



# Nelaiemes gadījumu apdrošināšanas noteikumi Nr. 6.5

Spēkā no 2020. gada 3. februāra

## 1. Noteikumos lietotie termini

\*Noteikumos lietotajiem terminiem, ja tie nav atrunāti šajos noteikumos, tiek piemērotas ADB "Gjensidige" Latvijas filiāles vispārējos noteikumos noteiktās definīcijas un skaidrojumi.

- 1.1. **Apdrošināšanas objekts** – Apdrošinātā dzīvība, veselība vai fiziskais stāvoklis, kā arī citi Polisē minētie neparedzēti zaudējumi vai izdevumi, kas radušies Apdrošinātajam Nelaiemes gadījuma rezultātā.
- 1.2. **Nelaiemes gadījums** – Apdrošinātajam ārēju faktoru rezultātā pret viņa gribu nodarīts kaitējums veselībai vai dzīvībai (trauma, neatgriezeniska invaliditāte vai nāve) un/vai materiālie zaudējumi.
- 1.3. **Atlīdzību aprēķināšanas tabulas** – šo noteikumu pielikumā pievienotās viena vai vairākas tabulas: Tabula A, Tabula B, Tabula C, Tabula D, Tabula E, Tabula F, Tabula G vai Tabula H, kas izmantojamas, nosakot Apdrošināšanas atlīdzības apmēru.
- 1.4. **Apdrošināšanas periods** – Apdrošināšanas līgumā norādītais termiņš, kas nav ilgāks par 365 secīgām kalendārajām dienām. Termiņa noteikšanā puses vadās pēc Latvijas Republikas laika zonas.
- 1.5. **Nogaidīšanas periods** – Ja Apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādāk, tad Nogaidīšanas periods ir 90 (deviņdesmit) dienas no Apdrošinātā labā uzreiz pēc Apdrošināšanas līguma beigām (Apdrošināšanas perioda) pirmās dienas. Ja Apdrošināšanas līguma darbības laikā tas tiek papildināts ar jaunu Apdrošināto, tad šai personai Nogaidīšanas periods tiek rēķināts sākot no datuma, ar kuru tā tika iekļauta apdrošināto personu sarakstā. Nogaidīšanas periods netiek aprēķināts nākamajiem apdrošināšanas līgumiem, ja Apdrošinātā labā uzreiz pēc Apdrošināšanas līguma beigām, kurā ir bijis iekļauts risks „Kritiskās slimības”, tiek noslēgts jauns Apdrošināšanas līgums ar riska „Kritiskās slimības” iekļaušanu un starp šiem diviem secīgi noslēgtajiem apdrošināšanas līgumiem nav bijis pārtraukums, un netiek mainīti Apdrošināšanas līguma nosacījumi.
- 1.6. **Izdziņošanas periods** – Ja apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādāk, tad Izdziņošanas periods ir 28 (divdesmit astoņas) dienas no Slimības iestāšanās datuma.
- 1.7. **Slimības sākotnējā diagnoze** – slimības pagaidu diagnoze, kas ir rakstiski fiksēta Apdrošinātā medicīniskajā dokumentācijā, pamatojoties uz slimībai raksturīgiem simptomiem un slimības anamnēzes datiem.
- 1.8. **Slimības galīgā apstiprinātā diagnoze** – slimības diagnoze, kas ir pierādīta ar atbilstošiem laboratoriskajiem un instrumentālajiem medicīniskiem izmeklējumiem un dokumentāli apliecināta ar attiecīgā ārsta-speciālista slēdzieni un rakstiski fiksēta Apdrošinātā medicīniskajā dokumentācijā.
