

Smagu saslimšanu apdrošināšanas noteikumi Nr. 07-2015

(Smagu saslimšanu apdrošināšana pieaugušajiem)

1. Lietotie termini

1.1 Apdrošinātājs – ERGO Life Insurance SE (reģistrēta Lietuvas Republikas Juridisko personu reģistrā ar reģistrācijas Nr.110707135, juridiskā adrese Geležinio Vilko 6A, LT-03507, Vilņa, 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).

1.2 Apdrošinātais – apdrošināšanas polisē norādītā fiziskā persona, kuras dzīvība un veselība ir apdrošināta.

1.3 Apdrošināšanas gadījums – ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts notikums, kad apdrošinātais apdrošināšanas darbības laikā saslimst ar kādu no šajos noteikumos uzskaitītajām slimībām, kuras diagnozi ir apstiprinājis ārsts un par kuru paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

1.4 Apdrošinājuma summa – apdrošināšanas līgumā un apdrošināšanas polisē noteikta naudas summa, par kuru ir apdrošināta personas dzīvība un veselība un kuras ietvaros, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību.

1.5 Apdrošināšanas prēmija – apdrošinājuma ņēmēja maksājums par apdrošināšanu.

1.6 Apdrošināšanas atlīdzība – par apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā naudas summa saskaņā ar apdrošināšanas līgumu.

1.7 Apdrošināšanas gads – 12 mēnešus ilgs laika posms, kuru skaita no apdrošināšanas termiņa sākuma datuma.

2. Apdrošināšanas spēkā esamība

2.1 Apdrošināšanas līguma noslēgšana apliecina, ka apdrošinātājs un apdrošinājuma ņēmējs, paužot savu gribu, panākuši vienošanos, saskaņā ar kuru apdrošinājuma ņēmējs uzņemies saistības maksāt apdrošināšanas prēmiju līgumā noteiktā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt šajos noteikumos atrunātās saistības, savukārt apdrošinātājs uzņemies saistības, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt apdrošināšanas līgumā norādītajai personai apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši apdrošināšanas līguma noteikumiem.

2.2 Apdrošināšanas līgums ir spēkā apdrošināšanas polisē norādītajā apdrošināšanas līguma darbības periodā, ja ir iemaksāta apdrošināšanas prēmija (vai tās pirmā daļa) līdz apdrošināšanas polisē vai rēķinā noteiktajam datumam. Apdrošināšanas līgumā var paredzēt citu apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās kārtību.

2.3 Smagu saslimšanu apdrošināšanas līgumu nevar pārveidot bezprēmiju formā.

2.4 Apdrošināšanas līguma priekšlaicīgas pārtraukšanas gadījumā atpirkuma summa netiek izmaksāta un iemaksātās apdrošināšanas prēmijas netiek atmaksātas.

2.5 Apdrošināšanas līguma darbības laikā apdrošinājuma ņēmējs var rakstiski pieprasīt citu apdrošināšanas prēmiju maksāšanas veidu.

2.6 Apdrošinātājam ir tiesības šai apdrošināšanai katra apdrošināšanas gada sākumā mainīt apdrošināšanas noteikumus un prēmiju tarifu likmes, informējot apdrošinājuma ņēmēju par izmaiņām vismaz 3 mēnešus pirms šo izmaiņu ieviešanas.

3. Apdrošināšanas līguma noslēgšanas ierobežojumi

3.1 Minimālais apdrošinātā vecums apdrošināšanas līguma sākumā ir 18 gadi, bet maksimālais 60 gadi.

3.2 Maksimālais apdrošinātā vecums apdrošināšanas līguma beigās ir 65 gadi.

3.3 Minimālais apdrošināšanas līguma termiņš ir 1 gads.

3.4 Apdrošinātāja atbildība iestājas pēc 6 mēnešiem no apdrošināšanas līguma noslēgšanas datuma.

4. Apdrošināšanas prēmiju maksājumi

4.1 Apdrošināšanas prēmijas pēc apdrošinātāja un apdrošinātā vienošanās var iemaksāt reizi gadā, pusgadā, ceturksnī vai reizi mēnesī, laika periodā līdz apdrošināšanas līguma beigām vai apdrošināšanas gadījuma iestāšanās. Ja gada prēmija tiek maksāta pa daļām – vairākos maksājumos, apdrošinātājam ir tiesības ieturēt piemaksu.

