitījums sastāv no mainīgās un fiksētās daļas;
 - apdrošināšanas riska atskaitījumi, lai segtu izvēlēto Apdrošināšanas seguma izmaksas.
- 8.4. Atskaitījumi, kas piemērojami apdrošināšanas līgumam, un to piemērošanas procedūra tiek norādīti apdrošināšanas līgumā. Apdrošinātājam ir tiesības mainīt atskaitījumu apmērus, kas piemērojami apdrošināšanas līgumam, šo noteikumu 12.12. punktā noteiktajā kārtībā, ja tiek mainīti Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktie obligātie atskaitījumi.
- 8.5. Izmaksājot daļu no Apdrošinājumaņēmēja Uzkrātā kapitāla saskaņā ar šo noteikumu 14.5. punktu, tiek ieturēts atskaitījums par daļējā Uzkrātā kapitāla izmaksu saskaņā ar Cenrādi.
- 8.6. Apdrošinātājs nosaka apdrošināšanas riska atskaitījumus, ņemot vērā Apdrošinātās personas datus.
- 8.7. Apdrošināšanas risku atskaitījumu izmaiņu gadījumā Apdrošinātājs informē Apdrošinājumaņēmēju par šādām izmaiņām 3 mēnešus pirms jauno risku atskaitījumu spēkā stāšanās dienas. Ja Apdrošinājumaņēmējs nepiekrīt risku atskaitījumu maiņai, tad viņam ir tiesības ar Apdrošinātāja piekrišanu bez maksas mainīt apdrošināšanas līguma nosacījumus, kas ietekmē šo atskaitījumu summu pirms jauno atskaitījumu spēkā stāšanās dienas, vai izbeigt apdrošināšanas līgumu saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzēto kārtību.
- 8.8. Ja saskaņā ar šo noteikumu 6.2. punktu apdrošināšanas līgumā ir izvēlēta apdrošināšanas iespēja A, tad Galvenā Apdrošinātā dzīvības apdrošināšanas atskaitījumus aprēķina, ņemot vērā starpību starp Apdrošinājuma summu un Uzkrāto kapitālu un saskaņā ar risku atskaitījumiem, kas noteikti Apdrošināšanas polisē. Ja saskaņā ar šo apdrošināšanas līgumu Uzkrātais kapitāls ir vienāds vai lielāks par Apdrošinājuma summu, tad šāds apdrošināšanas riska atskaitījums Galvenajam Apdrošinātājam netiek piemērots.
- 8.9. Ja apdrošināšanas līguma darbības laikā izveidojas Apdrošināšanas prēmiju pārmaxa, kas rodas no iemaksātajām Apdrošināšanas prēmijām, kas pārsniedz apdrošināšanas līgumā noteikto Apdrošināšanas prēmiju kopsummu, tad šī pārmaxa tiek uzskatīta par papildu Apdrošināšanas prēmiju, no kuras tiek ieturēts Apdrošināšanas prēmijas atskaitījums saskaņā ar Cenrādi. Ja Apdrošināšanas prēmija, kas izveidoja pārmaxu, ir ieskaitīta Apdrošinātāja norādītajā norēķinu kontā bankā 30 dienu laikā līdz apdrošināšanas līguma izbeigšanas datumam, tā tiek atmaksāta atpakaļ Apdrošinājumaņēmējam.
- 9. Apdrošināšanas līguma izbeigšana un spēkā neesība.**
- 9.1. Apdrošināšanas līgums izbeidzas šādu iemeslu dēļ:
- ja nav samaksāta Apdrošināšanas prēmija;
 - ja Uzkrātais kapitāls nav pietiekams, lai segtu atskaitījumus.
- 9.2. Apdrošināšanas līgums var tikt izbeigts arī citos Latvijas Republikas likuma "Apdrošināšanas līguma likums" noteiktajos gadījumos.
- 9.3. Ja apdrošināšanas līguma laikā Uzkrātais kapitāls kļūst mazāks par piemērojamo apdrošināšanas līguma atskaitījumu summu, Apdrošinātājs rakstiski informē Apdrošinājumaņēmēju par apdrošināšanas līguma izbeigšanu, paziņojumā norādot obligātās Apdrošināšanas prēmijas apmēru, kas nepieciešams, lai turpinātu apdrošināšanas līguma darbību. Ja Apdrošinājumaņēmējs nav samaksājis norādīto summu termiņā, kas noteikts Apdrošinātāja

paziņojumā, Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji izbeigt apdrošināšanas līgumu.

10.7. Ieguldījumu vienības cenas vai saites uz Fondu vērtībām tiek publicētas Apdrošinātāja tīmekļvietnē www.ergo.lv.

10. Ieguldījumu programma.

- 10.1. Apdrošinājumaņēmējs apdrošināšanas līguma noslēgšanas laikā izvēlas Ieguldījumu programmu, savā pieteikumā norādot Ieguldījumu programmu vai ieguldījumu Fondu un iemaksāto Apdrošināšanas prēmijas daļu sadalījumu.
- 10.2. Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības izvēlēties ieguldījumu Fondu no saraksta, kuru piedāvā Apdrošinātājs. Apdrošinātājam ir tiesības mainīt Ieguldījumu programmu un ieguldījumu Fondu sarakstu.
- 10.3. Ja Apdrošinātājs pārtrauc piedāvāt kādu no Ieguldījumu programmām vai ieguldījumu Fondiem, Apdrošinātājs paziņo par to Apdrošinājumaņēmējam vismaz 30 dienas iepriekš. Apdrošinājumaņēmējam rakstiski ir jāpaziņo savs lēmums par turpmāko rīcību pirms ieguldījumu Fonda darbības slēgšanas dienas. Ja Apdrošinājumaņēmējs šajā laikā nesniedz savu lēmumu, Apdrošinātājs pēc saviem ieskatiem izmaina Ieguldījumu programmu un/vai pārdala Apdrošinājumaņēmēja Uzkrāto kapitālu, kas izveidojies ieguldījumu Fondā, kurš vairs netiek piedāvāts, starp citiem ieguldījumu Fondiem. Šajā gadījumā Apdrošinātājs nav atbildīgs par Apdrošinājumaņēmēja zaudējumiem, ja vien tādi ir radušies, saistībā ar veikto ieguldījumu Fondu maiņu.
- 10.4. Ieguldījumu fondu apraksti tiek publicēti Apdrošinātāja tīmekļvietnē www.ergo.lv.
- 10.5. Gadījumā, kad mainās kāda ieguldījumu Fonda ieguldījumu stratēģija, Apdrošinātājam par to ir jāpaziņo Apdrošinājumaņēmējam vismaz 30 dienas iepriekš. Apdrošinājumaņēmējam ir jāpaziņo savs lēmums par turpmāko rīcību pirms ieguldījumu Fonda ieguldījuma stratēģijas izmaiņas dienas. Ja Apdrošinājumaņēmējs šajā laikā nesniedz savu lēmumu, Apdrošinātājs atstāj Uzkrāto kapitālu tajā pašā ieguldījumu Fondā vai maina Apdrošinājumaņēmēja Ieguldījumu programmu un/vai pārdala Uzkrāto kapitālu starp citiem ieguldījumu Fondiem tā programmas ietvaros. Šajā gadījumā Apdrošinātājs nav atbildīgs par Apdrošinājumaņēmēja zaudējumiem, ja vien tādi ir radušies, saistībā ar veikto ieguldījumu Fondu maiņu.
- 10.6. Apdrošinājumaņēmējam nav tiesību iesniegt pretenziju attiecībā uz Apdrošinātāja lēmumu par ieguldījumu Fondiem, ja Apdrošinājumaņēmēja Uzkrātais kapitāls būtu jāsadala un apdrošināšanas iemaksas pēc ieguldījumu Fonda darbības slēgšanas būtu jānovirza vai arī jāmaina ieguldījumu stratēģija ieguldījumu Fondiem, ja Apdrošinājumaņēmējs noteiktajā termiņā un norādītajos veidos nav sniedzis šādu informāciju.

11. Apdrošināšanas līguma darbība.

- 11.1. Apdrošinājumaņēmēja apdrošināšanas līguma noslēgšanas pieteikumā norādīto vēlamo apdrošināšanas sākuma datumu Apdrošinātājs var mainīt, ņemot vērā visu nepieciešamo informāciju Apdrošināšanas polises izsniegšanai. Apdrošināšanas periods ir norādīts Apdrošināšanas polisē. Apdrošināšana stājas spēkā apdrošināšanas līgumā norādītā apdrošināšanas perioda pirmajā dienā, bet ne agrāk kā ar brīdi, kad Apdrošināšanas prēmija vai tās pirmā daļa ir samaksāta pilnā apmērā, izņemot gadījumus, kad apdrošināšanas līgumā ir noteikts citādi. Gadījumā, ja pirmā vai vienreizējā Apdrošināšanas prēmija netiek samaksāta 3 mēnešu laikā no apdrošināšanas līguma noslēgšanas dienas, uzskatāms, ka apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā.
- 11.2. Veicot pirmo regulāro Apdrošināšanas prēmiju maksājumu vai samaksājot to vienreizējā maksājumā, Apdrošinājumaņēmējs apliecina, ka piekrīt apdrošināšanas līguma nosacījumiem un apdrošināšanas līgums uzskatāms par noslēgtu.
- 11.3. Apdrošināšanas līgums izbeidzas, ja:
 - a) iestājas Galvenā Apdrošinātā/Apdrošinājumaņēmēja (fiziskas personas) nāve, apdrošināšanas līgumā norādītais Labuma guvējs ir miris un nav pieteikušies mantinieki. Ja Apdrošinājumaņēmēja (fiziskas personas) nāve nav Apdrošināšanas gadījums saskaņā ar šiem apdrošināšanas noteikumiem, apdrošināšanas līgumu var turpināt pēc Apdrošinātāja piekrišanas, saņemot Apdrošinātās personas iesniegumu mainīt Apdrošinājumaņēmēju;
 - b) visas Apdrošināšanas atlīdzības ir izmaksātas;
 - c) Apdrošinājumaņēmējs un Labuma guvējs, kas ir juridiska persona, ir likvidēts un viņa saistības netiek pārņemtas;
 - d) šo noteikumu 9. punkta apakšpunktos noteiktajos gadījumos.
- 11.4. Papildapdrošināšanas noteikumi var paredzēt citus apdrošināšanas līguma izbeigšanas gadījumus. Papildapdrošināšanas segums ir spēkā tikai kopā ar spēkā esošu ERGO Universālo dzīvības Apdrošināšanas segumu.
- 11.5. Apdrošinātā nāves gadījumā izbeidzas Apdrošināšanas segums, ko šī persona ir tiesīga saņemt saskaņā ar apdrošināšanas līgumu.

