

Kritisko saslimšanu apdrošināšanas noteikumi NR. KS05-2018

I nodaļa. Terminu skaidrojums

1. Noteikumos lietotie vispārējie 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), 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).

Apdrošinātais – apdrošināšanas polisē norādītā fiziskā persona, kurai ir apdrošināmā interese un kurai paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, ja apdrošināšanas līgumā nav norādīts citādi.

Apdrošināšanas objekts – Apdrošinātā veselība un fiziskais stāvoklis.

Apdrošinātais risks – apdrošināšanas polisē paredzētais no Apdrošinātā gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē.

Apdrošināšanas gadījums – ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts notikums, kad Apdrošinātais apdrošināšanas līguma darbības laikā pirmo reizi dzīves laikā saslīmst ar kādu no šajos noteikumos uzskaitītajām kritiskajām slimībām, kuras galīgo diagnozi ir apstiprinājis ārsts, ņemot vērā šajos noteikumos noteiktos izņēmumus un nosacījumus.

Apdrošinājuma summa – apdrošināšanas līgumā noteikta naudas summa, par kuru ir apdrošināts Apdrošinātais.

Apdrošināšanas prēmija – Apdrošinājuma ņēmēja maksājums par apdrošināšanu.

Nogaidīšanas periods – 60 (sešdesmit) dienu periods no apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās brīža konkrētajai fiziskajai personai, kurā apdrošināšanas aizsardzība kritisko saslimšanu riskam nav spēkā. Ja laikā no apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās brīža līdz nogaidīšanas perioda beigām tiek diagnosticēta kritiskā saslimšana, Apdrošinātajam nav tiesību uz Apdrošināšanas atlīdzību. Nogaidīšanas periods nav spēkā, ja apdrošināšanas līgums bez pārtraukuma tiek pagarināts uz nākamo apdrošināšanas periodu.

Kritiskā slimība – šo noteikumu 5. punktā norādītās slimības, kuras ir apstiprinātas ar galīgo diagnozi, un/vai operācijas.

Galīgā diagnoze – diagnoze, kas ir apstiprināta ar sertificēta ārsta speciālista vai ārstu konsilija slēdzienu un pierādīta ar atbilstošiem laboratoriskajiem un/vai instrumentālajiem medicīniskajiem izmeklējumiem, un ir fiksēta Apdrošinātā medicīniskajā dokumentācijā.

II nodaļa. Speciālie noteikumi

2. Speciālie kritisko saslimšanu apdrošināšanas noteikumi, ja, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta apdrošinājuma summas apmērā

2.1. Terminu skaidrojums

Apdrošināšanas teritorija un laiks – 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī visā pasaulē.

Izdzīvošanas periods – 30 (trīsdesmit) dienu periods pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās dienas, kura laikā, Apdrošinātajam neizdzīvojot, apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.

2.2. Apdrošināšanas atlīdzība

2.2.1. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinātajam tiek izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība apdrošinājuma summas apmērā.

2.2.2. Apdrošināšanas perioda laikā tiek izmaksāta tikai 1 (viena) apdrošināšanas atlīdzība. Pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas apdrošināšanas aizsardzība attiecībā uz kritiskās saslimšanas risku Apdrošinātajam tiek pārtraukta.

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

2.2.4. Ja izdzīvošanas perioda laikā ir iestājusies apdrošinātās personas nāve, apdrošināšanas aizsardzība attiecībā uz šo Apdrošināto izbeidzas un par šo Apdrošināto iemaksātā apdrošināšanas prēmija netiek atmaksāta.

3. Speciālie kritisko saslimšanu apdrošināšanas noteikumi, ja, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, apdrošināšanas atlīdzības izmaksa tiek veikta pēc kompensācijas principa.

3.1. Terminu skaidrojums

Apdrošināšanas teritorija un laiks – 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī Latvijas Republikā, Lietuvas Republikā un Igaunijas Republikā.

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

Ārstniecības pakalpojums – pakalpojums, kuru Apdrošinātais saņēmis ārstniecības iestādē no ārstniecības personas, kas 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 un ir laisti tirgū atbilstoši prasībām, kādas attiecībā uz tiem ir noteiktas Latvijas Republikas normatīvajos aktos.

