

**FIZISKU PERSONU KOMPLEKSIE VESELĪBAS
APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI Nr. FVA 01 - 2014**

SATURS

- 1. nodaļa. Noteikumos lietotie vispārējie termini**
- 2. nodaļa. Speciālie ambulatoro pakalpojumu apdrošināšanas noteikumi**
- 3. nodaļa. Speciālie stacionāro pakalpojumu apdrošināšanas noteikumi**
- 4. nodaļa. Speciālie smagu slimību ārstēšanas apdrošināšanas noteikumi**
- 5. nodaļa. Speciālie nelaimes gadījumu apdrošināšanas noteikumi**
- 6. nodaļa. Speciālie ceļojumu apdrošināšanas noteikumi**
- 7. nodaļa. Vispārējie noteikumi**
 - 7.1. Vispārējie noteikumi
 - 7.2. Apdrošināšanas saistības
 - 7.3. Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās
 - 7.4. Līguma darbības termiņš. Līguma izbeigšana un apdrošināšanas prēmijas atlikuma izmaksa
 - 7.5. Apdrošinājuma ņēmēja, Apdrošinātā pienākumi
 - 7.6. Lēmums par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai tās atteikumu un prasījuma tiesību pārņemšana
 - 7.7. Vispārējie izņēmumi
 - 7.8. Personas datu apstrāde un cita informācija
 - 7.9. Strīdu izskatīšanas kārtība

Izlasiet uzmanīgi visu apdrošināšanas līgumu, lai noskaidrotu tiesības, pienākumus un to, kam nav apdrošināšanas seguma (aizsardzības). Vārdiem un jēdzieniem, kuriem ir īpaša nozīme, skaidrojums dots katrā nodaļā "Termini".

1. Noteikumos lietotie vispārējie termini

- 1.1. Apdrošinātājs –**
 - 1.1.1. ambulatoro pakalpojumu, stacionāro pakalpojumu un smagu slimību ārstēšanas apdrošināšanas veidos –** Eiropas komercsabiedrība (SE) „ERGO Life Insurance”, reģistrēta Lietuvas Republikas Juridisko personu reģistrā ar reģistrācijas Nr.110707135, juridiskā adrese Geležinio Vilko g. 6A, Vilņa, Lietuva, kuras vārdā Latvijas Republikā darbojas **ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle**, kas reģistrēta Latvijas Republikas komercreģistrā ar vienoto reģistrācijas Nr.40103336441, juridiskā adrese Skanstes iela 50, Rīga, LV-1013;
 - 1.1.2. nelaimes gadījumu un ceļojumu apdrošināšanas veidos –** Eiropas komercsabiedrība (SE) „ERGO Insurance” reģistrēta Igaunijas Republikas Komercreģistrā ar reģistrācijas Nr.10017013, juridiskā adrese: A.H.Tammsaare tee 47, Tallinā, 11316, Igaunijā, kuru Latvijas Republikā pārstāv **ERGO Insurance SE Latvijas filiāle**, reģistrācijas Nr.40103599913, juridiskā adrese: Skanstes iela 50, Rīga, LV-1013.
- 1.2. Apdrošinājuma ņēmējs –** Apdrošināšanas polisē norādītā fiziskā vai juridiskā persona, kas noslēdz Apdrošināšanas līgumu ar Apdrošinātāju;
- 1.3. Apdrošinātais –** Apdrošināšanas polisē norādītā fiziskā persona, kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas līgums un/vai kurai ir apdrošināmā interese, un par kuru veic Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktos nodokļu maksājumus, tajā skaitā saistībā ar Latvijas Republikas valsts nodrošināto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu, ja Apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādi;
- 1.4. Apdrošinātais risks –** Apdrošināšanas polisē paredzētais no Apdrošinātā gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē;
- 1.5. Apdrošināšanas gadījums –** ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts pēkšņs un iepriekš neparedzams no Apdrošinātā gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē un kuram iestājoties paredzēta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši Apdrošināšanas līguma noteikumiem;
- 1.6. Apdrošināšanas pieteikums –** Apdrošinātāja noteikta parauga dokuments, kuru Apdrošinājuma ņēmējs iesniedz Apdrošinātājam, informējot par faktiem, kas nepieciešami apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai un kas ir svarīgi, noslēdzot Apdrošināšanas līgumu;
- 1.7. Apdrošināšanas līgums –** Apdrošinātāja un Apdrošinājuma ņēmēja rakstiska vienošanās par apdrošināšanas nosacījumiem. Apdrošināšanas līgums sastāv no:
 - 1.7.1. Apdrošināšanas pieteikuma;
 - 1.7.2. Apdrošināšanas polises;
 - 1.7.3. Apdrošināšanas programmas;

- 1.7.4. Apdrošinātāja apstiprinātiem rakstveida apdrošināšanas noteikumiem;
 - 1.7.5. Apdrošināšanas polises Sevišķiem noteikumiem, ja tādi tiek izmantoti;
 - 1.7.6. Apdrošināšanas līguma grozījumiem un papildinājumiem, par kuriem līdzēji rakstveidā vienojas Apdrošināšanas līguma darbības laikā;
- Minētie dokumenti veido Apdrošināšanas līgumu, kas ir jāaplūko tikai un vienīgi kā vienots kopums.
- 1.8. **Apdrošināšanas polise** – dokuments, kas apliecina Apdrošināšanas līguma noslēgšanu un ietver Apdrošināšanas līguma noteikumus;
 - 1.9. **Limits** – Apdrošināšanas līgumā noteiktā naudas summa vai veselības aprūpes pakalpojumu skaits, kuru ietvaros apdrošināšanas līguma darbības laikā, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, tiek izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība atbilstoši Apdrošināšanas līgumam;
 - 1.10. **Ārstniecības iestāde** – ārstu prakse, valsts un pašvaldību iestāde, komercsabiedrība, kas reģistrēta ārstniecības iestāžu reģistrā, atbilst attiecīgās valsts normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām un nodrošina ārstniecības pakalpojumus;
 - 1.11. **Apdrošināšanas atlīdzības pieteikums** – Apdrošinātāja noteiktā parauga dokuments, kuru Apdrošinātais iesniedz Apdrošinātājam, lai saņemtu Apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar noslēgto Apdrošināšanas līgumu. Pieteikuma forma pieejama arī www.ergo.lv;
 - 1.12. **Apdrošināšanas programma** – Apdrošinātāja noteikts pakalpojumu kopums (segums) un apmērs, kuru apmaksu, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, sedz Apdrošinātājs un kas ir noteikts Apdrošināšanas līgumā;
 - 1.13. **Ārstniecība/Ārstniecības pakalpojumi** – ārstniecības pakalpojumi, kurus Apdrošinātais saņēmis Ārstniecības iestādēs no personas, kas saņēmusi sertifikātu par tiesībām praktizēt noteiktā specialitātē un pielietot ārstniecībā izmantojamo attiecīgās valsts reģistrā reģistrēto ārstniecības metodi.
- 2. Speciālie ambulatoro pakalpojumu apdrošināšanas noteikumi**
- 2.1. Terminu skaidrojumi:**
 - 2.1.1. Ambulatorie pakalpojumi** – Latvijas Republikas (LR) ārstniecības iestādē saņemtie ambulatorie pakalpojumi;
 - 2.1.2. Ambulatora ārstniecības iestāde** – Ārstniecības iestāde, kas atbilst LR normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ambulatorām ārstniecības un/ vai dienas stacionāra iestādēm.
 - 2.1.3. Nogaidīšanas periods** – laika posms no Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās dienas līdz Apdrošināšanas polisē norādītajam datumam, līdz kuram apdrošināšanas aizsardzība nav spēkā. Ja Apdrošinātajam laikā no Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās dienas līdz Nogaidīšanas perioda beigām diagnosticēta saslimšana, kuras dēļ ir nepieciešami Ambulatorie pakalpojumi, apdrošināšanas aizsardzība nav spēkā un Apdrošinātajam nav tiesību uz atlīdzību.
 - 2.2. Apdrošinātais risks**
 - 2.2.1.** Apdrošinātais risks ir Apdrošinātās personas izdevumi par Apdrošināšanas programmā ietvertajiem Ambulatorajiem pakalpojumiem.
 - 2.3. Apdrošināšanas aizsardzības darbības termiņš un teritorija**
 - 2.3.1.** Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī Latvijas Republikas teritorijā.
 - 2.4. Apdrošinājuma ņēmēja, Apdrošinātā pienākumi**
 - 2.4.1.** Nekavējoties, tiklīdz tas ir iespējams, bet ne vēlāk kā 3 (trīs) mēnešu laikā informēt Apdrošinātāju par apdrošināšanas gadījuma iestāšanos;
 - 2.4.2.** Nekavējoties, tiklīdz tas ir iespējams, rakstiski informēt Apdrošinātāju, ja mainās Apdrošinātā personas dati, Latvijas Republikas nodokļu maksātāja statuss, tajā skaitā saistībā ar Latvijas Republikas valsts nodrošināto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu;
 - 2.4.3.** nekavējoties pēc Apdrošinātāja rakstiska pieprasījuma sniegt informāciju, kas apliecina, ka par Apdrošināto ir veikti Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktie nodokļu maksājumi, nodrošinot pierādījumus Apdrošinātājam sniegtās informācijas patiesumam.
 - 2.5. Apdrošināšanas atlīdzība un tās izmaksa**
 - 2.5.1.** Veicot Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, tiek piemērots kompensācijas princips, izmaksājot atlīdzību Apdrošinātajam;
 - 2.5.2.** Izmaksājamā Apdrošināšanas atlīdzība par izdevumiem, kas radušies saņemot Ambulatoros pakalpojumus, nepārsniedz

Apdrošināšanas līgumā noteikto Apdrošināšanas summu un/vai Apdrošināšanas limitus un/vai apmēru;

2.5.3. Apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātājs izmaksā Apdrošinātājam, ja saņemtie pakalpojumi ir iekļauti Apdrošināšanas programmā, atbilstoši Ambulatoras ārstniecības iestādes izsniegtajiem maksājumu dokumentiem, nepārsniedzot Apdrošinātāja noteikto cenrādi un Apdrošināšanas programmā noteikto apmēru. Gadījumā, ja Ambulatorā ārstniecības iestādē saņemta vai ar Apdrošinātāju saskaņojamā pakalpojuma cena pārsniedz Apdrošinātāja noteikto šī pakalpojuma vidējo izcenojumu vai Apdrošinātāja noteikto cenrādi, tad radušos starpību sedz Apdrošinātais.