- 1.9. **Slimības iestāšanās datums** – datums, kad tiek noteikta Slimības galīgā apstiprinātā diagnoze. Slimības iestāšanās datumam tiek pielīdzināts arī datums, kad tiek reģistrēta Slimības sākotnējā diagnoze, ar nosacījumu, ka ne vēlāk kā 1 (vienu) mēneša laikā pēc Apdrošināšanas līguma darbības termiņa beigām tā tiek dokumentāli apliecināta ar attiecīgā ārsta-speciālista slēdzieni kā Slimības galīgā apstiprinātā diagnoze.
- 1.10. **Bojājums** – ārēja faktora (mehāniska, ķīmiska, termiska u.c.) iedarbības izraisīts audu un orgānu (miesas) bojājums, kas rada to funkcijas traucējumu un norādīts Atlīdzību aprēķināšanas tabulā.
- 1.11. **Paaugstināta riska kaula lūzums** – kaula lūzums, kas radies ārējā spēka iedarbības rezultātā uz izmainītas kaula struktūras un/vai locītavas bojājuma fona (saišu sastiepums, locītavas mežģījumi, locītavas somiņas plīsumi).
- 1.12. **Patoloģisks lūzums** – kaula lūzums, ko izraisījusi iepriekšēja slimība vai radies bez ārēju faktoru iedarbības.
- 1.13. **Profesiju apdrošināšana** – Juridisku personu darbinieku apdrošināšana, ņemot vērā uzņēmuma darbinieku skaitu. Ja darbinieku skaits Apdrošināšanas perioda laikā nav mainījies vairāk kā 10% ietvaros, apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā arī jaunpieņemtiem darbiniekiem
- 1.14. **Papildus risks** – aktivitāte, kas neietver ikdienas fiziskās vai sporta aktivitātes, ko Apdrošinātais veic individuāli vai organizētu piedalīšanos komandā, kas vērstā uz fizisko spēju un prasmju saglabāšanu vai uzlabošanu t.sk. pārvietošanās ar pārvietošanās ar motorizētu transporta līdzekli (kvadriciklu, motociklu vai motorolleru, kuru dzinēja tilpums nepārsniedz 125 cm<sup>3</sup>). Var tikt apdrošināti sekojoši Papildus riski, ja tie norādīti apdrošināšanas līgumā:
  - 1.14.1. **Paaugstināta riska hobbjs** – fiziskā aktivitāte, ar kuru nodarbojoties nepieciešama fiziskā sagatavotība, regulārs treniņš, noteikts aprīkojums un/vai ietērps, un kura laikā pastāv risks, ka var tikt apdraudēta Apdrošinātā dzīvība, veselība vai fiziskais stāvoklis.
  - 1.14.2. **Paaugstināta riska sporta aktivitātes** – ir augsta riska aktivitātes, piemēram, braukšana ar motorizētu transportlīdzekli (kuru dzinēja tilpums ir lielāks par 125 cm<sup>3</sup>), kāpšana klintīs, niršana alās, niršana dziļāk par 10 m, kaitbodings, kaitserfings, raftings, lēkšana ar izpletņi no fiksētiem objektiem, lēkšana ar spārnoto kombinezonu u.c., kuru laikā apdrošinātā persona ir pakļauta augstam ievainojumu vai traumu riskam
  - 1.14.3. **Bērnu/jauniešu sports** – fiziskā aktivitāte Apdrošinātajiem līdz 18 gadu vecumam, ar kuru nodarbojas speciālu, individuālu vai grupās, treniņu vai sacensību laikā.
  - 1.14.4. **Amatieru Sports** – fizisko aktivitāšu veidi, ko veic Apdrošinātais individuāli vai organizētu piedalīšanos komandā, kas vērstā uz fizisko spēju un prasmju saglabāšanu vai uzlabošanu un/vai piedalīšanos sacensībās.
  - 1.14.5. **Profesionālais sports** – Profesionāls sportists ir fiziskā persona, kas uz darba līguma pamata un par nolīgto samaksu gatavojas sporta sacensībām un piedalās tajās.

