

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle

## ERGO kritisko saslimšanu apdrošināšanas noteikumi bērniem Nr. SKB-01-2022



## SATURA RĀDĪTĀJS:

1.	Apdrošināšanas objekts	2
2.	Apdrošinātā persona	2
3.	Apdrošināšanas gadījums	2
4.	Gadījumi, kas netiek apdrošināti, un personas, kuras nav apdrošināmas	2
5.	Apdrošinājuma summa	3
6.	Kritisko slimību saraksts un diagnosticēšanas kritēriji	3
7.	Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība	6
8.	Apdrošināšanas līguma grozījumi	7

Šie ERGO KRITISKO SASLIMŠANU APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI BĒRNIEM NR. SKB-01-2022 tiek piemēroti kopā ar ERGO vispārīgajiem apdrošināšanas noteikumiem.

## 1. Apdrošināšanas objekts

- 1.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā veselība, kas saistīta ar kritisko saslimšanu.
- 1.2. Kritisko saslimšanu saraksts ir pieejams šo noteikumu 6. punktā. Apdrošināšanas polisē ir norāde, kurš kritisko saslimšanu Apdrošināšanas variants attiecas uz Apdrošināto un uz kādu Apdrošināšanas periodu ir spēkā Apdrošināšanas segums.

## 2. Apdrošinātā persona

- 2.1. Apdrošinātā persona ir Apdrošināšanas līgumā norādītā persona no 2 līdz 17 gadu vecumam (ieskaitot), ja vien Apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.

## 3. Apdrošināšanas gadījums

- 3.1. Apdrošināšanas gadījums ir Apdrošinātā kritiskā saslimšana, kas diagnosticēta un apstiprināta apdrošināšanas darbības laikā un atbilst kritisko saslimšanu sarakstam, kurš norādīts Apdrošināšanas līgumā un šo noteikumu 6. punktā, un kritērijiem šo slimību diagnosticēšanai.

## 4. Gadījumi, kas netiek apdrošināti, un personas, kuras nav apdrošināmas

- 4.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta, ja:
  - a) diagnoze neatbilst visiem kritiskās saslimšanas diagnosticēšanas kritērijiem, kas ir norādīti šo noteikumu 6. punktā;
  - b) kritiskā saslimšana diagnosticēta pirmajās 90 dienās no kritisko saslimšanu apdrošināšanas sākuma datuma, kas ir norādīts Apdrošināšanas polisē;
  - c) kritiskā saslimšana parādījās kodolenerģijas seku dēļ (izņemot radioterapijas sekas);
  - d) kritisko saslimšanu izraisīja Apdrošinātā trauma, kas saistīta ar Apdrošinātā apzinātu, tīšu sava veselības stāvokļa pasliktināšanu vai sevis pašsakarpošanu, vai viņam mēģinot izdarīt pašnāvību;
  - e) kritisko saslimšanu izraisīja Apdrošinātā trauma, kas saistīta ar Apdrošinājuma ņēmēja vai Labuma guvēja apzinātām, tīšām darbībām (rīcībām, kas veiktas tieši vai netieši) Apdrošinātā veselības stāvokļa pasliktināšanai vai sakropļojumam;
  - f) kritiskās saslimšanas cēlonis ir Apdrošinātā iesaistīšanās noziedzīgā nodarījumā vai gatavojoties to veikt, vai no citām darbībām, kas ir pretrunā tiesību aktiem;
  - g) kritiskā saslimšana radās militāru darbību, karastāvokļa vai kritiska stāvokļa ieviešanas, iekšēju nemieru, sacelšanās, dumpju, darbinieku streiku, lokautu, apcietinājumu un aizturēšanas rezultātā, ko radījušas valsts iestādes un amatpersonas, militārais dienests vai piedalīšanās miera uzturēšanas misijā;
  - h) kritiskā saslimšana radās alkohola, narkotiku, toksisko, psihotropo vai citu psihoaktīvo vielu vai zāļu lietošanas intoksikācijas rezultātā, kuras nebija izrakstījis ārsts;
  - i) kritiskā saslimšana radās pēc Apdrošinātā iesaistīšanās bīstamos sporta veidos vai aktīvā atpūtā: ekstrēmie sporta veidi, cīņas sports, aviācijas sporta veidi gaisā (tajā skaitā lēcieni ar izpletņiem, planēšana, gaisa baloni, mazi lidaparāti, lidojumi ar paraplānu u.c.), niršana dziļāk par 40 m un citas ekstrēmas niršanas, alpīnisms, kalnos kāpšana, ārpustašu slēpošana, snovbords, bobslejs, auto un motociklu sacīkstes (tajā skaitā ātrumsacīkstes, ūdensmotospors), gumijlēkšana, lidošana ar deltaplānu u.c., ja vien Apdrošināšanas līgumā puses nav vienojušās citādi;
  - j) Apdrošinātajam diagnosticēts jebkurš audzējs, ja Apdrošinātais ir inficēts ar HIV un/vai ir diagnosticēts AIDS;
  - k) Apdrošinātajam diagnosticēts iedzimts defekts;
  - l) ja Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas nogaidīšanas periodā, kas ir 90 dienas no Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās brīža, iestājas Apdrošinātās personas nāve, šie saslimšanas gadījumi netiek uzskatīti par Apdrošināšanas gadījumu. Šis punkts attiecas uz 6.2.2.–6.2.14. punktā minētajām kritiskajām slimībām.
- 4.2. Šādas personas nav apdrošināmas ar kritisko saslimšanu apdrošināšanu:
  - personas, kas slimo vai slimoja ar šajos noteikumos 6. punktā minētajām kritiskām saslimšanām;
  - personas, kas ir inficētas ar HIV un/vai kam ir diagnosticēts AIDS;

