

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI Nr. 06-2021**Saturs**

1. Noteikumos lietotie termini
2. Apdrošināšanas līgumam piemērojamais likums
3. Apdrošināšanas līguma noslēgšana, spēkā stāšanās un Apdrošināšanas prēmijas samaksas kārtība
4. Pušu pienākumi un atbildība par Apdrošināšanas līguma noteikumu neievērošanu
5. Lēmums par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu
6. Apdrošināšanas līguma izbeigšana
7. Paziņojumu, pieprasījumu un informācijas sniegšana
8. Izņēmumi
9. Starptautisko sankciju izņēmumi
10. Distances apdrošināšanas līguma noteikumi
11. Personas datu apstrāde un informācijas konfidencialitāte
12. Sūdzību un strīdu izskatīšanas kārtība
13. Apdrošināšanas līguma valoda

1. Noteikumos lietotie termini

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

Apdrošinājuma ņēmējs – juridiska persona, kas noslēdz veselības Apdrošināšanas līgumu Apdrošinātā labā.

Apdrošinātais – Apdrošināšanas polisē norādītā fiziskā persona, kurai ir apdrošināmā interese un kuras labā starp Apdrošinātāju un Apdrošinājuma ņēmēju ir noslēgts Apdrošināšanas līgums par veselības apdrošināšanu.

Apdrošinātais risks – Apdrošināšanas līgumā paredzētie, ar Pakalpojumu sniedzēja iestādes pakalpojumu saņemšanu saistīti izdevumi, kas var rasties Apdrošinātajam Apdrošināšanas perioda laikā, un kuru apmaksā paredzēta Apdrošināšanas līgumā.

Apdrošināšanas gadījums – ar Apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts notikums, kuram iestājoties Apdrošināšanas perioda darbības laikā, paredzēta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši Apdrošināšanas līgumam.

Apdrošināšanas karte – elektroniskā vai fiziskā formātā izsniegts Apdrošinātāja apliecinājums par Apdrošinātās personas apdrošināšanu uz Apdrošināšanas periodu Apdrošināšanas programmas ietvaros; ja Apdrošināšanas līgumā nav paredzēta Apdrošināšanas kartes izsniegšana, tas neietekmē apdrošināšanas spēkā esamību, ja ir ievēroti visi Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās nosacījumi.

Apdrošināšanas limits – Apdrošināšanas programmā noteikta naudas summa vai ārstniecisko pakalpojumu un apmeklējumu skaits, kura ietvaros, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, tiek segtas Apdrošinātā veselības aprūpes pakalpojumu izmaksas.

Apdrošināšanas līgums – Apdrošinātāja un Apdrošinājuma ņēmēja vienošanās, saskaņā ar kuru Apdrošinājuma ņēmējs uzņemas saistības maksāt Apdrošināšanas prēmiju līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt citas līgumā noteiktās saistības, un Apdrošinātājs uzņemas saistības, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam un ar to saistītiem Apdrošinātā izdevumiem, izmaksāt Apdrošināšanas līgumā norādītajai personai Apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši Apdrošināšanas līguma noteikumiem; par Apdrošināšanas līguma priekšmetu uzskatāms Apdrošināšanas līgumā noteiktais apdrošināšanas objekts, apdrošināto risku kopums un noteiktie izņēmumi, apdrošinājuma summa.

Apdrošināšanas līgums sastāv no: Apdrošināšanas pieteikuma, Apdrošināto personu saraksta, Veselības apdrošināšanas piedāvājuma pieprasījuma, Veselības apdrošināšanas piedāvājuma, Apdrošināšanas polises, Apdrošināšanas kartes, šiem veselības apdrošināšanas noteikumiem, Apdrošināšanas polises pielikumiem, Apdrošināšanas programmas, citiem noteikumiem un/vai apdrošināšanas līguma grozījumiem, par kuriem Apdrošinātājs un Apdrošinājuma ņēmējs ir rakstveidā vienojušies un kas ir neatņemamas Apdrošināšanas līguma sastāvdaļas.

Apdrošināšanas objekts – Apdrošinātā veselība.

Apdrošināšanas periods – Apdrošināšanas polisē norādītais laika posms, kurā ir spēkā apdrošināšana.

Apdrošināšanas pieteikums – Apdrošinātāja noteikta parauga dokuments vai jebkura cita informācija, kuru Apdrošinājuma ņēmējs iesniedz Apdrošinātājam, lai informētu Apdrošinātāju par Apdrošināšanas objektu, faktiem, un apstākļiem, kas nepieciešami apdrošinātā riska novērtēšanai.

Apdrošināšanas polise – Apdrošinātāja izsniegts apliecinājums par Apdrošināšanas līguma noslēgšanu; pušu parakstu neesamība uz Apdrošināšanas polises neietekmē Apdrošināšanas līguma spēkā esību, ja ir ievēroti Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās noteikumi.

Apdrošināšanas prēmija – Apdrošinātāja aprēķinātais un Apdrošināšanas polisē noteiktais Apdrošinājuma ņēmēja maksājums par apdrošināšanu.

Apdrošināšanas programma – Apdrošinātāja noteikts veselības aprūpes pakalpojumu kopums (segums), kuru apmaksu, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, veic Apdrošinātājs un kas ir noteikts Apdrošināšanas līgumā.