3.2. **Apdrošināšanas atlīdzība**

- 3.2.1. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa tiek veikta pēc kompensācijas principa, izmaksājot atlīdzību Apdrošinātajam.
- 3.2.2. Ja apdrošinātajai personai apdrošināšanas līguma darbības laikā pēc nogaidīšanas perioda beigām tiek diagnosticēta kāda no šajos noteikumos noteiktajām kritiskajām slimībām, Apdrošinātājs atlīdzina ārstnieciskos izdevumus, kas radušies, saņemot ārstniecības pakalpojumus kritisko slimību ārstēšanai, nepārsniedzot apdrošināšanas līgumā noteikto apdrošinājuma summu.
- 3.2.3. Ja Apdrošinātais pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās apdrošināšanas līguma darbības laikā ir miris, apdrošināšanas aizsardzība attiecībā uz šo Apdrošināto izbeidzas un par šo Apdrošināto iemaksātā apdrošināšanas prēmija netiek atmaksāta.

III nodaļa. Vispārējie noteikumi

Vispārējie noteikumi attiecas uz visiem šajos noteikumos minētajiem apdrošināšanas atlīdzības izmaksas veidiem, ciktāl tie nav pretrunā ar speciālajiem un sevišķajiem noteikumiem, kas noteikti Apdrošināšanas līgumā, attiecīgajam apdrošināšanas segumam.

4. Apdrošināšanas spēkā esamība.

- 4.1. Apdrošināšanas līguma parakstīšana apliecina, ka Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs, paužot savu gribu, panākuši vienošanos, saskaņā ar kuru Apdrošinājumaņēmējs uzņemies saistības maksāt apdrošināšanas prēmiju līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt šajos noteikumos atrunātās saistības, savukārt Apdrošinātājs uzņemies saistības, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt apdrošināšanas līgumā norādītajai personai apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši apdrošināšanas līguma noteikumiem.
- 4.2. Apdrošināšanas līgums ir spēkā apdrošināšanas polisē norādītajā apdrošināšanas līguma darbības periodā, ja ir iemaksāta apdrošināšanas prēmija (vai tās pirmā daļa) līdz apdrošināšanas polisē noteiktajam

datumam. Apdrošināšanas līgumā var paredzēt citu apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās kārtību.

5. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas gadījumi.

- 5.1. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, iestājoties apdrošināšanas gadījumam – Apdrošinātajam apdrošināšanas darbības laikā saslimstot ar kādu no šīm slimībām:
 - 5.1.1. **miokarda infarkts** – Apdrošinātajam ir koronāra obstrukcija. Miokarda infarkta diagnoze ir noteikta saskaņā ar pēkšņām, stiprām sāpēm (klīniskie išēmijas simptomi), jaunām izmaiņām EKG (Q zoba veidošanās un/vai ST elevācija vai depresija) un miokarda bojājuma bioķīmisko marķieru dinamiku (troponīni vai CK-MB);
 - 5.1.2. **aortokoronārā šuntēšanas operācija** (*bypass* operācija) – operācija sakarā ar vismaz divu sirds koronāro asinsvadu sašaurināšanos vai nosprostošanos (ar krūškurvja atvēršanu) un kuras nepieciešamība pamatota ar angiogrāfiju. Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā par koronārās angioplastikas vai citām intraarteriālām ārstēšanas metodēm (bez krūškurvja atvēršanas);
 - 5.1.3. **insults** (išēmisks vai hemorāģisks insults) – Apdrošinātajam ir smadzeņu asinsvadu stenozes vai oklūzijas dēļ attīstījies galvas smadzeņu išēmisks bojājums vai asinsvada spontānas ruptūras smadzeņu vielā vai virs tās, hemorāģisks insults un pēkšņi iestājušies neiroloģiskie simptomi saglabājas ilgāk par 24 stundām;
 - 5.1.4. **vēzis** (ļaundabīgs audzējs) – Apdrošinātajam ir viens vai vairāki ļaundabīgi audzēji, tai skaitā arī leukēmija, limfoma. Ļaundabīgā audzēja diagnoze ir pierādīta histoloģiski. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādām vēža formām: hroniska limfoleikoze, I stadijas limfogranulomatoze, I stadijas prostatas vēzis, nenoteiktas lokalizācijas (carcinoma in situ) un visi audzēji HIV pozitīvām personām;
 - 5.1.5. **termināla nieru mazspēja** – Apdrošinātajam ir dzīvībai bīstama nieru mazspēja, urēmija, kas izpaužas ar abu nieru hroniskiem, neatgriezeniskiem funkciju traucējumiem un ir ārstējama ar regulāru hemodialīzi vai ar nieru transplantāciju. Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību ir ar ārsta apstiprinātām indikācijām dialīzei vai pēc nieru transplantācijas operācijas;
 - 5.1.6. **ekstremitāšu zaudēšana/ekstremitāšu funkcijas zaudēšana** – pilnīga un pastāvīga divu vai vairāku ekstremitāšu vai to funkciju zaudēšana slimības vai traumas rezultātā. Par ekstremitāšu zaudēšanu uzskatāma to zaudēšana virs ceļa vai elkoņa locītavām. Ekstremitāšu funkciju zaudēšanu apliecina ar VDEĀK lēmumu, kurā norādīts darbību zaudējums procentuālā izteiksmē, un tā ir no 24 līdz 100%;
 - 5.1.7. **redzes zaudēšana** (aklums) – pilnīga un neatgriezeniska abu acu redzes zaudēšana slimības vai