12. Līgumslēdzēju pušu tiesības un pienākumi apdrošināšanas līguma darbības laikā.

- 12.1. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums iepazīties ar šiem apdrošināšanas noteikumiem, Apdrošinātāja

- piedāvāto Ieguldījumu programmu aprakstiem, Apdrošināšanas prēmiju summām.
- 12.2. Apdrošinātājam ir pienākums, noslēdzot apdrošināšanas līgumu, izsniegt apliecinājumu par apdrošināšanas līguma noslēgšanu – Apdrošināšanas polisi. Apdrošinātājs sniedz arī citu ar apdrošināšanas līgumu saistītu informāciju, kuru Apdrošinātājam ir pienākums sniegt saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.
- 12.3. Apdrošinājumaņēmējam vai Apdrošinātājam apdrošināšanas līguma noslēgšanas un darbības laikā ir pienākums, tiklīdz tas iespējams, paziņot Apdrošinātājam par visiem tam zināmajiem apstākļiem, kuri var ievērojami palielināt apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību vai iespējamo zaudējumu apmēru.
- 12.4. Apdrošinātājs nodrošina Apdrošināšanas segumu, pieņemot, ka Apdrošinājumaņēmējs un Apdrošinātais ir pilnīgi un pareizi atbildējuši uz visiem jautājumiem, kas minēti Apdrošināšanas pieteikumā un anketās, jo īpaši uz tiem jautājumiem, kas saistīti ar Apdrošināto personu pašreizējām vai iepriekšējām slimībām, veselības traucējumiem, kaitīgajiem ieradumiem, iedzimtām slimībām, darba aktivitātēm un vaļaspriekiem. Apdrošinājumaņēmējs un Apdrošinātās personas rakstiski paziņo Apdrošinātājam par Apdrošināšanas pieteikumā norādītās informācijas izmaiņām.
- 12.5. Apdrošinājumaņēmējs 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 Apdrošinājumaņēmējs sniedz šajā punktā uzskaitītajām personām informāciju par apdrošināšanas līguma grozījumiem.
- 12.6. Labuma guvējam ir tiesības:
- saņemt informāciju par Apdrošināšanas gadījuma izmeklēšanas gaitu;
 - pieprasīt Apdrošināšanas atlīdzību apdrošināšanas līgumā noteiktajā kārtībā.
- Labuma guvējam ir jāiesniedz Apdrošinātājam visi pieejamie dokumenti un/vai informācija par Apdrošināšanas gadījuma cēloņiem, apstākļiem un sekām, kuri nepieciešami Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanai un kurus tam ir tiesības saņemt Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētajā kārtībā.
- 12.7. Paziņojumi, kas saistīti ar apdrošināšanas līgumu, tiek iesniegti Apdrošinātājam šajos noteikumos paredzētajā kārtībā saskaņā ar šo noteikumu punktu, par ko ir vienojušās Līgumslēdzējas puses.
- 12.8. Šādi paziņojumi Apdrošinātājam ir saistoši no to saņemšanas brīža.
- 12.8. Gadījumos, kad Latvijas Republikas normatīvie akti un/vai šie apdrošināšanas noteikumi Apdrošinātājam paredz rakstisku informācijas sniegšanu, šī prasība uzskatāma par izpildītu, ja informācija Apdrošinājumaņēmējam (Apdrošinātājam) ir sniegta, izmantojot saziņai Apdrošinātāja klientu pašapkalpošanās portālu, kas ir pieejams Apdrošinātāja tīmekļvietnē www.ergo.lv, vai citā Apdrošinājumaņēmēja pieprasītā veidā saskaņā ar Cenrādi.
- 12.9. Apdrošinājumaņēmējam ir nekavējoties jāziņo Apdrošinātājam par korespondences adreses, nodokļu rezidences, viņa vārda, uzvārda vai informācijas par politiski nozīmīgas personas statusu maiņu. Ja Apdrošinājumaņēmējs plāno uzturēties ārpus Latvijas Republikas ilgāk par 3 mēnešiem, tad Apdrošinātājam ir jānorāda Latvijā dzīvojoša persona, kas pilnvarota Apdrošinājumaņēmēja vārdā saņemt Apdrošinātāja paziņojumus, vai arī jānorāda sava e-pasta adrese korespondencei.
- 12.10. Apdrošinātājs var arī sniegt citus papildu apdrošināšanas līguma administrēšanas pakalpojumus, kas nav iekļauti atskaitāmajās maksās, saskaņā ar Cenrādi.
- 12.11. Ne retāk kā reizi 12 mēnešos Apdrošinātājs informē Apdrošinājumaņēmēju par viņa Uzkrātā kapitāla vērtību, kā arī sniedz Apdrošinājumaņēmējam citu informāciju, kas pieejama Apdrošinātāja klientu pašapkalpošanās portālā tīmekļvietnē www.ergo.lv.
- 12.12. Apdrošinātājam ir jāinformē Apdrošinājumaņēmējs par apdrošināšanas līguma atskaitījumiem un Cenrāža izmaiņām ne vēlāk kā 30 dienas pirms izmaiņu spēkā stāšanās datuma. Ja ir paredzēti lielāki apdrošināšanas līguma atskaitījumi, izņemot Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktos obligātos atskaitījumus, Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības izbeigt apdrošināšanas līgumu pirms šo izmaiņu spēkā stāšanās dienas Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētajā kārtībā.

13. Apdrošināšanas atlīdzības noteikšana.

- 13.1. Apdrošinātājs Apdrošināšanas atlīdzības izmaksai Apdrošinātā nāves gadījumā pieprasa šādus dokumentus:
- miršanas apliecības kopija, uzrādot oriģinālu vai tās notariāli apstiprinātu kopiju;
 - ārsta vai attiecīgās institūcijas izsniegts dokuments par nāves cēloni;
 - tiesas vai citas institūcijas izdoti dokumenti, kas apliecina Labuma guvēja tiesības uz Apdrošināšanas atlīdzību (mantiniekiem – mantojuma apliecība, spēkā stājies tiesas spriedums).
- 13.2. Par Apdrošinātā nāves gadījumu jāpaziņo Apdrošinātājam, tiklīdz tas ir iespējams.

- 13.3. Visus ar apliecināmo dokumentu saņemšanu saistītos izdevumus, kā arī izdevumus, kas saistīti ar pierādījumu iegūšanu, sedz persona, kura ir pieprasījusi Apdrošināšanas atlīdzību.
- 13.4. Lai pieņemtu lēmumu par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, Apdrošinātājs ir tiesīgs pieprasīt vēl citus nepieciešamos dokumentus, kā arī ievākt vajadzīgos pierādījumus.

14. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšana.

- 14.1. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksā apdrošināšanas līgumā norādītajiem Labuma Guvējiem/Galvenajam Apdrošinātajam. Ja apdrošināšanas līgumā nav norādīti Labuma guvēji, tad Apdrošinātā nāves gadījumā Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta Apdrošinājumaņēmēja mantiniekiem Latvijas Republikas Civillikumā noteiktajā kārtībā. Citus maksājumus (Atpirkuma summu, daļu no Uzkrātā kapitāla u. c.) Apdrošinātājs izmaksā Apdrošinājumaņēmējam, viņa pilnvarotajām personām, mantiniekiem vai viņa tiesību pārņēmējiem saskaņā ar apdrošināšanas līgumu, ja tas nav pretrunā ar šo noteikumu 14.2. punktu.
- 14.2. Ja Apdrošinātais ir nepilngadīga vai rīcībnespējīga persona, Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā vienīgi norēķinu kontā bankā, kas atvērta uz šīs personas vārda. Nepilngadīgas vai rīcībnespējīgas personas nāves gadījumā Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta viņa mantiniekiem Latvijas Republikas Civillikumā noteiktajā kārtībā.
- 14.3. Apdrošinātājs Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā Labuma Guvējam/Galvenajam Apdrošinātajam pēc apdrošināšanas līguma darbības termiņa beigām, pārskaitot to uz Labuma Guvēja/Galvenā Apdrošinātā norādīto norēķinu kontu bankā. Ja ir jāveic Apdrošināšanas atlīdzību pārskaitījums ārpus Latvijas, ar pārskaitījumu saistītās izmaksas sedz un riskus uzņemas Labuma guvējs/Galvenais Apdrošinātais (piemēram, valūtas maiņa, pārskaitījumu maksas, zaudējumi, kavējumi utt.).
- 14.4. Apdrošinātājs veic Apdrošināšanas atlīdzības maksājumu nacionālajā valūtā, kas ir spēkā Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas brīdī, 30 dienu laikā no dienas, kad visa informācija, kas ir nepieciešama, lai noteiktu Apdrošināšanas gadījuma faktu, apstākļus, sekas un Apdrošināšanas atlīdzības apmēru, ir saņemta (ieskaitot papildu informāciju no tiesībaizsardzības iestādēm, veselības aprūpes iestādēm utt.).
- 14.5. Sākot ar otro Apdrošināšanas gadu, Apdrošinājumaņēmējs, informējot Apdrošinātāju par to 30 dienas iepriekš, ir tiesīgs izņemt daļu no Uzkrātā kapitāla, neizbeidzot apdrošināšanas līgumu. Uzkrātā kapitāla atlikums pēc Uzkrāto kapitāla daļu izmaksāšanas nevar būt mazāks par minimālo summu, ko noteicis

Apdrošinātājs un kas norādīta Cetrādī. Daļa no Uzkrātā kapitāla tiek izmaksāta, kad Apdrošinājumaņēmējs samaksā nodevu par Uzkrātā kapitāla daļas izņemšanu tādā apmērā, kādu nosaka Apdrošinātājs. Šo maksu var ieturēt no Uzkrātā kapitāla saskaņā ar šo noteikumu 8.5. punktu.

- 14.6. Pēc apdrošināšanas līguma termiņa beigām Apdrošinātājs izmaksā līguma darbības laikā Uzkrāto kapitālu 7 darba dienu laikā no šī termiņa beigām, bet ne vēlāk kā 7 darba dienu laikā pēc Apdrošinājumaņēmēja vai Labuma guvēja rakstiska pieteikuma vai citu dokumentu, kas nepieciešami Apdrošināšanas atlīdzības noteikšanai, iesniegšanas. Gadījumos, kad pieteikums ir iesniegts pirms apdrošināšanas līgumā norādītā termiņa beigām, Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta ne vēlāk kā 7 darba dienu laikā pēc apdrošināšanas līgumā noteiktā termiņa beigām.
- 14.7. Uzkrātais kapitāls tiek konvertēts naudas izteiksmē saskaņā ar Ieguldījumu vienību cenām. Apdrošinātajam ir tiesības atskaitīt no Apdrošināšanas atlīdzības summas apdrošināšanas atskaitījumus, kas nav samaksāti apdrošināšanas līguma darbības laikā.
- 14.8. Galvenā Apdrošinātā nāves gadījumā Apdrošinājumaņēmēja Uzkrātais kapitāls tiek konvertēts naudas izteiksmē saskaņā ar Cetrādī un vairs netiek ieguldīts. Ja šo termiņu nav iespējams ievērot no Apdrošinātāja neatkarīgu apstākļu dēļ, Apdrošinājumaņēmēja Uzkrātais kapitāls tiek konvertēts naudas izteiksmē vēlāk, bet tiklīdz tas ir iespējams.
- 14.9. Ja objektīvu iemeslu dēļ nav iespējams ievērot Apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas nosacījumus, izmaksāšanas termiņu var pagarināt. Šajā gadījumā Apdrošinātājs informē personu, kas ir tiesīga saņemt Apdrošināšanas atlīdzību, par Apdrošināšanas atlīdzības pieteikuma izskatīšanas termiņa pagarināšanu un termiņa pagarināšanas iemesliem.
- 14.10. Nepamatoti saņemtie Apdrošināšanas atlīdzības maksājumi ir jāatmaksā Apdrošinātajam.