Apdrošinājuma summa – Apdrošināšanas līgumā noteiktā maksimālā naudas summa, ko Apdrošinātājs var apmaksāt par Apdrošinātā saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem izvēlēts Apdrošināšanas programmas ietvaros.

Apdrošināšanas atlīdzība – atbilstoši Apdrošināšanas līgumam Apdrošinātajam vai Līgumiestādei par Apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā naudas summa.

Apdrošināšanas atlīdzības pieteikums - Apdrošinātāja noteikta parauga dokuments, kuru Apdrošinātais iesniedz Apdrošinātajam, lai saņemtu Apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar noslēgto Apdrošināšanas līgumu.

Ārstniecība - profesionāla un individuāla slimību profilakse, diagnostika un ārstēšana, medicīniskā rehabilitācija un pacientu aprūpe.

Ārstniecības iestāde – ārstu prakse, valsts un pašvaldību iestāde, saimnieciskās darbības veicējs vai komercsabiedrība, kas reģistrēta ārstniecības iestāžu reģistrā, atbilst Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām un nodrošina ārstniecības pakalpojumus.

Ārstniecības pakalpojums - pakalpojums, kuru Apdrošinātais saņēmis Ārstniecības iestādē no Ārstniecības personas, kura saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteikto kārtību ir tiesīga praktizēt noteiktā specialitātē un pielietot medicīnisko tehnoloģiju – ārstniecībā izmantojamu metodi, kas ir apstiprināta Ministru kabineta noteiktajā kārtībā, un medicīnisko ierīci vai zāles, kas atbilst prasībām, kādas attiecībā uz tām ir noteiktas Latvijas Republikas normatīvajos aktos.

Ārstniecības personas - personas, kurām ir medicīniskā izglītība un kuras nodarbojas ar Ārstniecību.

Līgumiestāde – Pakalpojuma sniedzēja iestāde, ar kuru Apdrošinātājs ir noslēdzis līgumu par noteiktiem pakalpojumiem un kas, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, Apdrošināšanas programmas ietvaros sniedz Apdrošinātajam pakalpojumus. Samaksu par Apdrošinātajam sniegtajiem Līgumiestādes pakalpojumiem veic Apdrošinātājs saskaņā ar Apdrošināšanas līguma noteikumiem.

Pakalpojuma sniedzēja iestāde - Ārstniecības iestāde, kā arī aptiekas un optikas iestādes, kas darbojas Latvijas Republikas teritorijā, Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā, nodrošinot ārstnieciski profilaktiskos, ārstnieciskos un rehabilitācijas pakalpojumus, un sporta pakalpojumu sniedzēja iestādes, kurās pakalpojumus veselības uzlabošanai un profilaksei sniedz Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā sertificēti sporta speciālisti.

Personas datu apstrāde – jebkura ar personas datiem vai personas datu kopumiem veikta darbība vai darbību kopums, ko veic ar vai bez automatizētiem līdzekļiem, piemēram, vākšana, reģistrācija, organizēšana, strukturēšana, glabāšana, pielāgošana vai pārveidošana, atgūšana, aplūkošana, izmantošana, izpaušana, nosūtīt, izplatīt vai citādi darīt tos pieejamus, saskaņošana vai kombinēšana, ierobežošana, dzēšana vai iznīcināšana.

Šo noteikumu termini piemērojami visos Apdrošināšanas līguma dokumentos, kuru sastāvdaļa ir šie noteikumi.

2. Apdrošināšanas līgumam piemērojamais likums

- 2.1. Ar Apdrošināšanas līguma noslēgšanu puses ir vienojušās, ka no Apdrošināšanas līguma izrietošo saistību izpildei tiek piemēroti Latvijas Republikas normatīvie akti, tai skaitā, Latvijas Republikas likums "Apdrošināšanas līguma likums" (turpmāk Apdrošināšanas līguma likums), un Latvijas Republikā piemērojamās Eiropas Savienības tiesību normas. Ja tiek ieviestas izmaiņas spēkā esošajos normatīvajos aktos, kā rezultātā Apdrošināšanas līguma noteikumi kļūst pretrunā ar spēkā esošo tiesību normu, Apdrošināšanas līguma un no tā izrietošo saistību izpildei tiek piemērota spēkā esošā tiesību norma, ja normatīvajos aktos nav noteikts savādāk.
- 2.2. Jebkuri jautājumi, kas nav atrunāti Apdrošināšanas līgumā, tai skaitā, šajos noteikumos, pušu starpā tiek risināti atbilstoši spēkā esošajiem tiesību aktiem saskaņā ar šo noteikumu 2.1. punktu.