- traumas rezultātā, kas jāapliecina ārstam oftalmologam ar klīniskām un instrumentālām izmeklēšanas metodēm;
- 5.1.8. **multiplā skleroze (izkaisītā skleroze)** – jušanas un motorisko funkciju traucējumi, kas ir ilgāk nekā 3 (trīs) mēnešus no slimības diagnosticēšanas. Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību ir pēc neirologa noteiktās diagnozes, kas apstiprināta ar klīniskiem un instrumentāliem izmeklējumiem (magnētiskās rezonanses izmeklējums);
- 5.1.9. **iekšējo orgānu transplantācijas operācija** – sirds, plaušu, aknu, aizkuņģa dziedzera, tievās zarnas, kaulu smadzeņu pārstādīšanas operācija apdrošinātajai personai, kad tā ir recipiens;
- 5.1.10. **sirds vārstuļu aizstāšana** (protezēšana) – viena vai vairāku sirds vārstuļu (aortas, mitrālās, trikuspidālās, pulmonālās) aizstāšana ar mākslīgām vārstulēm sakarā ar stenozī un/vai nepietiekamību. Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta par vārstuļu korekcijas vai iegriešanas operāciju;
- 5.1.11. **aortas protezēšanas operācijas** – vēdera vai krūšu aortas daļas, kas bojāta slimības rezultātā, likvidēšana un aizstāšana ar transplantātu. Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta, ja veikta aortas zaru operācija, tās šuntēšana vai arī operācija bijusi nepieciešama aortas traumatiska bojājuma dēļ;
- 5.1.12. **Alchaimera slimība (noteikta pirms 65 gadu vecuma)** – neatgriezeniski zaudētas kognitīvās funkcijas:
 - valoda, atmiņa, domāšana, spriešanas spējas, ir atkarīgs no aprūpētāja;
 - raksturīgi klīniskie simptomi un instrumentālo izmeklējumu rezultāti.
 Slimības gadījumā jābūt nepieciešamai nemitīgai (24 stundu) uzraudzībai. Diagnoze un uzraudzības nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – neirologam;
- 5.1.13. **labdabīgs galvas smadzeņu audzējs** – pierādīta labdabīga galvas smadzeņu audzēja diagnoze, kura 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:
 - ķirurģiska operācija (pilnīga vai daļēja audzēja rezekcija);
 - radioterapija (radioaktīvā apstarošana);
 - ķīmijterapija;
 - stereotaktiskā radioķirurģija.
 Ja medicīnisku indikāciju dēļ nav iespējams izmantot nevienu no šiem ārstēšanas veidiem, audzējam jāizraisa pastāvīgi neiroloģiski traucējumi, kuriem jābūt dokumentētiem vismaz 3 (trīs) mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma. Diagnoze jāapstiprina neirologam vai neiroķirurgam un jāapliecina ar attēldiagnostikas izmeklējumiem.
- Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:
 - cistas, granulomas, hamartomas vai galvas smadzeņu artēriju vai vēnu malformācijas;
 - hipofīzes audzēji;
- 5.1.14. **dzirdes zudums** (kurlums) – pastāvīgs un neatgriezenisks dzirdes zudums abās ausīs slimības vai traumas rezultātā. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – ORL speciālistam – un instrumentāliem izmeklējumiem (audiogramma);
- 5.1.15. **runas spēju zudums** – pilnīgs un neatgriezenisks runas spēju zudums balsis saišu fiziskas traumas vai slimības rezultātā. Traucējumam jābūt nepārtrauktam vismaz 6 mēnešus. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – ORL speciālistam. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par runas spēju zudumu psihisku traucējumu rezultātā;
- 5.1.16. **trešās un ceturtās pakāpes apdegumi** – apdegumi, kas izraisa ādas bojājumu visā tās biežumā līdz pat zemādas audiem un/vai muskuļiem un skar vismaz 20% ķermeņa virsmas laukuma, apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par:
 - apdegumiem, kas radušies paša radīta ievainojuma rezultātā;
 - pirmās vai otrās pakāpes apdegumiem;
- 5.1.17. **idiopātiskā Pārkinsona slimība (pirms 65 gadu vecuma)** – lēni progresējoša smadzeņu slimība. Noteikta primārās ideopātiskās Pārkinsona slimības diagnoze, kuru apstiprina vismaz divas no turpinājumā uzskaitītajām klīniskajām izpausmēm:
 - muskuļu frigiditāte;
 - tremors;
 - bradikinēzija (patoloģisks kustību lēnums, fizisko un garīgo atbildes reakciju lēnums).
 Nespēja patstāvīgi veikt vismaz 3 no 6 ikdienas aktivitātēm nepārtraukti vismaz 3 mēnešus:
 - 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;
 - personiskās higiēnas uzturēšana – spēja uzturēt apmierinošu personiskās higiēnas līmeni, apmeklējot tualeti vai citādā veidā kontrolējot vēdera izeju un urināciju;
 - pārvietošanās starp telpām – spēja nokļūt no vienas telpas otrā pa līdzenu grīdu;
 - iekāpšana gultā un izkāpšana no tās – spēja izkāpt no gultas un apsēsties uz stāvus novietota krēsla vai ratiņkrēslā un nokļūt atpakaļ gultā.
 Diagnoze jāapstiprina neirologam.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par sekundāro pārkinsonismu (ieskaitot medikamentu vai toksīnu izraisītu pārkinsonismu);