15. Apdrošināšanas līguma pirmstermiņa izbeigšana.

- 15.1. Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības izbeigt apdrošināšanas līgumu pirms termiņa, par to rakstiski informējot Apdrošinātāju 30 dienas pirms apdrošināšanas līguma izbeigšanas.
- 15.2. Apdrošinājumaņēmējam – fiziskajai personai – ir tiesības izbeigt apdrošināšanas līgumu 15 dienu laikā no apdrošināšanas līguma noslēgšanas dienas, par to informējot Apdrošinātāju. Šādā gadījumā Apdrošinātājs atmaksā visu Apdrošinājumaņēmēja iemaksāto Apdrošināšanas prēmiju, ņemot vērā Fondu Ieguldījumu vienību cenas dienā, kad veic šo Ieguldījumu vienību pārdošanu saskaņā ar Ieguldījumu vienību pārdošanas termiņiem, kas ir norādīti Cetrādī.

- 15.3. Apdrošinātājs un Apdrošinājuma ņēmējs var vienpusēji izbeigt apdrošināšanas līgumu Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētajos gadījumos.
- 15.4. Labuma guvējs saņem paziņojumu par apdrošināšanas līguma izbeigšanu pēc Apdrošinātā nāves. Ja Apdrošinātā persona nav norādījusi Labuma guvēju vai prasības celšanas brīdī to nav iespējams noteikt, Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta Apdrošinātā mantiniekiem pēc mantojumu apliecināšu dokumentu uzrādīšanas saskaņā ar šiem noteikumiem.

16. Apdrošināšanas līguma grozījumi.

- 16.1. Apdrošinājuma ņēmējs rakstiski ne vēlāk kā 30 dienas pirms paredzēto grozījumu spēkā stāšanās datuma paziņo Apdrošinātājam par vēlamajiem apdrošināšanas līguma grozījumiem, izņemot gadījumus, kas minēti šo noteikumu 16.3. un 16.4. punktā.
- 16.2. Apdrošinātais var mainīt Labuma guvēju jebkurā laikā pirms Apdrošināšanas gadījuma, rakstiski informējot par to Apdrošinātāju.
- 16.3. Apdrošinājuma ņēmējs, informējot Apdrošinātāju rakstiski vai citā ar Apdrošinātāju saskaņotā saziņas veidā, ir tiesīgs mainīt Ieguldījumu programmu. Mainīto Ieguldījumu programmu piemēro vienīgi Apdrošināšanas prēmijām, kas samaksātas no Ieguldījumu programmas maiņas dienas. Apdrošinātājs var noteikt ierobežojumus Ieguldījumu programmu maiņai un piemērot papildu apdrošināšanas līgumu administrēšanas pakalpojumu Cenrādī noteiktos tarifus.
- 16.4. Apdrošināšanas līguma spēkā esamības laikā Apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības mainīt Uzkrātā kapitāla struktūru, nepārkāpjot Apdrošinātāja noteiktos ierobežojumus noteiktajā Ieguldījumu programmā, rakstiski informējot par to Apdrošinātāju un saņemot Apdrošinātāja piekrišanu. Mainot Uzkrātā kapitāla struktūru, esošas Ieguldījumu vienības pārveido par jaunizveidoto Ieguldījumu programmu Ieguldījumu vienībām saskaņā ar Ieguldījumu vienību cenām. Apdrošinātāja piekrišanas gadījumā pārrēķins jāveic saskaņā ar Cenrādi. Ja ievērot šos nosacījumus nav iespējams tādu iemeslu dēļ, kas nav Apdrošinātāja kontrolē, tad Uzkrātā kapitāla struktūra tiek mainīta vēlāk, tiklīdz tas kļūst iespējams.
- 16.5. Ja apdrošināšanas līgums ir ar regulāro Apdrošināšanas prēmiju maksājumiem, Apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības pieprasīt pilnīgu atbrīvojumu no Apdrošināšanas prēmijas maksāšanas pienākuma, sākot ar 3. (trešo) Apdrošināšanas gadu. Lai izveidotu bezprēmiju apdrošināšanu, nepieciešams Apdrošinātājam iesniegt Apdrošinājuma ņēmēja rakstisku iesniegumu. Katrs iesniegums par

bezprēmiju apdrošināšanu tiks izskatīts individuālā kārtībā. Uzkrātā kapitāla vērtība uz brīdi, kad tiek noteikta atbrīvošana no Apdrošināšanas prēmiju maksāšanas, nevar būt mazāka par minimālo summu, ko noteicis Apdrošinātājs un kas norādīta Cenrādī. Apdrošinājuma ņēmējs samaksā nodevu par apdrošināšanas līguma pārveidošanu bezprēmiju apdrošināšanā tādā apmērā, kādu nosaka Apdrošinātājs. Šo maksu var ieturēt no Uzkrātā kapitāla.

17. Citi noteikumi.

- 17.1. Ar apdrošināšanas līguma noslēgšanu Līgumslēdzēja puses ir vienojušās, ka no apdrošināšanas līguma izrietošo attiecību regulēšanai tās piemēros šos noteikumus, Latvijas Republikas normatīvos aktus, kas regulē apdrošināšanu, Latvijas Republikas Civillikumu – iepriekš minētajā kārtībā. Gadījumā, ja apdrošināšanas līguma darbības laikā tiek grozīti spēkā esošie normatīvie akti, uz kuriem pamatojoties Apdrošinātājs veic grozījumus šajos noteikumos, šie noteikumi paliek spēkā, ciktāl tie nav pretrunā ar spēkā esošajiem normatīviem. Ja kāds no šo noteikumu punktiem nokļūst pretrunā ar spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem, tas zaudē spēku, un Apdrošinātājs to pielāgo un interpretē atbilstoši spēkā esošo normatīvo aktu prasībām.
- 17.2. Visi strīdi, kas rodas starp Apdrošinājuma ņēmēju un Apdrošinātāju attiecībā uz apdrošināšanas līguma noslēgšanu, izpildi vai izbeigšanu, tiek risināti sarunu ceļā.
- 17.3. Apdrošinājuma ņēmējs, Apdrošinātais vai cita persona, kurai ir tiesības pretendēt uz Apdrošināšanas atlīdzību, iesniedz sūdzību par apdrošināšanas līguma noteikumiem neatbilstošu pakalpojumu Apdrošinātājam, kuru Apdrošinātājs izskata 20 dienu laikā pēc sūdzības saņemšanas un sniedz motivētu atbildi. Ja norādītajā termiņā objektīvu iemeslu dēļ atbildi nav iespējams sniegt, Apdrošinātājs sniedz informāciju, pamatojot atbildes sniegšanas pagarinājuma nepieciešamību, norādot termiņu, kad tiks sniegta atbilde.
- 17.4. Par šo noteikumu 17.3. punktā minēto Apdrošinātāja sniegto atbildi Apdrošinātājam/Apdrošinājuma ņēmējam (fiziskai personai) ir tiesības vērsties ar sūdzību Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombudā, ievērojot tā reglamentu, Finanšu un kapitāla tirgus komisijā vai – saistībā ar patērētāju tiesību aizsardzības normatīvo aktu pārkāpumiem – Patērētāju tiesību aizsardzības centrā, lai risinātu strīdus ārpus tiesas ceļā.
- 17.5. Ja vienošanās Līgumslēdzēju pušu starpā saistībā ar šo noteikumu 17.2–17.4. punktā minēto netiek panākta, strīdi tiek izskatīti Latvijas Republikas tiesā Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

18. Personas datu apstrāde.

- 18.1. Apdrošinātājs norāda personu datu apstrādes noteikumus ERGO Privātuma politikā, ko publicē savā tīmekļvietnē www.ergo.lv, kā arī nodrošina tās pieejamību savās pārdošanas vietās vai pēc pieprasījuma nosūta to Apdrošinājuma ņēmējam.
- 18.2. Apdrošinājuma ņēmēja pienākums pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas ir iepazīties ar Apdrošinātāja Privātuma politiku personas datu apstrādei, kā arī informēt par to tās personas, kuru datus Apdrošinājuma ņēmējs nodod Apdrošinātājam.
- 18.3. Personas datu apstrādes pārzinis ir **ERGO Life Insurance SE**, reģistrēta Lietuvas Komercreģistrā ar Nr. 110707135, adrese: Geležinio Vilko g. 6A, Viļņa LT-03507, Lietuva, ko Latvijā pārstāv **ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle**, reģ. Nr. 40103336441, adrese: Skanstes iela 50, Rīga, LV-1013, un mērķis personas datu apstrādei ir apdrošināšanas pakalpojumu sniegšana, t. sk. risku izvērtēšana un Apdrošināšanas gadījumu noregulēšanas nodrošināšana.

II Papildapdrošināšanas noteikumu daļa

II.1. Audzināšanas pabalsta papildapdrošināšanas noteikumi

1. Apdrošināšanas gadījumi.

- 1.1. Apdrošināšanas gadījums ir Apdrošinātās personas nāve, kas iestājas apdrošināšanas līguma darbības laikā, izņemot gadījumus, kas paredzēti šīs noteikumu nodaļas 2.1. punktā.
- 1.2. 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.

2. Gadījumi, kas netiek apdrošināti.

- 2.1. 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 kara darbībā, masu nemieros vai radioaktīvās saindēšanās, radioaktīvā piesārņojuma, kodolenerģijas ietekmē;
 - c) ja Apdrošinātā nāve iestājas, tam veicot vai cenšoties veikt krimināli sodāmu darbību. Kriminālpārkāpuma esamība ir jāpierāda ar pirmstiesas izmeklēšanas iestāžu izmeklēšanas materiāliem, secinājumiem, procesuālo lēmumu vai tiesas spriedumu;
 - d) ja Apdrošinātā nāve iestājas Apdrošinātā, Apdrošinājuma ņēmēja vai Labuma guvēja ļauna nolūka vai rupjas neuzmanības dēļ, izņemot

Apdrošinātā pašnāvību pēc Apdrošināšanas otrā darbības gada.

3. Apdrošināšanas objekts.

- 3.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā dzīvība.

4. Apdrošinājuma summa un Apdrošināšanas atlīdzības.

- 4.1. Apdrošinātā persona pēc apdrošināšanas līguma Līgumslēdzēju pušu vienošanās var saņemt audzināšanas pabalsta papildapdrošināšanu. Apdrošinātā persona un Apdrošināšanas polises darbības laiks tiek norādīti Apdrošināšanas polisē.
- 4.2. Apdrošinājuma summas apmērs katru mēnesi samazinās un ir vienāds ar audzināšanas pabalsta apmēru, kas jāmaksā, ja iestājas Apdrošināšanas gadījums.
- 4.3. Apdrošinātā nāves gadījumā pirms apdrošināšanas līguma termiņa beigām audzināšanas pabalsts tiek izmaksāts apdrošināšanas līgumā norādītajam Labuma guvējam, sākot ar nākamā mēneša sākumu – līdz audzināšanas pabalsta apdrošināšanas termiņa beigām. Audzināšanas pabalstu, kura apmērs ir norādīts Apdrošināšanas polisē, maksā katra mēneša pirmajā dienā. Ja apdrošināšanas termiņa beigu termiņš nav mēneša pirmā diena, pēdējo audzināšanas pabalstu maksā nākamā mēneša pirmajā dienā pēc apdrošināšanas termiņa beigām. Ja Apdrošinātā audzināšanas pabalsta summa tiek paaugstināta, bet Apdrošinātā persona izdara pašnāvību pirmajos divos gados pēc Apdrošinājuma summas palielināšanas, tad, izņemot šo noteikumu 2.1. nodaļas a) punktā paredzēto gadījumu, maksājamā audzināšanas pabalsta summa ir vienāda ar audzināšanas pabalstu, kas bija spēkā pirms tā palielināšanas.