## 2. Apdrošinātais risks

- 2.1. Šajos noteikumos uzskaitītie riski ir apdrošināti tikai tad, ja tie ir norādīti un atzīmēti Polisē.
- 2.2. Saskaņā ar šiem noteikumiem var tikt apdrošināti riski:
  - 2.2.1. Nāve.
  - 2.2.2. Invaliditāte:
    - 2.2.2.1. saskaņā ar Tabulā A norādīto bojājumu raksturu un atlīdzības apmēriem;
    - 2.2.2.2. saskaņā ar Tabulā B norādīto bojājumu raksturu un atlīdzības apmēriem;
    - 2.2.2.3. saskaņā ar Tabulā C norādīto bojājumu raksturu un atlīdzības apmēriem.
  - 2.2.3. Trauma:
    - 2.2.3.1. saskaņā ar Tabulā D norādīto bojājumu raksturu un atlīdzības apmēriem;
    - 2.2.3.2. saskaņā ar Tabulā E norādīto bojājumu raksturu un atlīdzības apmēriem;
    - 2.2.3.3. Lūzumi saskaņā ar Tabulā F norādīto bojājumu raksturu un atlīdzības apmēriem;
    - 2.2.3.4. Apdegumi un apsaldējumi saskaņā ar Tabulā G norādīto bojājumu raksturu un atlīdzības apmēriem;
  - 2.2.4. Dienas nauda.
  - 2.2.5. Slimnīcas nauda.
  - 2.2.6. Medicīniskie izdevumi.
  - 2.2.7. Kosmetoloģijas izdevumi.
  - 2.2.8. Rehabilitācijas izdevumi.
  - 2.2.9. Kritiskās slimības.
  - 2.2.10. Nāve kritiskās slimības vai plānveida operācijas rezultātā.
  - 2.2.11. Infekcijas slimības.
- 2.3. **Risks „Nāve”**
  - 2.3.1. Risks „Nāve” ir Nelaiemes gadījuma rezultātā nodarīts kaitējums Apdrošinātā veselībai, kas cēloņsakarīgi izraisījis Apdrošinātā nāvi.
  - 2.3.2. Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību Labuma guvējam, ja Apdrošināšanas perioda laikā notikuša Nelaiemes gadījuma rezultātā 1 kalendārā gada laikā pēc Nelaiemes gadījuma iestāšanās Apdrošinātā nāve.



