

Veselības apdrošināšanas noteikumi

Nr. VA 05-2018

1. Noteikumos lietotie termini

1. Noteikumos lietotie vispārējie termini

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

Apdrošinājumaņēmējs – juridiska persona, kas noslēdz veselības apdrošināšanas līgumu Apdrošinātā labā.

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

Darbinieks – Apdrošinājumaņēmēja darbinieks, ar kuru Apdrošinājumaņēmējs ir noslēdzis darba līgumu un par kuru veic Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktos nodokļu maksājumus.

Apdrošināšanas objekts – izdevumi par Apdrošinātā veselības aprūpi.

Apdrošināšanas gadījums – ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts notikums, kuram iestājoties apdrošināšanas līguma darbības laikā paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

Apdrošināšanas pieteikums – Apdrošinātāja noteiktā parauga dokuments, kuru Apdrošinājumaņēmējs iesniedz Apdrošinātājam, lai informētu to par faktiem, kas nepieciešami apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai un kas ir svarīgi, noslēdzot apdrošināšanas līgumu.

Apdrošināšanas līgums – apdrošināšanas līgums sastāv no: apdrošināšanas pieteikuma, apdrošināto personu saraksta, veselības apdrošināšanas piedāvājuma pieprasījuma, veselības apdrošināšanas piedāvājuma, apdrošināšanas polises, apdrošināšanas kartes (ja atbilstoši apdrošināšanas līguma noteikumiem ir paredzēta tās izsniegšana), šiem veselības apdrošināšanas noteikumiem, apdrošināšanas polises pielikumiem, apdrošināšanas programmas, citiem noteikumiem un/vai apdrošināšanas līguma grozījumiem, par kuriem Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs ir rakstiski

vienojušies un kuri ir neatņemamas apdrošināšanas līguma sastāvdaļas. Apdrošinātāja un Apdrošinājumaņēmēja vienošanās, saskaņā ar kuru Apdrošinājumaņēmējs uzņemas saistības maksāt apdrošināšanas prēmiju noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt citas līgumā noteiktās saistības un Apdrošinātājs uzņemas saistības, iestājoties apdrošināšanas gadījumam un ar to saistītiem Apdrošinātā izdevumiem, izmaksāt apdrošināšanas līgumā norādītajai personai apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši apdrošināšanas līguma noteikumiem.

Apdrošināšanas polise – dokuments, kas apliecina apdrošināšanas līguma noslēgšanu un visus apdrošināšanas līguma pielikumus, grozījumus un papildinājumus, par kuriem Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs ir vienojušies.

Apdrošināšanas prēmija – Apdrošinātāja aprēķinātais un apdrošināšanas polisē noteiktais Apdrošinājumaņēmēja maksājums par apdrošināšanu.

Apdrošinājuma summa – apdrošināšanas līgumā noteiktā maksimālā naudas summa, par kuru Apdrošinātājs var apmaksāt Apdrošinātā saņemtos veselības aprūpes pakalpojumus izvēlētās apdrošināšanas programmas ietvaros.

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

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

Apdrošināšanas karte – Apdrošinātājam izsniegts Apdrošinātāja noteikta parauga dokuments, kas apliecina Apdrošinātā tiesības saņemt pakalpojumus, kurus izvēlētās apdrošināšanas programmas ietvaros apmaksā Apdrošinātājs.

Apdrošināto personu saraksts – Apdrošināto parakstīts dokuments, kurā norādīti apdrošināto personu dati, sniegta piekrišana Apdrošinātājam apstrādāt Apdrošinātā personas datus, tai skaitā arī sensitīvos personas datus.

Ārstniecības iestāde – ārstu prakse, valsts un pašvaldību iestāde, saimnieciskās darbības veicējs un komercsabiedrība, kas reģistrēta Ārstniecības iestāžu reģistrā, atbilst Latvijas

Republikas normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām un nodrošina ārstniecības pakalpojumus.

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

Līgumiestāde – pakalpojuma sniedzēja iestāde, ar kuru Apdrošinātājs ir noslēdzis līgumu par noteiktiem pakalpojumiem un kura, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, sniedz pakalpojumus Apdrošinātājam apdrošināšanas programmas ietvaros. Samaksu par Apdrošinātājam līgumiestādēs sniegtajiem pakalpojumiem veic Apdrošinātājs saskaņā ar apdrošināšanas līguma noteikumiem. Līgumiestāžu aktuālais saraksts tiek publicēts Apdrošinātāja mājaslapā www.ergo.lv.

Apdrošināšanas atlīdzība – atbilstoši apdrošināšanas līgumam Apdrošinātājam vai līgumiestādei par apdrošināšanas gadījumu apmaksājami izdevumi vai to daļa apdrošināšanas līguma darbības laikā.

Apdrošināšanas atlīdzības pieteikums – Apdrošinātāja noteiktā parauga dokuments, kuru Apdrošinātais iesniedz Apdrošinātājam, lai saņemtu apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar noslēgto apdrošināšanas līgumu.

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

Ārstniecības personas – personas, kam ir medicīniskā izglītība un kas nodarbojas ar ārstniecību.

