

Noteikumi ceļojumu apdrošināšanai

Nr. CA/SCH 01- 2013

Saturs

I nodaļa. Termins

1. pants. Terminu skaidrojumi.

II nodaļa Medicīnisko izdevumu apdrošināšana

2. pants. Apdrošināšanas aizsardzības apjoms.
3. pants. Apdrošinātie riski.
4. pants. Apdrošināšanas objekts.
5. pants. Teritorija.
6. pants. Neapdrošināmās personas .

III nodaļa. Apdrošinājumaņēmēja, Apdrošinātā pienākumi

7. pants. Pienākumi līguma darbības laikā.
8. pants. Pienākumi pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās.

IV nodaļa. Apdrošināšanas atlīdzība

9. pants. Atlīdzība – Medicīniskie izdevumi.
10. pants. Atlīdzība – Zobārstniecības izdevumi.
11. pants. Atlīdzība – Medicīniskais transports.
12. pants. Atlīdzība – Repatriācija saslimšanas gadījumā.
13. pants. Atlīdzība – Repatriācija nāves gadījumā.
14. pants. Atlīdzība – Apdrošinātā radnieku izdevumi.

V nodaļa. Izņēmumi

15. pants. Izņēmumi.

VI nodaļa. Vispārīgie noteikumi

16. pants. Apdrošināšanas saistības.
17. pants. Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās un prēmijas iemaksas kārtība.
18. pants. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība.
19. pants. Atlīdzības saņemšanai iesniedzamie dokumenti.
20. pants. Līguma darbības termiņš. Līguma izbeigšana un apdrošināšanas prēmijas atlikuma izmaksāšana.

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

I nodaļa. Terminu skaidrojumi

1. pants. Noteikumos lietotie termini.

Apdrošinātājs – ERGO Insurance SE, 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.

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

Apdrošinātā persona – apdrošināšanas līgumā norādītā fiziskā persona.

Apdrošinājuma summa – apdrošināšanas līgumā norādītā naudas summa, kuras ietvaros, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību.

Apdrošināšanas prēmija – apdrošināšanas līgumā noteiktais maksājums par apdrošināšanu.

Apdrošināšanas polise – dokuments, kas apliecina apdrošināšanas līguma noslēgšanu un ietver būtiskas līguma sastāvdaļas.

Apdrošināšanas līgums – Apdrošinātāja un Apdrošinājumaņēmēja vienošanās par apdrošināšanas nosacījumiem. Apdrošināšanas līgums sastāv no apdrošināšanas apliecinājuma jeb apdrošināšanas polises, apdrošināšanas noteikumiem, kā arī visiem grozījumiem un papildinājumiem, par kuriem Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs ir vienojušies rakstveidā.

Apdrošināšanas gadījums – ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts pēkšņs un iepriekš neparedzams no Apdrošinātās personas gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē un, kuram iestājoties, paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši apdrošināšanas līguma noteikumiem.

Apdrošinātais risks – apdrošināšanas līgumā paredzētais no Apdrošinātās personas gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē. Šī apdrošināšana ir spēkā attiecībā tikai uz tiem riskiem, kuri norādīti iegādātajā Apdrošināšanas polisē.

Apdrošināšanas atlīdzība – par apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā naudas summa vai sniedzamie pakalpojumi saskaņā ar apdrošināšanas līgumu.

Pašrisks – apdrošināšanas līgumā noteiktajā apdrošināšanas gadījumā Apdrošinātā persona sedz apdrošināšanas līgumā norādīto pašrisku. Apdrošinātājs ir tiesīgs ieturēt pašrisku no izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības vai iesniegt Apdrošinātajai personai pašrisks rēķinu.

Mītnes zeme – valsts, kuras pilsonis (pavalstnieks) ir Apdrošinātā persona, Apdrošinātās personas iepriekšējā pastāvīgās dzīvesvietas valsts, un/vai valsts, kas izsniegusi Apdrošinātajai personai uzturēšanās atļauju.

Nelaiemes gadījums – gadījums, kurā Apdrošinātajam pret viņa gribu tiek nodarīts kaitējums vai iestājas nāve, ārējam spēkam negaidīti iedarbojoties uz Apdrošinātās personas ķermeni.

Repatriācija – Apdrošinātās personas vai tās mirstīgo atlieku transportēšana uz mītnes zemi.

Šengenas zonas valstis – Latvija, Austrija, Beļģija, Čehija, Dānija, Francija, Grieķija, Igaunija, Islande, Itālija, Lietuva, Luksemburga, Malta, Nīderlande, Norvēģija, Polija, Portugāle, Slovākija, Slovēnija, Somija, Spānija, Ungārija, Vācija, Zviedrija, Šveice.

Distances līgums – Apdrošināšanas līgums, kas noslēgts, izmantojot distances saziņas līdzekļu starpniecību (internetu, elektronisko pastu, tālruni vai citus informācijas apmaiņas līdzekļus).

Ārstniecības iestāde – ārstu prakse, valsts un pašvaldību iestāde, komercsabiedrība, kas reģistrēta ārstniecības iestāžu reģistrā, kas atbilst attiecīgās Šengenas zonas valstu normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām un nodrošina ārstniecības pakalpojumus.

Ambulatorā ārstēšana – ārstēšana, kas nav saistīta ar uzturēšanos slimnīcā vai citā medicīnas centrā, kas bez pārtraukuma ilgst vismaz 24 stundas.