4.2 Ja iestājas apdrošināšanas gadījums, tad nokavētie apdrošināšanas prēmiju maksājumi vai nesamaksātās prēmijas daļas tiek atrēķinātas no apdrošinātāja izmaksājamās atlīdzības.

4.3 Pirmā apdrošināšanas prēmija ir jāiemaksā pēc apdrošināšanas līguma noslēgšanas tajā noteiktajā maksājuma termiņā un apmērā.

4.4 Par katru apdrošināto personu ir jānoslēdz atsevišķs apdrošināšanas līgums.

5. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas gadījumi

5.1 Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, iestājoties apdrošināšanas gadījumam – apdrošinātājam, apdrošināšanas darbības laikā, saslimstot ar kādu no sekojošām slimībām:

5.1.1 Vēzis

Jebkurš ļaundabīgs audzējs, kura diagnoze apstiprināta histoloģiski un kuram raksturīga nekontrolēta ļaundabīgo šūnu augšana un invāzija audos. Diagnoze jāapstiprina speciālistam. Šīs definīcijas ietvaros apdrošināšana tiek izmaksāta par leukēmiju, ļaundabīgu limfomu un mielodisplastisko sindromu, ja vien tie nav minēti kā specifiski gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība nepienākas.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- jebkurš audzējs, kas histoloģiski klasificēts kā pirmsvēža slimība, neinvazīvs audzējs vai karcinoma *in situ* (arī krūts dziedera ductāla un lobulāra karcinoma *in situ* un dzemdes kakla displāzija CIN-1, CIN-2 un CIN-3);

- jebkurš prostatas vēzis, izņemot gadījumus, kas histoloģiski novērtēti ar vairāk nekā 6 punktiem saskaņā ar Glīsona skalu vai progresējuši vismaz līdz T2N0M0 stadijai saskaņā ar klīnisko TNM klasifikāciju;

- hroniska limfoleikoze, ja vien tā nav progresējusi līdz B stadijai saskaņā ar Binē klasifikāciju;

- ādas bazālo šūnu karcinoma un plakanšūnu karcinoma un ļaundabīga melanoma IA stadijā (T1aN0M0), izņemot gadījumus, kad ir pierādījumi par metastāzēm;

- papildārs vairogdziedzera vēzis mazāk par 1 centimetru diametrā, kurš histoloģiski raksturots kā T1N0M0;

- papildāra urīnpūšļa mikrokarcinoma, kura histoloģiski raksturota kā Ta;

- policitēmija *rubra vera* un esenciāla trombocitoze;

- nenoteiktas nozīmības monoklonāla gammopātija;

- kuņģa MALT (ar gļotādām saistītie limfoīdie audi) limfoma, ja to var ārstēt, iznīcinot helicobaktērijas;

- kuņģa-zarnu trakta stromas audzējs 1. un 2. stadijā saskaņā ar NCCN vadlīnijām;

- ādas limfoma, izņemot gadījumus, kad nepieciešama ārstēšana ar ķīmijterapiju vai apstarošanu;

- mikroinvazīva krūts karcinoma (histoloģiski klasificēta kā T1mic), izņemot gadījumus, kad jāveic mastektomija, ķīmijterapija vai apstarošana;
- mikroinvazīva dzemdes kakla karcinoma (histoloģiski klasificēta kā atbilstošā IA1 stadijai), izņemot gadījumus, kad jāveic histerektomija, ķīmijterapija vai apstarošana.