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

Nepārvarama vara jeb “force majeure” – apstākļi, kas neatrodas tā līdzēja kontrolē, kura saistību izpildījums ir ietekmēts un kuru tas nevar paredzēt un novērst, tai skaitā, bet ne tikai līdzējiem nelabvēlīgas izmaiņas normatīvajos aktos, pandēmijas, terora akti, sacelšanās, streiki, revolūcijas vai citas masu nekārtības/nemieri, kari, ienaidnieka darbība, dabas katastrofas, ugunsnelaimes un citas stihiskas katastrofas.

1.1. Citi apdrošināšanas līguma sakarā lietotie termini un jēdzieni tulkojami saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.

1.2. Gadījumos, kad definētie termini tiek izmantoti citos dokumentos, kas ir apdrošināšanas līguma sastāvdaļa, šie termini ir jāsaprot un jātulko atbilstoši šajos noteikumos norādītajām definīcijām.

2. Apdrošināšanas līguma noslēgšana un spēkā esamība

- 2.1. Apdrošināšanas līgums tiek noslēgts, pamatojoties uz Apdrošinājumaņēmēja iesniegto apdrošināšanas pieteikumu un tajā norādīto informāciju un saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem, kurus līdzēji piemēro no apdrošināšanas līguma izrietošo līgumisko attiecību regulēšanai.
- 2.2. Saņemot apdrošināšanas pieteikumu, Apdrošinātājam ir tiesības atteikties noslēgt vai veikt grozījumus apdrošināšanas līgumā.
- 2.3. Apdrošināšanas līgums ir spēkā Latvijas Republikas teritorijā apdrošināšanas polisē norādītajā termiņā, izņemot gadījumus, kad līdzēji rakstiski ir vienojušies par citu spēkā stāšanās termiņu vai ārpus Latvijas Republikas teritorijas saņemto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu.
- 2.4. 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 apmērā. Apdrošināšanas līgumā var paredzēt citu apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās kārtību.
- 2.5. Apdrošināšanas prēmijas samaksa apliecina, ka Apdrošinājumaņēmējs/Apdrošinātais, pauzot savu gribu, panākuši vienošanos ar Apdrošinātāju, saskaņā ar kuru Apdrošinājumaņēmējs/Apdrošinātais uzņemies izpildīt apdrošināšanas līguma noteikumus, savukārt Apdrošinātais uzņemies saistības, iestājoties apdrošināšanas gadījumam un ar to saistītiem Apdrošinātā izdevumiem, izmaksāt apdrošināšanas līgumā norādītajai personai apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar apdrošināšanas līguma noteikumiem.
- 2.6. Apdrošināšanas līguma darbības laikā apdrošinātās personas tiek pievienotas apdrošināto personu sarakstam vai izslēgtas no tā, Apdrošinātājam un Apdrošinājumaņēmējam rakstveidā vienojoties.
- 2.7. Apdrošināšanas prēmijas vai tās daļas samaksas datums ir datums, kad attiecīgā naudas summa ieskaitīta Apdrošinātāja norādītajā norēķinu kontā bankā.
- 2.8. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums samaksāt Apdrošinātājam apdrošināšanas prēmiju apdrošināšanas līgumā noteiktajā veidā, termiņā un apmērā. Apdrošinātais un Apdrošinājumaņēmējs vienojas, ka šī apdrošināšanas līguma ietvaros līdzēju attiecībās par derīgiem tiek uzskatīti arī rēķini, uz kuriem atbildīgo personu paraksti ir aizstāti ar elektronisku apliecinājumu svītru koda veidā.
- 2.9. Ja Apdrošinājumaņēmējs nav samaksājis Apdrošinātājam apdrošināšanas prēmiju vai tās pirmo daļu līdz apdrošināšanas polisē noteiktajam datumam, apdrošināšanas līgums nav spēkā no tā noslēgšanas brīža, ja Apdrošinājumaņēmējs un Apdrošinātais nevienojas citādi.

2.10. Ja apdrošināšanas prēmijas kārtējā daļa (neattiecas uz pirmo) nav samaksāta šajos noteikumos un apdrošināšanas līgumā noteiktajā kārtībā, Apdrošinātājs nosūta Apdrošinājuma ņēmējam rakstisku paziņojumu ar uzaicinājumu samaksāt kavēto apdrošināšanas prēmijas daļu līdz noteiktam datumam. Ja pēc atkārtota rakstiska paziņojuma nosūtīšanas apdrošināšanas prēmija netiek samaksāta noteiktajā termiņā, apdrošināšanas līgums uzskatāms par izbeigtu.