- personas, kas slimo ar aterosklerozi, cukura diabētu, hroniski smagām asins, aknu, nieru vai plaušu slimībām;
- personas ar garīgās veselības traucējumiem un personas ar hroniski smagiem nervu sistēmas traucējumiem;
- personas, kas izmanto apdullinošas, toksiskas, narkotiskas, psihotropas vielas, prekursorus vai zāles bez medicīniskām indikācijām un ārsta norādījuma;
- personas, kas apmeklē speciālās izglītības iestādes<sup>1</sup>, vai tie, kas izcieš sodu ieslodzījuma vietā, un personas, kas pakļautas piespiedu medicīniskajai palīdzībai.

<sup>1</sup>Speciālās izglītības iestādes

Iestādes, kas piedāvā speciālo izglītības programmu izglītojamiem ar redzes traucējumiem, dzirdes traucējumiem, garīgās veselības traucējumiem, garīgās attīstības traucējumiem, smagiem garīgās attīstības traucējumiem vai vairākiem smagiem attīstības traucējumiem un jauktiem attīstības traucējumiem.

## 5. Apdrošinājuma summa

- 5.1. Kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summām, par kurām Līgumslēdzējas puses vienojušās Apdrošināšanas līgumā, jābūt norādītām Apdrošināšanas polisē.
- 5.2. Paziņojot par Apdrošinātā kritisko saslimšanu kā Apdrošināšanas gadījumu, šai personai jāizmaksā kritiskās saslimšanas Apdrošinājuma summa. Apdrošinājuma summa saskaņā ar katras Apdrošinātās personas apdrošināšanu ir jāizmaksā tikai vienreiz neatkarīgi no kritisko saslimšanu skaita un to atkārtotības. Saskaņā ar Apdrošinātāja atzinumu par Apdrošinātā kritisko saslimšanu šīs personas kritisko saslimšanu apdrošināšana beidzas.
- 5.3. Šo noteikumu 5.2. punkts ir spēkā, izņemot Apdrošināšanas gadījumu sakarā ar 6.2.1. punktā minēto kritisko saslimšanu.

## 6. Kritisko slimību saraksts un diagnosticēšanas kritēriji

- 6.1. Bērnu kritisko slimību saraksts:
  - vēzis;
  - ekstremitāšu funkciju zaudēšana;
  - pilnīgs redzes zudums;
  - orgānu vai kaulu smadzeņu transplantācijas operācija;
  - kurlums;
  - smaga galvas trauma;
  - termināla nieru slimība;
  - labdabīgs galvas smadzeņu audzējs;
  - koma;
  - akūts virālais encefalīts;
  - ekstremitāšu zudums;
  - bakteriālais meningīts;
  - insulīnatkarīgs diabēts (1. tips);
  - smags astmas paasinājums.
- 6.2. Kritisko slimību definīcijas un to diagnosticēšanas kritēriji

### 6.2.1. **Vēzis**

Apdrošināšanas nosacījumi ir saskaņā ar “ERGO vēža apdrošināšanas noteikumiem”.