5.1.2 Miokarda infarkts (sirdslēkme)

Miokarda infarkts ir sirds audu bojāeja ilgstoša asinsrites nosprostošanas dēļ. Saskaņā ar šo definīciju par miokarda infarktu liecina sirds biomarkieru (troponīna vai CKMB) līmeņa paaugstināšanās un/vai pazemināšanās līdz miokarda infarkta diagnostiskam līmenim un vismaz divi no šiem kritērijiem:

- išēmijas simptomi (piemēram, sāpes krūškurvī);
 - pārmaiņas elektrokardiogrammā (EKG), kas liecina par jaunu išēmiju (jaunas ST-T pārmaiņas vai jauna Hisa kūlīša kreisā zara blokāde);
 - patoloģiski Q zobi EKG.
- Diagnoze jāapstiprina konsultantam – kardiologam.
- Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:
- akūts koronārs sindroms (stabila vai nestabila stenokardija);
 - troponīna līmeņa paaugstināšanās bez atklātām išēmiskas sirds slimības izpausmēm (piemēram, miokardīts, stresa izraisīta kardiomiopātija, sirds kontūzija, plaušu embolija, zāļu toksicitāte);
 - miokarda infarkts normālu koronāro artēriju gadījumā vai koronāru vazospazmu dēļ, miokarda tiltnoš vai jaunprātīga zāļu lietošana;
 - miokarda infarkts 14 dienu laikā pēc koronārās angioplastijas vai šuntēšanas operācijas.

5.1.3 Insults

Izraisa paliekošus simptomus. Galvas smadzeņu audu bojāeja akūtu cerebrovaskulāru traucējumu dēļ, ko izraisa intrakraniāla tromboze vai asiņošana (arī subarahnoidāla asiņošana), vai embolija no ekstrakraniāla avota ar:

- akūtu jaunu neiroloģisku simptomu rašanos;
 - jauniem objektīviem neiroloģiskiem traucējumiem, kas konstatēti klīniskās izmeklēšanas laikā.
- Neiroloģiskajiem traucējumiem jāsiglabājas ilgāk nekā trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma.

Diagnoze jāapstiprina konsultantam – neirologam un jāapliecina ar attēldiagnostikas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- tranzitora išēmijas lēkme (TIL) un ilgstošs atgriezenisks išēmisks neiroloģisks deficīts (IAIND);
- traumatisks galvas smadzeņu audu vai asinsvadu bojājums;
- neiroloģisks deficīts vispārējas hipoksijas, infekcijas, iekaisuma slimības, migrēnas vai medicīniskas iejaukšanās dēļ;
- nejaušas attēldiagnostikas atrades (DT vai MR skenēšanā) bez pārliecinošiem klīniskiem simptomiem (bezsimptomu insults).

5.1.4 Koronāro artēriju šuntēšanas operācija

Vairāku koronāro artēriju slimības ārstēšana. Sirds operācija divu vai vairāku koronāro artēriju sašaurinājuma vai nosprostošanas novēršanai, izmantojot šuntus. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par sirds operāciju ar pilnīgu sternotomiju (vertikālu krūškaula pārdaļīšanu) un minimāli invazīvām procedūrām (veicot daļēju sternotomiju vai torakotomiju). Operācijas medicīniskā nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – kardiologam vai kardiķirurgam un jāapliecina ar koronārās angiogrāfijas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- šuntēšanas operācija, lai ārstētu vienas koronārās artērijas sašaurinājumu vai nosprostošanu;
- koronārā angioplastija vai stenta ievietošana.

5.1.5 Termināla nieru mazspēja

Nepieciešama pastāvīga dialīze. Hroniska un neatgriezeniska abu nieru mazspēja, kuras dēļ uzsākta regulāra hemodialīze vai peritoneālā dialīze. Dialīzei jābūt medicīniski nepieciešamai, un tās nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – nefrologam.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- akūta atgriezeniska nieru mazspēja, kad tiek veikta Tsiaicīga nieru dialīze.