- 2.3.3. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta Polīšē norādītās Apdrošināšanas summas apmērā, atskaitot visu šī Apdrošināšanas līguma ietvaros izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību summu.
- 2.3.4. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta Apdrošinātā mantiniekiem Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā, ja Apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādi.
- 2.4. **Risks „Invaliditāte”**
- 2.4.1. Risks „Invaliditāte” ir Nelaiemes gadījuma rezultātā nodarīts kaitējums Apdrošinātā veselībai, kas cēloņsakarīgi izraisījis Apdrošinātā neatgriezenisku invaliditāti.
- 2.4.2. Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību par risku „Invaliditāte”, ja tā iegūta Apdrošināšanas perioda laikā notikuša Nelaiemes gadījuma rezultātā, un to ne vēlāk kā viena kalendārā gada laikā pēc nelaiemes gadījuma piešķirusi Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija.
- 2.4.3. Apdrošinātājs aprēķina Apdrošināšanas atlīdzību par risku „Invaliditāte” atbilstoši Polīšē atzīmētajai/ām Atlīdzību aprēķināšanas tabulai (Tabula A, Tabula B, Tabula C).
- 2.4.4. Gadījumā, ja sakarā ar iegūtu bojājumu Apdrošinātajam tiek noteikta invaliditātes grupa, Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši Tabulai A un atlīdzības izmaksa par bojājumiem saskaņā ar Tabulu B vai Tabulu C netiek veikta.
- 2.4.5. Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību tikai par vienu smagāko Atlīdzību aprēķināšanas tabulā (Tabula A, Tabula B, Tabula C) norādīto bojājumu, ja viena Nelaiemes gadījuma rezultātā konstatēti vairāki bojājumi.
- 2.5. **Risks „Trauma”**
- 2.5.1. Risks „Trauma” ir Apdrošināšanas perioda laikā notikuša Nelaiemes gadījuma rezultātā nodarīts kaitējums Apdrošinātā veselībai, kas ir medicīniski apstiprināts uzreiz pēc Nelaiemes gadījuma, bet ne vēlāk kā 48 stundu laikā no Nelaiemes gadījuma dienas.
- 2.5.2. Apdrošinātājs aprēķina Apdrošināšanas atlīdzību par risku „Trauma” atbilstoši Polīšē atzīmētajai/ām Atlīdzību aprēķināšanas tabulām (Tabula D; Tabula E; Tabula F; Tabula G.).
- 2.5.3. Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību par visiem Atlīdzību aprēķināšanas tabulās (Tabula D, Tabula E, Tabula F vai Tabula G) norādītajiem bojājumiem, ja viena Nelaiemes gadījuma rezultātā iestājas vairāki bojājumi.
- 2.5.4. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta 50% apmērā no Atlīdzību aprēķināšanas tabulās (Tabula D, Tabula E, Tabula F vai Tabula G) noteiktā atlīdzības apmēra, ja konstatēts paaugstināta riska kaula lūzums.
- 2.5.5. Ja par traumu saskaņā ar kādu no Atlīdzību aprēķināšanas tabulām (Tabula D, Tabula E, Tabula F vai Tabula G) jau ir izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība, bet sešu mēnešu laikā pēc Nelaiemes gadījuma iestāšanās dienas tiek konstatētas traumas tiešas smagākas sekas, kas atbilst Atlīdzību aprēķināšanas tabulās (Tabula D, Tabula E, Tabula F vai Tabula G) norādītajam bojājumam, tad, izmaksājot atlīdzību par traumas sekām, no tās tiek atskaitīta sākotnēji par traumu izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība.
- 2.5.6. Izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību par risku “Trauma”, no tās tiek atskaitītas atbilstoši noslēgtajam Apdrošināšanas līgumam iepriekš izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības par risku “Kritiskās slimības”, ja traumas rezultātā diagnosticēta un apstiprināta noteikumu 2.12.1.sadaļā minētā kritiskā slimība.
- 2.5.7. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par I pakāpes apdegumu, I pakāpes apsaldējumu.
- 2.6. **Risks „Dienas nauda”**
- 2.6.1. Risks „Dienas nauda” iestājas, ja Apdrošināšanas perioda laikā notikuša Nelaiemes gadījuma rezultātā Apdrošinātājs iegūst pārejošu darba nespēju uz laiku, kas ir ilgāks par 7 (septiņām) darba dienām.
- 2.6.2. Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību par risku „Dienas nauda”, pamatojoties uz darba nespējas lapā norādīto informāciju.