3. Apdrošināšanas līguma noslēgšana, spēkā stāšanās un Apdrošināšanas prēmijas samaksas kārtība

- 3.1. Apdrošināšanas līgums uzskatāms par noslēgtu tikai tad, kad Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs ir vienojušies par visiem Apdrošināšanas līguma noteikumiem. Apdrošināšanas līguma noslēgšanu apliecina Apdrošinātāja izsniegta Apdrošināšanas polise.
- 3.2. Ja citviet Apdrošināšanas līgumā nav noteikts savādāk, Apdrošināšanas līgums stājas spēkā Apdrošināšanas polisē norādītajā datumā, ar nosacījumu, ka Apdrošinājumaņēmējs ir samaksājis Apdrošināšanas prēmiju paredzētajā termiņā un apmērā.
- 3.3. Apdrošinājumaņēmēja pienākums ir samaksāt Apdrošināšanas prēmiju līdz Apdrošināšanas līgumā norādītajam datumam. Strīdus gadījumā izšķiroša nozīme ir datumam, kurā Apdrošinātājs Apdrošināšanas prēmiju ir saņēmis Apdrošinātāja norādītajā bankas norēķinu kontā.
- 3.4. Apdrošināšanas līguma darbības laikā Apdrošinātās personas tiek pievienotas Apdrošināto personu sarakstam vai izslēgtas no tā, pamatojoties uz Apdrošinājumaņēmēja rakstveidā sniegtu informāciju Apdrošinātajam par izmaiņām Apdrošināto personu sarakstā.
- 3.5. Apdrošināšana ir spēkā Latvijas Republikas teritorijā, izņemot gadījumus, kad līdzēji rakstveidā ir vienojušies savādāk.

4. Pušu pienākumi un atbildība par Apdrošināšanas līguma noteikumu neievērošanu

4.1. Pusēm ir pienākums ievērot noslēgtā Apdrošināšanas līguma noteikumus un Latvijas Republikas normatīvo aktu prasības. Puses ir atbildīgas par Apdrošināšanas līguma noteikumu un normatīvo aktu prasību neievērošanu Latvijas Republikas Civillikumā un citos normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

4.2. Apdrošinājuma ņēmēja, Apdrošinātā tiesības un pienākumi

4.2.1. Apdrošinājuma ņēmējs apņemas:

- 4.2.1.1. informēt Apdrošinātos par to, ka viņi tiek apdrošināti, iepazīstināt tos ar Apdrošināšanas līguma noteikumiem vai izmaiņām tajos, izskaidrot no Apdrošināšanas līguma izrietošās tiesības un pienākumus un nodot Apdrošināšanas piedāvājumā noteiktos dokumentus Apdrošinātājiem;
- 4.2.1.2. savlaicīgi rakstveidā iesniegt Apdrošinātājam apdrošināmo personu sarakstu;
- 4.2.1.3. savlaicīgi pirms izmaiņu spēkā stāšanās datuma rakstveidā sniegt Apdrošinātājam informāciju par personu pievienošanu vai izslēgšanu no Apdrošināto personu saraksta;
- 4.2.1.4. samaksāt Apdrošināšanas prēmiju Apdrošināšanas līgumā norādītajos termiņos, veidā un apmērā.
- 4.2.1.5. Ja Apdrošinātais nepilda šo noteikumu 4.2.2.6.punktā noteiktās saistības, Apdrošinājuma ņēmējs 3 (trīs) darba dienu laikā pēc Apdrošinātāja pieprasījuma atmaksā Apdrošinātājam naudas summu, kuru Apdrošinātais kā Apdrošināšanas atlīdzību vai Ārstniecības pakalpojumu saņēmis:
 - a) virs Apdrošināšanas līgumā noteiktās Apdrošinājuma summas vai Apdrošināšanas limitiem;
 - b) ja to apmaksu neparedz Apdrošināšanas līgums (ārpus seguma);
 - c) pēc Apdrošināšanas perioda beigām vai Apdrošināšanas līguma izbeigšanas.
- 4.2.1.6. Gadījumā ja Apdrošinājuma ņēmējs neveic Apdrošināšanas prēmijas samaksu Apdrošinātāja rēķinā noteiktajā termiņā, Apdrošinājuma ņēmējs maksā Apdrošinātāja aprēķināto līgumsodu 0,5% (nulle komats piecu procentu) apmērā no nenomaksātās Apdrošināšanas prēmijas daļas par katru nokavēto dienu. Līgumsoda samaksa neatbrīvo Apdrošinājuma ņēmēju no saistību izpildes pienākuma.