5.1.6 Ekstremitāšu funkciju zaudēšana

Pilnīga un neatgriezeniska.

Pilnīgs un neatgriezenisks muskuļu funkcijas zudums kādā no divām ekstremitātēm traumas vai muguras vai galvas smadzeņu slimības rezultātā. Ekstremitāte tiek definēta kā visa roka vai visa kāja. Paralīzei jāilgst vairāk nekā 3 mēnešus, un tā jāapstiprina konsultantam – neirologam un jāapliecina ar klīniskajām un diagnostiskajām atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- paškaitējuma vai psiholoģisku traucējumu izraisīta paralīze;
- Gijēna-Barē sindroms;
- periodiska vai iedzimta paralīze.

5.1.7 Pilnīgs redzes zudums

Neatgriezenisks.

Pilnīgs redzes zudums abās acīs slimības vai traumas rezultātā, ko nav iespējams koriģēt ar refrakcijas korekcijas pasākumiem, zālēm vai operāciju. Par pilnīgu redzes zudumu liecina redzes asums 3/60 vai mazāks (0,05 vai mazāks decimāldaļskaitļa veidā) labākajā acī pēc vislabākās korekcijas vai redzes lauks mazāks par 10° diametrā labākajā acī pēc vislabākās korekcijas. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – oftalmologam.

5.1.8 Izkaisītā skleroze

Ar nepārtrauktiem simptomiem. Noteikta izkaisītās sklerozes diagnoze, kuru ir apstiprinājis konsultants – neirologs un kura atbilst visiem zemāk uzskaitītajiem kritērijiem:

- esoši motorās vai jušanas funkcijas klīniski traucējumi, kuriem ir jābūt nepārtrauktiem vismaz 6 mēnešus;
- veicot magnētiskās rezonanses izmeklēšanu (MRI), jābūt konstatētiem vismaz diviem izkaisītajai sklerozei raksturīgiem un ar galvas vai muguras smadzeņu demielinizāciju saistītiem bojājumiem.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- iespējama izkaisītā skleroze un neiroloģiski vai radioloģiski izolēti sindromi, kas liecina par izkaisīto sklerozi, bet neapstiprina tās diagnozi;
- izolēts redzes nerva neirīts un optisks neiromielīts.

5.1.9 Liela orgānu vai kaulu smadzeņu transplantācijas operācija

Pacientam tiek veikta viena vai vairāku turpinājumā minēto orgānu allotransplantācija vai izotransplantācija:

- sirds;
- niere;
- aknas (arī aknu daļas transplantācija vai aknu transplantācija no dzīva donora);

- plaušas (arī plaušu daivas transplantācija no dzīva donora vai vienas plaušas transplantācija);

- kaulu smadzenes (allogēna asinsrades cilmes šūnu transplantācija, pirms kuras veic pilnīgu kaulu smadzeņu ablāciju);

- tievā zarna;
- aizkuņģa dziedzeris.

Šīs definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par daļēju vai pilnīgu sejas, plaukstas, rokas un kājas transplantāciju (salikta audu allotransplantācija). Stāvoklim, kura dēļ jāveic transplantācija, jābūt tādām, kuru saskaņā ar speciālista vērtējumu nevar ārstēt ar citiem līdzekļiem.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- citu orgānu, ķermeņa daļu vai audu transplantācija (ietverot radzeni un ādu);
- citu šūnu transplantācija (arī saliņu šūnas un citas, nevis asinsrades cilmes šūnas).