5. Apdrošināšanas atlīdzības noteikšana.

- 5.1. Apdrošinātā nāves fakts jāpaziņo Apdrošinātājam 30 dienu laikā pēc Apdrošinātā nāves vai 30 dienu laikā pēc tiesas vai citas institūcijas sprieduma, kas pasludina Apdrošināto par mirušu, spēkā stāšanās datumā.
- 5.2. Apdrošinātājs sāks izmaksāt audzināšanas pabalstus 30 dienu laikā kopš visas nepieciešamās informācijas, lai noteiktu Apdrošināšanas gadījuma faktu, tā apstākļus un sekas (tai skaitā papildu informāciju no tiesībaizsardzības iestādēm, veselības aprūpes iestādēm utt.), saņemšanas dienas.

II.2. Pilnīga un nepārejoša darbaspēju zuduma papildapdrošināšanas noteikumi

(Pilnīgas neatgriezeniskas invaliditātes papildapdrošināšanas noteikumi)

1. Apdrošināšanas gadījumi.

- 1.1. Apdrošināšanas gadījums ir I invaliditātes grupas piešķiršana dažādu funkciju traucējumu rezultātā

(pilnīgs darbaspēju zudums). Invaliditātes grupu nosaka Latvijas Republikas Darba ekspertīzes ārstu komisija (DEĀK). Pilnīgs darbaspēju zudums tiek apstiprināts, ja šāda Apdrošinātā rīcībnespēja ir iestājusies apdrošināšanas līguma darbības laikā un nepārtraukti ilgst vismaz 12 mēnešus. Apdrošinātājs pieņem lēmumu, kurā paziņo darbaspēju zudumu par Apdrošināšanas gadījumu.

- 1.2. Gadījumā, ja mainās darbaspēju noteikšanas metodoloģija Latvijas Republikā, novērtējot Apdrošināšanas gadījumu, Apdrošinātājs vadās pēc grozītās metodoloģijas, saskaņā ar kuru ir noteikts pilnīgs darbaspēju zudums un persona tiek uzskatīta par rīcībnespējīgu.

2. Gadījumi, kas netiek apdrošināti.

- 2.1. Darbaspēju zudums netiek uzskatīts par Apdrošināšanas gadījumu un Apdrošinātājam nav pienākuma maksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja Apdrošinātā darbaspēju zudumu radījušas slimību un/ vai negadījumu sekas:
 - 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) radies un/vai cēlies laikā, kad Apdrošinātājs iesaistījies noziedzīgā nodarījumā vai gatavojies tajā iesaistīties, veicis citas darbības, kas ir pretrunā tiesību aktiem (piemēram, automobiļa vadīšana bez tiesībām to darīt). Secinājumi, procesuālie lēmumi, kurus veic pirmstiesas izmeklēšanas iestādes vai attiecīgās iestādes, kas pilnvarotas, lai pārbaudītu administratīvo pārkāpumu lietas un/vai tiesas spriedumus, nolēmumus, rezolūcijas un lēmumus, pierāda zīmes par noziedzīgiem nodarījumiem un gatavošanos iesaistīties noziedzīgā nodarījumā vai citās darbībās, kas ir pretrunā tiesību aktiem, tādējādi Apdrošinātājs var izmantot tos par pamatu, lai pieņemtu lēmumu par gadījuma neatzīšanu par Apdrošināšanas gadījumu;
 - c) saistībā ar Apdrošinātā iesaistīšanos bīstamos sporta veidos vai aktīvā atpūtā: ekstrēmie sporta veidi, cīņas sports, aviācija vai sporta veidi gaisā (tai 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 (tai skaitā ātrumsacīkstes, ūdens motosports), gumijlēcšana, lidošana ar deltaplānu utt., ja vien apdrošināšanas līgums nenosaka citādi;
 - d) apzināta slimības vai spēku zuduma izraisīšana, apzināta sevis sakropļošana, pašnāvības mēģinājums;

- e) Apdrošinātā bezdarbība, ar kuru tas apzināti ir izraisījis pilnīgu un nepārejošu darbaspēju zudumu;
- f) radioaktīvs starojums (izņemot, ja apstarošana tiek veikta ārstēšanas nolūkā, kuru nozīmējis ārsts vai kura notiek ārsta uzraudzībā);
- g) ļaunprātīga alkohola, narkotiku vai medikamentu lietošana;
- h) HIV infekcija (pozitīvs AIDS tests).

- 2.2. Darbaspēju zudums netiek uzskatīts par Apdrošināšanas gadījumu, ja darbaspēju zudums tika noteikts pirmajos 6 mēnešos no apdrošināšanas sākuma, izņemot negadījumu, kas notikuši apdrošināšanas periodā un ko Apdrošinātais nevar kontrolēt, sekas.

3. Apdrošināšanas objekts.

- 3.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā pilnīgs un nepārejošs darbaspēju zudums.

4. Apdrošinājuma summa.

- 4.1. Līgumslēdzējām pusēm vienojoties apdrošināšanas līgumā, uz Apdrošinātājam personām var attiekties darbaspēju zuduma papildapdrošināšana. Apdrošinājuma summas, kas apdrošinātas ar darbaspēju zuduma apdrošināšanu, par kuru vienojušās Līgumslēdzējas puses apdrošināšanas līgumā, norāda polisē.
- 4.2. Paziņojot Apdrošinātā darbaspēju zudumu kā Apdrošināšanas gadījumu, tiek izmaksāta Apdrošinājuma summa.
- 4.3. Kad Apdrošinātājs paziņo Apdrošinātā darbaspēju zudumu kā Apdrošināšanas gadījumu, šīs personas darbaspēju zuduma apdrošināšana beidzas.

5. Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība.

- 5.1. Par pilnīgu Apdrošinātā darbaspēju zudumu jāziņo Apdrošinātājam 30 dienu laikā kopš brīža, kad darbaspējas tika noskaidrotas. 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 Darba ekspertīzes ārstu komisijas (DEĀK) lēmums par piešķirto invaliditāti.
- 5.2. Apdrošināšanas gadījumā Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātājam, ja vien apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.
- 5.3. Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību 30 dienu laikā no svarīgas informācijas par Apdrošināšanas gadījuma noteikšanu saņemšanas dienas, tās apstākļiem un sekām (tai skaitā papildu informāciju no tiesībaizsardzības iestādēm, veselības aprūpes iestādēm utt.).

- 5.4. Lai noteiktu, vai Apdrošināšanas atlīdzība ir jāizmaksā, Apdrošinātājs var pieprasīt iesniegt dokumentus un/ vai papildu pierādījumus, izjautāt visus ārstus un ārstēšanas iestādes, kurās Apdrošinātais ticis ārstēts, pieprasīt nepieciešamo medicīnisko pārbaudi izpildī vai noteikt pārbaudi pie ārsta.
- 5.5. Ja darbaspēju zuduma Apdrošinājuma summa tika palielināta pēc Apdrošinātā darbaspēju zuduma paziņošanas pirmo 6 mēnešu laikā no Apdrošinājuma summas palielinājuma dienas, Apdrošināšanas atlīdzība ir vienāda ar Apdrošinājuma summu, kas derīga pirms palielinājuma.
- 5.6. Apdrošināšanas atlīdzība par darbaspēju zudumu netiek izmaksāta, ja Apdrošinātājs tika informēts par darbaspēju zudumu pēc Apdrošinātā nāves vai vairāk nekā 12 mēnešus pēc Apdrošinātā darbaspēju pilnīga zuduma.
- 5.7. 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.

II.3. Kritisko saslimšanu papildapdrošināšanas noteikumi

1. Apdrošināšanas gadījums.

- 1.1. Apdrošināšanas gadījums ir Apdrošinātā kritiskā saslimšana, kas diagnosticēta un apstiprināta medicīnas dokumentos apdrošināšanas darbības laikā un atbilst kritisko saslimšanu sarakstam, kas norādīts apdrošināšanas līgumā un šis noteikumu nodaļas 7. punktā, un kritērijiem nopietnu slimību diagnosticēšanai.

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

- 2.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta, ja:
- diagnoze neatbilst visiem kritiskās saslimšanas diagnosticēšanas kritērijiem, kas ir norādīti šīs noteikumu nodaļas 7. punktā;
 - kritiskā saslimšana parādījās pirmajos 3 mēnešos no kritiskās saslimšanas apdrošināšanas sākuma datuma, kas ir norādīts Apdrošināšanas polisē;
 - kritiskā saslimšana parādījās kodolenerģijas sekas dēļ (izņemot radioterapijas sekas);
 - kritisko saslimšanu izraisīja Apdrošinātā trauma, kas saistīta ar Apdrošinātā tīšām darbībām vai viņam mēģinot izdarīt pašnāvību;
 - kritisko saslimšanu izraisīja Apdrošinātā trauma, kas saistīta ar Apdrošinājuma ņēmēja vai Labuma guvēja tīšām darbībām (rīcībām, kas veiktas tieši vai netieši);

- kritiskā saslimšana parādījās no Apdrošinātā iesaistīšanās noziedzīgā nodarījumā vai gatavojoties to veikt, vai no citām darbībām, kas ir pretrunā tiesību aktiem;
 - 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;
 - kritiskā saslimšana radās alkohola, narkotiku, toksisko, psihotropo vai citu psihoaktīvo vielu vai zāļu iespaidā, kuras nebija izrakstījis ārsts, lai lietotu intoksikācijas nolūkiem;
 - kritiskā saslimšana radās pēc Apdrošinātā iesaistīšanās bīstamos sporta veidos vai aktīvā atpūtā (ekstrēmajos sporta veidos, cīņu sportā, niršanā, alpīnismā, lēkšanā ar izpletņi, sporta veidos gaisā, planēšanā, lidojot ar gaisa balonu, auto un motociklu sacīkstēs utt.), ja vien apdrošināšanas līgums nenosaka citādi;
 - Apdrošinātājam diagnosticēts kāds no šiem ļaundabīgajiem audzējiem: ādas ļaundabīgs audzējs, hroniska limfoblastiska leikozē, I pakāpes Hodžkina limfoma, I pakāpes prostatas vēzis, karcinoma agrā pakāpē;
 - Apdrošinātājam diagnosticēts jebkurš audzējs, ja Apdrošinātais ir inficēts ar HIV vai AIDS;
 - Apdrošinātājam diagnosticēts iedzimts defekts (piemērojams tikai personai, kurai ir saslimšana, kas ietverta bērnu kritisko saslimšanu sarakstā šīs nodaļas 7.2. punktā);
 - ja Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas nogaidīšanas periodā, kas ir 3 (trīs) mēneši no Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās brīža, iestājas Apdrošinātās personas nāve, šie saslimšanas gadījumi netiek uzskatīti par Apdrošināšanas gadījumu.
- 2.2. Šādas personas nav apdrošināmas ar kritisko saslimšanu apdrošināšanu:
- personas, kas slimo vai slimoja ar kritiskām saslimšanām;
 - personas, kas pārnēsā AIDS un HIV;
 - personas, kas slimo ar aterosklerozi, cukura diabētu, hroniski smagām asins, aknu, nieru vai plaušu slimībām;
 - garīgi slimi pacienti un cilvēki ar hroniski smagiem nervu sistēmas traucējumiem;
 - personas, kas ļaunprātīgi izmanto apdullinošas, toksiskas vai narkotiskas vielas, zāles vai alkoholu;
 - personas, kas apmeklē speciālās izglītības iestādes, vai tie, kas izcieš sodu ieslodzījuma vietā, un

personas, kas pakļautas piespiedu medicīniskajai palīdzībai.

