

ERGO Kritisko saslimšanu apdrošināšanas noteikumi Nr. NGK 09-2019

1. Lietotie termini

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

Apdrošināšanas teritorija un laiks – 24 h diennaktī visā pasaulē.

Nogaidīšanas periods – 90 dienu periods no Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās brīža, kurā apdrošināšanas aizsardzība kritisko saslimšanu riskam nav spēkā. Ja laikā no Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās brīža līdz nogaidīšanas perioda beigām tiek diagnosticēta kritiskā saslimšana, apdrošināšanas aizsardzība nav spēkā un Apdrošinātajam nav tiesību uz Apdrošināšanas atlīdzību.

2. Apdrošināšanas spēkā esamība

2.1. Apdrošināšanas līguma parakstīšana apliecina, ka Apdrošinātais un Apdrošinājumaņēmējs, paužot savu gribu, panākuši vienošanos, saskaņā ar kuru Apdrošinājumaņēmējs uzņemies saistības maksāt apdrošināšanas prēmiju līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt šajos noteikumos atrunātās saistības, savukārt Apdrošinātais 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 noteiktajam datumam. Apdrošināšanas līgumā var paredzēt citu Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās kārtību.

3. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas gadījumi

3.1. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam:

3.1.1. Sirds infarkts (miokarda infarkts)

3.1.1.1. Miokarda infarkts ir sirds audu bojāeja ilgstoša asinsrites nosprostojuma 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.

3.1.1.2. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – kardiologam.

3.1.1.3. Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- 3.1.1.3.1. akūts koronārs sindroms (stabila vai nestabila stenokardija);
- 3.1.1.3.2. troponīna līmeņa paaugstināšanās bez atklātām išēmiskas sirds slimības izpausmēm (piemēram, miokardīts, stresa izraisīta kardiomiopātija, sirds kontūzija, plaušu embolija, zāļu toksicitāte);
- 3.1.1.3.3. miokarda infarkts normālu koronāro artēriju gadījumā vai koronāru vazospazmu dēļ, miokarda tiltiņš vai ļaunprātīga zāļu lietošana;
- 3.1.1.3.4. miokarda infarkts 14 (četrpadsmit) dienu laikā pēc koronārās angioplastijas vai šuntēšanas operācijas.

3.1.2. Aortokoronārā šuntēšanas operācija

3.1.2.2. Operācijas medicīniskā nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – kardiologam vai kardiokirurgam – un jāaplicina ar koronārās angiogrāfijas atradēm.

3.1.2.3. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- 3.1.2.3.1. šuntēšanas operācija, lai ārstētu vienas koronārās artērijas sašaurinājumu vai nosprostojumu;
- 3.1.2.3.2. koronārā angioplastija, stenta ievietošana vai citas intraarteriālās ārstēšanas metodes (bez krūškurvja atvēršanas).

3.1.2.4. Tiesības uz Apdrošināšanas atlīdzību ir pēc veiksmīgas operācijas.

3.1.3. Insults

- 3.1.3.1. Galvas smadzeņu audu bojāeja akūtu cerebrovaskulāru traucējumu dēļ, ko izraisa intrakraniāla tromboze vai asiņošana (arī subarahnoidāla asiņošana), vai embolija no ekstrakraniāla avota ar:
 - 3.1.3.1.1. akūtu jaunu neiroloģisku simptomu rašanos;
 - 3.1.3.1.2. jauniem objektīviem neiroloģiskiem traucējumiem, kas konstatēti klīniskas izmeklēšanas laikā.
- 3.1.3.2. Neiroloģiskajiem traucējumiem jā saglabājas ilgāk nekā trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma.
- 3.1.3.3. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – neirologam – un jāaplicina ar attēldiagnostikas atradēm.
- 3.1.3.4. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:
 - 3.1.3.4.1. tranzitora išēmijas lēkme (TIL) un ilgstošs atgriezenisks išēmisks neiroloģisks deficīts (IAIND);
 - 3.1.3.4.2. traumatisks galvas smadzeņu audu vai asinsvadu bojājums;
 - 3.1.3.4.3. neiroloģisks deficīts vispārējas hipoksijas, infekcijas, iekaisuma slimības, migrēnas vai medicīniskas iejaukšanās dēļ;
 - 3.1.3.4.4. nejaušas attēldiagnostikas atrades (DT vai MR skenēšanā) bez pārlicinošiem klīniskiem simptomiem (bezsimptomu insults).
- 3.1.3.5. Tiesības uz Apdrošināšanas atlīdzību ir trīs mēnešus pēc ārsta apstiprinātas diagnozes.