5.1.10 Sirds vārstuļa operācija

Ieskaitot minimāli invazīvas un caur katetru veiktas procedūras. Operācija viena vai vairāku bojātu sirds vārstuļu nomaiņai vai labošanai. Operācijas medicīniskā nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – kardiologam vai kardiķirurgam un jāapliecina ar ehokardiogrāfijas vai sirds katetrizācijas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par šādām procedūrām:

- sirds vārstuļa nomaiņa vai labošana, veicot pilnīgu sternotomiju (vertikālu krūškaula pārdalīšanu), daļēju sternotomiju vai torakotomiju;
- Rosa procedūra;
- valvuloplastija, izmantojot katetru;
- transkatetrāla aortālā vārstuļa implantācija (TAVI).

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- transkatetrāla mitrālā vārstuļa skavošana.

5.1.11 Aortas operācija

Ieskaitot minimāli invazīvas procedūras. Sirds operācija, lai ārstētu aortas sašaurināšanos, nosprostošanos, aneirismu vai atslāpošanos. Šīs definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par minimāli invazīvām procedūrām, piemēram, endovaskulāru labošanu. Operācijas medicīniskā nepieciešamība jānosaka konsultantam – ķirurgam un jāapliecina ar attēlagnostikas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- krūšu vai vēdera aortas zaru operācija (ietverot aortofemorālus vai aortoiliakālus šuntus);
- aortas operācija saistībā ar iedzimtiem saistaudu bojājumiem (piemēram, Marfāna sindromu, Ēlera-Danlosa sindromu);
- operācija pēc traumatiska aortas bojājuma.

5.1.12 Alzheimerā slimība (pirms 65 gadu vecuma)

Nepieciešama nemitīga uzraudzība. Pierādīta Alzheimerā slimības diagnoze, kuru apstiprina visi turpinājumā uzskaitītie faktori:

- intelektuālo spēju zudums, ieskaitot atmiņas un rīcībspējas traucējumus (rīcības pēctecība, organizēšana, rezumēšana un plānošana), kā rezultātā ievērojami krītas garīgās un sociālās funkcionēšanas spēja;
- personības izmaiņas;
- pakāpenisks kognitīvo funkciju traucējumu sākums un traucējumu attīstība;
- nav apziņas traucējumu;
- raksturīgas neiropsiholoģiskas un neuroattēlveidošanas diagnostikas atradnes (piemēram, DT).

Slimības gadījumā jābūt nepieciešamai nemitīgai (24 stundu) uzraudzībai [pirms 65 gadu vecuma]. Diagnoze un uzraudzības nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – neirologam.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- citas demences formas, kuras radušās smadzeņu vai sistēmisko traucējumu vai psihiatrisko stāvokļu dēļ.

5.1.13 Labdabīgs smadzeņu audzējs

Pierādīta labdabīga galvas smadzeņu audzēja diagnoze, kas ir definēta kā labdabīga galvaskausa velvē esošo audu augšana, kas skar tikai galvas smadzenes, galvas smadzeņu mīkstos apvalkus vai kraniālos nervus. Audzēja ārstēšanai jāizmanto vismaz viena no šīm metodēm:

- pilnīga vai daļēja izoperēšana;
- stereotaktiska radioķirurģija;
- arēja apstarošana.

Ja medicīnisku iemeslu dēļ nav iespējams izmantot nevienu no šiem ārstēšanas veidiem, audzējam jāizraisa pastāvīgi neiroloģiski traucējumi, kuriem jābūt dokumentētiem vismaz trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – neirologam vai neiroķirurgam un jāapliecina ar attēlagnostikas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- cistas, granulomas, hamartomas vai galvas smadzeņu artēriju vai vēnu malformācijas diagnostika vai ārstēšana;
- hipofīzes audzēji.

5.1.14 Kurlums

Pastāvīgs un neatgriezenisks. Apstiprināts pastāvīgs un neatgriezenisks dzirdes zudums abās ausīs slimības vai traumas rezultātā. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – ORL speciālistam un jāapliecina ar datiem, kas norāda, ka vidējais dzirdes sliekšnis labākajā ausī ir lielāks par 90 db pie 500, 1 000 un 2 000 herciem, izmantojot tīra toņa audiogrammu.