- 5.1.18. **bakteriālais meningīts** – infekcijas izraisīts smags galvas un/vai muguras smadzeņu apvalku iekaisums, kura rezultātā iestājas smagi, neatgriezeniski un pastāvīgi neiroloģiskie traucējumi.

Diagnozi pamato:

- bakteriāla infekcija lumbālpunktātā;
- neirologa un/vai neiroķirurga noteikta diagnoze ar neiroloģisku simptomātiku, kas ilgst vismaz 6 nedēļas;

- 5.1.19. **aplastiskā anēmija** – hroniska persistējoša kaulu smadzeņu darbības nepietiekamība, kas apvienojas ar anēmiju, neitropēniju un trombocitopēniju, kuru novēršanai nepieciešama vismaz viena no šādām terapijām:

- asins produktu pārlišana;
- alogēnā kaulu smadzeņu transplantācija;
- imūnsupresīvā terapija,
- stimulējošu aģentu lietošana.

Diagnozi nosaka un apstiprina:

- laboratoriskie izmeklējumi;
- hematologs.

Izņēmumi:

- hemorāģiskā anēmija;
- hemolītiskā anēmija;
- dzelzs deficīta anēmija;
- B12 vitamīna anēmija;

- 5.1.20. **aktīva tuberkuloze** – infekciju slimība, kura visbiežāk skar plaušas – plaušu tuberkuloze; arī mugurkaula, kaulu, nieres, dzimumorgānu, galvas smadzeņu, limfmezglu u. c. – ārpus plaušu tuberkuloze.

Diagnozi pamato:

- laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi;
- pneimonologs.

- 5.1.21. **Krona slimība** – hroniska un bieži progresējoša slimība gremošanas traktā;

Diagnozi pamato:

- gastroenterologs saskaņā ar klīniskajiem datiem;
- instrumentālie izmeklējumi;

- 5.1.22. **aknu mazspēja** – aknu nekroze, ko izraisa aknu encefalopātija un koagulopātijas vai sekundāras vīrusu infekcijas, toksīni (izņemot alkoholu) vai imūnsistēmas bojājumi.