3. Apdrošināšanas līguma darbības termiņš, apdrošināšanas līguma izbeigšana un apdrošināšanas prēmijas atlikuma izmaksāšana

- 3.1. Apdrošināšanas līgums tiek slēgts uz laika periodu, kas nav mazāks par vienu gadu. Apdrošinātājam un Apdrošinājuma ņēmējam, rakstiski vienojoties, var tikt noteikts cits apdrošināšanas līguma darbības termiņš.
- 3.2. Apdrošinātājs apdrošināšanas līgumu var izbeigt apdrošināšanas darbību regulējošos Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos un kārtībā vai vienojoties ar Apdrošinājuma ņēmēju.
- 3.3. Apdrošināšanas līgums ir izbeigts pēc 15 dienām no brīža, kad Apdrošinātājs nosūtījis rakstisku paziņojumu par apdrošināšanas līguma izbeigšanu vai kad līdzīgi rakstiski vienojušies par citu līguma pārtraukšanas kārtību, noslēdzot atbilstošu vienošanos.
- 3.4. Apdrošinājuma ņēmējam ir pienākums ne vēlāk kā līdz apdrošināšanas līguma darbības izbeigšanas dienai nodot Apdrošinātājam visas saskaņā ar apdrošināšanas līgumu izsniegtās apdrošināšanas kartes.
- 3.5. Ja apdrošināšanas līgums tiek izbeigts un apdrošināšanas līguma darbības laikā nav bijis apdrošināšanas gadījums, tad Apdrošinātājs atmaksā Apdrošinājuma ņēmējam neizmantoto apdrošināšanas prēmijas daļu, kuras apmēru nosaka, atskaitot no iemaksātās apdrošināšanas prēmijas daļu par izmantoto apdrošināšanas līguma darbības periodu un ar apdrošināšanas līguma noslēgšanu saistītos Apdrošinātāja izdevumus, bet ne vairāk par 25% no kopējās apdrošināšanas prēmijas.
- 3.6. Ja apdrošināšanas līgums tiek izbeigts un apdrošināšanas līguma darbības laikā ir bijis apdrošināšanas gadījums, tad Apdrošinātājs atmaksā Apdrošinājuma ņēmējam apdrošināšanas prēmijas daļu tikai gadījumā, ja izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība ir mazāka nekā starpība starp iemaksāto apdrošināšanas prēmiju un apdrošināšanas prēmijas daļu par apdrošināšanas līguma darbības izbeigšanas periodu. Šādā gadījumā no atmaksājamās prēmijas daļas tiek atskaitīti ar apdrošināšanas līguma noslēgšanu saistītie Apdrošinātāja izdevumi, bet ne vairāk par 25% no kopējās apdrošināšanas prēmijas.

- 3.7. Apdrošinātājs un Apdrošinājuma ņēmējs ir atbrīvoti no atbildības par daļēju vai pilnīgu saistību neizpildi, ja tam par iemeslu ir nepārvarama vara. Tam līdzējam, kura saistību izpildi kavē nepārvarama vara, jābrīdina otrs līdzējs 3 (trīs) darba dienu laikā no tās iestāšanās brīža vai tiklīdz tas ir iespējams, norādot šādu apstākļu sākumu un to ietekmi uz saistību izpildi. Ja saistību izpilde nepārvaramas varas dēļ nav iespējama ilgāk nekā 3 (trīs) mēnešus, tad katram no līdzējiem ir tiesības vienpusēji atkāpties no līguma un izbeigt to. Nevienam no līdzējiem nav atbildīgs par zaudējumiem, kas šādā gadījumā radušies otram līdzējam.
- 3.8. Apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības, ievērojot šo noteikumu 3.5. un 3.6. punktu, saņemt atpakaļ samaksāto, bet neizmantoto apdrošināšanas prēmiju par pilniem mēnešiem, kas atlikuši līdz apdrošināšanas perioda beigām, gadījumā, ja Apdrošinātais pārtrauc darba attiecības ar Apdrošinājuma ņēmēju un Apdrošinājuma ņēmējs atgriež apdrošināšanas karti Apdrošinātājam.

4. Apdrošinājuma ņēmēja, Apdrošinātā saistības

- 4.1. Apdrošinājuma ņēmēja pienākums ir:
 - 4.1.1. sniegt patiesu un pilnīgu informāciju Apdrošinātājam;
 - 4.1.2. samaksāt apdrošināšanas prēmijas apdrošināšanas līgumā norādītajos termiņos, veidā un apmērā. Apdrošināšanas prēmijas maksājumi Apdrošinājuma ņēmējam jāveic regulāri un saskaņā ar apdrošināšanas polisē noteiktajiem termiņiem un kārtību, neatkarīgi no tā, ir saņemts rēķins vai nav;
 - 4.1.3. nodrošināt apdrošināto personu saraksta savlaicīgu iesniegšanu Apdrošinātājam;
 - 4.1.4. savlaicīgi iesniegt visas izmaiņas apdrošināto personu sarakstā pirms izmaiņu spēkā stāšanās datuma;
 - 4.1.5. informēt Apdrošinātos par to, ka viņi ir apdrošināti, iepazīstināt ar apdrošināšanas līguma noteikumiem, apdrošināšanas programmām un šiem Veselības apdrošināšanas noteikumiem, kā arī izskaidrot tiem no apdrošināšanas līguma izrietošās tiesības un pienākumus;
 - 4.1.6. nodot Apdrošinātājam lietošanā veselības apdrošināšanas piedāvājumā noteiktos dokumentus, kartes nodošanas laikā saņemot Apdrošinātā rakstisku piekrišanu personas datu apstrādei, un iesniegt to Apdrošinātājam;
 - 4.1.7. rakstiski informēt Apdrošinātāju, ja mainās Apdrošinājuma ņēmēja juridiskā vai korespondences adrese, nosaukums, kā arī Apdrošinātā personas dati, nodokļu maksātāja statuss, tajā skaitā saistībā ar valsts nodrošināto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu, un adrese. Pretējā gadījumā visi Apdrošinātāja paziņojumi, kas nosūtīti uz pēdējo Apdrošinājuma ņēmēja, Apdrošinātā norādīto adresi, tiks uzskatīti par spēkā esošiem pēc 5 (piecām) dienām no to nosūtīšanas datuma;