### 6.2.2. **Ekstremitāšu funkciju zaudēšana**

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 jāaplicina ar klīniskajām un diagnostiskajām atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

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

### 6.2.3. **Pilnīgs redzes zudums**

Pilnīgs un neatgriezenisks 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, kas mazāks par 10° diametrā labākajā acī pēc vislabākās korekcijas. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – oftalmologam.

### 6.2.4. **Orgānu vai kaulu smadzeņu transplantācijas operācija**

Pacientam tiek veikta viena vai vairāku 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 kaulu smadzeņu pilnīgu 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).

### 6.2.5. **Kurlums**

Apstiprināts pastāvīgs un neatgriezenisks dzirdes zudums abās ausīs slimības vai traumas rezultātā. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – ORL speciālistam – un jāaplicina ar datiem, kas norāda, ka vidējais dzirdes sliekšnis labākajā ausī ir lielāks par 90 db pie 500, 1000 un 2000 herciem, izmantojot tīra toņa audiogrammu.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- jebkāda veida kurlums, kas ir iedzimts vai pārmantots, tajā skaitā grūtniecības laikā infekcijas dēļ iegūts kurlums.

### 6.2.6. **Smaga galvas trauma**

Noteikta smadzeņu funkciju traucējumu diagnoze, kas ir galvas traumas rezultāts. Galvas traumas rezultātā jābūt noteiktām 3–5 ballēm pēc Glāzgova komas skalas bērniem un:

- pastāvīgs neiroloģisks deficīts<sup>2</sup>, kas dokumentēts vismaz 3 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma (attiecas uz jebkuru vecumu);
- pilnīgs motorās, kognitīvās un valodas attīstības pārtraukums vismaz 12 mēnešus (attiecas tikai uz vecumu līdz 6 gadiem).

Diagnoze un neiroloģiskais deficīts bez pamatotas iespējas izvesēties ir jāapstiprina ārstam – speciālistam – un jāpamato ar radioloģisko izmeklējumu rezultātiem (DT vai smadzeņu MRI). Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- jebkāda nopietna galvas trauma, kas radusies vardarbības vai uzbrukuma bērnam dēļ;
- jebkāda nopietna galvas trauma, kas iegūta paškaitējuma, alkohola vai narkotiku lietošanas rezultātā.

### 6.2.7. **Termināla nieru slimība**

Hroniska un neatgriezeniska abu nieru mazspēja, kā rezultātā tiek sākota regulāra hemodialīze vai peritoneālā dialīze vai tiek veikta nieru transplantācija. Dialīzei jābūt medicīniski nepieciešamai, un tās nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – nefrologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- akūta atgriezeniska nieru mazspēja ar pagaidu nieru dialīzi;
- hroniska nieru slimība (nieru mazspēja) iedzimtu nieru un/vai iedzimtu urīnceļu patoloģiju dēļ;
- hroniska nieru slimība (nieru mazspēja) nieru perfūzijas traucējumu dēļ perinatālajā periodā.

### 6.2.8. **Labdabīgs galvas smadzeņu audzējs**

Pierādīta labdabīga galvas smadzeņu audzēja diagnoze, kura 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;
- stereotaktiskā radioķirurģija;
- ārēja 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 attēldiagnostikas 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;
- iedzimti audzēji.

#### 6.2.9. **Koma**

Noteikta bezsamaņas stāvokļa diagnoze bez reakcijas vai atbildes uz ārējiem stimuliem vai iekšējām vajadzībām:

- 8 vai mazāk pēc Glāzgovas komas skalas vismaz 96 stundas;
- ir jāizmanto dzīvības uzturēšanas sistēmas;
- rezultējas pastāvīgā neiroloģiskā deficītā<sup>2</sup>, kas ir jānovērtē vismaz 30 dienas pēc komas iestāšanās.

Diagnoze jāapstiprina neirologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- medicīniski inducēta koma;
- koma, kas radusies pēc paškaitējuma, alkohola vai narkotisko vielu lietošanas;
- jebkura koma vardarbības vai uzbrukuma bērnām dēļ;
- jebkura koma dzemdību komplikāciju vai iedzimtu patoloģiju dēļ.

#### 6.2.10. **Akūts virālais encefalīts**

Noteikta akūta virālā encefalīta diagnoze, kura rezultējas pastāvīgā neiroloģiskā deficītā<sup>2</sup>, kas ir dokumentēts vismaz trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma.