2.6. Papildus Vispārējos noteikumus noteiktajam, Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par:

2.6.1. laboratorijas izmeklējumiem (imūndiagnostika, osteoporozes diagnostika, dzimumhormonu noteikšana, adiponektīna noteikšana, kardioloģiskie marķieri, onkomarķieri, medikamentu monitorings, provokācijas testi, tai skaitā testi uz alergēniem, antioksidantu noteikšana, disbiozes noteikšana, infekciju noteikšana, iztriepu uzņēmumi, histoloģisko, biopsiju materiālu izmeklējumi, ģenētiskie un citoģenētiskie izmeklējumi);

2.6.2. imūnterapiju, intravenozo un orgānu lāzerterapiju, imūnglobulīna injekcijām, skleroterapiju, baroterapiju, vakcināciju, izglītojoši informatīvām nodarbībām un lekcijām;

2.6.3. homeopāta, osteopāta, trihologa, dietologa, psihoterapeita, psihiatra, psihologa, narkologa, imunologa, seksopatologa, androloga, ģenētiķa, neonatologa, logopēda, ergoterapeita, protēžu (tehniskā) ortopēda, algologa, podometra, osteodensitometrijas speciālista, kā arī LR ārstniecības personu reģistrā neregistrētu un nesertificētu speciālistu konsultācijām, pakalpojumiem un ārstēšanu, veselības profilakses pakalpojumiem, veselības pārbaudēm, manipulācijām dermatoloģijā;

2.6.4. ģimenes plānošanu, kontracepciju t.sk. spirāles ielikšanu, izņemšanu, neauglības diagnostiku un/vai ārstēšanu, mākslīgo apaugļošanu, pakalpojumiem, kas saistīti ar grūtniecības pārtraukšanu bez medicīniskām indikācijām un to seku ārstēšanu;

2.6.5. diagnostiku un/vai ārstēšanu iedzimtu patoloģiju gadījumos, diagnostiku auglim (doplerogrāfija, USG);

2.6.6. vēnu operācijām, ginekoloģiskām diagnostiskām laparoskopijām, saaugumu atdalīšanas un olvadu caurlaidības pārbaudes laparoskopiskām operācijām;

2.6.7. izdevumiem, kas radušies veicot dokumentu ar medicīniska satura informāciju noformēšanu kā atsevišķu pakalpojumu, servisa, izmitināšanas un viesnīcu pakalpojumiem, individuālo posteni dienas stacionārā;

2.6.8. sirds-asinsvadu operācijām un ārstniecisko palīdzību, kas saistīta ar orgānu protezēšanu un transplantāciju, acs refrakciju korigējošām operācijām, plastisko un rekonstruktīvo ķirurģiju, operācijās vai manipulācijās izmantotiem audu aizstājējamateriāliem, papildmateriāliem (implantiem, protēzēm, sietņiem, iekārtām, ierīcēm, ortozēm, higiēnas precēm, kosmētiskiem līdzekļiem, medikamentiem, t.sk. Visudin, u.c. materiāliem), tehniskiem palīg līdzekļiem;

2.6.9. ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumiem, t.sk. masāžām, ūdensprocedūrām (t.sk. dūņu terapiju), ārstniecisko fizikultūru;

2.6.10. diagnostiskiem izmeklējumiem - podometriju, monitoringiem, osteodensitometriju, somnogrāfiju, histerosalingogrāfiju;

2.6.11. gadījumiem, ja Apdrošinātais nav iesniedzis vai nevar iesniegt Apdrošinātājam pieprasītos dokumentu oriģinālus, kas apliecina Apdrošināšanas gadījuma iestāšanos;

2.6.12. ārstu honorāriem, ārsta izvēli operācijās, ārstu konsilijiem, administratīviem izdevumiem, ambulatoriem servisa pakalpojumiem, ārstēšanas kursiem un programmām (t.sk. sulu, diētiskām kūrēm u.c.), sociālo aprūpi, maksas onkoloģisko (t.sk. ķīmijterapiju), hematoloģisko, paliatīvo ārstēšanu, staru terapiju, mājas aprūpi, individuālajiem veselības aprūpes līgumiem;

2.6.13. medicīniskiem pakalpojumiem, kas nav minēti Apdrošināšanas programmas aprakstā;

2.6.14. ārpus ambulatoras ārstniecības iestādes (adreses) sniegtiem ārstniecības pakalpojumiem.

3. Speciālie stacionāro pakalpojumu apdrošināšanas noteikumi

3.1. Terminu skaidrojumi:

3.1.1. **Stacionārie pakalpojumi** – Latvijas Republikas, Lietuvas Republikas, Igaunijas Republikas stacionāras ārstniecības iestādes sniegtie pakalpojumi, ja Apdrošinātājam personai nepieciešama ārstnieciskā palīdzība ilgāk par 24 (divdesmit četrām) stundām;

3.1.2. **Stacionāra ārstniecības iestāde** - Ārstniecības iestāde, kas atbilst attiecīgās valsts normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām stacionārām ārstniecības iestādēm;

3.1.3. **Nogaidīšanas periods** - laika posms no Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās dienas līdz Apdrošināšanas polisē norādītajam datumam, līdz kuram apdrošināšanas aizsardzība nav spēkā. Ja Apdrošinātājam laikā no Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās dienas līdz Nogaidīšanas perioda beigām diagnosticēta saslimšana, kuras dēļ ir nepieciešami Stacionārie pakalpojumi, apdrošināšanas aizsardzība nav spēkā un Apdrošinātājam nav tiesību uz atlīdzību.

3.2. Apdrošinātais risks

3.2.1. Apdrošinātais risks ir Apdrošinātās personas izdevumi par Apdrošināšanas programmā ietvertajiem Stacionārajiem pakalpojumiem.

3.3. Apdrošināšanas aizsardzības darbības termiņš un teritorija

3.3.1. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī Latvijas Republikas, Lietuvas Republikas un Igaunijas Republikas teritorijā.

3.4. Apdrošinājuma gēmeja, Apdrošinātā pienākumi

3.4.1. Nekavējoties, tiklīdz tas ir iespējams, bet ne vēlāk kā 3 (trīs) mēnešu laikā informēt Apdrošinātāju par Apdrošināšanas gadījuma iestāšanos;

3.4.2. Nekavējoties, tiklīdz tas ir iespējams rakstiski informēt Apdrošinātāju, ja mainās Apdrošinātā personas dati, Latvijas Republikas nodokļu maksātāja statuss, tajā skaitā saistībā ar Latvijas Republikas valsts nodrošināto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu;

3.4.3. Nekavējoties pēc Apdrošinātāja rakstiska pieprasījuma sniegt informāciju, kas apliecina, ka par Apdrošināto ir veikti Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktie nodokļu maksājumi, nodrošinot pierādījumus Apdrošinātājam sniegtās informācijas patiesumam;

3.4.4. Plānveida maksas stacionārie pakalpojumi iepriekš jāaskaņo ar Apdrošinātāju saskaņā ar Apdrošināšanas programmas noteikumiem;

3.4.5. Nekavējoties, tiklīdz tas ir iespējams, bet ne vēlāk kā 3 (trīs) mēnešu laikā pēc pakalpojuma saņemšanas iesniegt maksājumus apliecināto dokumentus Apdrošinātājam.

3.5. Apdrošināšanas atlīdzība un tās izmaksa

3.5.1. Veicot Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, tiek piemērots kompensācijas princips, izmaksājot atlīdzību Stacionārai ārstniecības iestādei vai Apdrošinātājam;

3.5.2. Ja Apdrošinātājam personai Apdrošināšanas līguma darbības laikā pēc Nogaidīšanas perioda beigām radušies izdevumi saņemot Stacionāros pakalpojumus, Apdrošinātājs atlīdzina izdevumus, nepārsniedzot Apdrošināšanas līgumā noteikto Apdrošināšanas summu un/vai Apdrošināšanas limitus un/vai apmēru;

3.5.3. Apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātājs izmaksā Stacionārai ārstniecības iestādei un/vai Apdrošinātājam, ja saņemtie pakalpojumi ir iekļauti Apdrošināšanas programmā, atbilstoši Stacionāras ārstniecības iestādes izsniegtajiem maksājumu dokumentiem, nepārsniedzot Apdrošinātāja noteikto cenrādi un Apdrošināšanas programmā noteikto apmēru. Gadījumā, ja Stacionāras ārstniecības iestādē saņemta vai ar Apdrošinātāju saskaņojamā pakalpojuma cena pārsniedz Apdrošinātāja noteikto šī pakalpojuma vidējo izcenojumu vai Apdrošinātāja noteikto cenrādi, tad radušos starpību sedz Apdrošinātais.

3.6. Papildus Vispārējos noteikumus noteiktajam, Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par:

3.6.1. laboratorijas izmeklējumiem (imūndiagnostika, osteoporozes diagnostika, dzimumhormonu noteikšana, adiponektīna noteikšana, kardioloģiskie marķieri, onkomarķieri, medikamentu monitorings, provokācijas testi, tai skaitā testi uz alergēniem, antioksidantu noteikšana, disbiozes noteikšana, infekciju noteikšana, iztriepu uzņēmumi, histoloģisko, biopsiju materiālu izmeklējumi, ģenētiskie un citoģenētiskie izmeklējumi);

3.6.2. imūnterapiju, intravenozo un orgānu lāzerterapiju, imūnglobulīna injekcijām, skleroterapiju, baroterapiju;

3.6.3. homeopāta, osteopāta, trihologa, dietologa, psihoterapeita, psihiatra, psihologa, narkologa, imunologa, seksopatologa, androloga, ģenētiķa, neonatologa, logopēda, ergoterapeita, protēžu (tehniskā) ortopēda, algologa, podometra, osteodensitometrijas speciālista, kā arī attiecīgās valsts ārstniecības personu reģistrā neregistrētu un nesertificētu speciālistu konsultācijām, pakalpojumiem un ārstēšanu, veselības profilakses pakalpojumiem, veselības pārbaudēm;

3.6.4. ģimenes plānošanu, kontracepciju, neauglības diagnostiku un/vai ārstēšanu, mākslīgo apaugļošanu, pakalpojumiem, kas saistīti ar grūtniecības pārtraukšanu bez medicīniskām indikācijām un to seku ārstēšanu;

3.6.5. diagnostiku un/vai ārstēšanu iedzimtu patoloģiju gadījumos, diagnostiku auglim (USG, doplerogrāfiju) ar dzemdību aprūpi saistītiem pakalpojumiem;

3.6.6. vēnu operācijām, ginekoloģiskām diagnostiskām laparoskopijām, saaugumu atdalīšanas un olvadu caurlaidības pārbaudes laparoskopiskām operācijām;

3.6.7. izdevumiem, kas radušies veicot dokumentu ar medicīniska satura informāciju noformēšanu kā atsevišķu pakalpojumu, servisa pakalpojumiem;

3.6.8. sirds-asinsvadu operācijām un ārstniecisko palīdzību, kas saistīta ar orgānu protezēšanu un transplantāciju, acs refrakciju korigējošām operācijām, plastisko un rekonstruktīvo ķirurģiju, audu aizstājējamateriāliem, papildmateriāliem, papildierīcēm un tehniskiem palīgīdzekļiem, medikamentiem;

3.6.9. rehabilitācijas pakalpojumiem;

3.6.10. diagnostiskiem izmeklējumiem - monitoringiem, osteodensitometriju, somnogrāfiju;

3.6.11. tuvas personas vai pavadonā uzturēšanos stacionārā, ar invaliditāti tieši sasaistītu uzturēšanos stacionārā, medicīniskiem pakalpojumiem, kas saņemti dienas stacionārā;

3.6.12. neatliekamo palīdzību Igaunijas Republikas un Lietuvas Republikas teritorijā;

3.6.13. gadījumiem, ja Apdrošinātais nav iesniedzis vai nevar iesniegt Apdrošinātājam pieprasītos dokumentu oriģinālus, kas apliecina Apdrošināšanas gadījuma iestāšanos;

3.6.14. ārstu honorāriem, ārsta izvēli operācijās, ārstu konsīlijiem, administratīviem izdevumiem, servisa pakalpojumiem, ārstēšanas kursiem un programmām (t.sk. sulu, diētiskām kūrēm u.c.), sociālo aprūpi, maksas onkoloģisko (t.sk. ķīmijterapiju), hematoloģisko, paliatīvo ārstēšanu, staru terapiju, individuālajiem veselības aprūpes līgumiem;

3.6.15. medicīniskiem pakalpojumiem, kas nav minēti Apdrošināšanas programmas aprakstā;

3.6.16. ārpus Stacionāras ārstniecības iestādes (adreses) sniegtiem pakalpojumiem, izņemot neatliekamo palīdzību;

3.6.17. saslimšanu, kuras dēļ ir nepieciešami Stacionārie pakalpojumi, ir diagnosticēta Nogaidīšanas perioda laikā.