Neatliekamā medicīniskā palīdzība – medicīnas pakalpojumi, kurus nepieciešams steidzami sniegt Apdrošinātajai personai viņa veselības stāvokļa akūtas pasliktināšanas dēļ sakarā ar pēkšņu saslimšanu vai nelaimes gadījumu, lai novērstu Apdrošinātās personas veselības stāvokļa tālāku pasliktināšanos un/vai draudus Apdrošinātās personas dzīvībai.

Neatliekama operācija — operācija, kas jāveic ne vēlāk kā 24 stundas pēc hospitalizācijas, kas saistīta ar pēkšņu slimību vai nelaimes negadījumu.

Pēkšņa, akūta slimība – Apdrošinātās personas veselības stāvokļa iepriekš neparedzama, negaidīta pasliktināšanās, kas nav turpinājums vai sekas tam veselības stāvoklim, kādā Apdrošinātā persona uzsākusi ceļojumu ārpus mītnes zemes un/vai bijis pirms ceļojuma.

Hroniska slimība – pēkšņai saslimšanai pretējs veselības stāvoklis – iekšīgi un ilgākā laika periodā veidojošos fizioloģisko procesu un organisma funkciju darbības pakāpeniska pasliktināšanās, ko raksturo biežākas vai retākas veselības stāvokļa krasas izmaiņas (slimības uzliesmojumi), neatkarīgi no tā, vai šāds veselības stāvoklis ir, vai nav bijis diagnosticēts

pirms Apdrošinātās personas ceļojuma uzsākšanas. Šo noteikumu kontekstā sirds išēmiskā slimība, asinsvadu aneirisma, ateroskleroze, spondiloze, osteohondroze, radikulīts, nieru mazspēja, cukura diabēts, aknu ciroze, izkaisītā skleroze, astma, tuberkuloze, audzēji, tromboze u.c. tiek pieskaitītas pie hroniskām slimībām.

Dabas katastrofa – ar dabas spēku iedarbības sekām saistīts notikums, kas rada būtiskas izmaiņas vidē plašās teritorijās un ko izraisa dabas spēki, tādi kā seismiski grūdieni, vulkāna izvirdumi, ugunsgrēki, sausums, plūdi, viesuļvētras, ledus parādības upēs, jūrās, ezeros un ūdens baseinos, ilgstoša ekstrēmas temperatūras pastāvēšana, grunts slīdēšana, kaitēkļu masveida klātbūtne, augu un dzīvnieku slimības.

Apdrošināšanas līguma darbības teritorija – Apdrošināšanas līgums ir spēkā, sākot ar brīdi, kad Apdrošinātā persona pēc Apdrošināšanas polises iegādes šķērso savas valsts - kuras pilsonis (pavalstnieks) ir Apdrošinātā persona - zemes robežu, lai dotos tūrisma, atpūtas braucienā, strādāt, darba komandējumā vai lai iegūtu tiesības uzturēties citā valstī. Apdrošināšanas līgums ir spēkā 24 stundas diennaktī tikai tajās valstīs, kuras norādītas Apdrošināšanas līgumā (izņemot valsti(-s), kuras(-u) pilsonis (pavalstnieks) ir Apdrošinātā persona).

Palīdzības dienests – tālrunis +371 67081887, Euro-Center, Prāgā
tālrunis +420 22180607

Radnieks – Apdrošinātā laulātais, vecāki, bērni.

Terorisma akti – nelikumīgas individu vai grupu darbības, izmantojot vardarbību, rīkojoties ideoloģisku, ekonomisku vai sociālu mērķu sasniegšanai, kas vērstas pret cilvēkiem vai celtnēm, lai izraisītu paniku, iebaidītu iedzīvotājus, dezorganizētu sabiedrisko dzīvi vai dezorganizētu sabiedrisko transportu, pakalpojumus vai ražošanu.

EVAK (Eiropas veselības apdrošināšanas karte) - 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.

Uzturēšanās atļauja – dokuments, kas ārvalstniekam vai bezvalstniekam dod tiesības uzturēties Latvijas Republikā noteiktu laiku, kurā spēkā ir Apdrošināšanas līgums.

Viesstrādnieks – persona, kas ir saņēmusi attiecīgās Šengenas zonas valsts kompetentas institūcijas atļauju dzīvot šīs valsts teritorijā un strādāt algotu darbu.

II nodaļa. Medicīnisko izdevumu apdrošināšana

2. pants. Apdrošināšanas aizsardzības apjoms.

Apdrošinātājs atlīdzina neatliekamās palīdzības sniegšanas izdevumus, kas radušies Apdrošinātai personai saistībā ar pēkšņu, akūtu saslimšanu vai nelaimes gadījuma ārstēšanu Apdrošināšanas līguma darbības teritorijā, kas norādīta Apdrošināšanas līgumā.

3. pants. Apdrošinātie riski.

- 3.1. Ja apdrošināšanas polisē nav noteikts citādi, Apdrošinātais polises darbības laikā ir apdrošināts pret šādiem riskiem:
 - 3.1.1. medicīniskie izdevumi;
 - 3.1.2. zobārstniecības izdevumi;
 - 3.1.3. medicīniskais transports;
 - 3.1.4. repatriācija saslimšanas gadījumā;
 - 3.1.5. repatriācija nāves gadījumā;
 - 3.1.6. Apdrošinātā radnieku izdevumi.

4. pants. Apdrošināšanas objekts.

Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā veselība un dzīvība, iestājoties kādam no polisē nosauktiem riskiem.

5. pants. Teritorija.