- 4.1.8. nekavējoties pēc Apdrošinātāja rakstiska pieprasījuma sniegt informāciju, kas apliecina, ka par darbinieku ir veikti Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktie nodokļu maksājumi, nodrošinot pierādījumus Apdrošinātājam sniegtās informācijas patiesumam;
- 4.1.9. nekavējoties atdot Apdrošinātājam Apdrošinātā apdrošināšanas karti, ja tās darbība ir izbeigta un ja līdzēji nav vienojušies citādi;
- 4.1.10. ja Apdrošinātais nepilda savas šo noteikumu 4.2.9. punktā noteiktās saistības, nekavējoties atmaksāt Apdrošinātājam naudas summu, kuru Apdrošinātais kā apdrošināšanas atlīdzību vai ārstniecības pakalpojumu saņēmis:
- 4.1.10.1. virs apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošinājuma summas;
- 4.1.10.2. virs pdrošināšanas līgumā noteiktajiem limitiem;
- 4.1.10.3. ja to apmaksu neparedz apdrošināšanas līgums (ārpus seguma);
- 4.1.10.4. pēc apdrošināšanas līguma izbeigšanas vai apdrošināšanas kartes darbības izbeigšanas;
- 4.1.11. par šo noteikumu 4.1.10. punktā minēto norēķinu kavējumu arī pēc apdrošināšanas līguma darbības termiņa beigām vai tā pārtraukšanas gadījumā maksāt Apdrošinātājam līgumsodu 0,5% (nulle, komats, piecu procentu) apmērā no termiņā nesamaksātās summas par katru kavējuma dienu, atmaksas kavējuma gadījumā Apdrošinātājam ir tiesības Apdrošinātājam pienākošos apdrošināšanas atlīdzības vai Apdrošinājumaņēmējam pienākošos apdrošināšanas prēmijas atlikumu izmaksu ieturēt, lai segtu parādu atmaksu attiecīgā apmērā;
- 4.1.12. gadījumā, ja Apdrošinājumaņēmējs neveic apdrošināšanas prēmijas samaksu rēķinā noteiktajā termiņā, papildus līgumā noteiktajai apdrošināšanas prēmijai maksāt Apdrošinātāja aprēķināto līgumsodu 0,5% (nulle, komats, piecu procentu) apmērā no nenomaksātās apdrošināšanas prēmijas daļas par katru nokavēto dienu.
- 4.2. Apdrošinātā pienākums ir:
- 4.2.1. sniegt patiesu un pilnīgu informāciju Apdrošinātājam, kā arī rakstiski pilnvarot Apdrošinātāju apstrādāt savus personas datus;
- 4.2.2. nekavējoties informēt Apdrošinājumaņēmēju gadījumā, ja mainās dzīvesvietas adrese un cita saziņai norādītā informācija, kā arī informēt Apdrošinātāju par izmaiņām nodokļu maksātāja statusā, tajā skaitā saistībā ar valsts nodrošināto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu;
- 4.2.3. rūpēties par savu veselību un, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, ievērot ārstniecības personas norādījumus, lai mazinātu ārstniecības izdevumu apmēru;
- 4.2.4. iepazīties ar apdrošināšanas programmu un šiem Veselības apdrošināšanas noteikumiem pirms ārstniecības pakalpojumu saņemšanas un ievērot tos;
- 4.2.5. sekot līdzi saviem ārstniecības izdevumiem, lai nepārsniegtu apdrošinājuma summu un/vai apdrošināšanas limitu;
- 4.2.6. neizmantojot apdrošināšanas karti, ja izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības vai apdrošināšanas limiti ir sasnieguši apdrošināšanas līgumā un apdrošināšanas programmā noteikto summu;
- 4.2.7. nepieļaut iespēju citai personai izmantot savu apdrošināšanas karti, bet tās nozaudēšanas gadījumā nekavējoties ziņot Apdrošinātājam;
- 4.2.8. gadījumos, kad Apdrošinātais ir pārtraucis darba attiecības ar Apdrošinājumaņēmēju, nekavējoties nodot apdrošināšanas karti Apdrošinājumaņēmējam, ja Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs nav vienojušies citādi;
- 4.2.9. nekavējoties atmaksāt Apdrošinātājam naudas summu, kuru Apdrošinātais kā apdrošināšanas atlīdzību vai ārstniecības pakalpojumus saņēmis:
- 4.2.9.1. virs apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošinājuma summas;
- 4.2.9.2. virs apdrošināšanas līgumā noteiktajiem limitiem;
- 4.2.9.3. ja to apmaksu neparedz apdrošināšanas līgums (ārpus seguma);
- 4.2.9.4. pēc apdrošināšanas līguma izbeigšanas vai apdrošināšanas kartes darbības izbeigšanas;
- 4.2.10. par šo noteikumu 4.2.9. punktā minēto norēķinu kavējumu arī pēc apdrošināšanas līguma darbības termiņa beigām vai tā pārtraukšanas gadījumā maksāt Apdrošinātājam līgumsodu 0,5% (nulle, komats, piecu procentu) apmērā no termiņā nesamaksātās summas par katru kavējuma dienu; atmaksas kavējuma gadījumā Apdrošinātājam ir tiesības Apdrošinātājam pienākošos apdrošināšanas atlīdzības izmaksu ieturēt, lai segtu parādu atmaksu attiecīgā apmērā;
- 4.2.11. nekavējoties, bet ne vēlāk kā 3 (trīs) mēnešu laikā pēc pakalpojuma saņemšanas, iesniegt Apdrošinātājam šādus dokumentus par veselības apdrošināšanas programmā paredzētajiem pakalpojumiem, par kuriem Apdrošinātais norēķinājies pats:
- 4.2.11.1. aizpildītu un parakstītu apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu;
- 4.2.11.2. personificētu maksājuma dokumenta oriģinālu vai Apdrošinātā apliecinātu tā kopiju, kurā ir redzama informācija par katru saņemto pakalpojumu, to daudzumu un cenu, kas par katru saņemto pakalpojumu ir samaksāta;
- 4.2.11.3. citus Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus par Apdrošinātā saņemtajiem pakalpojumiem, kas apliecina ar apdrošināšanas gadījumu saistītos apstākļus un/vai kas saistīti ar izmaksājāmās apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanu;
- 4.2.12. gadījumos, kad pieteikums veselības apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai iesniegts elektroniski, uzglabāt elektroniski nosūtīto/iesniegto maksājumu apliecināto dokumentu oriģinālus 3 (trīs) gadus pēc pakalpojuma