4. Speciālie smagu slimību ārstēšanas apdrošināšanas noteikumi

4.1. Terminu skaidrojumi:

4.1.1. **Smaga slimība** - viena vai vairākas no šajos noteikumos noteiktajām slimībām un/vai medicīnisko indikāciju dēļ veiktām operācijām;

4.1.2. **Nogaidīšanas periods** - laika posms no Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās dienas līdz Apdrošināšanas polisei norādītajam datumam, līdz kuram apdrošināšanas aizsardzība nav spēkā. Ja Apdrošinātajam laikā no Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās dienas līdz Nogaidīšanas perioda beigām diagnosticēta kāda no Smagām slimībām, apdrošināšanas aizsardzība nav spēkā un Apdrošinātajam nav tiesību uz atlīdzību;

4.1.3. **Diagnozes kods** - diagnoze, kas noteikta saskaņā ar Starptautisko slimību klasifikatoru SSK-10 (SKK-10).

4.2. **Apdrošinātie riski - saslimšana ar Smagām slimībām:**

4.2.1. **Vēzis** (saskaņā ar SSK- 10 klasifikatoru: C00 – C97; D00 – D09)

Ļaundabīgs audzējs, kam raksturīga nekontrolējama un/vai neapturama augšana un ļaundabīgo šūnu izplatīšanās, ieaugot normālos audos, tos sagraujot.

Diagnozi pamato:

- histoloģiskais izmeklējums;
- onkologs.

Iznēmumi:

- audzēji, kuri histoloģiski tiek raksturoti kā *pirmsvēža stadijas*;
- *cervikālās displāzijas* CIN-1, CIN-2 un CIN-3;
- hiperkeratozes.

4.2.2. **Miokarda infarkts** (saskaņā ar SSK 10 klasifikatoru: I21.0 – I21.4, I21.9)

Sirds muskuļa audu bojājums (nekroze) nepietiekamas asins apgādes dēļ.

Diagnozi pamato vismaz 2 no šādām pazīmēm:

- tipiskas sāpju epizodes;
- izmaiņas elektrokardiogrammā (EKG), kas norāda uz infarktu;

- paaugstināti bioķīmisko marķieru rādītāji: troponīnam T un I, kreatīnkināzei, kreatīnkināzes MB frakcijai, mioglobīnam;
- apstiprina kardiologs vai ārstējošais ārsts.

4.2.3. **Insults (Trieka)** (saskaņā ar SSK 10 klasifikatoru: I60 – I66)

Pēkšņs perēklains smadzeņu bojājums, kas saistīts ar asins piegādes traucējumu, visbiežāk - nosprostošumu kādā no smadzeņu asinsvadiem, vai smadzeņu asinsvada plīsumu vai asins izplūdums smadzenēs un/vai starp smadzeņu apvalkiem, kas izraisa neiroloģiskus simptomus, kas ilgst vairāk par 24 (divdesmit četrām) stundām.

Diagnozi pamato:

- klīniskie simptomi (ķermeņa puses vai locekļa vājums, notirpums, nejutīgums, kustību koordinācijas traucējumi, valodas, redzes, rīšanas traucējumi), ko apstiprina galvas smadzeņu datotomogrāfijas vai kodolmagnētiskās rezonanses izmeklējums;
- neirologa noteikta diagnoze, kas pamatota ar pastāvīgiem neiroloģiskiem bojājumiem vismaz 6 nedēļas pēc notikuma.

Iznēmumi:

- pārejoši asinsrites traucējumi;
- smadzeņu bojājumi, kas radušies traumas, infekcijas, vaskulīta un iekaisuma slimības gadījumos;
- neiroloģiski simptomi migrēnas dēļ.

4.2.4. **Nieru nepietiekamība** (saskaņā ar SSK 10 klasifikatoru: N17; N18; N19)

- akūta - dažādu vielu un/vai faktoru izraisīts nieru audu bojājums, kas rada nierēs asinsrites traucējumus, kuru dēļ stipri samazinās vai pat pilnīgi izbeidzas urīna filtrācija nieru kamoliņos;
- hroniska - nieru funkciju samazināšanās līdz pat to pilnīgai izsīkšanai, kas ir nieru fizioloģisku procesu traucējumi, visu nieru slimību gala stadija, neatgriezeniska abu nieru mazspēja, kas ir indikācija pastāvīgai hemodialīzei vai nieru transplantācijai.

Diagnozi pamato:

- nefrologa noteiktas indikācijas regulārai vai pastāvīgai hemodialīzei;
- izmaiņas asins un urīna analīzēs;
- nieru punkcijas biopsija.

4.2.5. **Multiplā skleroze** (saskaņā ar SSK 10 klasifikatoru: G35)

Multiplā skleroze ir nervu sistēmas slimība, kas iznīcina nervu šķiedru mielīnu galvas un muguras smadzenēs.

Diagnozi pamato:

- neirologs saskaņā ar objektīvās atrades datiem (MR izmeklējums un/vai citi instrumentālie izmeklējumi);
- jušanas un motoro funkciju traucējumi, kas ilgst vairāk kā 3 mēnešus;
- vismaz divas klīniski dokumentētas epizodes ar vismaz viena mēneša intervālu;
- vismaz viena klīniski dokumentēta epizode ar raksturīgām muguras smadzeņu šķidruma izmeklējumu pazīmēm.

4.2.6. **Parkinsona slimība** (saskaņā ar SSK 10 klasifikatoru: G20)

Progresējoša neirodeģeneratīva saslimšana, kura saistīta ar nepietiekamu dopamīna līmeni, kas rada bojājumus motorajā sistēmā.

Diagnozi pamato:

- personas nespēja (ne bez, ne ar palīdzību) veikt vismaz 3 no minētajām 6 ikdienas dzīves aktivitātēm ilgstošā laika periodā – ne mazāk kā 6 mēnešus:
- I. mazgāšanās: spēja nomazgāties vannā vai dušā (ieskaitot iekāpšanu un izkāpšanu), vai apmierinoši nomazgāties kādā citādā veidā;
- II. ģērbšanās: spēja uzvilkt un novilkt drēbes, aizķēt un atķēt dažādas apģērba gabalus, kā arī dažādas sprādzes, locekļu protēzes vai citus ķirurģiskus palīgīdzekļus;
- III. pārvietošanās: spēja pārvietoties no gultas uz krēslu vai ratiņkrēslu un atpakaļ;
- IV. kustīgums: spēja pārvietoties no istabas uz istabu pa līdzenām virsmām;
- V. tualete: spēja lietot tualeti vai kā citādi nodrošināt zarnu un urīnpūšļa iztukšošanas funkcijas, lai uzturētu apmierinošu personiskās higiēnas līmeni;
- VI. ēšana: spēja pašam paēst, ja ēdiens ir pagatavots un atrodas pieejamā vietā.

- slimība nav kontrolējama ar medikamentiem;
- slimības gaitas progresēšanas pazīmes;
- psihiatrs vai neirologs.

4.2.7. **Alcheimera slimība** (saskaņā ar SSK 10 klasifikatoru: G30.0-G30.1; G30.8 – G30.9)

Progresējoša, smadzeņu struktūras ietekmējoša slimība, kuras gaitā pasliktinās atmiņa un domāšana, rodas izmaiņas uzvedībā.

Diagnozi pamato:

- ar klīnisku izvērtēšanu un vizualizācijas testiem apstiprināta intelektuālo spēju pazemināšanās vai zudums, kas prasa nodrošināt pastāvīgu uzraudzību;

- psihiatrs vai neirologs.

Iznēmumi:

- neorganiskās saslīmšanas, kā neirozes un psihiatriskās slimības.

4.2.8. **Bakteriālais meningīts** (saskaņā ar SSK 10 klasifikatoru: G00.0-G00.3; G00.8-G00.9)

Bakteriālas infekcijas izraisīts smags galvas vai muguras smadzeņu apvalku iekaisums, kura rezultātā iestājas smagi, neatgriezeniski un pastāvīgi neiroloģiskie defekti.

Diagnozi pamato:

- bakteriāla infekcija lumbālpunkcijā iegūtajā cerebrospinalajā šķidrumā;
- neirologs un/vai neiroķirurgs un apstiprināti neiroloģiski defekti un tie ilgst vismaz 6 nedēļas.

4.2.9. **Aplastiskā anēmija** (saskaņā ar SSK 10 klasifikatoru: D60 – D61)

Hroniska persistējoša kaulu smadzeņu darbības nepietiekamība, kas apvienojas ar anēmiju, neitropēniju un trombocitopēniju, kuru novēršanai nepieciešama vismaz viena no šādām terapijām:

- asins produktu pārliešana;
- kaulu smadzeņu stimulējošu aģentu lietošana;
- imūnsupresīvu aģentu pielietošana;
- kaulu smadzeņu transplantācija.

Diagnozi pamato:

- laboratoriskie izmeklējumi;
- hematologs.

Iznēmumi:

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

4.2.10. **Aktīva tuberkuloze** (saskaņā ar SSK 10 klasifikatoru: A15 – A19)

Infekciju slimība, kura visbiežāk skar plaušas - plaušu tuberkuloze, bet tuberkulozes nūjiņa pa asins straumi un limfātisko sistēmu var izplatīties visā organismā un bojāt jebkuru orgānu vai sistēmu - mugurkaulu, gūžas kaulus, nieres, dzimumorgānus, galvas smadzenes u. c. – ārpus plaušu tuberkuloze.

Diagnozi pamato:

- laboratoriskie un rentgenoloģiskie izmeklējumi;
- pulmonologs un/vai ftiziātrs.

4.2.11. **Krona slimība** (saskaņā ar SSK 10 klasifikatoru: K50)

Autoimūns, hronisks, recidivējošs, nereti progresējošs, segmentārs gastrointestinālā trakta granulomatozs iekaisums ar progresējošu gaitu.

Diagnozi pamato:

- gastroenterologs saskaņā ar klīniskajiem datiem;
- instrumentālie izmeklējumi (kolonoskopija ar ileoskopiju, EGDS, irigoskopija, vai citi).

4.2.12. **Aknu mazspēja** (saskaņā ar SSK 10 klasifikatoru – K72.0; K71.1; K71.2)

Aknu mazspēja, ko izraisa aknu encefalopātija un koagulopātijas vai sekundāras vīrusu infekcijas, toksīni vai imūnsistēmas bojājumi.

Diagnozi pamato:

- klīniskā un objektīvā atradne (dzelte/icterus; vemšana, krampjveida stipras sāpes vēderā, tūskas, ascīts; hepātiskā encefalopātija);
- hepatologs un/vai ārstējošais ārsts.

Iznēmumi:

- nepamatotas medikamentu lietošanas rezultātā izveidojusies aknu mazspēja.

4.2.13. **Koronāro artēriju šuntēšanas operācija**

Operācija, kuras laikā tiek novērstas vienas vai vairāku koronāro artēriju sašaurinājumi vai blokādes ar apejošiem asinsvadu transplantātiem.