Apdrošināšanas līgumā norādītās Šengenas zonas valstis - ģeogrāfiskā teritorija, kurā ir spēkā apdrošināšanas līgums un kurā Apdrošinātais ieradies tūrisma, atpūtas braucienā, strādāt, darba komandējumā vai iegūst tiesības uzturēties noteiktu laika periodu, izņemot valstis, kuras pilsonis (pavalstnieks) ir Apdrošinātā persona. Savukārt prasības izskatīšanas vieta, neatkarīgi no apdrošināšanas aizsardzības teritorijas, tiek noteikta Latvijas Republika un tiek piemēroti Latvijas Republikas tiesību akti.

6. pants. Neapdrošināmās personas.

- 6.1. Puses vienojas, ka ar šo apdrošināšanas līgumu nav apdrošināmas:
 - 6.1.1. psihiski slimas personas, kā arī personas, kurām nepieciešama patstāvīga kopšana. Par personām, kurām nepieciešama patstāvīga kopšana, ir uzskatāmas personas, kurām ikdienā ir nepieciešama citas personas fiziska palīdzība;
 - 6.1.2. personas, kas līguma noslēgšanās brīdī ir sasniegušas 80 gadu vecumu;
 - 6.1.3. personas, kas līguma darbības laikā atrodas vai nokļūst apcietinājumā.
- 6.2. Apdrošināšanas aizsardzība izbeidzas brīdī, kad Apdrošinātā persona saskaņā ar noteikumu 6.1. punkta nosacījumiem kļūst par personu, kura nav apdrošināma. Ar šo brīdi noslēgtais Apdrošināšanas līgums ir uzskatāms par spēkā neesošu.
- 6.3. Iemaksātā apdrošināšanas prēmija par personu, kura ir/vai kļūst neapdrošināma, tiek atmaksāta pēc apdrošinājuma ņēmēja rakstiska pieprasījuma, atbilstoši likumā "Par apdrošināšanas līgumu" ietvertam regulējumam. Apdrošinātājs šādos

gadījumos ir tiesīgs ieturēt līdz 25% no apdrošināšanas prēmijas.

III nodaļa. Apdrošinājuma ņēmēja, Apdrošinātā pienākumi

7. pants. Apdrošinājuma ņēmēja pienākumi.

Apdrošinājuma ņēmēja pienākums ir:

- 7.1. savlaicīgi samaksāt apdrošināšanas prēmiju un ievērot šos noteikumus;
- 7.2. nodrošināt Apdrošinātājam visu līgumsaistību izpildei nepieciešamo informāciju;
- 7.3. informēt Apdrošināto personu par to, ka tā tiek apdrošināta, un iepazīstināt to ar apdrošināšanas līguma noteikumiem. Gadījumā, ja Apdrošinājuma ņēmējs nav informējis Apdrošināto personu, ka tā tiek apdrošināta, un nav iepazīstinājis to ar apdrošināšanas līguma noteikumiem, Apdrošinātājs nav atbildīgs par sekām, ko izraisa šāda neinformēšana.

8. pants. Pienākumi pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās.

Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinātās personas pienākums:

- 8.1. par katru iespējamo apdrošināšanas gadījumu nekavējoties, tiklīdz kā iespējams, bet ne vēlāk kā 15 (piecpadsmit) dienu laikā, rakstiski paziņot Apdrošinātājam;
- 8.2. veikt visus iespējamus pasākumus, kas nepieciešami apdrošināšanas gadījuma apstākļu noskaidrošanai un zaudējuma samazināšanai. Veicot iepriekš minētos pasākumus, jāizpilda visi iespējamie Apdrošinātāja vai tā pilnvaroto pārstāvju norādījumi;
- 8.3. palīdzēt Apdrošinātājam noskaidrot apdrošināšanas gadījuma iestāšanās apstākļus, iesniegt dokumentus, kas apstiprina apdrošināšanas gadījuma iestāšanās apstākļus un zaudējumu apjomu. It īpaši tas attiecināms uz visa veida izziņām, kā arī rēķinu un maksājumu dokumentu oriģināliem;
- 8.4. ārstēties Eiropas Savienības valstu ārstniecības iestādēs, uzrādīt Eiropas veselības apdrošināšanas karti (EVAK);
- 8.5. informēt Apdrošinātāju par ceļojumu apdrošināšanas līgumiem, kas noslēgti citās apdrošināšanas sabiedrībās.

IV nodaļa. Apdrošināšanas atlīdzība

9. pants. Atlīdzība – Medicīniskie izdevumi.

- 9.1. Apdrošinātājs atlīdzina neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas izdevumus Apdrošinātajai personai valstī, kurā ir spēkā apdrošināšanas segums, saistībā ar pēkšņu saslimšanu vai nelaimes gadījumu. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā ar medicīniskās palīdzības sniegšanas uzsākšanas brīdi un beidzas, kad pēc medicīnisko izmeklējumu rezultātiem šāda palīdzība vairs nav nepieciešama, vai arī Apdrošinātā