4.2.2. Apdrošinātais apņemas:

- 4.2.2.1. iepazīties ar Apdrošināšanas programmu un šiem Veselības apdrošināšanas noteikumiem un ievērot tos;
- 4.2.2.2. nekavējoties informēt Apdrošinājuma ņēmēju gadījumā, ja mainās Apdrošinātā tiesības saņemt valsts nodrošinātos veselības aprūpes pakalpojumus;
- 4.2.2.3. rūpēties par savu veselību un, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, ievērot Ārstniecības personas norādījumus, lai mazinātu Ārstniecības izdevumu apjomu;
- 4.2.2.4. sekot līdzi saviem Ārstniecības izdevumiem, lai nepārsniegtu Apdrošinājuma summu un/vai Apdrošināšanas limitu;
- 4.2.2.5. neizmantojot Apdrošināšanas pakalpojumu, ja izmaksātās Apdrošināšanas atlīdzības vai Apdrošināšanas limiti ir sasnieguši Apdrošināšanas līgumā un /vai Apdrošināšanas programmā noteikto Apdrošinājuma summu;
- 4.2.2.6. ne vēlāk kā 14 (četrpadsmit) darba dienu laikā pēc Apdrošinātāja pieprasījuma atmaksāt Apdrošinātājam naudas summu, kuru Apdrošinātais kā Apdrošināšanas atlīdzību vai Ārstniecības pakalpojumu pretēji šo noteikumu 4.2.2.5. punktā minētajam saņēmis:
 - a) virs Apdrošināšanas līgumā noteiktās Apdrošinājuma summas vai Apdrošināšanas limitiem;
 - b) ja to apmaksu neparedz Apdrošināšanas līgums (ārpus seguma);
 - c) pēc Apdrošināšanas perioda beigām vai Apdrošināšanas līguma izbeigšanas.
- 4.2.2.7. pēc pakalpojuma saņemšanas nekavējoties, tiklīdz tas iespējams, iesniegt Apdrošinātājam šādus dokumentus par Apdrošināšanas programmā paredzētajiem pakalpojumiem, par kuriem Apdrošinātais norēķinājies pats:
 - a) Apdrošinātāja noteiktajā kārtībā aizpildītu Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu;
 - b) personificētu maksājuma dokumenta oriģinālu vai Apdrošinātā apliecinātu kopiju, kurā ir redzama informācija par katru saņemto pakalpojumu, to daudzumu un cenu, kas samaksāta par katru saņemto pakalpojumu;
 - c) citus Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus par Apdrošinātā saņemtajiem pakalpojumiem, kas apliecina ar Apdrošināšanas gadījumu saistītos apstākļus un/vai, kas saistīti ar izmaksājamās Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanu;
- 4.2.2.8. gadījumos, ja Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumam nav pievienoti maksājumu dokumentu oriģināli, uzglabāt maksājumu apliecinājošo dokumentu oriģinālus 3 (trīs) gadus pēc pakalpojuma saņemšanas, un pēc Apdrošinātāja pieprasījuma nekavējoties tos uzrādīt Apdrošinātājam.

4.3. Apdrošinātāja tiesības un pienākumi

- 4.3.1. Apdrošinātājam izsniegtās Apdrošināšanas kartes nozaudēšanas vai Apdrošinātā personas datu maiņas gadījumā (ja Apdrošināšanas karte izsniegta fiziski), Apdrošinātājs izgatavo Apdrošināšanas kartes dublikātu 5 (piecu) darba dienu laikā no Apdrošinājuma ņēmēja vai Apdrošinātā pieteikuma un samaksas par nozaudētās Apdrošināšanas kartes atjaunošanu saņemšanas brīža. Apdrošināšanas kartes nozaudēšanas gadījumā tās atjaunošanas maksa ir EUR 4.00 (četri euro). Apdrošināšanas kartes dublikātu izsniedz Apdrošinājuma ņēmējam. Uzrādot Latvijas Republikas Iekšlietu Ministrijas

Valsts policijas izziņu par sev piederošo dokumentu zādzību vai nolauptīšanu, Apdrošināšanas kartes dublikātu izsniedz bez maksas.

- 4.3.2. Ja Apdrošināšanas līguma darbības laikā saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem ir ieviesti jauni vai palielināti esošie maksājumi, veiktas izmaiņas attiecībā uz valsts nodrošinātiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas attiecas uz Ārstniecības pakalpojumiem, par kuru saņemšanu ir paredzēta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas saskaņā ar noslēgto Apdrošināšanas līgumu, Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji Apdrošināšanas līguma darbības laikā ieviest ierobežojumus apmaksājamiem Ārstniecības pakalpojumiem, pieprasīt samaksāt papildus Apdrošināšanas prēmiju un mainīt apdrošināšanas segumu.
- 4.3.3. Apdrošinātājam ir tiesības Apdrošināšanas līguma darbības laikā mainīt pakalpojumu apmaksas kārtību un/vai noteikt ierobežojumus apmaksājamiem pakalpojumiem Līgumiestādē, saglabājot Apdrošināšanas programmā norādīto apmaksājamo pakalpojumu apjomu un apmēru, kā arī veikt grozījumus Līgumiestādē apmaksājamo pakalpojumu klāstā un Līgumiestāžu sarakstā. Aktuālā informācija par Līgumiestādēm ir pieejama Apdrošinātāja tīmekļvietnē: www.ergo.lv.
- 4.3.4. Apdrošinātājam ir tiesības vērsties ar prasību par zaudējumu piedziņu pret Apdrošināto un Apdrošinājuma ņēmēju solidāri, ja Apdrošinātājs saskaņā ar šo noteikumu 4.2.2.6 punktu un 4.2.1.5. punktu nav saņēmis izdevumu atmaksu.