Operācijas nepieciešamību pamato:

- būtiski koronāro artēriju nosprostojumi angiogrāfiskajā izmeklējumā;
- kardiologa un/vai kardiokirurga noteiktas medicīniskās indikācijas operācijai.

Iznēmumi:

- angioplastija;

- intraarteriālas kateterizācijas;
- intraarteriālas lāzerprocedūras.

4.2.14. **Sirds vārstuļu operācija**

Operācijas, kas veiktas medicīnisku indikāciju dēļ (stenoze, nepietiekamība), lai aizvietotu bojātos sirds vārstuļus, vai izlabotu sirds vārstuļu defektus.

Operācijas nepieciešamību pamato:

- ar sirds kateterizāciju;
- ehokardiogrammu;
- kardiologa un/vai kardiokirurga apstiprinātas indikācijas operācijai.

Iznēmumi:

- vārstuļu plastika un/vai korekcija;
- vārstuļu iegriešanas operācijas.

4.2.15. **Lielo orgānu/Kaulu smadzeņu transplantācija**

Šādu transplantātu saņemšana:

- cilvēka kaulu smadzenes, lietojot hematopoētiskās cilmes šūnas ar iepriekšēju totālu kaulu smadzeņu ekstirpāciju/izņemšanu;
- viens no šādiem cilvēka orgāniem: sirds, plauša, aknas, niere, aizkuņģa dziedzeris (pancreas), kuri transplantēti attiecīgā orgāna neatgriezeniskas nepietiekamības dēļ.

Iznēmumi:

- cilmes šūnu transplantāti.

4.3. **Apdrošināšanas aizsardzības darbības termiņš un teritorija**

4.3.2. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī Latvijas Republikas, Igaunijas Republikas un Lietuvas Republikas teritorijā;

4.3.3. Par Apdrošināšanas līguma darbības laikā diagnosticētas Smagas slimības ārstēšanu, Apdrošināšanas atlīdzība tiek maksāta saskaņā ar Apdrošināšanas līguma noteikumiem Apdrošināšanas līguma darbības laikā, kā arī vienu gadu pēc Apdrošināšanas līguma termiņa beigām.

4.4. **Apdrošinājuma ņēmēja, Apdrošinātā pienākumi**

4.4.2. Nekavējoties, tiklīdz tas ir iespējams, bet ne vēlāk kā 3 (trīs) mēnešu laikā pēc Smagas slimības diagnozes noteikšanas rakstveidā informēt par to Apdrošinātāju;

4.4.3. Ne vēlāk kā 3 (trīs) mēnešu laikā pēc Ārstniecības pakalpojuma saņemšanas, iesniegt Apdrošinātājam maksājumu apliecināšanos un citus nepieciešamos dokumentus.

4.5. **Apdrošināšanas atlīdzība un tās izmaksa**

4.5.2. Veicot Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, tiek piemērots kompensācijas princips, izmaksājot atlīdzību Ārstniecības iestādei vai Apdrošinātājam;

4.5.3. Ja Apdrošinātājam personai Apdrošināšanas līguma darbības laikā pēc Nogaidīšanas perioda beigām tiek diagnosticēta kāda no šajos noteikumos noteiktajām Smagajām slimībām, Apdrošinātājs atlīdzina izdevumus, kas radušies saņemot ārstniecības pakalpojumus Smago slimību ārstēšanai, nepārsniedzot Apdrošināšanas līgumā noteikto Apdrošināšanas summu un/vai Apdrošināšanas limitus un/vai apmēru;

4.5.4. Apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātājs izmaksā Ārstniecības iestādei vai Apdrošinātājam, ja saņemtie pakalpojumi ir iekļauti Apdrošināšanas programmā, atbilstoši Ārstniecības iestādes un/vai aptiekas izsniegtajiem maksājumu dokumentiem, nepārsniedzot Apdrošināšanas programmā noteikto apmēru. Gadījumā, ja Ārstniecības iestādē saņemti vai ar Apdrošinātāju saskaņojamā pakalpojuma cena pārsniedz Apdrošinātāja noteikto šī pakalpojuma vidējo izcenojumu, tad radušos starpību sedz Apdrošinātājs.

4.6. **Papildus Vispārējos noteikumus noteiktajam, Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja:**

4.6.2. smaga slimība diagnosticēta Nogaidīšanas perioda laikā;

4.6.3. Smaga slimība ir iedzimta;

4.6.4. par medikamentiem, kas paredzēti Smagas slimības ārstēšanai, kopā ar maksājumu apliecināšanu personificētu dokumentu netiek iesniegta recepte vai tās kopija, uz kuras norādīts atbilstošais Smagas slimības diagnozes kods (saskaņā ar SSK-10);

4.6.5. stacionārās rehabilitācijas pakalpojumi pēc Smagas slimības ārstēšanas saņemti bez ārstējošā ārsta nosūtījuma vai ārsta nosūtījumā nav norādīts atbilstošais Smagas slimības diagnozes kods (saskaņā ar SSK-10) un/vai nav izpildīti Apdrošināšanas programmā noteiktie nosacījumi;

4.6.6. iesniegti maksājumu apliecinājoši dokumenti par ārstu honorāriem, ārsta izvēli operācijās, ārstu konsilijiem, administratīviem izdevumiem, ambulatoriem servisa pakalpojumiem, ārstēšanas kursiem un programmām (t.sk. sulu, diētiskām kūrēm u.c.), sociālo aprūpi.

5. Speciālie nelaimes gadījumu apdrošināšanas noteikumi

5.1. Terminu skaidrojumi:

5.1.2. **Nelaimes gadījums** – notikums, kurā Apdrošinātajam pret viņa gribu tiek nodarīts kaitējums vai iestājas nāve, ārējam spēkam negaidīti iedarbojoties uz viņa ķermeni;

5.1.3. **Labuma guvējs** – fiziska persona, kurai Apdrošinātā nāves gadījumā izmaksājama apdrošināšanas atlīdzība atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

5.2. **Apdrošināšanas objekts, Apdrošināšanas aizsardzības apjoms, Apdrošinātie riski**

5.2.2. Apdrošināšanas objekts - Apdrošinātā dzīvība un fiziskais stāvoklis;

5.2.3. Ja nelaimes gadījuma rezultātā viena gada laikā, termiņu skaitot no Apdrošināšanas gadījuma dienas, iestājas Apdrošinātā nāve vai invaliditāte, Apdrošinātais izmaksā apdrošināšanas atlīdzību, kas nepārsniedz apdrošināšanas polisē attiecīgajam apdrošināšanas riskam paredzēto apdrošinājuma summu;

5.2.4. Apdrošinātais polises darbības laikā ir apdrošināts pret šādiem riskiem:

5.2.4.1. Nāve;

5.2.4.2. Paliekoša Invaliditāte.

5.3. **Apdrošināšanas aizsardzības darbības termiņš un teritorija**

5.3.2. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī visā pasaulē.

5.4. **Apdrošinājuma ņēmēja, Apdrošinātā pienākumi**

5.4.2. nekavējoties, tiklīdz tas ir iespējams, bet ne vēlāk kā viena mēneša laikā informēt Apdrošinātāju par apdrošināšanas gadījuma iestāšanos;

5.4.3. par miesas bojājumu nodarīšanu informēt attiecīgo valsts institūciju un rīkoties tālāk pēc amatpersonu norādījumiem;

5.4.4. invaliditātes gadījumā - ne vēlāk kā trīs mēnešu laikā pēc Invaliditātes iestāšanās paziņot Apdrošinātājam un iesniegt invaliditātes piešķiršanu apliecinājošus dokumentus.

5.5. **Apdrošināšanas atlīdzība un tās izmaksa**

5.5.2. Apdrošināšanas atlīdzības aprēķins tiek veikts šo noteikumu 5.nodaļā noteiktajā kārtībā pēc šādu dokumentu, kas apliecina apdrošinātā riska iestāšanos, saņemšanas:

5.5.2.1. ārstniecības iestādes vai ārstējošā ārsta izziņa par nelaimes gadījumu;

5.5.2.2. miesas bojājumu nodarīšanas gadījumā, policijas izziņa, kas apliecina nelaimes gadījuma iestāšanās faktiskos apstākļus;

5.5.2.3. veselības un darbības spēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas izziņa par piešķirto invaliditāti.

5.5.3. **Atlīdzība nāves gadījumā** - ja nelaimes gadījuma rezultātā viena gada laikā no apdrošināšanas gadījuma dienas ir iestājusies Apdrošinātā nāve, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta pēc apdrošināšanas atlīdzības pieteikuma un šādu dokumentu iesniegšanas Apdrošinātājam:

5.5.3.1. Apdrošinātā miršanas apliecība;

5.5.3.2. medicīniskā izziņa (apliecība) par nāves cēloni;

5.5.3.3. dokumenti, kas apliecina personas tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību.

5.5.4. **Atlīdzība paliekošas invaliditātes gadījumā** - ja nelaimes gadījuma rezultātā Apdrošinātais iegūst miesas bojājumus, kuru rezultātā iestājas Apdrošinātā I, II vai III grupas invaliditāte un to apstiprina veselības un darbības spēju ekspertīzes ārstu valsts komisija uz laiku ne mazāku kā viens gads, Apdrošinātais izmaksā apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši piešķirtajai invaliditātes grupai;

5.5.4.1. Apdrošināšanas atlīdzību invaliditātes gadījumā var pieprasīt pirms ārstēšanas kursa beigām viena gada laikā no apdrošināšanas gadījuma iestāšanās dienas;

5.5.4.2. Iestājoties apdrošinātajam riskam, paliekoša invaliditāte, Apdrošinātais izmaksā apdrošināšanas atlīdzību, kuras apmērs tiek aprēķināts procentuāli no apdrošinājuma summas:

5.5.4.2.1. I invaliditātes grupa - 100%;

5.5.4.2.2. II invaliditātes grupa – 50%;

5.5.4.2.3. III invaliditātes grupa – 25%.

5.5.5. Izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību par I grupas invaliditāti, no apdrošināšanas atlīdzības tiek atskaitīta iepriekš izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība, kas attiecas uz šo apdrošināšanas līgumu un ir saistīta ar notikušo apdrošināšanas gadījumu.

5.6. **Papildus Vispārējos noteikumus noteiktajam,**

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja:

5.6.2. nelaimes gadījumu izraisījis infarkts, insults, epilepsijas 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;

5.6.3. nelaimes gadījums notiek, Apdrošinātajam kā motorizēta sauszesmes, gaisa vai ūdens transportlīdzekļa vadītājam, stūrmanim vai pasažierim piedaloties sacensībās;

5.6.4. nelaimes gadījums notiek, Apdrošinātajam nodarbojoties ar jebkādu ekstrēmu sporta veidu vai hobiju. (Lidošana ar lidaparātu citādi nekā pasažierim licencētai aviosabiedrībai piederošā lidmašīnā, kura reģistrēta kā pasažieru pārvadāšanas līdzeklis pa noteiktu maršrutu, kuģošana citādi nekā pasažierim ar kuģi, kurš reģistrēts kā pasažieru pārvadāšanas līdzeklis pa noteiktu maršrutu, lēkšana no augstuma gumijas atsaitē, klinšu kāpšana, alpinisms, speleoloģija, kalnu slēpošana vai snovošana ārpus trases (off-piste), niršana ar elpošanas aparātu, izpletņlēkšana, lidošana ar deltaplānu, paraplānu, planieri, nodarbošanās ar kaitingu, veikbord, raftingu, jebkādu cīņas sporta veidu, tiek uzskatīti par ekstrēmu sporta veidu vai hobiju);

5.6.5. kaitējums veselībai radies saindēšanās rezultātā, izņemot cietas vai šķidrās vielas caur barības traktu, izņemot barības trakta smagus lokālus bojājumus un smagas intoksikācijas gadījumus;

5.6.6. kaitējumu veselībai izraisījis Laima slimība vai ērcu encefalīts, izņemot gadījumus, kad Apdrošinātais ir saņēmis pilnu encefalīta vakcinācijas kursu paredzētajos termiņos;

5.6.7. konstatēts mugurkaula starpskriemeļu disku bojājums, iekšējo orgānu asiņošana un asinsizplūdumi smadzenēs, izņemot gadījumus, kad izraisītājs (iemesls) ir Apdrošināšanas līgumā paredzētais nelaimes gadījums.