3. Apdrošināšanas objekts.

- 3.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā veselība, kas saistīta ar kritisko saslimšanu.
- 3.2. Kritisko saslimšanu saraksts ir pieejams šīs noteikumu nodaļas 7. punktā. Apdrošināšanas polise norāda, kura kritiskās saslimšanas apdrošināšanas iespēja attiecas uz Apdrošināto un uz kādu apdrošināšanas periodu. Bērnu kritisko saslimšanu saraksts, kas izklāstīts šīs noteikumu nodaļas 7.2. punktā, attiecas uz Apdrošināto līdz 18 gadu vecumam, ja vien apdrošināšanas līgums nenosaka citādi. Kritisko saslimšanu saraksts, kas noteikts šīs noteikumu nodaļas 7.1. punktā, attiecas uz Apdrošināto no 18 gadu vecuma, ja vien apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.

4. Apdrošinājuma summa.

- 4.1. Kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summām, par kurām Līgumslēdzējas puses vienojušās apdrošināšanas līgumā, jābūt norādītām Apdrošināšanas polisē.
- 4.2. 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. Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība.

- 5.1. Apdrošinātājs ir rakstiski jāinformē par kritisko saslimšanu 30 dienu laikā no dienas, kad tā diagnosticēta.
- 5.2. Apdrošinātājs izmaksā atlīdzību pēc šādu dokumentu saņemšanas:
 - iesniegums par Apdrošināšanas gadījuma iestāšanos;
 - izziņa(-as) no ārstiem, kas ārstē vai ir ārstējuši, izmeklējuši Apdrošināto, par slimības cēloni, sākumu, veidu un ilgumu. Šādā izziņā ir jābūt norādītai diagnozei, kas apstiprināta ar klīniskiem, radioloģiskiem, histoloģiskiem vai laboratoriskiem izmeklējumiem.
- 5.3. Lai noteiktu, vai Apdrošināšanas atlīdzība jāizmaksā, Apdrošinātājs var pieprasīt iesniegt dokumentus un/vai papildu dokumentus. Visus izdevumus, kas saistīti ar iesniedzamo dokumentu sagatavošanu un saņemšanu, apmaksā Apdrošināšanas atlīdzības pieprasītājs.
- 5.4. Apdrošinātājam ir tiesības neatzīt Apdrošināšanas gadījumu tik ilgi, kamēr Apdrošinājumaņēmējs,

Apdrošinātais vai cita persona, kas vēlas saņemt Apdrošināšanas atlīdzību, tīši vai nolaidības dēļ nav iesniedzis Apdrošinātājam pieprasītos dokumentus.

- 5.5. Ja kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summa tika palielināta, diagnosticējot Apdrošinātājam kritisko slimību 3 mēnešu laikā no Apdrošinājuma summas palielināšanas dienas, kritisko saslimšanu Apdrošināšanas atlīdzībai ir jābūt kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summas nodrošinājumam, kas derīgs līdz palielinājumam.
- 5.6. Kritisko saslimšanu Apdrošināšanas gadījumā Apdrošinātājam jāizmaksā Apdrošināšanas atlīdzība Apdrošinātājam, ja vien apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.

6. Apdrošināšanas līguma grozījumi.

- 6.1. Apdrošinātā dzīvības Apdrošinājuma summas vai apdrošināšanas perioda izmaiņu gadījumā kritisko saslimšanu apdrošināšana var tikt pagarināta saskaņā ar nosacījumiem, kurus noteicis vienīgi Apdrošinātājs.
- 6.2. 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 Apdrošinājumaņēmēju ne vēlāk kā 30 dienas pirms plānotā apdrošināšanas noteikumu izmaiņu datuma. Ja Apdrošinājumaņēmējs nepiekrīt šiem apdrošināšanas noteikumu grozījumiem, kritisko saslimšanu apdrošināšana tiek izbeigta no plānotā apdrošināšanas noteikumu izmaiņu datuma.

7. Kritisko slimību saraksts un diagnostikas kritēriji.

- 7.1. Kritisko slimību saraksts (piemērojams Apdrošinātājiem no 18 līdz 64 gadu vecumam):
 - vēzis;
 - miokarda infarkts (sirdslēkme);
 - insults;
 - koronāro artēriju šuntēšanas operācija;
 - termināla nieru mazspēja;
 - ekstremitāšu funkciju zaudēšana;
 - pilnīgs redzes zudums;
 - izkaisītā skleroze;
 - liela orgānu vai kaulu smadzeņu transplantācijas operācija;
 - sirds vārstuļa operācija;
 - aortas operācija;
 - Alzheimerera slimība (pirms 65 gadu vecuma);
 - labdabīgs smadzeņu audzējs;
 - kurlums;
 - runas spēju zudums;
 - trešās pakāpes apdegumi;
 - idiopātiskā Pārkinsona slimība (pirms 65 gadu vecuma).

- 7.2. Bērnu kritisko slimību saraksts (piemērojams Apdrošinātajiem no 2 līdz 17 gadu vecumam):
- vēzis;
 - ekstremitāšu funkciju zaudēšana;
 - pilnīgs redzes zudums;
 - liela orgānu vai kaulu smadzeņu transplantācijas operācija;
 - kurlums;
 - smaga galvas trauma.
- 7.3. Kritisko slimību definīcijas un to diagnostikas kritēriji
- Vēzis**
- Jebkurš ļaundabīgs audzējs, kura diagnoze apstiprināta histoloģiski un kuram raksturīga nekontrolēta ļaundabīgo šūnu augšana un invāzija audos. Diagnoze jāapstiprina speciālistam.
- Šīs definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par leukēmiju, ļaundabīgu limfomu un mielodisplastisko sindromu, ja vien tie nav minēti kā specifiski gadījumi, kad Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.
- Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:
- jebkurš audzējs, kas histoloģiski klasificēts kā pirmsvēža slimība, neinvazīvs audzējs vai karcinoma in situ (arī krūts dziedera duktāla un lobulāra karcinoma in situ un dzemdes kakla displāzija CIN-1, CIN-2 un CIN-3);
 - jebkurš prostatas vēzis, izņemot gadījumus, kas histoloģiski novērtēti ar vairāk nekā 6 punktiem saskaņā ar Glīsona skalu vai progresējuši vismaz līdz T2N0M0 stadijai saskaņā ar klīnisko TNM klasifikāciju;
 - hroniska limfocitāze, ja vien tā nav progresējusi līdz B stadijai saskaņā ar Binē klasifikāciju;
 - ādas bazālo šūnu karcinoma, plakanšūnu karcinoma un ļaundabīga melanoma IA stadijā (T1aN0M0), izņemot gadījumus, kad ir pierādījumi par metastāzēm;
 - papildārs vairogdziedzera vēzis, mazāks par 1 centimetru diametrā, kurš histoloģiski raksturots kā T1N0M0;
 - papildāra urīnpūšļa mikrokarcinoma, kura histoloģiski raksturota kā Ta;
 - policitēmija rubra vera un esenciāla trombocitoze;
 - nenoteiktas nozīmības monoklonāla gammopātija;
 - kuņģa MALT limfoma, ja to var ārstēt, iznīcinot helikobaktērijas;
 - kuņģa un zarnu trakta stromas audzējs 1. un 2. stadijā saskaņā ar NCCN vadlīnijām;
 - ādas limfoma, izņemot gadījumus, kad nepieciešama ārstēšana ar ķīmijterapiju vai apstarošanu;
 - mikroinvazīva krūts karcinoma (histoloģiski klasificēta kā T1mic), izņemot gadījumus, kad jāveic mastektomija, ķīmijterapija vai apstarošana;
 - mikroinvazīva dzemdes kakla karcinoma (histoloģiski klasificēta kā atbilstoša IA1 stadijai), izņemot

gadījumus, kad jāveic histerektomija, ķīmijterapija vai apstarošana.

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.

Insults

Izraisa paliekošus simptomus. Galvas smadzeņu audu bojāeja akūtu cerebrovaskulāru 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 klīniskas izmeklēšanas laikā. Neiroloģiskajiem traucējumiem jā saglabājas ilgāk nekā 3 (trīs) mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma.
- Diagnoze jāapstiprina konsultantam – neirologam – un jāaplicina ar attēldiagnostikas atradēm.
- Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:
- tranzitora išēmiska lēkme (TIL) un ilgstošs atgriezenisks išēmisks neiroloģisks deficīts (IAIND);
 - traumatisks galvas smadzeņu audu vai asinsvadu bojājums;
 - neiroloģisks deficīts vispārējas hipoksijas, infekcijas, iekaisuma slimības, migrēnas vai medicīniskas iejaukšanās dēļ;
 - nejaušas attēldiagnostikas atrades (DT vai MR skenēšanā) bez pārliecinošiem klīniskiem simptomiem (bezsimptomu insults).

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 krūšskaula pārdalīšanu) un minimāli invazīvām procedūrām (veicot daļēju sternotomiju vai torakotomiju).

Operācijas medicīniskā nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – kardiologam vai kardiokirurgam – un jāapliecina ar koronārās angiogrāfijas atradēm, kas veiktas Apdrošināšanas polises darbības laikā.

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.

Termināla nieru mazspēja

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

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

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

Ekstremitāšu funkciju zaudēšana

Pilnīga un neatgriezeniska. 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 jāapliecina ar klīniskajām un diagnostiskajām atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

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

Pilnīgs redzes zudums

Neatgriezenisks. Pilnīgs 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, mazāks par 10° diametrā, labākajā acī pēc vislabākās korekcijas. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – oftalmologam.

Izkaisītā skleroze

Ar nepārtrauktiem simptomiem. Noteikta izkaisītās sklerozes diagnoze, kuru ir apstiprinājis konsultants –

neirologs – un kura atbilst visiem tālāk minētajiem kritērijiem:

- esoši motorās vai jušanas funkcijas klīniski 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 izkaisītā skleroze un neiroloģiski vai radioloģiski izolēti sindromi, kas liecina par izkaisīto sklerozi, bet neapstiprina tās diagnozi;
 - izolēts redzes nerva neirīts un optisks neiromielīts.

Liela orgānu vai kaulu smadzeņu transplantācijas operācija

Pacientam tiek veikta viena vai vairāku turpinājumā 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 pilnīgu kaulu smadzeņu 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).

Sirds vārstuļa operācija

Ieskaitot minimāli invazīvas un caur katetru veiktas procedūras. Operācija viena vai vairāku bojātu sirds vārstuļu nomaīnai vai labošanai. Operācijas medicīniskā nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – kardiologam vai kardiokirurgam – un jāapliecina ar ehokardiogrāfijas vai sirds katetrizācijas atradēm, kuras veiktas Apdrošināšanas polises darbības laikā.

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 šādiem gadījumiem:

- transkatetrāla mitrālā vārstuļa skavošana.

Aortas operācija

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

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, Ēlersa-Danlosa sindromu);

- operācija pēc traumatiska aortas bojājuma.

Alcheimera slimība (pirms 65 gadu vecuma)

Nepieciešama nemitīga uzraudzība. 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, kuras radušās smadzeņu vai sistēmisko traucējumu vai psihiatrisko stāvokļu dēļ.

Labdabīgs 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;

- stereotaktiska 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.

Kurlums

Pastāvīgs un neatgriezenisks. 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.