5. Lēmums par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu

- 5.1. Iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību pēc kompensācijas principa, kompensējot izdevumus, kas radušies Apdrošinātājai personai saņemot Pakalpojuma. iestādes pakalpojumus, ar nosacījumu, ka izmaksājamā Apdrošināšanas atlīdzība nepārsniedz Apdrošināšanas līgumā noteikto Apdrošināšanas summu un/ vai Apdrošināšanas limitus.
- 5.2. Apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātājs atbilstoši 5.1. punktā minētajam izmaksā sekojoši:
 - 5.2.1. Līgumiestādei (ja Apdrošinātais pakalpojumu saņēmis Līgumiestādē);
 - 5.2.2. Apdrošinātājam, gadījumā ja:
 - (a) Apdrošinātais pakalpojumu saņēmis Pakalpojuma sniedzēja iestādē, kas nav Līgumiestāde, vai
 - (b) Apdrošinātājs šī pakalpojuma apmaksu Līgumiestādē neveic, un Apdrošinātais ir norēķinājies par saņemtajiem pakalpojumiem, kas iekļauti Apdrošināšanas programmā, atbilstoši Pakalpojuma sniedzējas iestādes izsniegtajiem maksājumu dokumentiem, nepārsniedzot Apdrošinātāja noteikto Apdrošināšanas atlīdzības apmēru vai cenrādi un Apdrošināšanas programmā noteikto apmēru.
- 5.3. Gadījumā, ja Pakalpojuma sniedzēja iestādē saņemtā vai ar Apdrošinātāju saskaņojamā pakalpojuma cena pārsniedz Apdrošinātāja noteikto šī pakalpojuma Apdrošināšanas atlīdzības apmēru vai Apdrošinātāja noteikto cenrādi, tad radušos starpību sedz Apdrošinātais.
- 5.4. Lēmumu par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai lēmumu par atteikumu izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, Apdrošinātājs pieņem 10 (desmit) darba dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas (ja Apdrošināšanas līgumā nav noteikts īsāks termiņš).
- 5.5. Ja Apdrošinātājs konstatē, ka Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai iesniegtie dokumenti ir nepilnīgi, kļūdaini aizpildīti un/vai nepieciešams papildu laiks Apdrošināšanas gadījuma vai iesniegto dokumentu pārbaudei, Apdrošinātājs lēmuma pieņemšanas termiņu ir tiesīgs pagarināt līdz 30 (trīsdesmit) dienām, informējot par to Apdrošināto.
- 5.6. Ja Apdrošinātājs pieņem lēmumu par atteikumu izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, tas 10 (desmit) darba dienu laikā pēc lēmuma pieņemšanas dienas nosūta motivētu paziņojumu Apdrošinātājam. Šajā punktā minēto paziņojumu Apdrošinātājs ir tiesīgs nosūtīt Apdrošinātājam uz elektroniskā pasta adresi, ja Apdrošinātais to norādījis saziņai atbilstoši šo noteikumu 7.3. punktā noteiktajai kārtībai. Apdrošinātais dara zināmu Apdrošinātājam, ja papildus saņemtajai informācijai vēlas saņemt arī lēmumu pa pastu.

6. Apdrošināšanas līguma izbeigšana

- 6.1. Apdrošināšanas līguma termiņš norādīts Apdrošināšanas polisē. Apdrošināšanas līgumu var izbeigt pirms termiņa, Apdrošinājuma ņēmējam un Apdrošinātājam rakstveidā vienojoties.
- 6.2. Jebkura no pusēm var izbeigt Apdrošināšanas līgumu pirms termiņa pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, ja ir izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība.
- 6.3. Apdrošinājuma ņēmējs ir tiesīgs vienpusēji atkāpties no noslēgtā Apdrošināšanas līguma, rakstveidā par to paziņojot Apdrošinātājam. Apdrošinātājs pieņem lēmumu par Apdrošināšanas līguma izbeigšanu, pamatojoties uz saņemto Apdrošinājuma ņēmēja paziņojumu par atkāpšanos no līguma.
- 6.4. Apdrošināšanas līgums var tikt izbeigts Apdrošināšanas līguma likuma vai citos Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos, tai skaitā, Apdrošinātājs var izbeigt Apdrošināšanas līgumu gadījumā, ja ir mainījusies informācija par apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību un iespējamo zaudējumu apmēru Apdrošināšanas līguma darbības laikā.

7. Paziņojumu, pieprasījumu un informācijas sniegšana

- 7.1. Visus paziņojumus, iesniegumus, prasības un pieteikumus saistībā ar Apdrošināšanas līgumu un no tā izrietošām saistībām (tai skaitā, Apdrošināšanas pieteikumu, informāciju par Apdrošināšanas objektu, faktiem un apstākļiem, kas nepieciešami apdrošinātā riska novērtēšanai, par izmaiņām kontaktinformācijā) Apdrošinājuma ņēmējs un/vai Apdrošinātais iesniedz Apdrošinātājam rakstveidā, tīmekļvietnē www.ergo.lv, nosūtot uz Apdrošinātāja filiāles juridisko adresi, vai elektroniski, izmantojot Apdrošinātāja norādīto elektroniskā pasta adresi.