- saņemšanas un pēc pieprasījuma nekavējoties tos uzrādīt Apdrošinātājam;
- 4.2.13. atbildēt par iesniedzamo datu pareizību, iesniedzot maksājumu dokumentu oriģinālus citās institūcijās, lai saņemtu kompensāciju par attaisnotajiem izdevumiem par ārstnieciskajiem pakalpojumiem.

5. Apdrošinātāja saistības

- 5.1. Apdrošinātājam ir pienākums pēc apdrošināšanas līguma noslēgšanas izsniegt Apdrošinājuma ņēmējam to dokumentu kopumu, kas ir neatņemamas apdrošināšanas līguma sastāvdaļas.
- 5.2. Apdrošināšanas kartes nozaudēšanas vai Apdrošinātā personas datu maiņas gadījumā (ja karte izsniegta) Apdrošinātājs izgatavo tās dublikātu 5 (piecu) darba dienu laikā no Apdrošinājuma ņēmēja vai Apdrošinātā pieteikuma un samaksas par nozaudētās apdrošināšanas kartes atjaunošanu saņemšanas brīža. Apdrošināšanas kartes nozaudēšanas gadījumā atjaunošanas maksa ir 4,00 EUR (četri eiro). Apdrošināšanas kartes dublikātu izsniedz Apdrošinājuma ņēmējam. Uzrādot Latvijas Republikas Iekšlietu ministrijas Valsts policijas izziņu par sev piederošo dokumentu zādzību vai nolaupišanu, apdrošināšanas kartes dublikātu izsniedz bez maksas.
- 5.3. Apdrošinātājam ir tiesības apdrošināšanas līguma darbības laikā mainīt pakalpojumu apmaksas kārtību un/vai noteikt ierobežojumus līgumiestādē, saglabājot apdrošināšanas programmā norādīto apmaksājamo pakalpojumu apjomu un apmēru.
- 5.4. Apdrošinājuma ņēmējs un Apdrošinātais ir informēti, ka, noslēdzot apdrošināšanas līgumu un iesniedzot apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu, Apdrošinātājs apstrādās Apdrošinājuma ņēmēja un Apdrošinātā personas datus, t. sk. personas kodu un veselības datus, ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi.
- 5.5. Apdrošinātājam ir tiesības noteikt samaksu par pakalpojumiem, kas nav saistīti ar apdrošināšanas līguma izpildi.
- 5.6. Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji apdrošināšanas līguma darbības laikā ieviest ierobežojumus apmaksājamiem ārstniecības pakalpojumiem, pieprasīt samaksāt papildu 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 noslēgto apdrošināšanas līgumu.
- 5.7. Apdrošinātājam ir pienākums saskaņā ar noslēgto apdrošināšanas līgumu, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, veikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu šo