Runas spējas zudums

Pastāvīgs un neatgriezenisks. Apstiprināts pilnīgs un neatgriezenisks runas spēju zudums balss 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 šādiem gadījumiem:

- runas spēju zudums psihisku traucējumu rezultātā.

Trešās pakāpes apdegumi

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

Diagnoze jāapstiprina speciālistam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- trešās pakāpes apdegumi paša radīta ievainojuma rezultātā;

- jebkuri pirmās vai otrās pakāpes apdegumi.

Idiopātiskā Pārkinsona slimība (pirms 65 gadu vecuma)

Rezultējas pastāvīgā fizisko spēju zudumā. Noteikta primārās ideopātiskās Pārkinsona slimības diagnoze, kuru apstiprina vismaz divas no turpinājumā minētajām klīniskajām izpausmēm:

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

Idiopātiskajai Pārkinsona slimībai (pirms 65 gadu vecuma) jārezultējas nespējā patstāvīgi veikt vismaz 3 no 6 ikdienas aktivitātēm nemitīgi vismaz 3 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, mākslīgās ekstremitātes 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 pārkinsonisms (ieskaitot medikamentu vai toksīnu izraisītu pārkinsonismu);
- izteikts tremors;
- pārkinsonisms, kas saistīts ar citiem neirodeģeneratīviem traucējumiem.

Ja Apdrošināšanas gadījums nav iestājies līdz apdrošināšanas līguma beigu termiņam, Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.

Smaga galvas trauma

Smagi traumatiski vaļēji vai noslēgti galvas smadzeņu audu bojājumi, kā rezultātā rodas smagi un pastāvīgi traucējumi. Traucējumu līmenis saskaņā ar standartizēto MASN (Moto un apstrādes spēju novērtējumu) klasificēts kā smags. Cietušais bērns traumas rezultātā nav spējis veikt vismaz trīs no sešām ikdienas aktivitātēm nepārtraukti vismaz 12 mēnešu laikā un, par spīti sagaidāmajiem uzlabojumiem, nespēs šīs darbības veikt nākamos divus gadus.

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, 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 vai neiroķirurgam – un jāapliecina ar raksturīgiem izmeklējumiem un attēl diagnostikas atradēm (MRI, DT).

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- galvas smadzeņu darbības bojājumi, kas radušies pēc vardarbības ģimenē (piemēram, kratīta bērna sindroms);
- galvas smadzeņu darbības bojājumi, kas radušies pašizraisīta kaitējuma, alkohola vai narkotiku lietošanas dēļ.

Ja Apdrošināšanas gadījums nav iestājies līdz apdrošināšanas līguma beigu termiņam, Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.

II.4. Nelaiemes gadījumu papildapdrošināšanas noteikumi

1. Apdrošināšanas gadījums.

- 1.1. Apdrošināšanas gadījums ir nelaimes gadījums, kurš ir norādīts apdrošināšanas līgumā (izņemot šīs noteikumu nodaļas 2. punktā minētos gadījumus, kas netiek apdrošināti) un par kura iestāšanos Labuma guvējam ir tiesības uz Apdrošināšanas atlīdzību.
- 1.2. Notikums, kurā Apdrošinātajam pret viņa gribu tiek nodarīts kaitējums vai iestājas nāve, ārējam spēkam negaidīti iedarbojoties uz viņa ķermeni, tiek uzskatīts par nelaimes gadījumu.
- 1.3. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā Apdrošināšanas polises darbības laikā 24 stundas diennaktī visā pasaulē, izņemot, ja Apdrošināšanas polisē nav minēts citādi.

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

- 2.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par:
 - 2.1.1. kaitējumu veselībai, kura cēlonis ir ārstēšana vai iejaukšanās, kuru 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 kuru pēc apdrošināšanas līguma noteikumiem attiecas apdrošināšanas aizsardzība un kurus ir nozīmējis ārsts;
- 2.1.2. kaitējumu veselībai infekcijas rezultātā, izņemot gadījumus, kad slimības ierosinātājs iekļuvis ķermenī caur ievainojumu nelaimes gadījuma rezultātā, uz kuru pēc apdrošināšanas līguma noteikumiem attiecas apdrošināšanas aizsardzība;
- 2.1.3. nelaimes gadījumā iegūtiem miesas – ādas vai gļotādas – bojājumiem, kuri paši par sevi ir nenozīmīgi, bet caur kuriem slimības ierosinātājs tūlī vai vēlāk iekļuvis ķermenī; šis ierobežojums nav spēkā stinguma krampju un trakumsērgas gadījumā;
- 2.1.4. 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;
- 2.1.5. 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;
- 2.1.6. mugurkaula starpskriemeļu disku bojājumiem, iekšējo orgānu asiņošanu un asins izplūdumiem smadzenēs, izņemot gadījumus, kad izraisītājs (iemesls) ir šajos noteikumos paredzētais nelaimes gadījums.
- 2.2. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par zaudējumiem, kuri radušies nelaimes gadījuma rezultātā:
- 2.2.1. kuru izraisījuši Apdrošinātā garīgi, psihiski vai apziņas traucējumi, infarkts, insults, epilepsija vai citas krampju lēkmes. Apdrošināšanas aizsardzība tomēr paliek spēkā, ja šos veselības traucējumus vai lēkmes izraisījis nelaimes gadījums, uz kuru pēc apdrošināšanas līguma noteikumiem attiecas apdrošināšanas aizsardzība;
- 2.2.2. ja Apdrošinātais ir lietojis alkoholu, narkotiskas, psihotoksiskas vai citas apreibinošas vielas un ja pastāv iespējamība cēloniskai sakarībai starp Apdrošināšanas gadījumu un Apdrošinātās personas intoksikācijas stāvokli;
- 2.2.3. kas 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;
- 2.2.4. kas notikuši ar Apdrošināto:
- a) viņam izmantojot bezmotora lidmašīnas (lidaparātus), žiroplānus, planierus (ar motoru vai bez tā), kā arī lecot ar izpletņiem, gumiju;
- b) viņam esot lidmašīnas pilotam vai citam apkalpes loceklim;
- c) viņam vadot transportlīdzekli bez tiesībām vadīt attiecīgās kategorijas transportlīdzekli vai atrodoties alkohola reibumā vai citā intoksikācijas stāvoklī, ja to koncentrācija organismā pārsniedz valsts, kurā noticis satiksmes negadījums, normatīvajos aktos noteikto pieļaujamo koncentrāciju;
- d) viņam kā motorizēta zemes, gaisa vai ūdens transportlīdzekļa vadītājam, stūrmanim vai pasažierim piedaloties sacensībās un treniņos;
- e) viņam piedaloties visu veidu profesionālā vai amatieru sporta sacensībās vai treniņos;
- f) viņam nodarbojoties ar jebkādu ekstrēmu sporta veidu vai hobiju.
- Šo noteikumu 2.2.4. punkts netiek piemērots, ja Līgumslēdzēja puses par to rakstiski vienojušās un ir izdarītas attiecīgas atzīmes Apdrošināšanas polisē;
- 2.2.5. kas notikuši dabas katastrofu, kodolenerģijas tiešas vai netiešas iedarbības rezultātā vai kurus izraisījis starojums (radioaktīvais, elektromagnētiskais, gaismas vai karstuma);
- 2.2.6. kam 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.
- 2.3. Personas, kuras nav apdrošināmas:
- 2.3.1. psihiski slimas, kā arī pastāvīgi kopjamas personas. Pastāvīgi kopjamas personas ir tādas, kurām ikdienā nepieciešama citas personas aprūpe;
- 2.3.2. personas, kuras apdrošināšanas līguma darbības laikā izcieš sodu ieslodzījuma vietā vai atrodas speciālajā izglītības iestādē, un personas, kurām piemēro obligātos medicīniskos palīglikumus. Apdrošināšanas aizsardzība nav spēkā pirmstiesas aizturēšanas (apcietinājuma) un aresta laikā;
- 2.3.3. apdrošināšanas aizsardzība izbeidzas brīdī, kad Apdrošinātais kļūst par personu, uz kuru attiecināms šis noteikumu nodaļas 2.3.1. un 2.3.2. punkts. Vienlaikus ar to viņam tiek izbeigts apdrošināšanas līgums.

3. Apdrošināšanas objekts.

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

4. Apdrošināšanas atlīdzību veidi un Apdrošinājuma summas.

- 4.1. Apdrošināšanas atlīdzība nāves gadījumā.
- 4.1.1. Ja nelaimes gadījuma rezultātā iestājas Apdrošinātā nāve, Labuma guvējam ir tiesības uz Apdrošināšanas atlīdzību nāves gadījumam paredzētās Apdrošinājuma summas apmērā.
- 4.1.2. Ja nelaimes gadījuma rezultātā gada laikā iestājas Apdrošinātā nāve, Labuma guvējam ir tiesības uz

Apdrošināšanas atlīdzību nāves gadījumam
Apdrošināšanas polisē paredzētās Apdrošinājuma
summas apmērā.

4.1.3. 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.

4.1.4. 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 Apdrošinātājam šādi dokumenti:
a) aizpildīta Apdrošināšanas pieteikuma forma, kuru izsniedz Apdrošinātājs;
b) miršanas apliecība;
c) dokumenti, kas apliecina Labuma guvēja tiesības uz Apdrošināšanas atlīdzību (mantojuma apliecība);
d) citi ar nelaimes gadījumu saistīti dokumenti, kurus pieprasa Apdrošinātājs Apdrošināšanas atlīdzības noformēšanai.

4.2. Apdrošināšanas atlīdzība paliekošas invaliditātes gadījumā.

4.2.1. 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, Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt Apdrošināšanas atlīdzību, kura tiek noteikta no invaliditātes gadījumā paredzētās Apdrošinājuma summas, saskaņā ar šīs noteikumu nodaļas 4.2.2. punkta nosacījumiem. Invaliditāti un tās pakāpi nosaka saskaņā ar medicīniskiem dokumentiem un Apdrošinātāja medicīnas eksperta slēdzienu.

4.2.2. 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 Apdrošinātājam, kā arī jāapliecina invaliditātes iestāšanās ar attiecīgiem medicīniskiem dokumentiem;
- invaliditāte ir apstiprināta ar medicīniskiem dokumentiem un Apdrošinātāja medicīnas eksperta slēdzienu.

4.2.3. Apdrošināšanas atlīdzības apmērs tiek izteikts procentos no Apdrošinājuma summas paliekošas

invaliditātes gadījumā un ir atkarīgs no invaliditātes pakāpes:

a) par konstatētu invaliditātes pakāpi uzskatāms, ja netiek pierādīta lielāka vai mazāka invaliditāte, funkcionālo spēju zudums vai gadījums, kad persona zaudējusi (kreiļiem % dalījums ir pretējs):

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)	5	3
2., 3., 4. un 5. pirksta naga falangu	3	2
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, tad Apdrošināšanas atlīdzības procentu likme ir proporcionāla, bet nepārsniedz šīs noteikumu nodaļas 4.2.3. a) punktā noteikto;
- c) ja nelaimes gadījuma rezultātā cietušas ķermeņa daļas vai maņu orgāni, kuru zudumu vai funkcionālo spēju zudumu nevar novērtēt pēc šīs noteikumu nodaļas 4.2.3. a) un b) punkta noteikumiem, izšķiroša nozīme ir tam, cik lielā mērā no medicīniskā viedokļa ir zaudētas normālas fiziskās vai garīgās darbaspējas;
- d) ja nelaimes gadījums radījis kaitējumu vairākām fiziskām vai garīgām funkcijām, tad saskaņā ar šīs noteikumu nodaļas 4.2.3. punktu noteiktās invaliditātes pakāpes summējas, tomēr nepārsniedz Apdrošinājuma summu.