- 7.2. Apdrošinājuma ņēmējs vai Apdrošinātais visus paziņojumus, iesniegumus, prasības un pieteikumus saistībā ar Apdrošināšanas līgumu un no tā izrietošām saistībām iesniedz Apdrošinātājam tādā formā un veidā, lai Apdrošinātājs nepārprotami varētu Apdrošinājuma ņēmēju vai Apdrošināto identificēt kā dokumenta iesniedzēju.
- 7.3. Apdrošināšanas līgumā noteiktos paziņojumus, iesniegumus un prasības (tai skaitā, Apdrošināšanas polisi, u.c. dokumentus) Apdrošinātājs sniedz rakstveidā uz Apdrošinājuma ņēmēja un/vai Apdrošinātā norādīto pasta adresi. Apdrošinātājs ir tiesīgs nosūtīt nepieciešamo informāciju Apdrošinājuma ņēmējam un/vai Apdrošinātājam uz tā norādīto elektroniskā pasta adresi, ja Apdrošinājuma ņēmējs / Apdrošinātais to norādījis Apdrošināšanas līgumā minētās informācijas saņemšanai.
- 7.4. Apdrošinātājam ir pienākums nekavējoties informēt Apdrošinājuma ņēmēju gadījumā, ja mainās Apdrošinātā saziņai norādītā kontaktinformācija.
- 7.5. Par izmaiņām Apdrošinātāja kontaktinformācijā, Apdrošināšanas noteikumos vai Apdrošināšanas līgumam piemērojamiem normatīvajiem aktiem, Apdrošinātājs informē Apdrošinājuma ņēmēju Apdrošinātāja tīmekļvietnē www.ergo.lv, vai nosūta informāciju par minētajām izmaiņām Apdrošinājuma ņēmējam uz tā norādīto adresi.

8. Izņēmumi

- 8.1. Ar Apdrošināšanas līguma noslēgšanu puses ir vienojušās, ka, izņemot valsts apmaksājamās veselības aprūpes pakalpojumus pacienta līdzmaksājuma apmērā, par Apdrošināšanas gadījumu netiek atzīts un Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā par :
 - 8.1.1. pakalpojumiem, kuri saņemti iestādē, kas nav Pakalpojuma sniedzēja iestāde;
 - 8.1.2. ārpus Ārstniecības iestādes adreses (izbraukumā) sniegtiem ārstniecības pakalpojumiem, izņemot neatliekamo medicīnisko palīdzību un medicīnas personāla mājas vizītes;
 - 8.1.3. ārstu honorāriem, ārsta izvēli operācijās, ārpus ārsta darba laika sniegtajiem pakalpojumiem, ārstu konsīlijiem, administratīviem izdevumiem, ambulatoriem un stacionāriem servisa pakalpojumiem, pirmstermiņa medicīniskām veselības pārbaudēm transportlīdzekļu vadītājiem;
 - 8.1.4. maksas onkoloģisko slimību - ļaundabīgo audzēju un to radītu veselības traucējumu ārstniecību (izņemot diagnostiku līdz ļaundabīga audzēja diagnozes noteikšanas brīdim), paliatīvo ārstniecību, sociālo aprūpi, uzturēšanos pa nakti dienas stacionārā, individuālo posteni stacionārā, ēdināšanu; miega traucējumu un slimību ārstniecība, individuālajiem veselības aprūpes līgumiem (izņemot dzemdību līgumus);
 - 8.1.5. kosmetoloģiskiem pakalpojumiem un/vai ārstniecību, fotodinamisko lāzerterapiju, fototermolīzi, estētiski dermatoloģiskiem un ķirurģiskiem pakalpojumiem, ārstēšanas kursiem un programmām (t.sk. sulu, diētiskām kūrēm u.c.), svara samazināšanas ārstniecību, limfodrenāžu, vispārējo ķermeņa masāžu, vakuummassāžu, pēdu aprūpi;
 - 8.1.6. sēnīšu slimību ārstniecību, Acne un Rosacea ārstniecību, autohemoterapiju (t.sk. PRP, PRF injekcijas), kapsulas endoskopiju, magnētiskās rezonanses izmeklējumu visam ķermenim, pozitronu emisijas tomogrāfiju (PET/CT), stereotaktisko radiķirurģiju;
 - 8.1.7. ārstniecību, izmantojot papildinošās (komplementārās) medicīnas medicīniskos pakalpojumus (netradicionālās medicīnas metodes), ja to neparedz Apdrošināšanas programma (piemēram, adatu terapija, biorezonanses terapija un diagnostika, ājurvēdas medicīna u.c.);
 - 8.1.8. ģimenes plānošanu, kontracepciju, neauglības ārstniecību, mākslīgo apaugļošanu, pakalpojumiem, kas saistīti ar grūtniecības pārtraukšanu bez medicīniskām indikācijām un to seku ārstēšanu;
 - 8.1.9. sirds un sirds-asinsvadu operācijām, asinsvadu stentēšanas un šuntēšanas operācijām, koronarogrāfijām, elektrokardiostimulātoru ielikšanas/izņemšanas pakalpojumiem un to pārbaudēm;
 - 8.1.10. ārstniecības pakalpojumiem, kas saistīti ar orgānu un audu transplantāciju, acs refrakciju korigējošām operācijām, plastisko un rekonstruktīvo ķirurģiju, audu aizstājējmateriāliem, papildmateriāliem, papildierīcēm un tehnisko palīg-līdzekļu iegādi; manipulācijās / operācijās izmantotajiem ārstniecības līdzekļiem (zāles un medicīniskās ierīces);
 - 8.1.11. seksuāli transmisīvo slimību un to radīto seku ārstniecību, tai skaitā HIV un AIDS, tuberkulozes ārstniecību, vīrusu hepatītu (izņemot laboratoriskos izmeklējumus anti HVC un Hbs AG noteikšanai asins serumā) ārstniecību;
 - 8.1.12. izdevumiem, kas tieši saistīti ar tādu pakalpojumu saņemšanu, kas norādīti Apdrošināšanas līgumā kā izņēmumi vai kā neapmaksājami pakalpojumi;
 - 8.1.13. izdevumiem, kas radušies par alkohola, narkotisko vai toksisko vielu lietošanas rezultātā radušos veselības traucējumu ārstniecību, psihisku un uzvedības traucējumu ārstniecību;
 - 8.1.14. izdevumiem, kas radušies Apdrošinātājam ietekmējot savu veselību (Apdrošinātais tieši sev nodarījis miesas bojājumus un /vai kaitējis veselībai) vai ārstējot pašam sevi, un izdevumiem, ja Apdrošinātais ārstējis pats sevi, lietojot medikamentus vai narkotiskās vielas, kuru lietošanu nav nozīmējis ārstējošais ārsts;
 - 8.1.15. izdevumiem, kas radušies profesionālā sporta rezultātā gūtu traumu vai miesas bojājumu (nodarbošanās ar sportu uzskatāma par profesionālu, ja tā ir Apdrošinātā pamata nodarbošanās vai viens no ienākuma avotiem) ārstniecībai;
 - 8.1.16. izdevumiem, kas radušies, Apdrošinātājam veicot prettiesisku darbību, tiesību pārkāpumu vai izdarot noziedzīgu nodarījumu (vai piedaloties tajā), ja to atzinusi tiesa vai cita kompetenta institūcija;
 - 8.1.17. ārstniecības izdevumiem, kuri radušies epidēmiju un pandēmiju - infekcijas slimības masveida izplatīšanās, par kuru ir paziņojusi atbildīgā Latvijas Republikas institūcija, rezultātā;
 - 8.1.18. tādiem gadījumiem, kad Apdrošinātais apzināti vai rupjas neuzmanības dēļ maldinājis Apdrošinātāju;
 - 8.1.19. izdevumiem, kas radušies veicot dokumentu ar medicīniska satura informāciju noformēšanu kā atsevišķu pakalpojumu; izmeklējumu digitālo attēlu apstrādi, izdrukas, interpretāciju un ierakstīšanu digitālajos datu nesējos;
 - 8.1.20. pakalpojumiem, kuru saņemšanas vai apmaksas datums ir ārpus Apdrošināšanas perioda;