5.1.15 Runas spēju zudums

Pastāvīgs un neatgriezenisks. Apstiprināts pilnīgs un neatgriezenisks runas spēju zudums balss saišu fiziskas traumas vai slimības rezultātā. Traucējumam jābūt nepārtrauktam vismaz 6 mēnešus. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – ORL speciālistam.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- runas spēju zudums psihisku traucējumu rezultātā.

5.1.16 Trešās pakāpes apdegumi

Trešās pakāpes apdegumi, kas aptver 20% ķermeņa virsmas laukuma. Apdegumi, kas izraisa ādas bojājumu visā tās biežumā līdz pat zemādas audiem (trešās pakāpes apdegumi) un skar vismaz 20% ķermeņa virsmas laukuma, vērtējot saskaņā ar "Deviņu likumu" vai "Lunda un Braudera shēmu". Diagnoze jāapstiprina speciālistam.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- trešās pakāpes apdegumi paša radīta ievainojuma rezultātā;
- jebkuri pirmās vai otrās pakāpes apdegumi.

5.1.17 Idiopātiskā Parkinsona slimība (pirms 65 gadu vecuma)

Rezultējas pastāvīgā fizisko spēju zudumā. Noteikta primārās ideopātiskās Parkinsona slimības diagnoze, kuru apstiprina vismaz divas no turpinājumā uzskaitītajām klīniskajām izpausmēm:

- muskuļu frigiditāte;
- tremors;

- bradikinēzija (patoloģisks kustību lēnums, fizisko un garīgo atbildes reakciju lēnums).

Idiopātiskajai Parkinsona slimībai (pirms 65 gadu vecuma) jārezultējas nespējā patstāvīgi veikt vismaz 3 no 6 ikdienas aktivitātēm nemitīgi vismaz 3 mēnešus ilgā laikposmā par spīti adekvātai ārstēšanai ar medikamentiem.

Ikdienas aktivitātes ir šādas:

- mazgāšanās – spēja mazgāties vannā vai dušā (kas ietver iekļūšanu vannā vai dušā un izkļūšanu no tās) vai mazgāšanās apmierinošā veidā ar citiem līdzekļiem;

- apģērbšanās un noģērbšanās – spēja uzvilkt, novilkt, aiztaisīt un attaisīt visus apģērba gabalus un, ja nepieciešams, stiprinājumus, mākslīgās ekstremitātes vai citas ķirurģiskas palīgierīces;

- ēšana – spēja paēst, ja ēdiens ir pagatavots un pasniegts;

- personīgās higiēnas uzturēšana – spēja uzturēt apmierinošu personīgās higiēnas līmeni, apmeklējot tualeti vai citādā veidā kontrolējot vēdera izeju un urināciju;

- pārvietošanās starp telpām – spēja nokļūt no vienas telpas otrā pa līdzenu grīdu;

- iekāpšana gultā un izkāpšana no tās – spēja izkāpt no gultas un apsēsties uz stāvus novietota krēsla vai ratīnkrēslā, un nokļūt atpakaļ gultā.

Diagnoze jāapstiprina konsultantam – neirologam.

Neatkarīgi no ikdienas aktivitātēm šīs definīcijas ietvaros apdrošināšana tiek izmaksāta par neirostimulatora ievietošanu, lai kontrolētu simptomus, dziļi stimulējot galvas smadzenes. Ievietošanas medicīniskā nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – neirologam vai neiroķirurgam.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- sekundārais parkinsonisms (ieskaitot medikamentu vai toksīnu izraisītu parkinsonismu);

- izteikts tremors;

- parkinsonisms, kas saistīts ar citiem neirodeģeneratīviem traucējumiem.

5.2 Ja apdrošināšanas gadījums nav iestājies līdz apdrošināšanas līguma beigu termiņam, apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta. Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta, ja apdrošinātais mirst 1 (viena) viena mēneša laikā pēc smagas saslimšanas diagnosticēšanas, un nāves cēlonis ir smaga saslimšana.