4.2.4. Ja nelaimes gadījuma rezultātā radies kaitējums fiziskai vai garīgai funkcijai, kura jau bijusi paliekoši traucēta, tad paredzētā Apdrošināšanas atlīdzība tiek samazināta proporcionāli darba nespējas procenta izmaiņām.

4.2.5. Lai saņemtu Apdrošināšanas atlīdzību par redzes vai dzirdes pasliktināšanos, jāiesniedz ārsta slēdziens par

- redzes un/vai dzirdes stāvokli pirms traumas.
- 4.2.6. Ja tā paša nelaimes gadījuma rezultātā gada laikā iestājas Apdrošinātā nāve, tiesības uz Apdrošināšanas atlīdzību par invaliditāti tiek zaudētas.
- 4.2.7. 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.
- 4.2.8. 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.
- 4.2.9. Apdrošinātajam ir tiesības pieprasīt Apdrošināšanas atlīdzību paliekošas invaliditātes gadījumā pirms ārstēšanas kursa beigām 1 (viena) kalendārā gada laikā pēc nelaimes gadījuma iestāšanās.
- 4.2.10. Paliekošas invaliditātes gadījumā Apdrošinātajam ir tiesības pieņemt lēmumu par Apdrošināšanas atlīdzības apjomu un izmaksu 3 (trīs) mēnešu laikā pēc visu dokumentu saņemšanas.
- 4.3. Apdrošināšanas atlīdzība kaulu lūzumu gadījumos.
- 4.3.1. Kaulu lūzumu gadījumā Apdrošinātais saņem Apdrošināšanas atlīdzību par lūzuma faktu saskaņā ar šīs noteikumu nodaļas 4.3.3. punktā norādīto tabulu un kaulu lūzumiem paredzēto Apdrošinājuma summu.
- 4.3.2. Apdrošināšanas atlīdzību par kaulu lūzumiem izmaksā, pamatojoties uz licencētas ārstnieciskās iestādes vai ārstējošā ārsta izdotu izziņu un rentgena uzņēmumiem.
- 4.3.3. Kaulu lūzumu Apdrošināšanas saīsinātā atlīdzību tabula:

gūžas locītava	25
krusta kaula lūzums	10
Astes kauls	5
Kāja virs ceļa locītavas	25
Ceļa locītava	8
Kāja zem ceļa locītavas	8
Pēdas kauli	7
Kājas pirksts,	2
par katru nākamo kājas pirkstu,	2
bet ne vairāk kā	10
Roka virs elkoņa locītavas	10
Roka zem elkoņa locītavas	7
Plaukstas kauli	5
rokas pirksti	2

- Pilna Apdrošināšanas atlīdzības tabula kaulu lūzumu gadījumiem tiek publicēta Apdrošinātāja tīmekļvietnē www.ergo.lv.
- 4.3.4. Ja lūzumi atbilst vairākām pozīcijām, Apdrošināšanas atlīdzības summējas, nepārsniedzot Apdrošināšanas polisē norādīto Apdrošinājuma summu kaulu lūzumu gadījumiem.
- 4.3.5. Ja vienai pozīcijai atbilst vairāki lūzumi, Apdrošināšanas atlīdzība tiek aprēķināta kā par vienu lūzumu.
- 4.3.6. Apdrošināšanas atlīdzība netiek aprēķināta un izmaksāta par atkārtotiem lūzumiem, ja lūzums noticis laikā, kad iepriekšējais vēl nav bijis saaudzis, ko nosaka, pamatojoties uz medicīnisko dokumentāciju, kā arī tad, ja iepriekšējie lūzumi vai ārstēšana ir ietekmējuši kaulu struktūru.
- 4.3.7. Komplīcētu kaulu lūzumu gadījumā Apdrošināšanas atlīdzība var tikt paaugstināta līdz 25% no aprēķinātās Apdrošināšanas atlīdzības summas.
- 4.3.8. Apdrošināšanas atlīdzību par kaulu lūzumiem neizmaksā par patoloģiskiem lūzumiem, kā arī gadījumos, ja tā paša nelaimes gadījuma rezultātā Apdrošinātais iegūst invaliditāti vai arī iestājas Apdrošinātā nāve.
- 4.4. Apdrošināšanas atlīdzība traumu gadījumos (izņemot kaulu lūzumus).
- 4.4.1. Apdrošināšanas atlīdzība traumu gadījumos tiek izmaksāta saišu, cīpslu, mīksto audu u. c. bojājumu gadījumos, kuros nav paredzēta Apdrošināšanas atlīdzība saskaņā ar šīs noteikumu nodaļas 4.3. punktu. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta saskaņā ar šīs noteikumu nodaļas 4.4.2. punktā norādīto tabulu un traumu gadījumiem paredzēto Apdrošinājuma summu.

Kauli	Līdz % no apdrošinājuma summas
Galvaskausa velves kauli	20
Galvaskausa pamatnes kauli	20
Augšžokļa un apakšžokļa kauli	5
Deguns	3
Lāpstiņa un atslēgas kauls	5
Krūšu kauls	5
1 riba	5
par katru nākamo riba,	2
bet ne vairāk kā	10
Mugurkaula skriemeļa loka, ķermeņa un izaugumu lūzums (līdz 2. skriemelim)	5
par katru nākamo mugurkaula skriemeļa loka, ķermeņa un izaugumu lūzumu,	5
bet ne vairāk kā	40
Mugurkaula skriemeļa šķērsizauguma vai smailā izauguma lūzums	5
Iegurņa kauli	30
Astes kauls	30
Kāja virs ceļa locītavas	25

4.4.2. Traumu Apdrošināšanas saīsinātā atlīdzību tabula:

Traumas	Līdz % no apdrošinājuma summas
Galvas smadzeņu satricinājums (ar darba nespēju, ne mazāku par 11 diennaktīm)	3-7
Cīpslu un saišu plīsumi, mežģījumi, menisku bojājums	3-20
Mīksto audu bojājumi (brūce, sākot ar 2 cm)	1-20
Apdegumi (sākot ar 2. pakāpes apdegumiem)	3-70
Nervu sistēmas bojājumi, neiŗīti	5-40
Iekšējo orgānu bojājumi, tai skaitā sirds un asinsvadu sistēmas bojājumi	3-30

Pilna Apdrošināšanas atlīdzību tabula traumu gadījumiem tiek publicēta Apdrošinātāja tīmekļvietnē www.ergo.lv.

- 4.4.3. Apdrošināšanas atlīdzību par traumu izmaksā gadījumā, ja ārstēšanās laiks ir ne mazāks par 7 (septiņām) diennaktīm un tas ir apliecināts ar ārstējošā ārsta izziņu.
- 4.4.4. Ja traumas atbilst vairākām pozīcijām, Apdrošināšanas atlīdzības summējas, nepārsniedzot Apdrošināšanas polisē norādīto Apdrošinājuma summu traumu gadījumiem.
- 4.4.5. 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.
- 4.4.6. Gadījumā, ja nelaimes gadījumā gūtās traumas rezultātā nepieciešama operācija, izņemot šuvju uzlikšanu u. c. nelielu ķirurģisko iejaukšanos, Apdrošināšanas atlīdzību var paaugstināt līdz 15% no aprēķinātās Apdrošināšanas atlīdzības summas.
- 4.5. Medicīniskā palīdzība.
Ja Apdrošinātā apdrošināšanas līgums ietver Apdrošināšanas atlīdzību nāves, paliekošas invaliditātes, kaulu lūzumu un traumu gadījumā, Apdrošinātais iegūst tiesības uz šīs noteikumu nodaļas 4.5.1.–4.5.3. punktā norādīto Apdrošināšanas atlīdzību.
- 4.5.1. 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 1000 EUR.
- 4.5.2. 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 šīs noteikumu nodaļas 4.2. 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.

Reabilitācijas izdevumi veidojas no Apdrošinātā samaksājām naudas summām par šiem medicīniskajiem pakalpojumiem: fizioterapijas procedūrām, kineziterapijas nodarbībām un 10 masāžu kursu.

- 4.5.3. 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 šīs noteikumu nodaļas 4.2. punktu. Maksimālā Apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt 1000 EUR.
- 4.5.4. 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.
- 4.5.5. Medicīniskās palīdzības Apdrošināšanas gadījumā Labuma guvējam vai tā pilnvarotajai personai jāiesniedz medicīniskās palīdzības izdevumus pamatojošu rēķinu oriģināli.
- 4.5.6. Apdrošināšanas atlīdzība par medicīniskās palīdzības izdevumiem netiek maksāta, ja šos izdevumus ir segušas par zaudējumiem atbildīgās personas vai tie ir segti ar citiem apdrošināšanas veidiem. Ja minētie izdevumi ir segti daļēji, Labuma guvējam ir tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību par izdevumu neseģto daļu.
- 4.5.7. Apdrošinātājs maksā Apdrošināšanas atlīdzību par medicīnisko pakalpojumu izdevumiem, ja Apdrošinātais šos pakalpojumus saņem divdesmit četru mēnešu laikā pēc nelaimes gadījuma. Pēc šī termiņa Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta.
- 4.6. Ārkārtas medicīniskā palīdzība.
- 4.6.1. Ja Līgumslēdzējas puses ir vienojušās, izdevumi par ārkārtas medicīnisko palīdzību tiek atlīdzināti saskaņā ar šīs noteikumu nodaļas 4.6.2.–4.6.3. punktu. Kopējā saskaņā ar šiem punktiem izmaksāto Apdrošināšanas atlīdzību summa par vienu Apdrošināšanas gadījumu nedrīkst pārsniegt Apdrošināšanas polisē norādīto ārkārtas medicīniskās palīdzības Apdrošinājuma summu.
- 4.6.2. Apdrošinātajam ir tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību par izdevumiem, kas radušies kosmētiskās plastiskās operācijas laikā par kosmētisko defektu un izkropļojumu korekciju jebkurā Apdrošinātā ķermeņa daļā, ja šīs operācijas veikšana ir bijusi nepieciešama nelaimes gadījuma dēļ, izņemot nāvi, un ja šī operācija ir veikta vienu gadu pēc nelaimes gadījuma, izņemot gadījumus, kad no medicīniskā viedokļa ir noteikts, ka to bijis nepieciešams veikt ātrāk. Saskaņā ar šo punktu piedāvātā Apdrošināšanas atlīdzība tiek samazināta par to atlīdzības daļu, kas Apdrošinātajam ir paredzēta saskaņā ar šīs noteikumu nodaļas 4.5.1. punktu.