- persona pēc ārstējošā ārsta slēdziena var turpināt ārstēšanos savā pastāvīgās mītnes zemē.
- 9.2. Tiek atlīdzināti:
- 9.2.1. ambulatori un stacionāri sniegti medicīniskie pakalpojumi, ieskaitot akūtas operācijas, nepārsniedzot attiecīgās valsts vidējo izcenojumu apmēru;
- 9.2.2. rentgena, rādija un izotopā diagnostika un terapija;
- 9.2.3. ārsta izrakstītie medikamenti un pārsienamie līdzekļi, izņemot medikamentus, kuri Apdrošinātajai personai bija jālieto regulāri slimību ārstēšanai, kas ilgst vismaz 21 dienu un/vai tika tika diagnosticētas pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas;
- 9.2.4. ārsta nozīmētās procedūras, ārstējoties stacionārā (piemēram, inhalācijas, fizikālās un elektroprocedūras);
- 9.2.5. uzturēšanās, ēdināšana un aprūpe stacionārā;
- 9.2.6. par ārstēšanos un tās ilgumu valstī, kurā ir spēkā apdrošināšanas segums, par operācijām un to nepieciešamību, par apdrošinātās personas transportēšanu un repatriāciju vienojas Apdrošinātājs vai tā pilnvarotā trešā persona ar attiecīgās ārstniecības iestādes speciālistu.
- 9.3. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa var tikt atteikta, ja Apdrošinātā persona vai tās radnieki (tuvinieki) vienpusēji izlemj veikt izmeklēšanu, diagnosticēšanu, ārstēšanu paaugstināta servisa ārstniecības iestādē, kā arī mainīt ārstniecības iestādi.

10. pants. Atlīdzība – Zobārstniecības izdevumi.

Apdrošinātājs atlīdzina zobārstniecības izdevumus akūtos saslimšanas vai traumas gadījumos valstī, kurā ir spēkā apdrošināšanas segums par:

- 10.1. ārsta konsultāciju;
- 10.2. rentgenogrammu diagnozes precizēšanai;
- 10.3. zobu kanālu atvēršanu un tīrīšanu;
- 10.4. pagaidu plombas ielikšanu;
- 10.5. zoba ekstrakciju akūtu sāpju un zobu traumu gadījumā.

11. pants. Atlīdzība – Medicīniskais transports.

Apdrošinātājs atlīdzina neatliekamās medicīniskās palīdzības transporta izdevumus Apdrošinātajai personai valstī, kurā ir spēkā apdrošināšanas segums, saistībā ar akūtu saslimšanu vai nelaimes gadījuma seku novēršanu, kas nepieciešami Apdrošinātās personas transportēšanai līdz tuvākajam ārstam vai ārstniecības iestādei, kur tiek saņemta medicīniskā palīdzība.

12. pants. Atlīdzība – Repatriācija saslimšanas gadījumā.

- 12.1. Apdrošinātājs atlīdzina izdevumus, kas saistīti ar Apdrošinātās personas repatriāciju, kas seko medicīniskās palīdzības saņemšanai, atbilstoši riskam „Medicīniskie izdevumi”, ja saistībā ar to ir radušies papildu izdevumi.

- 12.2. Par repatriācijas nepieciešamību vienojas Apdrošinātājs vai tā pilnvarotā trešā persona ar attiecīgās ārstniecības iestādes speciālistu, un izmaksas tiek kompensētas, ja repatriācija ir medicīniski pamatota un to rakstiski rekomendējis ārstējošais ārsts.
- 12.3. Ja pirms repatriācijas uzsākšanas Apdrošinātā persona vai tās pārstāvis nav saskaņojis ar Apdrošinātāju repatriācijas kārtību un izmaksas, Apdrošinātājs atlīdzina izdevumus robežās, par kādu repatriāciju varēja nodrošināt Apdrošinātājs.

13. pants. Atlīdzība – Repatriācija nāves gadījumā.

Apdrošinātās personas nāves gadījumā Apdrošinātājs atlīdzina repatriācijas izdevumus. Ja pirms repatriācijas uzsākšanas Apdrošinātās personas pārstāvis nav saskaņojis ar Apdrošinātāju tās kārtību un izmaksas, Apdrošinātājs atlīdzina izdevumus robežās, par kādiem repatriāciju varēja nodrošināt Apdrošinātājs.

14. pants. Atlīdzība – Apdrošinātā radnieku izdevumi.

- 14.1. Ja apdrošināšanas līguma darbības teritorijā un laikā Apdrošinātās personas veselības stāvoklis saslimšanas vai nelaimes gadījuma rezultātā atbilstoši ārsta slēdzienam ir smags, un tas neļauj Apdrošināto personu repatriēt, un nepieciešams atrasties stacionārā ilgāk kā 14 dienas, Apdrošinātājs atlīdzina vienam Apdrošinātās personas radniekam nepieciešamos transporta izdevumus, lai varētu ierasties pie stacionārā ievietotās Apdrošinātās personas.
- 14.2. Apdrošinātājs apmaksā tikai biļetes cenu abos virzienos ekonomiskajā klasē.

V nodaļa. Izņēmumi

15. pants. Izņēmumi.

Ar šī apdrošināšanas līguma noslēgšanu puses ir vienojušās, ka sekojoši zaudējumu rašanās gadījumi netiek atzīti par apdrošināšanas gadījumiem, ja riska iestāšanos un/vai zaudējumu rašanos, vai Apdrošinātās personas, Apdrošinājuma ņēmēju pirms vai pēc riska iestāšanās raksturo sekojoši faktiskie apstākļi:

- 15.1. negadījums noticis pirms vai pēc noslēgtā līguma darbības laika vai noticis līguma darbības laikā ārpus apdrošināšanas teritorijas;
- 15.2. apdrošināšanas gadījums ir noticis pirms apdrošināšanas prēmijas samaksas;
- 15.3. zaudējums radies kara, karam pielīdzinātās vai teroristiskas darbības, civilu nemieru, mītiņu, streiku, lokautu, vai citu iekšēju nemieru rezultātā;
- 15.4. zaudējums radies teroristiskas darbības vai tās novēršanas pasākumu rezultātā. Ar jēdzienu 'teroristiska darbība' šajā izņēmumā 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 vai kādas organizācijas, vai valdības uzdevumā, vai ar tām sadarbojoties, ar nolūku ietekmēt valdību un/vai iebiedēt sabiedrību vai sabiedrības daļu.
- 15.5. zaudējums radies globālas dabas katastrofas, dabas stihijas, epidēmijas vai pandēmijas rezultātā;
- 15.6. zaudējums radies pašnāvības vai tās mēģinājuma rezultātā;
- 15.7. zaudējums radies, piedaloties medikamentu klīniskajā izpētē;
- 15.8. zaudējums radies izstarojuma (radioaktīvā, elektromagnētiskā, gaismas, karstuma) iedarbības rezultātā;
- 15.9. zaudējumu izraisa radioaktīvā saindēšanās, saindēšanās ar bioloģiskām un/vai ķīmiskām vielām, kas nav paredzētas izmantošanai miera laika vajadzībām vai mērķiem;
- 15.10. zaudējums radies Apdrošinātās personas tīšas darbības vai ļauna nolūka rezultātā;
- 15.11. Apdrošinājuma ņēmējs vai Apdrošinātā persona nav izpildījusi III nodaļā 7.1., 7.2. un 8.1., 8.2., 8.3., 8.4. pantos norādītos pienākumus vai citus pienākumus, kas norādīti pie konkrētā apdrošinātā riska.
- 15.12. Apdrošinātā persona ir lietojusi alkoholu, narkotikas vai citas apreibinošas vielas;
- 15.13. zaudējums radies, atrodoties aktīvajā karadienestā vai mācībās jebkurā no armijas daļām vai citā militārā formējumā;
- 15.14. zaudējums radies, piedaloties, cenšoties veikt vai veicot krimināli sodāmas darbības, esot likumīgi aizturētam vai atrodoties apcietinājumā;
- 15.15. zaudējums radies kā pilotam vai pasažierim, izmantojot bezmotora lidmašīnu, planieri, deltaplānu, lecot ar izpletņi;
- 15.16. zaudējums radies, kuļojot citādi kā pasažierim ar ūdens transporta līdzekli, kurš reģistrēts kā pasažieru pārvadāšanas līdzeklis pa noteiktu maršrutu;
- 15.17. nodarbojoties ar sportu, piedaloties sporta sacensībās vai gatavojoties tām;
- 15.18. piedaloties vai gatavojoties jebkura veida sacensībām, kurās izmanto motorizētu, zemes, gaisa vai ūdens transporta līdzekli;
- 15.19. zaudējums radies, veicot algotu darbu, izņemot gadījumu, ja puses par to ir īpaši vienojušās un tas norādīts apdrošināšanas līgumā;
- 15.20. ja Apdrošinājuma ņēmējs vai Apdrošinātā persona ir sniegusi nepatiesu informāciju par apdrošinātā riska
- 15.21. iestāšanās apstākļiem vai zaudējumu apjomu; iestājoties jebkuram apdrošinātajam riskam, zaudējums radies pastāvīgi lietojamiem medicīniskajiem palīg līdzekļiem, piemēram, brillēm, lēcām, protēzēm, dzirdes aparātiem, invalīda ratiņiem, kruķiem.
- 15.22. Apdrošinātājs neatlīdzina Apdrošinātai personai radušos medicīnisko izdevumu zaudējumus par:
- 15.22.1. ārstēšanas izmaksām, ja Apdrošinātai personai veselības stāvokļa dēļ ir bijušas kontrindikācijas ceļošanai;
- 15.22.2. medicīniskajiem pakalpojumiem slimību ārstēšanai, kuru cēlonis ir Apdrošinātās personas hroniskas un/ vai iedzimtas slimības vai to saasināšanās;
- 15.22.3. medicīniskajiem pakalpojumiem slimību ārstēšanai, ar kurām Apdrošinātā persona slimoja jau pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas;
- 15.22.4. ārstēšanos kūrortos un sanatorijās, par ambulatoru balneoloģisko ārstēšanos vai kūrortterapiju;
- 15.22.5. ārstēšanos no alkoholisma, narkomānijas, toksikomānijas, smēķēšanas, seksuāli transmisīvajām slimībām u.tml.;
- 15.22.6. slimībām vai veselības stāvokļiem, kurus izsaucis pozitīvs HIV tests vai imūndeficīta vīruss (AIDS);
- 15.22.7. ārstēšanos, kurai nepieciešama uzturēšanās slimnīcā ilgāk kā 21 diena;
- 15.22.8. sirds un asinsvadu operācijām, par audu un orgānu transplantāciju;
- 15.22.9. Laima slimības ārstēšanu;
- 15.22.10. ērcu encefalīta ārstēšanu, izņemot gadījumu, ja saņemts pilns vakcinācijas kurss;
- 15.22.11. infekcijas slimību ārstēšanu, pret kurām, uzturoties noteiktajā teritorijā, atbildīgo institūciju ceļotāju un tropu slimību speciālisti iesaka vakcinēties (piemēram, dzeltenais drudzis, malārija), izņemot gadījumus, kad ir saņemts pilns vakcinācijas kurss;
- 15.22.12. izmeklēšanu, ārstēšanu vai medikamentiem, kas zinātniski nav vispārārstēti (tajā skaitā arī homeopātija);
- 15.22.13. ārstēšanu, kas nav nepieciešama tiešai slimības novēršanai, piemēram, skaistumkopšanas procedūras, plastiskā ķirurģija, medicīniskie slēdzieni un izziņas, dezinfekcija un potēšana, barojoši un vispārspēcinoši līdzekļi, diētas līdzekļi (piemēram, lai samazinātu ķermeņa svaru);
- 15.22.14. šādām diagnozēm: infarkts, stenokardija, insults, tromboze; hemoroīdu slimību ārstēšanu;
- 15.22.15. medicīniskajiem palīg līdzekļiem (piemēram, kruķi, brilles u.tml.);
- 15.22.16. izmeklēšanu un ārstēšanu saistībā ar grūtniecību, grūtniecības pārtraukšanu, abortu, priekšlaicīgām dzemdībām, dzemdībām un pēcdzemdību komplikācijām;
- 15.22.17. psihoanalītisku un psihoterapeitisku ārstēšanu;
- 15.22.18. ārstēšanu, ko veikuši apdrošinātās personas laulātie, vecāki vai bērni;
- 15.22.19. pašārstēšanās gadījumā, ārstējot pašam sevi ar zālēm, medikamentiem vai narkotiskajām vielām, ja to lietošana nav paredzēta no medicīniskā viedokļa vai ārsts tos nav izrakstījis;
- 15.22.20. medikamentiem, kas saistībā ar esošu slimību bija regulāri jālieto jau pirms apdrošināšanas aizsardzības spēkā stāšanās;
- 15.22.21. ārsta nozīmētām procedūrām, kas saistītas ar rehabilitāciju (piemēram, fizikālā terapija, ārstnieciskā vingrošana);
- 15.22.22. ja ārstēšanās izmaksas pārsniedz attiecīgās valsts