- Pilnīgs motorās, kognitīvās un valodas attīstības pārtraukums vismaz 12 mēnešus (attiecas tikai uz vecumu līdz 6 gadiem).

Diagnoze jāapstiprina ārstam – neirologam – un jāpamato ar tipiskiem klīniskajiem simptomiem un cerebrospinālā šķidruma vai smadzeņu biopsijas analizēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- encefalīts, kas koeksistē ar HIV;
- bakteriālu vai protozoālu infekciju izraisīts encefalīts;
- mialģisks vai paraneoplastisks encefalomiēlīts.

#### 6.2.11. **Ekstremitāšu zudums**

Divu vai vairāku ekstremitāšu pilnīgs zudums plaukstu vai potītes locītavas līmenī vai virs tās nelaiemes gadījuma vai medicīniski nepieciešamas amputācijas rezultātā. Diagnoze jāapstiprina ārstam – speciālistam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- ekstremitāšu zaudējums paškaitējuma rezultātā.

#### 6.2.12. **Bakteriālais meningīts**

Noteikta bakteriālā meningīta diagnoze, kura rezultējas:

- pastāvīgā neiroloģiskā deficītā<sup>2</sup>, kas ir dokumentēts vismaz trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma;
- pilnīgs motorās, kognitīvās un valodas attīstības pārtraukums vismaz 12 mēnešus (attiecas tikai uz vecumu līdz 6 gadiem).

Diagnoze jāapstiprina ārstam – neirologam – un jāpamato ar patogēnu baktēriju augšanu no cerebrospinālā šķidruma uzsējuma.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- aseptisks, virāls, parazitisks vai neinfekciozs meningīts.

#### 6.2.13. **Insulīnkarīgs diabēts (1. tips)**

Noteikta 1. tipa cukura diabēta diagnoze, kurai raksturīga aizkuņģa dziedzera nespēja saražot pietiekami daudz insulīna, tādējādi visa mūža garumā ir nepieciešamība pēc eksogēna insulīna.

Diagnoze jāapstiprina speciālistam un jāpamato ar tipiskām klīniskajām izpausmēm un laboratoriskajiem izmeklējumiem.

Laboratoriskajos izmeklējumos jāpierāda vismaz viena no šīm pazīmēm:

- pankreātiskās autoantiviēlas;
- tāds insulīna un C-peptīda līmenis, kas nepieciešams 1. tipa cukura diabēta diagnozes noteikšanai.



Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- eksokrīnās sistēmas patoloģijas (piemēram, cistiskā fibroze, iedzimta hemohromatoze, hronisks pankreatīts);
- citi endokrīni glikozes regulācijas traucējumi (piemēram, Kušinga sindroms);
- medikamentu izraisīts diabēts;
- 2. tipa cukura diabēts.

#### 6.2.14. **Smags astmas paasinājums**

Diagnosticēta akūta smagas astmas paasinājuma epizode, kuras rezultātā pēdējo 12 mēnešu laikā pacients uzņemts stacionārā vismaz divas reizes, un par to liecina plaušu indeksa rādītājs (PIS)  $\geq 12$  vai līdzvērtīgs alternatīvs rādītājs.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- gastroezofageālā refluksa slimība (GERS);
- medikamentu izraisīta astma;
- astma kā respiratoriskas infekcijas komplikācija.

- 6.3. Ja Apdrošināšanas gadījums nav iestājies līdz Apdrošināšanas līguma termiņa beigām, Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.
- 6.4. Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta, ja Apdrošinātais mirst 30 dienu laikā pēc kritiskas saslimšanas diagnosticēšanas un nāves cēlonis ir šo noteikumu 6. punktā minētā kritiskā saslimšana.
- 6.5. Šo noteikumu 6.4. punkts ir spēkā, izņemot Apdrošināšanas gadījumu sakarā ar 6.2.1. punktā minēto kritisko saslimšanu.

<sup>2</sup>Neiroloģisks deficīts

Nervu sistēmas disfunkcijas simptomi, kas ir konstatēti klīniskās izmeklēšanas laikā. Iekļautie simptomi ir nejutīgums, hiperestēzija (paaugstināta ādas jutība), paralīze, lokalizēts vājums, dizartrijs (runas grūtības), afāzija (nespēja runāt), disfāģija (apgrūtināta rīšana), redzes traucējumi, grūtības staigāt, koordinācijas trūkums, trīce, krampji, letarģija, demence, delīrijs un koma.