- 8.1.21. gadījumiem, ja Apdrošinātais nav iesniedzis vai nevar iesniegt Apdrošinātājam Apdrošinātāja pieprasītos dokumentu oriģinālus, kas apliecina Apdrošināšanas gadījuma iestāšanos;
- 8.1.22. pakalpojumiem, kuri saņemti Pakalpojuma sniedzēja iestādēs, kas norādītas Apdrošināšanas līgumā kā tādas, kuru sniegtos pakalpojumus Apdrošinātājs neapmaksā;
- 8.1.23. Ārstniecības pakalpojumiem, kuri saņemti bez medicīniskām indikācijām;
- 8.1.24. izdevumiem, kas radušies, ārstējot pirms Apdrošināšanas līguma darbības sākuma diagnosticētu slimību vai traumu.

9. Starptautisko sankciju izņēmumi

- 9.1. Apdrošinātājs nesedz zaudējumus, kā arī Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, gadījumā, ja tas ir pretrunā ar jebkādam, tai skaitā, tirdzniecības un ekonomiskām sankcijām, aizliegumiem vai ierobežojumiem, kas noteikti ar Apvienoto Nāciju Organizācijas rezolūcijām vai Eiropas Savienības tiesību aktiem, vai atbilstoši Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem noteiktām nacionālām sankcijām. Minētais izņēmums attiecināms arī uz tirdzniecības vai ekonomiskajām sankcijām, normatīvajiem aktiem vai tiesisko regulējumu, kas ieviests Apvienotajā Karalistē vai Amerikas Savienotajās Valstīs, ja vien tas nepārkāpj Latvijas Republikā piemērojamās tiesību normas.
- 9.2. Iestājoties jebkuram no šo Noteikumu 9.1. punktā minētajiem gadījumiem, Apdrošināšanas līguma darbības laikā, Apdrošinātājs ir tiesīgs vienpusēji izbeigt Apdrošināšanas līgumu, rakstveidā informējot par to Apdrošinājumaņēmēju.

10. Distances apdrošināšanas līguma noteikumi

- 10.1. Apdrošināšanas līgums var tikt noslēgts klātienē, vai izmantojot distances saziņas līdzekli. Ja Apdrošināšanas līgums tiek slēgts, izmantojot distances saziņas līdzekli, Apdrošinājumaņēmējs, izmantojot Apdrošinātāja norādītu distances saziņas līdzekļa elektroniskā pasta adresi vai formu, iesniedz Apdrošinātājam aizpildītu elektronisku apdrošināšanas pieteikumu.
- 10.2. Distances apdrošināšanas līgums uzskatāms par noslēgtu ar brīdi, kad Apdrošinātājs uz Apdrošinājumaņēmēja norādīto elektroniskā pasta adresi ir nosūtījis sagatavotu Apdrošināšanas polisi, Apdrošināšanas noteikumus un rēķinu, un Apdrošinājumaņēmējs noteiktajā termiņā ir veicis Apdrošināšanas prēmijas samaksu.