vidējos izcenojumu tarifus, Apdrošinātājs apmaksā ārstēšanās izmaksas tikai līdz attiecīgās valsts vidējo izcenojumu apjomam;

- 15.22.23. ja pēc Apdrošinātāja norādījuma apdrošinātā persona neiesniedz ārstniecības iestādei EVAK karti vai neveic darbības, kas nepieciešamas EVAK saņemšanai.
- 15.23. Apdrošinātājs neatlīdzina Apdrošinātājai personai radušos zobārstniecības izdevumu zaudējumus par ārstēšanu, kas nav nepieciešama tiešai slimības novēršanai, īpaši zobu konservatīvu ārstēšanu, protezēšanu, zobu higiēnu.
- 15.24. Apdrošinātājs neatlīdzina Apdrošinātājai personai vai Apdrošinājumaņēmējam radušos zaudējumus par Apdrošinātās personas repatriāciju, ja tā nav medicīniski pamatota un to nav rakstiski rekomendējis ārstējošais ārsts.
- 15.25. Atlīdzība par ceļojuma izdevumiem ģimenes loceklim netiek izmaksāta, ja Apdrošinātā persona stacionārā uzturējies mazāk kā 14 dienas.

VI nodaļa. Vispārīgie noteikumi

Vispārīgie noteikumi attiecas uz visiem apdrošinātajiem riskiem, izņemot gadījumus, ja sadaļā "Speciālie izņēmumi" paredzēti citi noteikumi.

16. pants. Apdrošināšanas saistības.

- 16.1. Noslēdzot šo apdrošināšanas līgumu, tiek apliecināts, ka Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs, paužot savu gribu, panākuši vienošanos, saskaņā ar kuru Apdrošinājumaņēmējs uzņemies saistības maksāt apdrošināšanas prēmiju līgumā noteiktā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt citas, šeit zemāk atrunātās saistības, savukārt Apdrošinātājs uzņemies saistības, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību līgumā norādītajai personai vai apmaksāt pakalpojumus, kas sniegti atbilstoši apdrošināšanas līgumam.
- 16.2. Saistības, kas atbilstoši šiem noteikumiem attiecināmas uz Apdrošinājumaņēmēju, attiecināmas arī uz Apdrošināto personu, kā arī pārējām personām, kuras var prasīt apdrošināšanas atlīdzību, pamatojoties uz noslēgto apdrošināšanas līgumu.
- 16.3. Ja Apdrošinātājs atbilstoši šiem noteikumiem ir atbrīvots no saistības izmaksāt Apdrošinātājai personai apdrošināšanas atlīdzību, tad šādas Apdrošinātāja tiesības attiecināmas arī uz pārējām personām, kuras var izvirzīt prasības, pamatojoties uz noslēgto apdrošināšanas līgumu.
- 16.4. Ar šī līguma noslēgšanu puses ir vienojušās, ka no šī līguma izrietošo līgumisko attiecību regulēšanai tās piemēros LR likuma "Par apdrošināšanas līgumu" tiesību normas, kā arī citus Latvijas Republikas tiesību aktus, kuri ir bijuši spēkā apdrošināšanas līguma noslēgšanas brīdī.
- 16.5. Ar šī līguma noslēgšanu puses ir vienojušās, ka Apdrošinātās personas vai Apdrošinājumaņēmēja

jebkuri prasījumi, kas var izrietēt no noslēgtā apdrošināšanas līguma, nevar būt cesijas priekšmets un tikt nodoti trešajām personām.