- noteikumu 7. punktā paredzētajā kārtībā.
- 5.8. Apdrošinātājam ir tiesības pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās pārbaudīt, kā Apdrošinātais vai Apdrošinājuma ņēmējs ir ievērojis apdrošināšanas līguma noteikumus.
- 5.9. Lai pārliecinātos par apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas pamatotību, Apdrošinātājam ir tiesības Apdrošināto nosūtīt pie neatkarīga sertificēta ārsta.
- 5.10. Apdrošinātājam ir tiesības veikt grozījumus līgumiestādē apmaksājamo pakalpojumu klāstā un Apdrošinātāja līgumiestāžu sarakstā. Ar aktuālo Apdrošinātāja līgumiestāžu sarakstu var iepazīties www.ergo.lv.
- 5.11. Apdrošinātājs ir tiesīgs iegūt un izmantot apdrošināto personu datus apdrošināšanas līguma izpildē un ERGO apdrošināšanas grupas pakalpojumu sniegšanas nolūkā.
- 5.12. Apdrošinātājam ir tiesības pārliecināties par Apdrošinājuma ņēmēja un Apdrošinātā iesniegtās informācijas patiesumu un pieprasīt dokumentus.
- 5.13. Apdrošinātājam ir tiesības vērsties ar zaudējumu piedziņu:
- 5.13.1. pret Apdrošināto un/vai Apdrošinājuma ņēmēju apdrošināšanas atlīdzības apmērā, kas izmaksāta Apdrošinātājam vai līgumiestādei, ja Apdrošinātais ir pārsniedzis apdrošināšanas programmā noteikto apdrošināšanas limitu vai apdrošinājuma summu, apdrošināšanas atlīdzība ir izmaksāta pēc apdrošināšanas līguma vai apdrošināšanas kartes darbības izbeigšanas vai par pakalpojumiem, kuru apmaksu neparedz apdrošināšanas līgums;
- 5.13.2. pret personu, kuras darbības rezultātā ir radušies zaudējumi, Apdrošinātājam apmaksājot Apdrošinātā izdevumus.

6. Apdrošināšanas atlīdzība

- 6.1. Veicot apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, tiek piemērots kompensācijas princips, izmaksājot atlīdzību līgumiestādei vai Apdrošinātājam.
- 6.2. Izmaksājamā apdrošināšanas atlīdzība par Apdrošinātā izdevumiem, kas radušies, saņemot pakalpojumus pakalpojuma sniedzēja iestādē, nepārsniedz apdrošināšanas līgumā noteikto apdrošināšanas summu un/vai apdrošināšanas limitus, un/vai apmēru.

7. Lēmums par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai tās atteikumu, prasījuma tiesību pārņemšana

- 7.1. Apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātājs izmaksā:
- 7.1.1. līgumiestādei;
- 7.1.2. Apdrošinātājam, ja Apdrošinātais pakalpojumus saņēmis pakalpojuma sniedzēja iestādē, kura nav Apdrošinātāja līgumiestāde, vai šī pakalpojuma apmaksu Apdrošinātājs līgumiestādē neveic un ir

- norēķinājies par saņemtajiem pakalpojumiem, kas iekļauti apdrošināšanas programmā, atbilstoši pakalpojuma sniedzēja iestādes izsniegtajiem maksājumu dokumentiem, nepārsniedzot Apdrošinātāja noteikto apdrošināšanas atlīdzības apmēru vai cenrādi un apdrošināšanas programmā noteikto apmēru. Gadījumā, ja pakalpojuma sniedzēja iestādē saņemta vai ar Apdrošinātāju saskaņojamā pakalpojuma cena pārsniedz Apdrošinātāja noteikto šī pakalpojuma apdrošināšanas atlīdzības apmēru vai Apdrošinātāja noteikto cenrādi, tad radušos starpību sedz Apdrošinātais.
- 7.2. Ja Apdrošinātais saņēmis ārstniecības pakalpojumu un iesniedzis Apdrošinātājam apdrošināšanas līgumā noteiktos dokumentus apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai, lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātājs pieņem 10 (desmit) darba dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas. Ja lēmuma par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību pieņemšanai nepieciešami papildu dokumenti, Apdrošinātājs 10 (desmit) darba dienu laikā no dienas, kad saņemts apdrošināšanas atlīdzības pieteikums, par to informē Apdrošināto.
- 7.3. Apdrošinātājam ir tiesības informāciju par pieņemto lēmumu par apdrošināšanas atlīdzību nosūtīt Apdrošinātājam elektroniski, izmantojot Apdrošinātā norādītos saziņas kanālus (tai skaitā e-pastu). Apdrošinātais 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.
- 7.4. 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.
- 7.5. Ja Apdrošinātais atlīdzības saņemšanai iesniedz nepilnīgu medicīnisko vai finanšu dokumentāciju, Apdrošinātājs rakstiski informē Apdrošināto par papildu nepieciešamajiem dokumentiem. Apdrošinātājam 15 (piecpadsmit) darba dienu laikā no Apdrošinātāja pieprasījuma izsūtīšanas dienas jāiesniedz pieprasītā papildu dokumentācija.
- 7.6. Ja Apdrošinātā vai Apdrošinājumaņēmēja darbības vai bezdarbības rezultātā nav iespējama zaudējuma piedziņa par labu Apdrošinātājam, Apdrošinātājs var prasīt no Apdrošinātā izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības atmaksāšanu tādā apmērā, par kādu nav iespējama zaudējuma piedziņa, vai arī samazināt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu.
- 7.7. Apdrošinātājs izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības apmērā pārņem Apdrošinātā prasījuma tiesības pret personu, kas ir atbildīga par zaudējumiem.