3.1.4. Vēzis

- 3.1.4.1. Jebkurš ļaundabīgs audzējs, kura diagnoze apstiprināta histoloģiski un kuram raksturīga nekontrolēta ļaundabīgo šūnu augšana un invāzija audos.
- 3.1.4.2. Diagnoze jāapstiprina speciālistam.
- 3.1.4.3. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par leukēmiju, ļaundabīgu limfomu un mielodisplastisko sindromu, ja vien tie nav minēti kā specifiski gadījumi, kad Apdrošināšanas atlīdzība nepienākas.
- 3.1.4.4. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:
 - 3.1.4.4.1. jebkurš audzējs, kas histoloģiski klasificēts kā pirmsvēža slimība, neinvazīvs audzējs vai karcinoma in situ (arī krūts dziedzera duktāla un lobulāra karcinoma in situ un dzemdes kakla displāzija CIN-1, CIN-2 un CIN-3);
 - 3.1.4.4.2. 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;
 - 3.1.4.4.3. hroniska limfocitāze, ja vien tā nav progresējusi līdz B stadijai saskaņā ar Binē klasifikāciju;
 - 3.1.4.4.4. ādas bazālo šūnu karcinoma, plakanšūnu karcinoma un ļaundabīga melanoma IA stadijā (T1aN0M0), izņemot gadījumus, kad ir pierādījumi par metastāzēm;

- 3.1.4.4.5. papildārs vairogdziedzera vēzis mazāk par 1 centimetru diametrā, kurš histoloģiski raksturots kā T1N0M0;
- 3.1.4.4.6. papildāra urīnpūšļa mikrokarcinoma, kura histoloģiski raksturota kā Ta;
- 3.1.4.4.7. policitēmija rubra vera un esenciāla trombocitose;
- 3.1.4.4.8. nenoteiktas nozīmības monoklonāla gammopātija;
- 3.1.4.4.9. kuņģa MALT (ar gļotādām saistītie limfocīti) limfoma, ja to var ārstēt, iznīcinot helikobaktērijas;
- 3.1.4.4.10. kuņģa un zarnu trakta stromas audzējs 1. un 2. stadijā saskaņā ar NCCN vadlīnijām;
- 3.1.4.4.11. ādas limfoma, izņemot gadījumus, kad nepieciešama ārstēšana ar ķīmijterapiju vai apstarošanu;
- 3.1.4.4.12. mikroinvazīva krūts karcinoma (histoloģiski klasificēta kā T1mic), izņemot gadījumus, kad jāveic mastektomija, ķīmijterapija vai apstarošana;
- 3.1.4.4.13. mikroinvazīva dzemdes kakla karcinoma (histoloģiski klasificēta kā atbilstoša IA1 stadijai), izņemot gadījumus, kad jāveic histerektomija, ķīmijterapija vai apstarošana;
- 3.1.4.4.14. Hodžkina slimība I stadijā;
- 3.1.4.4.15. visi audzēji HIV pozitīvām personām.

3.1.5. Termināla nieru mazspēja

- 3.1.5.1. Apdrošinātajam ir dzīvībai bīstama nieru nepietiekamība, urēmija, kas izpaužas ar abu nieru hroniskiem, neatgriezeniskiem funkciju traucējumiem un ir ārstējami ar regulāru hemodialīzi vai peritoneālo dialīzi. Dialīzei jābūt medicīniski nepieciešamai, un tās nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – nefrologam.
- 3.1.5.2. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:
 - 3.1.5.2.1. akūta atgriezeniska nieru mazspēja, kad tiek veikta īslaicīga nieru dialīze.
- 3.1.5.3. Tiesības uz Apdrošināšanas atlīdzību ir ar ārsta apstiprinātām indikācijām dialīzei.

3.1.6. Ekstremitāšu zaudēšana/ekstremitāšu funkcijas zaudēšana

- 3.1.6.1. Pilnīgs un neatgriezenisks muskuļu funkcijas zudums kādā no divām vai vairāk ekstremitātēm traumas vai muguras, vai galvas smadzeņu slimības rezultātā. Par ekstremitāšu zaudēšanu uzskatāma to zaudēšana virs ceļa vai elkoņa locītavām.
- 3.1.6.2. Paralīzei jāilgst vairāk nekā 3 (trīs) mēnešus, un tā jāapstiprina konsultantam – neirologam – un jāaplicina ar klīniskajām un diagnostiskajām atradēm.
- 3.1.6.3. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:
 - 3.1.6.3.1. paškaitējuma vai psiholoģisku traucējumu izraisīta paralīze;
 - 3.1.6.3.2. Gijēna-Barē sindroms;
 - 3.1.6.3.3. periodiska vai iedzimta paralīze.