6. **Speciālie ceļojumu apdrošināšanas noteikumi**

6.1. Terminu skaidrojumi:

6.1.2. **Ārēmes** – valstis, kuras nav Apdrošinātā pastāvīgās mītnes zeme un/vai kurās Apdrošinātajam nav piešķirta pilsonība;

6.1.3. **Pašrisks** – apdrošināšanas līgumā noteiktajā apdrošināšanas gadījumā Apdrošinātais sedz apdrošināšanas līgumā norādīto pašrisku. Apdrošinātais ir tiesīgs ieturēt pašrisku no izmaksājāmās apdrošināšanas atlīdzības vai iesniegt Apdrošinātajam pašrisku rēķinu;

6.1.4. **Mītnes zeme** – valsts, kuras pilsonis (pavalstnieks) ir Apdrošinātais, Apdrošinātā iepriekšējā pastāvīgās dzīvesvietas valsts, un/vai valsts, kas izsniegusi Apdrošinātajam uzturēšanās atļauju;

6.1.5. **Repatriācija** – Apdrošinātā vai tā mirstīgo atlieku transportēšana uz mītnes zemi;

6.1.6. **Aktīva atpūta** – ārpusdarba vaļasprieks, ar kuru nodarbojoties, nepieciešama paaugstināta fiziskā sagatavotība, regulārs treniņš, noteikts, speciāls aprīkojums/inventārs un/vai apģērbs, un kura laikā pastāv risks, ka varētu tikt apdraudēta Apdrošinātā dzīvība vai fiziskais stāvoklis;

6.1.7. **Hroniska slimība** – pēkšņai saslimšanai pretējs veselības stāvoklis – iekšējīgi un ilgākā laika periodā veidojošos fizioloģisko procesu un organisma funkciju darbības pakāpeniska pasliktināšanās, ko raksturo biežāks vai retāks veselības stāvokļa krāsas izmaiņas (slimības uzliesmojumi), neatkarīgi no tā, vai šāds veselības stāvoklis ir vai nav bijis diagnosticēts pirms apdrošinātā ceļojuma uzsākšanas. Šo noteikumu kontekstā sirds išēmiskā slimība, asinsvadu aneirisms, ateroskleroze, spondilozē, osteohondroze, radikulīts, nieru mazspēja, cukura diabēts, aknu ciroze, izkaisītā skleroze, astma, tuberkuloze, audzēji u.c. tiek pieskaitīti pie hroniskām slimībām;

6.1.8. **E-veidlapa (EVAK)** - visām Eiropas Savienības dalībvalstīm, kā arī Norvēģijai, Islandei, Lihtenšteinai un Šveicei kopīgs dokuments, kas apliecina šo valstu pilsoņu tiesības saņemt valsts garantētu neatliekamo un nepieciešamo veselības aprūpi tādā pašā apjomā, kādā tā ir nodrošināta attiecīgās valsts pilsoņiem.

Apdrošināšanas objekts, Apdrošinātie riski, apdrošināšanas aizsardzības apjoms

6.2.2. Apdrošināšanas objekts ir materiālie zaudējumi, kas radušies Apdrošinātajam ārzemēs saistībā ar pēkšņu akūtu saslimšanu un nelaimes gadījumu ārstēšanu;

6.2.3. Apdrošināti ir tikai tie riski, kas norādīti apdrošināšanas polisē:

6.2.3.1. Medicīniskie izdevumi;

6.2.3.2. Zobārstniecības izdevumi;

6.2.3.3. Medicīniskais transports;

6.2.3.4. Repatriācija saslimšanas/nāves gadījumā;

6.2.3.5. Ceļa izdevumi ģimenes loceklim.

6.2.4. Viena nepārtraukta ceļojuma maksimālais ilgums ir 30 (trīsdesmit) dienas;

6.2.5. Apdrošināšanas aizsardzība beidzas:

6.2.5.1. beidzoties apdrošināšanas līguma darbības termiņam, bet ne vēlāk kā Apdrošinātajam šķērsojot Latvijas Republikas robežu;

6.2.5.2. pārsniedzot viena nepārtraukta ceļojuma noteikto maksimālo ilgumu – 30 (trīsdesmit) dienas.

6.3. Apdrošināšanas līguma darbības termiņš un teritorija

6.3.2. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī visā pasaulē, izņemot Amerikas Savienotajās Valstīs, Austrālijā, Kanādā, Baltkrievijas Republikā, Krievijas Federācijā;

6.4. Apdrošinājuma ņēmēja, Apdrošinātā pienākumi

6.4.2. nekavējoties, tiklīdz tas ir iespējams, bet ne vēlāk kā 15 (piecpadsmit) dienu laikā informēt Apdrošinātāju vai tā pilnvaroto pārstāvi par apdrošināšanas gadījuma iestāšanos ārzemēs;

6.4.3. pēkšņas saslimšanas gadījumā ārzemēs nekavējoties darīt visu iespējamo, lai saņemtu neatliekamo medicīnisko palīdzību;

6.4.4. saņemot medicīnisko palīdzību Eiropas Savienības valstu medicīnas iestādēs, uzrādīt E-veidlapu (Eiropas veselības apdrošināšanas karti (EVAK)). Gadījumā, ja Apdrošinātāi personai nav attiecīgās E-veidlapas, Apdrošinātāi personai vai tās pilnvarotai personai pēc apdrošinātāja norādījuma, jāveic darbības, kas nepieciešamas tās saņemšanai un jāiesniedz attiecīgajai ārstniecības iestādei.

6.5. Apdrošināšanas atlīdzība un tās izmaksa

6.5.2. Apdrošināšanas atlīdzības aprēķins šajā nodaļā noteiktajā kārtībā tiek veikts pēc dokumentu, kas apliecina apdrošinātā riska iestāšanos, saņemšanas;

6.5.3. Apdrošinājuma ņēmējam, Apdrošinātāi personai vai citai tās pilnvarotajai personai, ja tiek iesniegti atbilstoši maksājumus apliecinājoši dokumenti;

6.5.4. Pakalpojumu sniedzējam vai citai personai, kura ir tiesīga saņemt apdrošināšanas atlīdzību, pamatojoties uz iesniegto rēķinu, vai citiem dokumentiem;

6.5.5. Apdrošinātā persona ir tiesīga izmantot apdrošināšanas līgumā norādītā Apdrošinātāja pilnvaroto pārstāvi, kuru Apdrošinātājs ir pilnvarojis organizēt un uzraudzīt nepieciešamos palīdzības pakalpojumus.

6.6. Atlīdzība medicīnisko izdevumu gadījumā

6.6.2. Apdrošinātājs atlīdzina neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas izdevumus Apdrošinātāi personai ārzemēs, kas radušies saistībā ar pēkšņu akūtu saslimšanu vai nelaimes gadījuma rezultātā nodarīto seku novēršanu;

6.6.3. Tiek segti tikai izdevumi par neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu, nepārsniedzot tās valsts, kur noticis apdrošināšanas gadījums, vidējo izdevumu līmeni par:

6.6.3.1. ambulatori un stacionāri sniegtiem medicīniskiem pakalpojumiem, ieskaitot akūtas operācijas;

6.6.3.2. rentgena, rādija un izotopā diagnostiku un terapiju;

6.6.3.3. ārsta izrakstītiem medikamentiem un pārsienamiem līdzekļiem izņemot medikamentus, kuri Apdrošinātāi personai bija jālieto regulāri slimībām, kas bija pirms apdrošināšanas aizsardzības stāšanās spēkā;

6.6.3.4. ārsta nozīmētām procedūrām, ārstējoties stacionārā (piemēram, inhalācijas, fizikālās un elektroprocedūras);

6.6.3.5. uzturēšanos, ēdināšanu un aprūpi stacionārā;

6.6.3.6. ārstēšanos un tās ilgumu ārzemēs, operācijām un to nepieciešamību, par apdrošinātās personas transportēšanu un repatriāciju vienojas apdrošinātājs vai tā pilnvarotā trešā persona ar attiecīgās ārstniecības iestādes speciālistu.

6.6.4. Apdrošināšanas atlīdzības netiek izmaksāta, ja apdrošinātā persona vai tās radnieki vienpusēji, bez rakstiska saskaņojuma ar Apdrošinātāju, izlemj veikt izmeklēšanu, diagnostiku, ārstēšanu, izlemj ārstēties paaugstināta servisa medicīniskajā iestādē, kā arī mainīt ārstniecības iestādi.

6.7. Atlīdzība zobārstniecības izdevumu gadījumā

6.7.2. Apdrošinātājs atlīdzina zobārstniecības izdevumus akūtos saslimšanas vai traumas gadījumos par:

6.7.2.1. ārsta konsultāciju;

6.7.2.2. rentgenogrammu diagnozes precizēšanai;

6.7.2.3. zobu kanālu atvēršanu un tīrīšanu;

6.7.2.4. pagaidu plombe ielikšanu;

6.7.2.5. zoba ekstrakciju.

6.8. Atlīdzība medicīniskā transporta izdevumu gadījumā - Apdrošinātājs atlīdzina neatliekamās medicīniskās palīdzības transporta izdevumus Apdrošinātājam ārzemēs, saistībā ar akūtu saslimšanu vai nelaimes gadījuma novēršanu, kas nepieciešami Apdrošinātās personas transportēšanai līdz tuvākajam ārstam vai medicīniskai iestādei, kur tiek saņemta medicīniskā palīdzība.

6.9. Atlīdzība par repatriācijas izdevumiem saslimšanas/nāves gadījumā

6.9.2. Apdrošinātājs atlīdzina izdevumus, kas saistīti ar Apdrošinātā repatriāciju, kas seko medicīniskās palīdzības

saņemšanai vai nāvei, atbilstoši šo noteikumu 6.6.punktā noteiktajam, ja saistībā ar to ir radušies papildus izdevumi;

6.9.3. par repatriācijas nepieciešamību vienojas Apdrošinātājs vai tā pilnvarotā persona ar attiecīgās ārstniecības iestādes speciālistu un izmaksas tiek kompensētas, ja repatriācija ir medicīniski pamatota un to rakstiski rekomendējis ārstējošais ārsts;

6.9.4. ja saskaņā ar ārstējošā ārsta norādījumu Apdrošināto pavadā kāda persona, tad Apdrošinātājs atlīdzina ceļa izdevumus;

6.9.5. ja pirms repatriācijas uzsākšanas Apdrošinātāis vai tā pārstāvis nav saskaņojis ar Apdrošinātāju repatriācijas kārtību un izmaksas, Apdrošinātājs atlīdzina izdevumus minimāli iespējamās summas robežās, par kādu repatriāciju varēja nodrošināt Apdrošinātājs.