- 16.6. Visi strīdi apdrošināšanas saistību sakarā tiek risināti sarunu ceļā. Apdrošinājumaņēmējs pretenziju, ieteikumu vai neskaidrību gadījumos var vērsties Apdrošinātāja centrālajā birojā Skanstes ielā 50, Rīgā, LV-1013.
- 16.7. Apdrošinājumaņēmējam 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, strīdus izskata tiesā Latvijas Republikas spēkā esošajos tiesību aktos noteiktajā kārtībā.
- 16.8. Latvijas Republikas apdrošināšanas sabiedrību uzraudzību veic Finanšu un kapitāla tirgus komisija, kas atrodas Rīgā, Kungu ielā 4.
- 16.9. Apdrošinātājs sazinās ar Apdrošinājumaņēmēju latviešu valodā. Apdrošinājumaņēmējam nosūtāmo korespondenci Apdrošinātājs nodrošina latviešu valodā.
- 16.10. Noslēdzot šo apdrošināšanas līgumu, puses vienojas, ka apdrošināšanas apliecinājums tiek izsniegts svešvalodā. Apdrošinātājs pēc Apdrošinājumaņēmēja rakstiska pieprasījuma 5 darba dienu laikā sagatavo un iesniedz apdrošināšanas apliecinājuma tulkojumu vai apdrošināšanas polisi latviešu valodā.
- 16.11. Visi šajos noteikumos minētie ziņojumi un paskaidrojumi iesniedzami rakstveidā Apdrošinātāja norādītajā formā, un tie jāadresē Apdrošinātājam uz apdrošināšanas līgumā norādīto adresi. Iesniegumi un paskaidrojumi, kas nav iesniegti rakstiski, Apdrošinātājam nav saistoši.
- 16.12. Ar šī līguma noslēgšanas brīdi Apdrošinājumaņēmējs savā, kā arī Apdrošināto personu vārdā pilnvaro Apdrošinātāju kā sistēmas pārzini un personu datu operatoru apstrādāt savus, kā arī Apdrošināto personu datus, tai skaitā sensitīvus personas datus ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem. Apdrošinātājam ir tiesības nepieciešamības gadījumā pieprasīt papildu informāciju.
- 16.13. Apdrošinājumaņēmējs piekrīt, ka ziņas par Apdrošināto personu veselības stāvokli, diagnozi un ārstēšanu tiek sniegtas Apdrošinātājam un/vai tā pilnvarotajam pārstāvim. Ārstu un citu apdrošinātāju pienākums ir sniegt visas nepieciešamās ziņas. Ar šī līguma noslēgšanas brīdi Apdrošinājumaņēmējs savā, kā arī Apdrošināto personu vārdā pilnvaro Apdrošinātāju vai tā pilnvaroto personu pieprasīt un iegūt zaudējuma regulēšanas procesā nepieciešamo informāciju no medicīnas iestādēm, pacientu fondiem un citām ārstniecības iestādēm.

17. pants. Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās un prēmijas iemaksas kārtība.

- 17.1. Apdrošināšanas aizsardzība stājas spēkā ar apdrošināšanas līgumā norādīto laiku un ir spēkā, ja ir pilnībā samaksāta apdrošināšanas prēmija; ar brīdi, kad Apdrošinātā persona pēc Apdrošināšanas polises iegādes šķērso valsts, kuras pilsonis (pavalstnieks) ir Apdrošinātā persona, zemes robežu, lai dotos tūrisma, atpūtas braucienā, strādāt, darba komandējumā, vai iegūtu tiesības uzturēties citā valstī ārpus valsts, kuras pilsonis (pavalstnieks) ir Apdrošinātā persona.
- 17.2. Distances līgums.
Ja apdrošināšanas līgums tiek slēgts, izmantojot distances saziņas līdzekli, Apdrošinājumaņēmējs nosūta elektronisku pieprasījumu uz Apdrošinātāja norādīto distances saziņas līdzekļa adresi.
- 17.2.1. Apdrošināšanas līgums tiek noslēgts, pamatojoties uz Apdrošinājumaņēmēja nosūtīto pieprasījumu un uzskatāms par noslēgtu ar brīdi, kad Apdrošinātājs ir paziņojis Apdrošinājumaņēmējam būtiskas līguma sastāvdaļas (piemēram, nosūtot informāciju elektroniskā veidā uz Apdrošinājumaņēmēja norādīto e-pasta adresi), bet ne ātrāk par apdrošināšanas prēmijas maksājuma saņemšanas brīdi.
- 17.2.2. Ja apdrošināšanas prēmijas samaksa nav veikta līdz norādītajam termiņam, apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā.
- 17.2.3. Apdrošinājumaņēmējs var izmantot atteikuma tiesības un 14 dienu laikā no apdrošināšanas līguma noslēgšanas dienas vienpusēji atkāpties no noslēgtā apdrošināšanas līguma. Apdrošinājumaņēmējs nevar izmantot atteikuma tiesības, ja apdrošināšanas līguma periods ir mazāks par vienu mēnesi.
- 17.2.4. Par pieņemto lēmumu Apdrošinājumaņēmējs nosūta Apdrošinātājam rakstisku iesniegumu. Apdrošinātājs viena mēneša laikā no dienas, kad saņemts Apdrošinājumaņēmēja paziņojums par atteikumu, atmaksā Apdrošinājumaņēmējam neizmantoto apdrošināšanas prēmijas daļu, kuras apmēru nosaka, atskaitot no iemaksātās apdrošināšanas prēmijas daļu par apdrošināšanas līguma darbības izbeigušos periodu un ar apdrošināšanas līguma noslēgšanu saistītos izdevumus, bet ne vairāk par 25% no apdrošināšanas prēmijas.
- 17.3. Apdrošināšanas prēmijas maksājums veicams vienā maksājumā par visu ceļojuma periodu.

18. pants. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība.

- 18.1. Apdrošinātājs atlīdzību izmaksā, nepārsniedzot apdrošinājuma summu konkrētajam apdrošinātajam riskam. Apdrošinātājs ir tiesīgs ieturēt pašrisku no izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības vai iesniegt Apdrošinātajai personai pašrisku rēķinu.
- 18.2. Apdrošinātājs atlīdzina zaudējumus, kas radušies Apdrošinātajai personai ar apdrošināto risku

cēloņsakarīgi saistīta notikuma rezultātā apdrošināšanas līguma darbības laikā. Apdrošināšanas atlīdzībai tiek izmantots kompensācijas princips.