3.1.7. Redzes zaudēšana (aklums)

- 3.1.7.1. Pilnīgs redzes zudums abās acīs slimības vai traumas

rezultātā, ko nav iespējams koriģēt ar refrakcijas korekcijas pasākumiem, zālēm vai operāciju.

3.1.7.2. 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.

3.1.7.3. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – oftalmologam – ar klīniskām un instrumentālām izmeklēšanām.

3.1.8. Izkaisītā skleroze

3.1.8.1. Noteikta izkaisītās sklerozes diagnoze, kuru ir apstiprinājis konsultants – neirologs – un kura atbilst visiem tālāk minētajiem kritērijiem:

3.1.8.1.1. esoši motorās vai jušanas funkcijas klīniski traucējumi, kam ir jābūt nepārtrauktiem vismaz 6 mēnešus;

3.1.8.1.2. veicot magnētiskās rezonanses izmeklēšanu (MRI), jābūt konstatētiem vismaz diviem izkaisītajai sklerozei raksturīgiem un ar galvas vai muguras smadzeņu demielinizāciju saistītiem bojājumiem.

3.1.8.2. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

3.1.8.2.1. iespējama izkaisītā skleroze un neiroloģiski vai radioloģiski izolēti sindromi, kas liecina par izkaisīto sklerozi, bet neapstiprina tās diagnozi;

3.1.8.2.2. izolēts redzes nerva neirīts un optisks neimielīts.

3.1.9. Iekšējo orgānu transplantācijas operācija

3.1.9.1. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja Apdrošinātajam tiek veikta viena vai vairāku turpinājumā minēto orgānu allotransplantācija vai izotransplantācija:

3.1.9.1.1. sirds;

3.1.9.1.2. niere;

3.1.9.1.3. aknas (arī aknu daļas transplantācija vai aknu transplantācija no dzīva donora);

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

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

3.1.9.1.6. tievā zarna;

3.1.9.1.7. aizkuņģa dziedzeris.

3.1.9.2. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

3.1.9.2.1. citu orgānu, ķermeņa daļu vai audu transplantācija (ietverot radzeni un ādu);

3.1.9.2.2. citu šūnu transplantācija (arī saliņu šūnas un citas, nevis asinsrades cilmes šūnas).

3.1.10. Sirds vārstuļu aizstāšana

3.1.10.1. Viena vai vairāku sirds vārstuļu (aortas, mitrālā, trikuspidālā, pulmonālā) aizstāšana ar mākslīgajiem vārstuļiem sakarā ar stenozī, nepietiekamību vai abu iemeslu dēļ.

3.1.10.2. Operācijas medicīniskā nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – kardiologam vai kardiķirurgam – un

jāapliecina ar ehokardiogrāfijas vai sirds katetrizācijas atradēm.

3.1.10.3. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par šādām procedūrām:

3.1.10.3.1. sirds vārstuļa nomaiņa vai labošana, veicot pilnīgu sternotomiju (vertikālu krūškaula pārdalīšanu), daļēju sternotomiju vai torakotomiju;

3.1.10.3.2. Rosa procedūra;

3.1.10.3.3. valvuloplastija, izmantojot katetru;

3.1.10.3.4. transkatetrāla aortālā vārstuļa implantācija (TAVI).

3.1.10.4. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

3.1.10.4.1. transkatetrāla mitrālā vārstuļa skavošana;

3.1.10.4.2. vārstuļu plastikas, korekcijas vai iegriešanas operācija.

3.1.11. Aortas protezēšanas operācijas

3.1.11.1. Vēdera vai krūšu aortas daļas, kas bojāta slimības rezultātā, likvidēšana un aizstāšana ar transplantātu.

3.1.11.2. Operācijas medicīniskā nepieciešamība jānosaka konsultantam – ķirurgam – un jāapliecina ar attēldiagnostikas atradēm.

3.1.11.3. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

3.1.11.3.1. aortas zaru operācija, tās šuntēšana;

3.1.11.3.2. operācija pēc traumatiska aortas bojājuma;

3.1.11.3.3. aortas operācija saistībā ar iedzimtiem saistaudu bojājumiem.

4. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas apmērs un kārtība.

4.1. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta Apdrošinājuma summas apmērā.