6.10. Atlīdzība par ceļa izdevumiem ģimenes loceklim

6.10.2. Ja ceļojuma periodā ārzemēs Apdrošinātā veselības stāvoklis saslimšanas vai nelaimes gadījuma rezultātā atbilstoši ārsta slēdzienam ir smags un tas neļauj Apdrošināto repatriēt, un nepieciešams atrasties stacionārā ilgāk kā 21 (divdesmit vienu) dienu, Apdrošinātājs atlīdzina vienam Apdrošinātā ģimenes loceklim (vīram/sievai, vienam no vecākiem, pilngadīgam bērnam) nepieciešamos ceļa izdevumus, lai ģimenes loceklis varētu ierasties pie stacionārā ievietotā Apdrošinātā. Apdrošinātājs apmaksā:

6.10.2.1. biļetes cenu abos virzienos ekonomiskajā klasē;

6.10.2.2. uzturēšanās izdevumus 50 EUR (piecdesmit euro) dienā, bet ne vairāk kā par 10 (desmit) dienām.

6.11. Papildus Vispārējos noteikumus noteiktajam Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par:

6.11.2. ārstēšanos kūrortos un sanatorijās, par ambulatoru balneoloģisko ārstēšanos vai kūrortterapiju;

6.11.3. ārstēšanos, kurai nepieciešama uzturēšanās slimnīcā ilgāk kā 30 (trīsdesmit) dienas;

6.11.4. sirds un asinsvadu operācijām, par audu un orgānu transplantāciju;

6.11.5. Laima slimības ārstēšanu;

6.11.6. ērcu encefalīta ārstēšanu, izņemot gadījumu, ja saņemts pilns vakcinācijas kurss;

6.11.7. par infekcijas slimību ārstēšanu, pret kurām, uzturoties noteiktajā teritorijā atbildīgo institūciju ceļotāju un tropu slimību speciālists iesaka vakcinēties (piemēram, dzeltenais drudzis, malārija), izņemot gadījumus, kad ir saņemts pilns vakcinācijas kurss;

6.11.8. infarkta, stenokardijas, insulta, trombozes, hemoroīdu ārstēšanu;

6.11.9. izmeklēšanu un ārstēšanu saistībā ar grūtniecību, grūtniecības pārtraukšanu, abortu, priekšlaicīgām dzemdībām, dzemdībām un pēcdzemdību komplikācijām;

6.11.10. psihoanalītisku un psihoterapeitisku ārstēšanu;

6.11.11. medikamentiem, kas, saistībā ar esošu slimību bija regulāri jālieto jau pirms apdrošināšanas aizsardzības spēkā stāšanās;

6.11.12. ārsta nozīmētām procedūrām, kas saistītas ar rehabilitāciju (piemēram, fizikālā terapija, ārstnieciskā vingrošana);

6.11.13. zobu konservatīvu ārstēšanu, protezēšanu, zobu higiēnu.

6.11.14. izdevumiem, kas radušies pārkāpjot viena nepārtrauktā ceļojuma maksimālo ilgumu - 30 dienas;

6.11.15. ceļa izdevumiem ģimenes loceklim, ja Apdrošinātā persona uzturējusies stacionārā mazāk kā 21 (divdesmit vienu) dienu;

6.11.16. Apdrošināšanas gadījumu, kas noticis:

6.11.16.1. kā pilotam vai pasažierim, izmantojot bezmotora lidmašīnu, planieri, deltaplānu, lecot ar izpletni;

6.11.16.2. kuvojot citādi kā pasažierim ar ūdens transporta līdzekli, kurš reģistrēts kā pasažieru pārvadāšanas līdzeklis pa noteiktu maršrutu;

6.11.16.3. nodarbojoties ar aktīvo atpūtu kā alpīnisms, kāpšana kalnos, klintīs, ledus kāpšana, slēpošana vai snovošana, niršana u.c., kā arī ekstrēmām atpūtas veidiem;

6.11.16.4. piedaloties vai gatavojoties jebkura veida sacensībām, kurās izmanto motorizētu, zemes, gaisa vai ūdens transporta līdzekli;

6.11.16.5. veicot algotu darbu kā viesstrādniekam.

7. Vispārējie noteikumi

7.1. Vispārējie noteikumi attiecas uz visiem šajos noteikumos minētajiem apdrošināšanas veidiem, ciktāl tie nav pretrunā ar speciālajiem un sevišķajiem noteikumiem attiecīgajam apdrošināšanas segumam.

7.2. Apdrošināšanas saistības

7.2.1. Apdrošināšanas prēmijas samaksa apliecina, ka Apdrošinātājs un Apdrošinājuma ņēmējs, pauzot savu gribu, panākuši vienošanos, saskaņā ar kuru Apdrošinājuma ņēmējs uzņemies saistības maksāt apdrošināšanas prēmiju līgumā noteiktā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt citas, šajos noteikumos atrunātās saistības, savukārt Apdrošinātājs uzņemies saistības, iestājoties

Apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, atbilstoši Apdrošināšanas līgumam;

7.2.2. Apdrošināšanas līguma noteikumi, kas attiecas uz Apdrošinājumaņēmēju vai Apdrošināto, atbilstoši saturam tiek piemēroti gan Apdrošinājumaņēmējam, gan Apdrošinātajam, gan Labuma guvējam. Apdrošinājumaņēmējs kopā ar Apdrošināto un Labuma guvēju ir atbildīgs par Apdrošināšanas līgumā norādīto pienākumu izpildi;

7.2.3. No Apdrošināšanas līguma izrietošo saistību regulēšanai piemēro šos noteikumus, apdrošināšanas darbību regulējošos Latvijas Republikas normatīvos aktus un citus Latvijas Republikas normatīvos aktus. Jautājumus, kuri nav atrunāti šajos noteikumos un Apdrošināšanas līgumā risina saskaņā ar saistošiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem;

7.2.4. Ar Apdrošināšanas līguma noslēgšanu līdzīgi ir vienojušies, ka Apdrošinātā vai Apdrošinājumaņēmēja jebkuri prasījumi, kas var izrietēt no noslēgtā Apdrošināšanas līguma, nevar būt cesijas priekšmets un tikt nodoti trešajām personām.;

7.2.5. Ar Apdrošināšanas līguma noslēgšanu līdzīgi ir vienojušies, ka Apdrošinātājs ir tiesīgs pilnvarot trešās personas atgūt no Apdrošināšanas līguma izpildes prasījumus;

7.2.6. Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs vienojas, ka Apdrošināšanas līguma darbības ietvaros līdzēju attiecībās par derīgiem tiek uzskatīti arī rēķini, uz kuriem atbildīgo personu paraksti ir aizstāti ar elektronisko apliecinājumu svītru koda veidā;

7.2.7. Par izziņas sagatavošanu, kas paredzēta iesniegšanai Valsts ieņēmumu dienestā, tiek noteikta maksa EUR 7.00 (septiņi euro) apmērā, t.sk. PVN.

7.2.8. Apdrošinātājam ir tiesības vienusēji Apdrošināšanas līguma darbības laikā ieviest ierobežojumus apmaksājamiem Ārstniecības pakalpojumiem, pieprasīt samaksāt papildus apdrošināšanas prēmiju un mainīt apdrošināšanas segumu, 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 samaksa saskaņā ar noslēgtā Apdrošināšanas līgumu.

7.2.9. Apdrošinātājam ir tiesības vienusēji Apdrošināšanas līguma darbības laikā ieviest ierobežojumus apmaksājamiem Ārstniecības pakalpojumiem, pieprasīt samaksāt papildus apdrošināšanas prēmiju un mainīt apdrošināšanas segumu, ja Apdrošināšanas līguma darbības laikā mainījies Apdrošinātā nodokļu maksātāja statuss, kas ietekmē Latvijas Republikas valsts nodrošināto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu.

7.3. Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās

7.3.1. Apdrošināšanas līgums tiek noslēgts, pamatojoties uz Apdrošinājumaņēmēja sniegto informāciju, kas tiek norādīta Apdrošināšanas pieteikumā, lai informētu Apdrošinātāju par Apdrošināto un apstākļiem, kas nepieciešami Apdrošinātā riska novērtēšanai un saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem, kurus līdzīgi piemēro no Apdrošināšanas līguma izrietošo līgumisko attiecību regulēšanai;

7.3.2. Apdrošināšanas līgums ir spēkā Apdrošināšanas polisē norādītajā Apdrošināšanas līguma darbības termiņā ar nosacījumu, ka ir iemaksāta Apdrošināšanas prēmija (vai tās pirmā daļa) Apdrošināšanas polisē norādītajā kārtībā, termiņā un apjomā. Apdrošināšanas līgumā var norādīt citu Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās kārtību;

7.3.3. Apdrošināšanas prēmijas samaksas datums ir datums, kad attiecīgā naudas summa ieskaitīta Apdrošinātāja norādītajā norēķinu kontā;

7.3.4. Apdrošināšanas pieteikumā norādīto informāciju ar savu parakstu apliecina Apdrošinātājs. Ja Apdrošinājumaņēmējs apdrošina savu aizgādībā esošo bērnu, kurš uz līguma noslēgšanas brīdi nav sasniedzis 18 (astoņpadsmit) gadu vecumu, apdrošināšanas pieteikumu tā vārdā paraksta Apdrošinājumaņēmējs;

7.3.5. Ar Apdrošināšanas līguma noslēgšanu līdzīgi ir vienojušies, ka visas darbības, kas saistītas ar Apdrošināšanas prēmiju administrēšanu (apdrošināšanas prēmiju iekasēšanu, apdrošināšanas prēmiju daļu atmaksu līguma pirmstermiņa pārtraukšanas gadījumā) veic ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle;

7.3.6. Gadījumā, ja līdzīgi Apdrošināšanas līgumā vienojas, ka apdrošināšanas prēmija tiek samaksāta pēc Apdrošināšanas līguma stāšanās spēkā, tad apdrošināšanas prēmijas samaksas gadījumā Apdrošināšanas polisē norādītajā termiņā Apdrošināšanas līgums ir spēkā ar Apdrošināšanas polisē norādīto spēkā stāšanās brīdi. Ja apdrošināšanas prēmijas samaksa nav veikta līdz Apdrošināšanas polisē norādītajam termiņam, ir uzskatāms, ka Apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā;

7.3.7. Apdrošinātājs ir tiesīgs piedāvāt Apdrošinājumaņēmējam turpināt apdrošināšanas aizsardzību, nosūtot tam rakstveida apdrošināšanas piedāvājumu. Apdrošināšanas piedāvājumam Apdrošinātājs pievieno rēķinu par Apdrošināšanas prēmijas samaksu, norādot termiņu līdz kuram veicama Apdrošināšanas prēmijas apmaksa;

7.3.8. Ja Apdrošinātāja rakstveida piedāvājumā nav paredzēti līguma noteikumu grozījumi, tad spēkā ir noteikumi, kas attiecas uz pirmo noslēgto apdrošināšanas līgumu un piedāvājumam atkārtoti netiek pievienoti;

7.3.9. Veicot Apdrošināšanas prēmijas apmaksu piedāvājumā norādītajā termiņā, Apdrošinājumaņēmējs pilnībā piekrīt jauna Apdrošināšanas līguma slēgšanai ar Apdrošinātāja piedāvātajiem noteikumiem, un apliecina, ka Apdrošināšanas pieteikumā un Apdrošināšanas polisē norādītā informācija nav mainījies un ir patiesa;

7.3.10. Rakstveida apdrošināšanas aizsardzības pagarināšanas piedāvājums ir uzskatāms par Apdrošināšanas polisi un ir jauna Apdrošināšanas līguma noslēgšanas apliecinājums. Par jaunā Apdrošināšanas līguma neatņemamām sastāvdaļām kļūst Apdrošinātāja rakstveida piedāvājums, un Apdrošinājumaņēmēja aizpildīts un parakstīts iepriekšējā Apdrošināšanas līguma sakarā iesniegtais Apdrošināšanas pieteikums.