- 4.6.3. Ja Apdrošinātais ir cietis nelaimes gadījumā, kas tiek atzīts par Apdrošināšanas gadījumu, tad Apdrošinātajam ir jāatlīdzina nepieciešamie izdevumi, nepārsniedzot apdrošināšanas līgumā noteikto ārkārtas medicīniskās palīdzības Apdrošinājuma summu:
- cietušā Apdrošinātā meklēšana un glābšanas operācijas, ko veicis valsts vai privāto pakalpojumu sniedzējs;
 - cietušā Apdrošinātā transportēšana līdz tuvākajai ārstniecības iestādei ar apstiprinātu ārsta norīkojumu;
 - cietušā Apdrošinātā transportēšana līdz pastāvīgajai dzīvesvietai, ja tas ir nepieciešams saskaņā ar apstiprinātu ārsta slēdzienu;
 - Apdrošinātā mirstīgo atlieku transportēšana līdz viņa/viņas pastāvīgajai dzīvesvietai, ja Apdrošinātais ir miris ārzemēs, vai nepieciešamās apbedīšanas izmaksas ārzemēs, kas nepārsniedz transportēšanas izdevumus.
- 4.6.4. Ārkārtas 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.
- 4.6.5. Apdrošināšanas atlīdzība par ārkārtas medicīniskās palīdzības izdevumiem netiek maksāta, ja šos izdevumus ir segušas par zaudējumiem atbildīgās personas vai tie ir segti ar citiem apdrošināšanas veidiem. Ja minētie izdevumi ir segti daļēji, Labuma guvējam ir tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību par izdevumu nesegto daļu.
- 4.6.6. Apdrošinātājs maksā Apdrošināšanas atlīdzību par ārkārtas medicīnisko pakalpojumu izdevumiem, ja Apdrošinātais šos pakalpojumus saņem divdesmit četrus mēnešus laikā pēc nelaimes gadījuma. Pēc šī termiņa Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta.
- 4.7. Apdrošināšanas atlīdzība darba nespējas gadījumā.
- 4.7.1. Slimnīcas dienas nauda.
- 4.7.1.1. Slimnīcas dienas nauda ir Apdrošināšanas atlīdzība, ko Apdrošinātais saņem par katru pilnu stacionārā pavadīto diennakti, ar nosacījumu, ka stacionārā tas nokļuvis nelaimes gadījuma rezultātā un atrodas tur kā pacients vismaz 24 (divdesmit četras) stundas.
- 4.7.1.2. Šajā gadījumā Apdrošinātais saņem Apdrošināšanas atlīdzību (slimnīcas dienas naudu) par katrām 24 stundām, kas pavadītas slimnīcā, Apdrošināšanas polisē noteiktajā apmērā.
- 4.7.1.3. Kopējā slimnīcas dienas naudas Apdrošināšanas atlīdzība ir ierobežota ar simts dienām 1 (viena) kalendārā gada laikā.
- 4.7.1.4. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā pēc ārstēšanas kursa pabeigšanas, pamatojoties uz ārstnieciskās iestādes izziņu un darba nespējas lapām, kurās norādīts stacionārā pavadītais laiks.
- 4.7.2. Dienas nauda.
- 4.7.2.1. Dienas nauda ir Apdrošināšanas atlīdzība, ko Apdrošinātais saņem, ja nelaimes gadījuma rezultātā tam ir radusies pārejoša darba nespēja. Apdrošināšanas atlīdzība paredzēta par katru pilnu darba nespējas diennakti.
- 4.7.2.2. Darba nespējas gadījumā Apdrošinātais saņem Apdrošināšanas atlīdzību (dienas naudu) par katrām 24 darba invaliditātes stundām Apdrošināšanas polisē noteiktajā apmērā.
- 4.7.2.3. Kopējā dienas naudas Apdrošināšanas atlīdzība ir ierobežota ar 50 (piecdesmit) darba nespējas dienām vienā Apdrošināšanas gadījumā un 100 (simts) darba nespējas dienām kalendārā gada laikā.
- 4.7.2.4. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā pēc ārstēšanas kursa pabeigšanas, pamatojoties uz ārstējošā ārsta izziņu un noslēgtām darba nespējas lapām, kurās norādīts darba nespējas laiks un uz kurām ir darba devēja apstiprinājums. Par darba nespēju apliecinošu dokumentu tiek uzskatītas tikai Latvijas Republikā izdotās darba nespējas lapas.
- 4.7.2.5. Gadījumos, kad Apdrošinātais nelaimes gadījuma rezultātā ir guvis smadzeņu satricinājumu, cīpslu (saišu) sastiepumus vai sasitumus, dienas naudas Apdrošināšanas atlīdzību maksā, sākot ar 11. (vienpadsmito) darba nespējas dienu.
- 4.8. Apdrošināšanas atlīdzību veidus un Apdrošinājuma summu apmērus nosaka katram Apdrošinātajam pēc apdrošināšanas līguma pušu vienošanās un norāda Apdrošināšanas polisē.

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. Apdrošinātajam, kuram tika paziņots par apdrošināšanas riska palielināšanu, ir tiesības grozīt

- apdrošināšanas līguma nosacījumus un palielināt apdrošināšanas riska atskaitījumu.
- 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 riska atskaitījuma samazināšanai.
- 5.4. Apdrošinātājam ir tiesības mainīt nelaimes gadījumu apdrošināšanas noteikumus, brīdinot Apdrošinājuma ņēmēju par to ne vēlāk kā 30 dienas pirms apdrošināšanas noteikumu plānotā maiņas datuma. Ja Apdrošinājuma ņēmējs nepiekrīt šiem apdrošināšanas noteikumu grozījumiem, nelaimes gadījumu apdrošināšana tiks izbeigta, sākot ar apdrošināšanas noteikumu paredzēto maiņas datumu.

6. Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība.

- 6.1. Apdrošinājuma ņēmēja (Apdrošinātā) pienākums, iestājoties nelaimes gadījumam, ir:
- nekavējoties, bet ne vēlāk kā 48 stundu laikā, doties uz veselības aprūpes iestādi;
 - sniegt precīzus datus par nelaimes gadījuma iestāšanās apstākļiem ārstējošajam ārstam;
 - sekot ārsta norādījumiem un veikt visus iespējamus pasākumus, lai iespēju robežās mazinātu nelaimes gadījuma sekas;
 - informēt Apdrošinātāju par katru Apdrošināšanas gadījumu nekavējoties, bet ne vēlāk kā 30 dienu laikā, un izpildīt Apdrošinātāja norādījumus. Gadījumā, ja informācija par nelaimes gadījumu ir aizkavēta, Apdrošinātājs var pieprasīt Apdrošinājuma ņēmējam atlīdzināt izdevumus, kas nepieciešami, lai noteiktu Apdrošināšanas gadījumu;
 - 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;
 - palīdzēt Apdrošinātājam noskaidrot Apdrošināšanas gadījuma ietāšanās apstākļus un iesniegt dokumentus, kas apstiprina Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās faktu, vietu, laiku un zaudējumu apjomu:
 - akts par nelaimes gadījumu darbā;
 - 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 šīs noteikumu nodaļas 4.5. un 4.6. 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. Apdrošinājuma ņēmējam, Apdrošinātājam un Labuma guvējam jāievēro šīs noteikumu nodaļas 6. punkta nosacījumi.
- 6.3. Apdrošinājuma ņēmējs un/vai Apdrošinātais atbild uz Apdrošinātāja anketas jautājumiem pēc iespējas visaptveroši un atgriež to Apdrošinātājam; Apdrošinājuma ņēmējam un/vai Apdrošinātājam arī jāsniedz visi citi pieejamie dokumenti un informācija par Apdrošināšanas gadījuma apstākļiem un sekām, kas nepieciešami, lai noteiktu Apdrošināšanas atlīdzības summu. Apdrošinājuma ņēmējam un/vai Apdrošinātājam ir tiesības iegūt šos dokumentus saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteikto kārtību.
- 6.4. 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.
- 6.5. Apdrošinātāja medicīnas speciālists nosaka Apdrošināšanas atlīdzības apmēru saskaņā ar šo apdrošināšanas noteikumu nodaļas Apdrošināšanas atlīdzības tabulu un ņemot vērā cietušās personas ārstējošā ārsta slēdzienus, konsultācijas un norādījumus, kā arī cietušās personas rehabilitācijas efektivitāti.
- 6.6. Plastiskās vai atjaunojošās ķirurģijas nepieciešamība tiek noteikta saskaņā ar šīs noteikumu nodaļas 6.5. 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.
- 6.7. 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 gadus no datuma, kad Laimas slimība vai ērcu encefalīts tika diagnosticēts.
- 6.8. 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 invaliditāte tika apstiprināta ar attiecīgu medicīnisku atzinumu, kas izsniegts ne vēlāk kā 3 mēnešus pēc 12 mēnešu

perioda beigām no negadījuma datuma. Ja neārstējama fiziskā stāvokļa vai garīgo spēju (invaliditātes) zudums ir neapšaubāms, Apdrošinātājam ir tiesības izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, neņemot vērā šajā punktā noteiktos termiņus.

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 šīs noteikumu nodaļas 4.2. punktu, pēc kuras nosaka invaliditāti negadījumu situācijās.
- 7.3. Cietušās personas darbaspēju samazinājums (zudums) un/vai šī samazinājuma noteikšana, kad DEĀK ir noteicis cietušajai personai uz noteiktu laiku vai pastāvīgu darbaspēju (invaliditāte) samazinājumu, var netikt uzskatīts par pamatu Apdrošināšanas atlīdzības summas aprēķiniem (noteikšanai).
- 7.4. Daļēja zaudējuma vai neārstējama 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 šīs noteikumu nodaļas 6.5. punktā.
- 7.6. Ja vairākas fiziskas vai garīgas funkcijas tika bojātas negadījuma dēļ, invaliditātes pakāpe jānosaka saskaņā ar šīs noteikumu nodaļas 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, kura tikusi neatgriezeniski bojāta slimības vai piedzīvotas traumas dēļ pirms Apdrošināšanas gadījuma, tikusi bojāta negadījuma dēļ, funkciju (invaliditātes) bojājuma pakāpe tiek aprēķināta saskaņā ar šīs noteikumu nodaļas 7.2. punktu, atskaitot atbilstošu orgāna funkcijas zuduma iepriekšējo pakāpi.
- 7.8. Ja iestājas Apdrošinātā, kam ir nelaimes gadījumu apdrošināšana, nāve gada laikā kopš negadījuma šī paša negadījuma dēļ, 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 šīs noteikumu nodaļas 4.1. 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 šīs noteikumu nodaļas 4.2. punktu ir iesniegtas, Apdrošināšanas atlīdzība par invaliditāti tiek izmaksāta saskaņā ar invaliditātes pakāpi, kas noteikta saskaņā ar pēdējiem medicīnisko pārbažu 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 parasto vai ārkārtas medicīniskās palīdzības apdrošināšanu Apdrošinātājam 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 par parastu vai ārkārtas gadījumu medicīnisko palīdzību, ja Apdrošinātais saņem šādas medicīniskās palīdzības pakalpojumu 2 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 Apdrošinātājam, 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 Apdrošinātais ir nepilngadīga vai rīcībnespējīga persona, Apdrošināšanas atlīdzība jāizmaksā vienīgi uz

- šīs personas vārda atvērtā norēķinu kontā bankā.
Apdrošinātas nepilngadīgas vai rīcībnespējīgas personas nāves gadījumā Apdrošināšanas atlīdzība jāizmaksā viņa likumīgajiem mantiniekiem.
- 8.3. Ja noticis negadījums, Apdrošināšanas atlīdzība var tikt izmaksāta pa daļām, izvērtējot Apdrošinātā ārstējošo ārstu slēdzienus un rehabilitācijas efektivitāti.
- 8.4. 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 mēneši, lai noteiktu precīzu kaitējuma summu.
- 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.

9. Apdrošināšanas atlīdzības samazināšana un tās nemaksāšanas 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. Apdrošinātājam ir tiesības neizmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību vai izmaksāt zemāku Apdrošināšanas atlīdzības summu, ja Apdrošinājuma ņēmējs neizpilda saistības, kas noteiktas šīs noteikumu nodaļas 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. Apdrošinātājam 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;