4.2. Apdrošināšanas perioda laikā tiek izmaksāta tikai 1 (viens) Apdrošināšanas atlīdzība. Pēc Apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas apdrošināšanas segums attiecībā uz kritiskās saslimšanas risku Apdrošinātajam tiek pārtraukts.

4.3. Ja Apdrošināšanas gadījums nav iestājies līdz Apdrošināšanas līguma beigu termiņam, Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.

4.4. Tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību ir tikai Apdrošinātajam.

5. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas ierobežojumi

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja Apdrošinātā veselības traucējumu cēlonis ir:

5.1. apzināta sava veselības stāvokļa pasliktināšana vai sevis pašsākropļošana;

5.2. piedalīšanās karadarbībā, valsts iekšējos nemieros;

5.3. dienests jebkāda veida militāros formējumos;

5.4. dalība Nacionālo bruņoto spēku organizētās darbībās, tajā skaitā miera uzturēšanas misijās;

5.5. krimināli sodāma rīcība, izņemot, ja Apdrošinātais ir atzīts par cietušu;

5.6. radioaktīvais starojums, izņemot, ja apstāšanās veikta ārstēšanas nolūkā, kuru noteicis ārsts, vai tā netiek ārstā uzraudzībā;

- 5.7. alkohola, narkotiku un citu apreibinošu vielu lietošana vai medikamentu ļaunprātīga lietošana;
- 5.8. HIV infekcija (pozitīvs AIDS tests).

6. Izņēmumi

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta gadījumos, ja:

- 6.1. kritiskās saslimšanas gadījums nav pirmais šāda veida gadījums Apdrošinātā dzīves laikā;
- 6.2. Apdrošinātais pirms Apdrošināšanas līguma sākuma datuma ir saņēmis medicīnisku konsultāciju un/vai ārstēšanu saistībā ar kādu no kritiskajām saslimšanām.

7. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība

- 7.1. Pieprasot Apdrošināšanas atlīdzību, jāiesniedz šādi dokumenti, kuru sagatavošanas un saņemšanas izdevumus apmaksā atlīdzības pieprasītājs:
 - 7.1.1. iesniegums par Apdrošināšanas gadījuma iestāšanos;
 - 7.1.2. izziņas no ārstiem, kas ārstē vai ir ārstējuši, vai izmeklējuši Apdrošināto, par slimības cēloni, sākumu, veidu un ilgumu.
Šādā izziņā ir jābūt norādītai diagnozei, kas apstiprināta ar klīniskiem, radioloģiskiem, histoloģiskiem vai laboratoriskiem izmeklējumiem.
- 7.2. Apdrošinātājs var pieprasīt veikt Apdrošinātā papildu veselības pārbaudes, kā arī pieprasīt papildu izziņas vai skaidrojumus. Šo dokumentu sagatavošanas un saņemšanas izdevumus sedz Apdrošinātājs.
- 7.3. Apdrošinātājs ir tiesīgs pārbaudīt Apdrošinātā sniegtās ziņas par tā veselības stāvokli pie ārstiem, slimnīcās vai citās ārstniecības iestādēs, kurās Apdrošinātais ir aprūpēts vai ārstēts.
- 7.4. Lēmumu par Apdrošināšanas atlīdzību izmaksu Apdrošinātājs pieņem 30 (trīsdesmit) dienu laikā no brīža, kad ir saņēmis visus lēmuma pieņemšanai nepieciešamos dokumentus.

8. Citi noteikumi

- 8.1. Šie noteikumi ir piemērojami kopā ar Noteikumiem nelaimes gadījumu apdrošināšanai Nr. NGD 08-2019 vai Noteikumiem nelaimes gadījumu apdrošināšanai Nr. NGL 08-2019 atkarībā no izvēlētajās apdrošināšanas. Jautājumi, kas nav atrunāti šajos noteikumos, tiek risināti, piemērojot Noteikumus nelaimes gadījumu apdrošināšanai Nr. NGD 08-2019 vai Noteikumus nelaimes gadījumu apdrošināšanai Nr. NGL 08-2019.
- 8.2. Ja kāds no Kritisko saslimšanu noteikumiem Nr. NGK 08-2019 ir pretrunā ar citiem šī Apdrošināšanas līguma noteikumiem, tad ir jāpiemēro līguma Kritisko saslimšanu noteikumi Nr. NGK 08-2019.
- 8.3. 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.
- 8.4. Apdrošinājumaņēmēja un Apdrošinātā iesniegumus, kas iesniegti rakstiski, Apdrošinātājs izskata un sniedz atbildi 30 (trīsdesmit) dienu laikā no to saņemšanas dienas.