7.4. Līguma darbības termiņš. Līguma izbeigšana un apdrošināšanas prēmijas atlikuma izmaksāšana

7.4.1. Apdrošinātājs apdrošināšanas līgumu var izbeigt Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos un kārtībā vai vienojoties ar Apdrošinājumaņēmēju;

7.4.2. Jebkurš no līdzīgiem var izbeigt Apdrošināšanas līgumu pēc Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, kad ir izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība, vai pirms apdrošināšanas atlīdzības izmaksas, ja Apdrošinātājs ir noteicis ar Apdrošināšanas gadījumu saistīto zaudējumu apmēru;

7.4.3. Visos gadījumos, izņemot apdrošināšanas darbību regulējošos Latvijas Republikas normatīvajos aktos, kad Apdrošināšanas līguma darbības laikā ir bijušas apdrošināšanas atlīdzības prasības un Apdrošinātājs atbilstoši šiem noteikumiem ir veicis apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, apdrošināšanas prēmija par visu Apdrošināšanas polisē paredzēto Apdrošināšanas līguma darbības laiku pienākas Apdrošinātājam.

7.5. Apdrošinājumaņēmēja, Apdrošinātā pienākumi

7.5.1. Apdrošinājumaņēmēja, Apdrošinātā pienākumi ir:

7.5.1.1. samaksāt apdrošināšanas prēmiju;

7.5.1.2. ievērot Apdrošināšanas līguma noteikumus;

7.5.1.3. nodrošināt Apdrošinātājam visu līgumsaistību izpildei nepieciešamo informāciju Ja Apdrošinātājs atlīdzības saņemšanai iesniedz nepilnīgu dokumentāciju, Apdrošinātājs rakstiski informē Apdrošināto par papildu nepieciešamajiem dokumentiem, kuri Apdrošinātājam mēneša laikā no Apdrošinātāja pieprasījuma izsūtīšanas dienas jāiesniedz Apdrošinātājam;

7.5.1.4. rakstiski informēt Apdrošinātāju, ja mainās Apdrošinātā personas dati, Latvijas Republikas nodokļu maksātāja statuss, tajā skaitā saistībā ar Latvijas Republikas valsts nodrošināto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu, dzīvesvietas adrese un cita saziņai norādītā informācija. Pretējā gadījumā visi Apdrošinātāja paziņojumi, kas nosūtīti uz pēdējo Apdrošinājumaņēmēja Apdrošinātā norādīto adresi, tiks uzskatīti par saņemtiem pēc 5 (piecām) dienām no to nosūtīšanas datuma;

7.5.1.5. Nekavējoties pēc Apdrošinātāja rakstiska pieprasījuma sniegt informāciju, kas apliecina, ka par Apdrošināto ir veikti Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktie nodokļu maksājumi, nodrošinot pierādījumus Apdrošinātājam sniegtās informācijas patiesumam;

7.5.1.6. rūpēties par savu veselību un, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, ievērot ārstniecības personas norādījumus, lai mazinātu ārstniecības izdevumu apjomu;

7.5.1.7. pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas informēt par visiem apstākļiem, kas ir būtiski Apdrošinātājam apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai. Ja Apdrošinājumaņēmējs vai Apdrošinātājs šaubās par kāda apstākļa ietekmes svarīgumu uz Apdrošināto risku, tad viņam ir jākonsultējas ar Apdrošinātāju;

7.5.1.8. 15 (piecpadsmit) dienu laikā no konstatēšanas brīža rakstiski paziņot Apdrošinātājam par izmaiņām Apdrošināšanas pieteikumā.

7.5.2. Papildus pienākumi pēc Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās:

7.5.2.1. par katru Apdrošināšanas gadījumu Apdrošinājumaņēmējam, Apdrošinātājam nekavējoties, tiklīdz tas ir iespējams, bet ne vēlāk kā šo noteikumu attiecīgajā speciālo noteikumu sadaļā norādītajā termiņā, rakstiski jāpaziņo Apdrošinātājam un jāveic visi

iespējamie pasākumi, kas nepieciešami Apdrošināšanas gadījuma apstākļu noskaidrošanai. Veicot iepriekš minētos pasākumus, jāizpilda visi iespējamie Apdrošinātāja norādījumi;

7.5.2.2. palīdzēt Apdrošinātājam noskaidrot Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās apstākļus un iesniegt visus Apdrošinātāja papildus pieprasītos dokumentus, kas apstiprina Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās faktu, vietu un laiku, tajā skaitā tas attiecināms uz visa veida izziņām, kā arī rēķinu un maksājumu dokumentu oriģināliem;

7.5.2.3. pēc Apdrošinātāja pieprasījuma apmeklēt Apdrošinātāja norādītu sertificētu ārstu, kurš veic Apdrošinātā papildus izmeklēšanu. Izdevumus par papildus pieprasīto izmeklēšanu sedz Apdrošinātājs.

7.5.2.4. gadījumos, kad pieteikums veselības apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai iesniegts elektroniski, uzglabāt elektroniski nosūtīto/iesniegto maksājumu apliecinājošu dokumentu oriģinālus 3 (trīs) gadus pēc pakalpojuma saņemšanas un pēc pieprasījuma nekavējoties tos uzrādīt Apdrošinātājam.

7.5.2.5. atbildēt par iesniedzamo datu pareizību, iesniedzot maksājumu dokumentu oriģinālus citās institūcijās, lai saņemtu kompensāciju par attaisnotiem izdevumiem par ārstnieciskajiem pakalpojumiem.

7.6. Lēmums par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai tās atteikumu un prasījuma tiesību pārņemšana

7.6.1. Lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai tās atteikumu Apdrošinātājs pieņem 15 (piecpadsmit) darba dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas.

7.6.2. Apdrošinātājs, izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības apmērā, pārņem Apdrošinātā prasījuma tiesības pret personu, kas ir atbildīga par zaudējumiem;

7.6.3. Ja Apdrošinājumaņēmēja, Apdrošinātā darbības vai bezdarbības rezultātā nav iespējama regresa prasība par labu Apdrošinātājam, Apdrošinātājs var prasīt atmaksāšanu tādā apmērā, par kādu nav iespējama regresa prasība, vai samazināt izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības apmēru;

7.6.4. Apdrošinātājs no aprēķinātās apdrošināšanas atlīdzības ir tiesīgs ieturēt apdrošināšanas līgumā noteikto pašrisku un nesamaksāto apdrošināšanas prēmijas daļu par visu Apdrošināšanas polisi norādīto apdrošināšanas periodu;

7.6.5. Izmaksājamā Apdrošināšanas atlīdzība nepārsniedz Apdrošināšanas līgumā noteikto Apdrošināšanas summu un/vai Apdrošināšanas limitus un/vai apmēru;

7.6.6. Pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas apdrošināšanas limits un/vai summa apdrošināšanas segumam samazinās izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības apmērā;

7.6.7. Apdrošinātājam ir tiesības informāciju par pieņemto lēmumu par apdrošināšanas atlīdzību nosūtīt Apdrošinātājam elektroniski, izmantojot Apdrošinātā norādītos saziņas kanālus (tai skaitā e-pastu). Apdrošinātājs dara zināmu Apdrošinātājam, ja papildus saņemtajai informācijai vēlas saņemt arī lēmumu pa pastu, norādot tā nosūtīšanas adresi. Informācija par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu var tikt sniegta, izmantojot arī citus Apdrošinātā norādītos saziņas kanālus;

7.6.8. Apdrošinātāja pienākums ir 15 (piecpadsmit) darba dienu laikā no dienas, kad saņemts Apdrošināšanas atlīdzības pieteikums, rakstveidā informēt Apdrošinātāju par papildu dokumentiem, kas nepieciešami lēmuma par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai tās atteikumu pieņemšanai;

7.6.9. Ja Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai iesniegtie dokumenti ir nepilnīgi, kļūdaini aizpildīti un/vai nepieciešams papildu laiks Apdrošināšanas gadījuma vai iesniegto dokumentu pārbaudei, Apdrošinātājs lēmuma pieņemšanas termiņu var pagarināt līdz vienam mēnesim.

7.7. Vispārējie izņēmumi

Ar Apdrošināšanas līguma noslēgšanu līdzīgi ir vienojušies, ka šādi zaudējumu gadījumi netiek atzīti par Apdrošināšanas gadījumiem, ja riska iestāšanās un/vai zaudējuma rašanās, vai Apdrošinātā, Apdrošinājumaņēmēja darbību vai bezdarbību pirms vai pēc riska iestāšanās raksturo šādi faktiskie apstākļi:

7.7.1. zaudējumu tieši vai netieši izraisa, vai tas iestāties saistībā ar jebkāda veida terora aktu vai gatavošanos tam. Ar jēdzienu terora akts tiek saprasta politisku, reliģisku, ideoloģisku vai etnisku mērķu dēļ sarīkota vai piedraudēta vardarbības pielietošana, ko veic viena persona vai personu grupa, kas rīkojas savā vārdā, kādas organizācijas/u vai valdības/u uzdevumā, vai ar tām sadarbojoties, ar nolūku ietekmēt valdību un/vai iebiedēt sabiedrību vai sabiedrības daļu;

7.7.2. zaudējumu izraisa nepārvarama vara. Par nepārvaramu varu līdzīgi vienojas uzskatīt apstākļus, kas ir ārpus līdzēju kontroles („force majeure” apstākļi): streiks, sacelšanās, iekšēji nemieri, pilsoniska nepakļaušanās, dumpis, bruņota sadursme, masu

nekārtības, revolūcija, militārs apvērsums, tiesiski uzurpēta militārā vara, karš, pilsoņu karš, kara stāvoklis, kara darbība, invāzija, ārvalstu ienaidnieka darbība, valsts vai pašvaldību varas akcijas, likumu un citu normatīvo aktu izmaiņas, valdības rīkojumi, dabas katastrofas, pandēmijas, citas stihiskas katastrofas, epidēmijas - infekcijas slimības masveida izplatīšanās, par kuru ir paziņojusi atbildīgā valsts institūcija;

7.7.3. zaudējumu izraisa kodolenerģijas tieša vai netieša iedarbība, starojums (radioaktīvais, elektromagnētiskais, gaismas vai karstuma), radioaktīvās saindēšanās, radioaktīvā piesārņojuma, dabas katastrofu rezultātā;

7.7.4. zaudējums radies piedaloties, cenšoties veikt vai veicot krimināli sodāmas darbības, esot likumīgi aizturētam vai atrodoties apcietinājumā;