8. Izņēmumi

- 8.1. Ar apdrošināšanas līguma noslēgšanu līdzēji ir vienojušies, ka par apdrošināšanas gadījumu netiek atzīts un apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā par:
- 8.1.1. pakalpojumiem, kuri saņemti iestādē, kas nav pakalpojuma sniedzēja iestāde;
- 8.1.2. ārpus ārstniecības iestādes adreses (izbraukumā) sniegtiem ārstniecības pakalpojumiem, izņemot neatliekamo medicīnisko palīdzību un medicīnas personāla mājas vizītes;
- 8.1.3. ārstu honorāriem, ārsta izvēli operācijās, ārstu konsilijiem, administratīviem izdevumiem, ambulatoriem un stacionāriem servisa pakalpojumiem, ārstēšanas kursiem un programmām (t. sk. sulu, diētiskām kūrēm u. c.), sociālo aprūpi, maksas onkoloģisko slimību ārstniecību (t. sk. ķīmijterapiju un staru terapiju) un onkoloģisko slimību radīto veselības traucējumu ārstniecību, asins un asinsrades orgānu slimību (hematoloģisko) ārstniecību, paliatīvo ārstēšanu, pirmstermiņa obligātajām veselības pārbaudēm, individuālajiem veselības aprūpes līgumiem (izņemot dzemdību līgumus), izmitināšanu, individuālo posteni stacionārā, ēdināšanu;
- 8.1.4. kosmetoloģiskiem pakalpojumiem un/vai ārstniecību, fotodinamisko lāzerterapiju, fototermolīzi, estētiski dermatoloģiskiem un ķirurģiskiem pakalpojumiem, skleroterapiju, svāra samazināšanas programmām, limfodrenāžu, vispārējo ķermeņa masāžu, vakuummasāžu, pēdu aprūpi, sēnīšu slimību ārstniecību, Acne un Rosacea ārstniecību, autohemoterapiju (t. sk. PRP, PRF injekcijas) un kapsulas endoskopiju;
- 8.1.5. ārstniecību, izmantojot papildinošās (komplementārās) medicīnas medicīniskos pakalpojumus (netradicionālās medicīnas metodes), ja to neparedz apdrošināšanas programma (piemēram, adatu terapija, biorezonanses terapija un diagnostika, ājurvēdas medicīna u. c.);
- 8.1.6. ģimenes plānošanu, kontracepciju, neauglības ārstniecību, mākslīgo apaugļošanu, pakalpojumiem, kas saistīti ar grūtniecības pārtraukšanu bez medicīniskām indikācijām un to seku ārstēšanu;
- 8.1.7. sirds un sirds-asinsvadu operācijām, asinsvadu stentēšanas un šuntēšanas operācijām, koronarogrāfijām, elektokardio stimulatoru ielikšanas/izņemšanas pakalpojumiem un to pārbaudēm; ārstniecības pakalpojumiem, kas saistīti ar orgānu protezēšanu, orgānu un audu transplantāciju, acs refrakciju koriģējošām operācijām, plastisko un rekonstruktīvo ķirurģiju, audu aizstājējmateriāliem, papildmateriāliem, papildiercēm un tehnisko palīg līdzekļu iegādi; manipulācijās/operācijās

- izmantotajiem ārstniecības līdzekļiem (zāles un medicīniskās ierīces);
- 8.1.8. seksuāli transmisīvo slimību un to radīto seku ārstniecību, tai skaitā HIV un AIDS, tuberkulozes ārstniecību, vīrusu hepatītu (izņemot laboratoriskos izmeklējumus anti HVC un Hbs AG noteikšanai asins serumā) ārstniecību;
 - 8.1.9. izdevumiem, kas tieši saistīti ar tādu pakalpojumu saņemšanu, kas apdrošināšanas līgumā norādīti kā izņēmumi vai neapmaksājami pakalpojumi;
 - 8.1.10. izdevumiem, kas radušies alkohola, narkotisko vai toksisko vielu lietošanas rezultātā radušos veselības traucējumu ārstniecībai, psihisku un uzvedības traucējumu ārstniecībai;
 - 8.1.11. izdevumiem, kas radušies, Apdrošinātajam ietekmējot savu veselību (tīši sev nodarījis miesas bojājumus) vai ārstējot pašam sevi;
 - 8.1.12. izdevumiem, kas radušies radioaktīvās saindēšanās, radioaktīvā piesārņojuma, dabas katastrofu rezultātā;
 - 8.1.13. izdevumiem, kas radušies profesionālā sporta rezultātā gūtu traumu vai miesas bojājumu (nodarbošanās ar sportu uzskatāma par profesionālu, ja tā ir Apdrošinātā pamata nodarbošanās vai viens no ienākumu avotiem) ārstniecībai;
 - 8.1.14. izdevumiem, kas radušies, Apdrošinātajam piedaloties kara vai tam pielīdzināmās darbībās, jebkura veida militāru formējumu darbībā, terorismā, kā arī masu nemieros;
 - 8.1.15. izdevumiem, kas radušies, Apdrošinātajam veicot prettiesisku darbību, tiesību pārkāpumu vai izdarot noziedzīgu nodarījumu (vai piedaloties tajā), ja to atzinusi tiesa vai cita kompetenta institūcija;
 - 8.1.16. epidēmiju un infekcijas slimību masveida izplatīšanos, par kuru ir paziņojusi atbildīgā Latvijas Republikas institūcija;
 - 8.1.17. gadījumiem, kad Apdrošinātais apzināti vai rupjas neuzmanības dēļ maldinājis Apdrošinātāju;
 - 8.1.18. apdrošināšanas gadījuma iestāšanos Apdrošinājuma ņēmēja vai Apdrošinātā ļauna nolūka vai rupjas neuzmanības dēļ;
 - 8.1.19. pacienta iemaksu, ja Apdrošinātais no tās ir atbrīvots saskaņā ar spēkā esošajiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem;
 - 8.1.20. izdevumiem, kas radušies, veicot dokumentu ar medicīniska satura informāciju noformēšanu kā atsevišķu pakalpojumu; izmeklējumu digitālo attēlu apstrādi, izdrukām, interpretāciju un ierakstīšanu digitālajos datu nesējos;
 - 8.1.21. pakalpojumiem, kuru apmaksas datums ir atšķirīgs/ nesakrīt ar pakalpojumu saņemšanas datumu, un avansa maksājumiem, ja pakalpojums saņemts ārpus apdrošināšanas polises darbības laika.
 - 8.1.22. gadījumiem, ja Apdrošinātais nav iesniedzis vai nevar iesniegt Apdrošinātajam Apdrošinātāja pieprasītos dokumentu oriģinālus, kas apliecina apdrošināšanas gadījuma iestāšanos;