- 18.3. Apdrošinātājs atlīdzina izdevumus apdrošināšanas gadījumu apstiprinošo dokumentu iesniedzējam:
- Apdrošinājumaņēmējam, Apdrošinātajai personai vai citai tās pilnvarotajai personai, ja tie paši veikuši pakalpojuma apmaksu;
 - tieši pakalpojumu sniedzējam vai citai personai, kura ir juridiski tiesīga saņemt apdrošināšanas atlīdzību, pamatojoties uz iesniegto maksājuma dokumentu.
- 18.4. Apdrošināšanas polisē noteiktā apdrošinājuma summa konkrētajam riskam ir noteicošā, nosakot atlīdzības maksimālo apmēru. Izmaksājamā apdrošināšanas atlīdzība nedrīkst pārsniegt apdrošināšanas līgumā norādīto apdrošinājuma summu. Apdrošinājuma summa vai izmaksājama apdrošināšanas atlīdzība tiek samazināta pašrisku apmērā, ja tādu paredz noslēgtā apdrošināšanas līguma noteikumi.
- 18.5. Apdrošinātā persona ir tiesīga izmantot apdrošināšanas līgumā norādītā Apdrošinātāja pilnvaroto pārstāvi, kuru Apdrošinātājs ir pilnvarojis organizēt un uzraudzīt nepieciešamos palīdzības pakalpojumus.
- 18.6. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta 10 dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas, kas nepieciešami zaudējuma iestāšanās fakta un zaudējumu apjoma noteikšanai.

19. pants. Atlīdzības saņemšanai iesniedzamie dokumenti.

Neatkarīgi no apdrošinātā riska, visos prasību gadījumos obligāti jāiesniedz sekojoša informācija un dokumenti:

- 19.1. rakstisks vai elektronisks, noteiktas formas iesniegums (internetā: www.ergo.lv) par notikušo apdrošināšanas gadījumu, kurā norādīts Apdrošinātās personas vārds, uzvārds, personas kods un faktiskās dzīvesvietas adrese, tālruna numurs, e-pasta adrese;
- 19.2. apdrošināšanas apliecinājums, polise, tās kopija vai jānorāda līguma numurs;
- 19.3. visi maksājumu dokumentu vai rēķinu oriģināli. Tajos jābūt ietvertām ziņām par pakalpojumu saņēmēju (vārds, uzvārds, dzimšanas datums) un pakalpojumu sniedzēju (nosaukums, reģistrācijas numurs, bankas rekvizīti), pakalpojumu apmēru un precīzu nosaukumu, pakalpojumu sniegšanas sākuma un beigu datumu, kā arī detalizētam izdevumu sarakstam;
- 19.4. jebkuru medicīnisko pakalpojumu saņemšanas gadījumā obligāti jābūt norādītai diagnozei;
- 19.5. citi Apdrošinātāja pieprasītie dokumenti, kas nepieciešami zaudējuma regulēšanas procesā.

20. pants. Līguma darbības termiņš. Līguma izbeigšana un apdrošināšanas prēmijas atlikuma izmaksāšana.

- 20.1. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā apdrošināšanas līgumā norādītajai personai ceļojuma periodā.
- 20.2. Apdrošināšanas aizsardzība beidzas, beidzoties apdrošināšanas līguma termiņam, bet ne vēlāk kā Apdrošinātai personai šķērsojot Latvijas robežu vai atgriežoties mītnes zemē, vai pēc Apdrošinātās personas nāves.
- 20.3. Ja apdrošināšanas līgums tiek izbeigts pirms darbības termiņa beigām un tā darbības laikā nav veiktas apdrošināšanas atlīdzības izmaksas, Apdrošinātājs atmaksā Apdrošinājuma ņēmējam neizmantoto apdrošināšanas prēmijas daļu, kuras apmēru nosaka, atskaitot no iemaksātās apdrošināšanas prēmijas daļu par apdrošināšanas līguma darbības izbeigušos periodu un ar apdrošināšanas līguma noslēgšanu saistītos apdrošinātāja izdevumus, bet ne vairāk par 25% no apdrošināšanas prēmijas.
- 20.4. Gadījumos, kad līguma darbības laikā ir bijušas apdrošināšanas atlīdzības prasības un Apdrošinātājs ir veicis apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai noteicis tās apmēru, apdrošināšanas prēmija par visu polisē paredzēto apdrošināšanas līguma darbības laiku pienākas Apdrošinātājam.
- 20.5. Apdrošināšanas līgumu var izbeigt, pusēm rakstiski par to vienojoties.
- 20.6. Jebkura līgumslēdzēja puse 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.
- 20.7. Apdrošināšanas līgums ir izbeigts pēc 15 (piecpadsmit) dienām no dienas, kad attiecīgā līgumslēdzēja puse nosūtījusi rakstveida paziņojumu par Apdrošināšanas līguma izbeigšanu vai kad abas līgumslēdzējas puses ir vienojušās par citādāku līguma pārtraukšanas kārtību, noslēdzot atbilstošu vienošanos.
- 20.8. Ja Apdrošinājuma ņēmējs ir apzināti sniedzis nepatiesu informāciju par apdrošināto risku, Apdrošinātājs ir tiesīgs atteikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu un izbeigt apdrošināšanas līguma darbību. Iemaksāto apdrošināšanas prēmiju Apdrošinātājs šajā gadījumā neatmaksā.