7.7.5. Apdrošinātājs un/vai Apdrošinājumaņēmējs ar jaunu nolūku vai vainas pakāpi, kas zaudējumu atlīdzināšanas un citu civiltiesisko seku ziņā ir pielīdzināma jaunam nolūkam, ir veicis darbības vai pieļāvis bezdarbību, kas palielina Apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību vai nav nekavējoties rakstiskā veidā informējis Apdrošinātāju par Apdrošinātā riska palielināšanos;

7.7.6. riska iestāšanās vai zaudējuma rašanās izraisījis Apdrošinājumaņēmējs, Apdrošinātājs ar jaunu nolūku vai vainas pakāpi, kas zaudējumu atlīdzināšanas seku ziņā ir pielīdzināma jaunam nolūkam, vai saistīta ar apdrošināšanas krāpšanu;

7.7.7. ja Apdrošinājumaņēmējs vai Apdrošinātājs nav izpildījis kādu no šajos noteikumos noteiktajiem pienākumiem, tai skaitā sniedzis nepatiesu informāciju par Apdrošinātā Latvijas Republikas nodokļu maksātāja statusu vai nav informējis Apdrošinātāju par nodokļu maksātāja statusa maiņu, ja tas ietekmē Latvijas Republikas valsts nodrošināto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu;

7.7.8. Apdrošinājumaņēmējs vai Apdrošinātājs sniedzis nepatiesu informāciju pieteikumā pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas vai par zaudējuma rašanās apstākļiem;

7.7.9. zaudējums nav radies Apdrošināšanas līguma darbības periodā vai apdrošināšanas teritorijā;

7.7.10. nelaimes gadījuma cēlonis ir Apdrošinātā garīgi, psihiski vai apziņas traucējumi;

7.7.11. ja Apdrošinātājs ir lietojis alkoholu, narkotiskās vai citas apreibinošās vielas;

7.7.12. zaudējumi radušies alkohola, narkotisko vai toksisko vielu lietošanas rezultātā radušos veselības traucējumu diagnostikai un ārstēšanai, psihisko slimību vai sindromu ārstēšanai, kā arī par ārstēšanos no alkoholisma, narkomānijas, toksikomānijas, smēķēšanas, seksuāli transmisīvajām slimībām u.tml.;

7.7.13. par ārstēšanu, kas nav nepieciešama tiešai slimības (arī Smagas slimības) novēršanai, piemēram, skaistumkopšanas procedūras, plastiskā ķirurģija, medicīniskie slēdzieni un izziņas, dezinfekcija un potēšana, uztura bagātinātāji un pārtikas piedevas, diētas līdzekļi, kosmetoloģiskiem pakalpojumiem un/vai ārstēšanu, fotodinamisko lāzertterapiju, fototerapiju, estētiskiem dermatoloģiskiem un ķirurģiskiem pakalpojumiem, t.sk. lāzertterapiju, teleangektāziju, skleroterapiju, svara samazināšanas programmām, limfodrenāžu, vispārējo masāžu, vakuummāsāžu, pēdu aprūpi, sēnišu slimību ārstēšanu un diagnostiku;

7.7.14. ja zaudējums radies pastāvīgi lietojamiem medicīniskajiem palīg līdzekļiem, piemēram, brillēm, lēcām, protēzēm, dzirdes aparātiem, invalīda ratiņiem, krūkiem;

7.7.15. netradicionālo diagnostiku un/vai ārstēšanu;

7.7.16. zaudējums daļā, kas pārsniedz valsts, kurā noticis apdrošināšanas gadījums vidējo izcenojumu līmeni par medicīniskajiem pakalpojumiem;

7.7.17. zaudējumiem, kas radušies Apdrošinātājam saņemot pakalpojumus, kas Apdrošināšanas līgumā noteikti kā izņēmumi;

7.7.18. pakalpojumi veikti anonīmi, bez ārsta norīkojuma un/vai bez medicīniskām indikācijām;

7.7.19. zaudējumi radušies Apdrošinātājam ietekmējot savu veselību (tīši sev nodarījis miesas bojājumus) vai izdarot pašnāvību, pašnāvības mēģinājumu;

7.7.20. pašārstēšanās gadījumā, ārstējot pašam sevi, piedaloties medikamentu klīniskajā izpētē, par ārstēšanu, ko veikuši apdrošinātās personas laulātie, vecāki vai bērni;

7.7.21. Apdrošinātājs ir atteicies no medicīniskās palīdzības vai operācijas, un tā rezultātā Apdrošinātās personas veselībai vai dzīvībai ir nodarīts tālāks kaitējums;

7.7.22. zaudējumi radušies Apdrošinātājam piedaloties Latvijas nacionālā bruņoto spēku starptautiskajās operācijās, uzsākot dienestu vai atrodoties aktīvajā militārā dienestā, tai skaitā ierindas dienestā Zemessardzē, piedaloties militārās operācijās vai apmācībās;

7.7.23. nelaimes gadījums notiek, Apdrošinātajam vadot transportlīdzekli bez tiesībām vadīt attiecīgās kategorijas transportlīdzekli vai rupji pārkāpjot ceļu satiksmes noteikumus (atļautā braukšanas ātruma pārsniegšana par 30 km/h un vairāk, krustojuma šķērsošana pie neatļautā gaismas signāla, dzelzceļa pārbrauktuves šķērsošanas noteikumu neievērošana, braukšana pretēji noteiktajam kustību virzienam, apdzīšanas manevra veikšana neatļautā vai slikti pārrēdzama vietā);

7.7.24. izdevumi radušies profesionālā sporta rezultātā gūtām traumām vai miesas bojājumiem (nodarbošanās ar sportu uzskatāma par profesionālu, ja tas ir plānveidīgs un mērķtiecīgs fizisko aktivitāšu komplekss, ko Apdrošinātais veic regulāri ilgākā laika periodā treniņu veidā individuāli vai komandā ar vai bez pretinieka un kuru raksturo biežāka vai retāka sasniegto rezultātu praktiska pārbaude un/vai piedalīšanās sacensībās kāda mērķa sasniegšanai vai fiziskās formas uzturēšanai, neatkarīgi no tā, vai tās kvalificējas kā amatieru vai profesionālu sportistu aktivitātes;

7.7.25. zaudējumi par pacienta iemaksu, ja Apdrošinātais no tās apmaksas ir atbrīvots saskaņā ar attiecīgajā valstī spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem;

7.7.26. seksuāli transmisīvo slimību diagnostika un ārstēšana, tai skaitā HIV un imūndeficīta vīruss (AIDS), kā arī par slimībām vai veselības stāvokļiem, kurus izsaucis pozitīvs HIV tests vai imūndeficīta vīruss AIDS;

7.7.27. zaudējumus par veselības aprūpes pakalpojumiem HIV un AIDS nēsātājiem, kā arī personām, kurām diagnosticēts HIV un AIDS;

7.7.28. zaudējumi radušies par pakalpojumiem, kurus Apdrošinātais nav iepriekš saskaņojis ar Apdrošinātāju, ja saskaņošanu paredz Apdrošināšanas līguma noteikumi;

7.7.29. zaudējumi radušies, ārstējot pirms Apdrošināšanas līguma darbības sākuma diagnosticētu vai hronisku, vai iedzimtu slimību vai traumu.

7.8. Personas datu apstrāde un cita informācija

7.8.1. Apdrošinājuma ņēmējs un Apdrošinātais, noslēdzot Apdrošināšanas līgumu, piekrīt savu personas datu, tai skaitā sensitīvo personas datu un personas identifikācijas kodu, apstrādei, kā arī rakstveidā pilnvaro Apdrošinātāju veikt savus personas datu, tai skaitā sensitīvo personas datu, apstrādi, kā arī to uzglabāšanu Apdrošinātāja datu bāzēs ievērojot Fizisku personu datu apstrādes likumu. Ar Apdrošināšanas līguma noslēgšanu Apdrošinātais ir pilnvarots iepazīties ar Apdrošinātā medicīnisko dokumentāciju (sniegtajiem pakalpojumiem, ārstēšanas ilgumu, diagnozi, izrakstītajiem medikamentiem u.c. veida dokumentāciju), kā arī ar dokumentāciju par sniegtajiem pakalpojumiem veselības stāvokļa uzlabošanai un profilaksei;

7.8.2. Apdrošinātais nodrošina saņemtās informācijas, tai skaitā personas datu, konfidencialitāti un veic to apstrādi, ievērojot Fizisku personu datu apstrādes likumu;

7.8.3. Apdrošinātajam ir tiesības par Apdrošināto un Apdrošinājuma ņēmēju saņemto informāciju apstrādāt, izmantot savā apdrošināšanas darbībā, glabāt savā datu bāzē un nodot to saviem darbiniekiem, ekspertiem, līdzapdrošinātājiem, pārāpdrošinātājiem un citiem ERGO grupas uzņēmumiem;

7.8.4. Apdrošinātais Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā, gadījumos un apjomā sniedz par Apdrošināto un Apdrošinājuma ņēmēju saņemto informāciju valsts un pašvaldību iestādēm un citām personām.

7.9. Strīdu izskatīšanas kārtība

7.9.1. Apdrošināšanas līgumu veidojošos dokumentus vērtē kā vienotu veselumu. Apdrošināšanas polisē norādītie sevišķie noteikumi ir prioritāri attiecībā pret vispārējiem Apdrošināšanas līguma noteikumiem;

7.9.2. No Apdrošināšanas līguma izrietošo saistību regulēšanai piemēro šos noteikumus, Latvijas Republikas likumu "Par apdrošināšanas līgumu" un citus Latvijas Republikas normatīvos aktus. Jautājumus, kuri nav atrunāti šajos noteikumos un Apdrošināšanas līgumā risina saskaņā ar saistošiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem;

7.9.3. Apdrošināšanas līgumā lietotie termini un jēdzieni, kas nav definēti šajos noteikumos tulkojami saskaņā ar attiecīgo apdrošināšanas veidu noteikumiem un Latvijas Republikas likumā „Par apdrošināšanas līgumu”, Civillikumā un citos spēkā esošajos normatīvajos aktos, kas regulē attiecīgo nozari, noteikto;

7.9.4. Visi ar Apdrošināšanas līgumu saistītie strīdi tiek risināti, sarunu ceļā vienojoties Apdrošinātajam, Apdrošinājuma ņēmējam un Apdrošinātājam. Apdrošinātajam ir tiesības vērsties ar sūdzību Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombudā, ja šāda strīda izskatīšanu paredz tā reglaments. Ja vienošanās netiek panākta vai līdžjus neapmierina ombuda lēmums, strīdu nodod Latvijas Republikas

tiesas izšķiršanai Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā;

7.9.5. Visi paziņojumi, iesniegumi, prasības un pieteikumi saistībā ar Apdrošināšanas līgumu un no tā izrietošām saistībām jāiesniedz rakstveidā un jāadresē Apdrošinātajam uz Apdrošināšanas polisē norādīto saziņas adresi. Iesniegumi un paskaidrojumi, kas nav iesniegti rakstiski, Apdrošinātajam nav saistoši;

7.9.6. Apdrošinājuma ņēmēja un/vai Apdrošinātā iesniegumus, kas iesniegti rakstiski, Apdrošinātājs izskata un sniedz atbildi 30 (trīsdesmit) dienu laikā no to saņemšanas dienas.

Šie apdrošināšanas noteikumi ir apstiprināti ar ERGO Insurance SE Latvijas filiāles un ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāles 2013.gada 6.decembra rīkojumu Nr. 49 B/D - VR, un ir neatņemama Apdrošināšanas līguma sastāvdaļa.