- 8.1.23. pakalpojumiem, kuri saņemti, neievērojot apdrošināšanas līguma nosacījumus;
- 8.1.24. izdevumiem, kas radušies, ārstējot pirms apdrošināšanas līguma darbības sākuma diagnosticētu slimību vai traumu;
- 8.1.25. pakalpojumiem, kuri saņemti bez medicīniskām indikācijām;
- 8.1.26. pakalpojumiem, kas saņemti apdrošināšanas līgumā norādītājās pakalpojuma sniedzēja iestādēs, kuru sniegtos pakalpojumus apdrošinātājs neapmaksā;
- 8.1.27. izdevumiem, kas radušies sakarā ar nepārvaramu varu;
- 8.1.28. gadījumu, kad Apdrošinātais vai Apdrošinājuma ņēmējs maldinājis Apdrošinātāju, tai skaitā sniedzis nepatiesu informāciju par Apdrošinātā nodokļu maksātāja statusu, kas ietekmē valsts nodrošināto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu.

9. Personas datu apstrāde un cita konfidenciāla informācija

- 9.1. Apdrošinātājs veic personas datu apstrādi saskaņā ar apdrošināšanas līgumu, spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem un Apdrošinātāja Privātuma politiku, kas ir pieejama Apdrošinātāja tīmekļa vietnē www.ergo.lv un Apdrošinātāja pārdošanas vietās. Apdrošinātāja Privātuma politika var tikt nosūtīta Apdrošinājuma ņēmējam pēc tā pieprasījuma.
- 9.2. Apdrošinājuma ņēmējam ir pienākums pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas iepazīties ar Apdrošinātāja Privātuma politiku, kā arī informēt par tās saturu personas, kuru datus Apdrošinājuma ņēmējs nodod Apdrošinātajam.
- 9.3. Apdrošinātājs saskaņā ar apdrošināšanas līgumu un spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem nodrošina par Apdrošināto saņemtās informācijas, tai skaitā personas datu, konfidencialitāti, izņemot normatīvajos aktos paredzētos gadījumus.
- 9.4. Apdrošinātājs Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā, gadījumos un apjomā sniedz par Apdrošināto un Apdrošinājuma ņēmēju saņemto informāciju valsts un pašvaldību iestādēm un citām personām.

10. Strīdu izskatīšanas kārtība

- 10.1. Apdrošināšanas līgumu veidojošos dokumentus vērtē kā vienotu veselumu. Pretrunu gadījumā prioritāri ir apdrošināšanas līgumā norādītie sevišķie noteikumi.
- 10.2. 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.
- 10.3. Visi ar apdrošināšanas līgumu saistītie strīdi tiek risināti sarunu ceļā, vienojoties Apdrošinātajam,

Apdrošinājuma ņēmējam un Apdrošinātajam. Ja vienošanās netiek panākta, strīdu nodod Latvijas Republikas tiesas izšķiršanai Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

- 10.4. Visi paziņojumi, iesniegumi, prasības un pieteikumi saistībā ar apdrošināšanas līgumu un no tā izrietošām saistībām jāiesniedz rakstiski, ņemot vērā līdzēju norādītās saziņas adreses.

- 10.5. Apdrošinājuma ņēmēja un Apdrošinātāja iesniegumus, kas iesniegti rakstiski, Apdrošinātājs izskata un sniedz atbildi 30 (trīsdesmit) dienu laikā no to saņemšanas dienas.

Šie veselības apdrošināšanas noteikumi ir apstiprināti ar ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāles vadītāja 2018. gada 25. maija rīkojumu Nr. LV_L_000073/2018 un ir neatņemama veselības apdrošināšanas līguma sastāvdaļa.