Iepriekš minētā definīcija neattiecas uz:

- CT, MR vai citos attēldiagnostiskos izmeklējumos konstatētu anomāliju bez noteiktiem saistītiem klīniskajiem simptomiem;
- neiroloģiskām pazīmēm, kas rodas bez simptomātiskām novirzēm, piemēram, paātrināts reflekss bez citiem simptomiem;
- psiholoģiskas vai psihiatriskas izcelsmes simptomiem.

## 7. Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība

- 7.1. Apdrošinātājs ir rakstiski jāinformē par kritisko saslimšanu 30 dienu laikā no dienas, kad tā diagnosticēta.
- 7.2. Pieprasot Apdrošināšanas atlīdzību, jāiesniedz šādi dokumenti, kuru sagatavošanas un saņemšanas izdevumus apmaksā atlīdzības pieprasītājs:
  - atlīdzības pieteikums kritisku saslimšanu apdrošināšanā;
  - izziņa(-as) no ārstiem, kas ārstē vai ir ārstējuši, izmeklējuši Apdrošināto par slimības cēloni, tās sākumu, veidu un ilgumu. Izziņā ir jābūt norādītai diagnozei, kuru apstiprina klīniskie, radioloģiskie, histoloģiskie vai laboratoriskie izmeklējumi.
- 7.3. Lai noteiktu, vai ir iestājies Apdrošināšanas gadījums, Apdrošinātājs var pieprasīt iesniegt papildu dokumentāciju Apdrošināšanas gadījuma apstākļu precizēšanai. Visus izdevumus, kas saistīti ar iesniedzamo dokumentu sagatavošanu un saņemšanu, apmaksā Apdrošināšanas atlīdzības pieprasītājs.
- 7.4. Apdrošinātājs ir tiesīgs pārbaudīt Apdrošinātā sniegtās ziņas par tā veselības stāvokli pie ārstiem, slimnīcās vai citās ārstniecības iestādēs, kurās Apdrošinātais ir aprūpēts vai ārstēts.
- 7.5. Apdrošinātājam ir tiesības neatzīt Apdrošināšanas gadījumu tik ilgi, kamēr Apdrošinājuma ņēmējs, Apdrošinātais vai cita persona, kas vēlas saņemt Apdrošināšanas atlīdzību, tieši vai nolaidības dēļ nav iesniedzis Apdrošinātājam pieprasītos dokumentus.
- 7.6. Ja kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summa tika palielināta, diagnosticējot Apdrošinātajam kritisko slimību 90 dienu laikā no Apdrošinājuma summas palielināšanas dienas, kritisko saslimšanu Apdrošināšanas atlīdzībai ir jābūt kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summas nodrošinājumam, kas norādīts līdz palielinājumam. Šo noteikumu 6.2.1. punktā minētās kritiskās saslimšanas gadījumā Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta saskaņā ar "ERGO vēža apdrošināšanas noteikumiem".
- 7.7. Kritisko saslimšanu Apdrošināšanas gadījumā Apdrošinātājam jāizmaksā Apdrošināšanas atlīdzība Apdrošinātajam, ja vien Apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.

- 7.8. Apdrošinātājam ir tiesības samazināt vai neizmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas, kā arī veicot izmaiņas Apdrošinājuma segumā polises darbības laikā Apdrošinātais sniedzis nepilnīgu vai nepatiesu informāciju par savu veselības stāvokli.
- 7.9. Ja Apdrošināšanas atlīdzības saņēmējs (Apdrošinātais) ir miris pēc Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, tad mirušā mantiniekiem ir tiesības pieteikt atlīdzības gadījumu Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai.

## **8. Apdrošināšanas līguma grozījumi**

- 8.1. Ņemot vērā medicīnas zinātnes attīstību un izmaiņas saslimstībā, Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji mainīt kritisko saslimšanu definīcijas un/vai diagnosticējošos kritērijus. Apdrošinātājam ir tiesības grozīt kritiskās saslimšanas apdrošināšanas noteikumus, brīdinot Apdrošinājuma ņēmēju ne vēlāk kā 30 dienas pirms plānotā apdrošināšanas noteikumu izmaiņu datuma. Ja Apdrošinājuma ņēmējs nepiekrīt šiem apdrošināšanas noteikumu grozījumiem, kritisko saslimšanu apdrošināšana tiek izbeigta no plānotā apdrošināšanas noteikumu izmaiņu datuma.