11. Personas datu apstrāde un informācijas konfidencialitāte

- 11.1. Apdrošinātājs veic personas datu apstrādi saskaņā ar Apdrošināšanas līgumu, spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem un Apdrošinātāja Privātuma politiku, kas ir pieejama Apdrošinātāja tīmekļvietnē www.ergo.lv un Apdrošinātāja pārdošanas vietās. Apdrošinātāja Privātuma politika var tikt nosūtīta Apdrošinājumaņēmējam pēc tā pieprasījuma.
- 11.2. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas iepazīties ar Apdrošinātāja Privātuma politiku, kā arī informēt par tās saturu personas, kuru datus Apdrošinājumaņēmējs nodod Apdrošinātājam.
- 11.3. Apdrošinātājs saskaņā ar Apdrošināšanas līgumu un spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem nodrošina par Apdrošinājumaņēmēju un Apdrošināto saņemtās informācijas konfidencialitāti, izņemot gadījumus, kad normatīvajos aktos paredzēta šādas konfidencialitātes informācijas nodošana trešajām personām.
- 11.4. Apdrošinātājs Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā, gadījumos un apjomā sniedz par Apdrošināto un Apdrošinājumaņēmēju saņemto informāciju valsts un pašvaldību iestādēm un citām personām.
- 11.5. Apdrošinātais ir informēts, ka Apdrošinātājs ir tiesīgs apstrādāt viņa personas datus, tai skaitā, pieprasīt un saņemt no ārstniecības iestādēm, aptiekām, sporta klubiem, optikas pakalpojumu sniedzējiem un citām iestādēm un uzņēmumiem informāciju un dokumentus par Apdrošinātā veselības stāvokli, diagnozēm, Apdrošinātājam sniegtajiem medicīniskajiem, sporta vai optikas pakalpojumiem, kā arī jebkuru citu nepieciešamo informāciju, kas ir saistīta ar Apdrošināto, nolūkā pieņemt lēmumu apdrošināšanas atlīdzību lietā, pārbaudīt apdrošināšanas gadījuma iestāšanās apstākļus un saņemtā pakalpojuma atbilstību Apdrošināšanas polisei un/vai sadarbības līgumā, kas noslēgts starp Apdrošinātāju un Līgumiestādi, norādītajam.

12. Sūdzību un strīdu izskatīšanas kārtība

- 12.1. Sūdzību par Apdrošināšanas līguma noteikumiem neatbilstošu pakalpojumu, ko Apdrošinājumaņēmējs vai Apdrošinātais sagatavo un iesniedz Apdrošinātājam atbilstoši šo noteikumu 7.1. un 7.2. punktos noteiktajām prasībām, Apdrošinātājs izskata un sniedz atbildi 20 (divdesmit) dienu laikā no tās saņemšanas dienas. Par Apdrošinātāja pieņemtā lēmuma atbilstību normatīvo aktu prasībām, sūdzību var iesniegt Finanšu un kapitāla tirgus komisijai.
- 12.2. Ar Apdrošināšanas līgumu saistītie strīdi tiek risināti sarunu ceļā.
- 12.3. Ja strīdu nav iespējams atrisināt savstarpēji vienojoties, Apdrošinātājam (fiziskai personai), noteiktajos gadījumos ir tiesības vērsties ar iesniegumu ārpusstiesas izskatīšanas sekojošās iestādēs:
 - 12.3.1. Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombuds - Apdrošināšanas veidi, par kuriem var vērsties Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombudā, ir norādīti Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombuda tīmekļvietnē, sadaļā: <http://www.laa.lv/klientiem/ombuds/>. Kārtība, kādā Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombuds izskata apdrošinātāju klientu sūdzības, kā arī sūdzības pieteikuma veidlapa ir pieejama Latvijas Apdrošinātāju asociācijas oficiālajā tīmekļvietnē: www.laa.lv;

- 12.3.2. Patērētāju tiesību aizsardzības centrs (PTAC) - par patērētāja tiesību pārkāpumiem, par kuriem nav paredzēts iesniegt sūdzību ombudā; Papildinformācija ir pieejama Patērētāju tiesību aizsardzības centra oficiālajā tīmekļvietnē www.ptac.gov.lv.
- 12.4. Par Apdrošinātāja pieņemtā lēmuma atbilstību normatīvo aktu prasībām sūdzību var iesniegt Finanšu un kapitāla tirgus komisijai (FKTK).
- 12.5. Ja vienošanās netiek panākta, strīdi tiek nodoti izskatīšanai Latvijas Republikas tiesu instancēs Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

13. Apdrošināšanas līguma valoda

- 13.1. Apdrošināšanas līgums tiek sagatavots un noslēgts latviešu valodā. Apdrošinātājam un Apdrošinājumaņēmējam rakstveidā vienojoties, Apdrošināšanas līgums var tikt slēgts latviešu valodā ar papildus tulkojumu citā valodā. Šādā gadījumā, ja tiek konstatētas pretrunas starp Apdrošināšanas līguma tekstu latviešu valodā un Apdrošināšanas līguma tekstu svešvalodā, noteicošā ir Apdrošināšanas līguma redakcija latviešu valodā.
- 13.2. No Apdrošināšanas līguma izrietošo saistību izpildei Apdrošinātājs sazinās ar Apdrošinājumaņēmēju Latvijas Republikas valsts (latviešu) valodā.