6. Apdrošināšanas atlīdzības apmērs

6.1 Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta apdrošinājuma summas apmērā, kas norādīta apdrošināšanas polisē vai tās pielikumos.

7. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas ierobežojumi

7.1 Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja apdrošinātā veselības traucējumu cēlonis ir:

- apzināta sava veselības stāvokļa pasliktināšana vai sevis pašsākropļošana;

- piedalīšanās karadarbībā, valsts iekšējos nemieros;

- dienests jebkāda veida militāros formējumos;

- dalība Nacionālo bruņoto spēku organizētās darbībās, tai skaitā miera uzturēšanas misijās;

- krimināli sodāma rīcība, izņemot, ja apdrošinātais ir atzīts par cietušo;

- radioaktīvais starojums, izņemot, ja apstarošana veikta ārstēšanas nolūkā, kuru nozīmējis ir ārsts vai tā notiek ārsta uzraudzībā;

- alkohola, narkotiku un citu apreibinošu vielu lietošana vai medikamentu ļaunprātīga lietošana;

- HIV infekcija (pozitīvs AIDS tests).

8. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība

8.1 Pieprasot apdrošināšanas atlīdzību, jāiesniedz sekojoši dokumenti, kuru sagatavošanas un saņemšanas izdevumus apmaksā atlīdzības pieprasītājs:

- atlīdzības pieteikums smagu saslimšanu apdrošināšanā;

- izziņas no ārstiem, kas ārstē vai ir ārstējuši vai izmeklējuši apdrošināto par slimības cēloni, tās sākumu, veidu un ilgumu.

Šādā izziņā ir jābūt norādītai diagnozei, kas apstiprināta ar klīniskiem, radioloģiskiem, histoloģiskiem vai laboratoriskiem izmeklējumiem.

8.2 Apdrošinātājs var pieprasīt veikt apdrošinātā papildus veselības pārbaudes, kā arī pieprasīt papildus izziņas vai skaidrojumus. Šo dokumentu sagatavošanas un saņemšanas izdevumus sedz apdrošinātājs.

8.3 Apdrošinātājs ir tiesīgs pārbaudīt apdrošinātā sniegtās ziņas par tā veselības stāvokli pie ārstiem, slimnīcās vai citās ārstniecības iestādēs, kurās apdrošinātais ir aprūpēts vai ārstēts.

8.4 Lēmumu par apdrošināšanas atlīdzību izmaksu apdrošinātājs pieņem 30 dienu laikā no brīža, kad ir saņemis visus lēmuma pieņemšanai nepieciešamos dokumentus.

9. Citi noteikumi

9.1 Šie noteikumi ir piemērojami kopā ar Dzīvības apdrošināšanas vispārīgajiem noteikumiem. Jautājumi, kuri nav atrunāti šajos noteikumos, tiek risināti, piemērojot Latvijas Republikas normatīvos aktus.

9.2 Visi strīdi apdrošināšanas līguma sakarā tiek risināti sarunu ceļā. Apdrošinātajam ir tiesības vērsties ar sūdzību Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombudā, ja šāda strīda izskatīšanu paredz tā reglaments. Ja vienošanās netiek panākta vai puses neapmierina ombuda lēmums, strīds tiek nodots Latvijas Republikas tiesas izšķiršanai Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

9.3 Apdrošinājuma ņēmēja un apdrošinātā iesniegumus, kas iesniegti rakstiski, apdrošinātājs izskata un sniedz atbildi 30 (trīsdesmit) dienu laikā no to saņemšanas dienas.

Šie Noteikumi ir apstiprināti ar Apdrošinātāja 2015. gada 18. jūnija rīkojumu un ir Apdrošināšanas līguma (polises) neatņemama sastāvdaļa, un stājas spēkā ar Apdrošināšanas līguma noslēgšanas dienu.