Diagnozi pamato:

- klīniskā un objektīvā atradne (ASAT, ALAT pieaugums, aknu encefalopātija, samazināta aknu sintēzes funkcija, INR>1.5);
- hepatologs/infektologs un/vai ārstējošais ārsts.

Izņēmumi:

- nepamatotas medikamentu lietošanas rezultātā izveidojusies aknu mazspēja;

- 5.1.23. **HIV infekcija** – hroniska infekcijas slimība, kuru izraisa cilvēka imūndeficīta vīruss (HIV) un kura iegūta,

pārlejot inficētas asinis/asiņu preparātus vai negadījuma darbā rezultātā, vai fiziskas vardarbības rezultātā.

HIV jābūt pirmreizēji diagnosticētam un attiecīgās valsts infektoloģijas centra apstiprinātam apdrošināšanas perioda laikā;

- 5.1.24. **C hepatīts** – akūta vai hroniska infekcijas slimība, kuru izraisa C hepatīta vīruss un kura iegūta, pārlejot inficētas asinis vai asiņu preparātus vai negadījuma darbā rezultātā. C hepatītam jābūt pirmreizēji diagnosticētam un apstiprinātam ar infektologa un/vai hepatologa slēdzienu;

- 5.1.25. **ērču encefalīts** – slimība, ko izraisījis inficētas ērces kodiens. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja slimība diagnosticēta gadījumos, kad ir saņemts pilns vakcinācijas kurss pret ērcu encefalītu (uzrādot potēšanas pasi) un ārstēta stacionārā vismaz 10 (desmit) dienas;

- 5.1.26. **Laimas slimība** – slimība, ko izraisījis inficētas ērces kodiens, kura rezultātā izveidojies ne mazāk kā divu orgānu sistēmu bojājums (ādas, kaulu un locītavu).

6. Apdrošinājuma ņēmēja un Apdrošinātā pienākumi, konstatējot iespējamo apdrošināšanas gadījuma iestāšanos.

- 6.1. Apdrošinājuma ņēmēja un Apdrošinātā pienākumi, konstatējot iespējamu apdrošināšanas gadījuma iestāšanos, ir:
- 6.2. nekavējoties, tiklīdz tas kļuvis iespējams, bet ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc iespējama apdrošināšanas gadījuma iestāšanās konstatēšanas dienas, paziņot par to Apdrošinātājam;
- 6.3. nekavējoties, tiklīdz tas iespējams, vērsties pēc medicīniskās palīdzības un ievērot ārsta norādījumus;
- 6.4. pēc galīgās diagnozes apstiprināšanas iesniegt Apdrošinātājam:
- 6.4.1. rakstveida apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu;
- 6.4.2. medicīniskos dokumentus, kas apliecina kritiskās slimības diagnosticēšanu, kurā norādīta precīza galīgā diagnoze un galīgās diagnozes noteikšanas datums;
- 6.4.3. citus Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus un informāciju.

7. Apdrošināšanas atlīdzības pieteikšanas un izmaksas kārtība.

- 7.1. Pieprasot apdrošināšanas atlīdzību, jāiesniedz šādi dokumenti, kuru sagatavošanas un saņemšanas izdevumus apmaksā atlīdzības pieprasītājs:
- iesniegums par apdrošināšanas gadījuma iestāšanos;
 - medicīniskā dokumentācija vai tās kopijas, kas apliecina kritiskās saslimšanas diagnozi un veikto instrumentālo un laboratorisko izmeklējumu un operāciju rezultātus.
- 7.2. Apdrošinātājs var pieprasīt veikt Apdrošinātā papildu veselības pārbaudes, kā arī pieprasīt papildu izziņas vai

- skaidrojumus. Šo dokumentu sagatavošanas un saņemšanas izdevumus sedz Apdrošinātājs.
- 7.3. Apdrošinātājs ir tiesīgs pārbaudīt Apdrošinātā sniegtās ziņas par tā veselības stāvokli pie ārstiem un ārstniecības iestādēs, kurās Apdrošinātais ir izmeklēts un/vai ārstēts.
- 7.4. Lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu Apdrošinātājs pieņem 30 (trīsdesmit) dienu laikā no brīža, kad ir saņēmis visus lēmuma pieņemšanai nepieciešamos dokumentus.
- 7.5. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta saskaņā ar šo noteikumu 2. punkta vai 3. punkta nosacījumiem, atkarībā no apdrošināšanas polisē norādītā apdrošināšanas atlīdzības izmaksas veida. Gadījumā, ja polisē nav norādīts apdrošināšanas atlīdzības izmaksas veids, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta saskaņā ar šo noteikumu 3. punkta nosacījumiem.

8. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas ierobežojumi.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja Apdrošinātā veselības traucējumu cēlonis ir:

- 8.1. apdrošinātās personas tīša sava veselības stāvokļa pasliktināšana (tai skaitā tīši nodarot sev miesas bojājumus) vai pašnāvības mēģinājums;
- 8.2. piedalīšanās kara vai tam pielīdzināmās darbībās, jebkura veida militāru formējumu darbībā, terorismā, kā arī masu nemieros;
- 8.3. dalība Nacionālo bruņoto spēku organizētās darbībās, tai skaitā miera uzturēšanas misijās;
- 8.4. prettiesiska darbība, soda izciešana brīvības atņemšanas iestādē, tiesību pārkāpumi vai noziedzīga nodarījuma veikšana (vai piedalīšanās tajā), ja to atzinusi tiesa vai cita kompetenta institūcija;
- 8.5. radioaktīva saindēšanās, radioaktīvs piesārņojums, dabas katastrofa;
- 8.6. alkohola, narkotisko, toksisko un citu apreibinošu vielu lietošana vai medikamentu ļaunprātīga lietošana, pašārstēšanās;
- 8.7. eksperimentālas vai netradicionālas ārstēšanās rezultāts;
- 8.8. HIV infekcija vai AIDS (pozitīvs AIDS tests), izņemot šo noteikumu 5.1.23. punktā norādītajos gadījumos;
- 8.9. kritiskā slimība iestājusies, Apdrošinātajam neievērojot ārsta sniegtos norādījumus.

9. Izņēmumi.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta gadījumos, ja:

- 9.1. kritiskās saslimšanas gadījums nav pirmais šāda veida gadījums Apdrošinātā dzīves laikā;
- 9.2. Apdrošinātais ir saņēmis medicīnisku konsultāciju un/vai ārstēšanu saistībā ar kādu no kritiskajām saslimšanām pirms apdrošināšanas termiņa sākuma;
- 9.3. Apdrošinātajam jau iepriekš savas dzīves laikā ir bijusi diagnosticēta kritiskā slimība vai arī Apdrošinātais zinājis par jebkādu apstākli, kas liecinājis par iespējamu saslimšanu ar kritisko slimību pirms apdrošināšanas aizsardzības spēkā stāšanās;
- 9.4. izdzīvošanas perioda laikā ir iestājusies apdrošinātās personas nāve.

10. Citi noteikumi.

- 10.1. Šie noteikumi ir piemērojami kopā ar Veselības apdrošināšanas noteikumiem Nr. VA 05-2018. Jautājumi, kuri nav atrunāti šajos noteikumos, tiek risināti, piemērojot Veselības apdrošināšanas noteikumus Nr. VA 05-2018.
- 10.2. Visi strīdi apdrošināšanas līguma sakarā tiek risināti sarunu ceļā. Apdrošinātajam ir tiesības vērsties ar sūdzību Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombudā, ja šāda strīda izskatīšanu paredz tā reglaments. Ja vienošanās netiek panākta vai puses neapmierina ombuda lēmums, strīds tiek nodots Latvijas Republikas tiesā izšķiršanai Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.
- 10.3. Apdrošinājuma ņēmēja un Apdrošinātā iesniegumus, kas iesniegti rakstiski, Apdrošinātājs izskata un sniedz atbildi 30 (trīsdesmit) dienu laikā no to saņemšanas dienas.

Šie noteikumi ir apstiprināti ar Apdrošinātāja 2018. gada 25. maija rīkojumu Nr. LV_L_000073/2018, ir apdrošināšanas līguma (polises) neatņemama sastāvdaļa un stājas spēkā ar apdrošināšanas līguma noslēgšanas dienu.