- 2.6.3. Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību par risku „Dienas nauda” par katru darba nespējas dienu Polīšē norādītajā apmērā bet ne vairāk kā par 60 (sešdesmit) darba nespējas dienām par vienu apdrošināšanas gadījumu un ne vairāk kā par 180 (simts astoņdesmit) darba nespējas dienām visā Apdrošināšanas periodā. Par darba nespējas dienām tiek uzskatītas tikai darba dienas.
- 2.6.4. Apdrošināšanas atlīdzība par risku „Dienas nauda” tiek izmaksāta tikai par darba nespējas dienām, kas ietilpst Apdrošināšanas periodā.
- 2.6.5. Apdrošināšanas atlīdzību par risku „Dienas nauda” neizmaksā:
- 2.6.5.1. par darba nespējas dienām, par kurām jau izmaksāta atlīdzība par risku „Slimnīcas nauda”;
- 2.6.5.2. ja darba nespēja ir cēloņsakarībā ar iedzimtām, hroniskām vai arodslimībām, saslimstot vai slimojot ar infekcijas slimībām, izņemot, ja slimība ir minēta Apdrošināšanas līgumā iekļautajā Atlīdzību aprēķināšanas tabulā ;
- 2.6.5.3. ja pārejošas darba nespējas gadījumā, par ko ir izsniegta darba nespējas lapa, Apdrošinātājs atradies darbā un pildījis savus tiešos vai līdzīgus/aizvietojošus darba pienākumus.
- 2.6.6. Apdrošināšanas atlīdzību par risku „Dienas nauda” pārtrauc izmaksāt ar invaliditātes piešķiršanas lēmuma pieņemšanas dienu.
- 2.7. **Risks „Slimnīcas nauda”**
- 2.7.1. Risks „Slimnīcas nauda” iestājas, ja Apdrošināšanas perioda laikā notikuša Nelaiemes gadījuma rezultātā Apdrošinātājs nokļūst stacionārā un atrodas tur kā pacients vismaz 48 stundas.
- 2.7.2. Apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību par risku „Slimnīcas nauda” par katru Latvijas Republikas diennakts stacionārā pavadīto diennakti, Polīšē norādītajā apmērā, bet ne vairāk kā par 60 (sešdesmit) dienām par vienu Apdrošināšanas gadījumu un ne vairāk kā par 180 (simts astoņdesmit) dienām visā Apdrošināšanas periodā.
- 2.7.3. Apdrošināšanas atlīdzība par risku „Slimnīcas nauda” tiek izmaksāta tikai par Latvijas Republikas diennakts stacionārā pavadītajām diennaktīm, kas ietilpst Apdrošināšanas periodā.
- 2.7.4. Apdrošināšanas atlīdzību par risku „Slimnīcas nauda” neizmaksā par ārstēšanas dienas stacionārā, rehabilitācijas iestādēs vai uzturēšanas stacionāra aprūpes nodaļā.
- 2.8. **Risks „Medicīniskie izdevumi”**
- 2.8.1. Risks „Medicīniskie izdevumi” iestājas, ja Apdrošināšanas perioda laikā notikuša Nelaiemes gadījuma rezultātā Apdrošinātā gūto traumu vai lūzumu ārstēšana tiek veikta Latvijas Republikas teritorijā reģistrētā ārstniecības iestādē.
- 2.8.2. Apdrošinātājs, Apdrošināšanas periodā, nepārsniedzot konkrētajam riskam Polīšē noteikto Apdrošinājuma summu, izmaksā apdrošināšanas atlīdzību par risku „Medicīniskie izdevumi” tikai par:
- 2.8.2.1. pacientu iemaksu;
- 2.8.2.2. ārstējošā ārsta nozīmētiem ambulatoriem un stacionāriem ārstniecības pakalpojumiem;
- 2.8.2.3. ārstējošā ārsta nozīmētiem Latvijas republikas Zāļu reģistrā reģistrētiem medikamentiem;
- 2.8.2.4. ārstējošā ārsta nozīmētu pārsiešanas materiālu iegādi;
- 2.8.2.5. ārstējošā ārsta nozīmētu ķermeņa traumu ārstēšanai nepieciešamo medicīnisko palīg līdzekļu iegādi vai īri;
- 2.8.2.6. nokļūšanu ar medicīnisko transportu līdz ārstniecības iestādei.
- 2.8.2.7. Atlīdzība par traumas rezultātā veiktām operācijām tiek apmaksāta limita ietvatos, bet ne vairāk kā 500 (pieci simti EUR) par gadījumu
- 2.9. **Risks „Kosmetoloģijas izdevumi”**
- 2.9.1. Risks „Kosmetoloģijas izdevumi” iestājas, ja Apdrošināšanas perioda laikā notikuša Nelaiemes gadījuma rezultātā Apdrošinātā gūto traumu vai lūzumu nepieciešamā plastiskā ķirurģiskā ārstēšana tiek veikta Latvijas Republikas teritorijā reģistrētā ārstniecības iestādē.

- 2.9.2. Apdrošinātājs, Apdrošināšanas periodā nepārsniedzot konkrētajam riskam Polisē noteikto Apdrošinājuma summu, izmaksā apdrošināšanas atlīdzību par risku „Kosmetoloģijas izdevumi” tikai par:
- 2.9.2.1. kosmētiskām operācijām, kuras veiktas, lai novērstu paliekošus fiziskus un kropļojošus ķermeņa ārējos defektus pēc apdegumiem, kuri ir nelaimes gadījuma rezultāta sekas;
- 2.9.2.2. kosmētiskām operācijām, lai novērstu kropļojošus ādas bojājumus galvas un kakla rajonā;  
zobārstniecības pakalpojumiem (zobu implantēšana, protezēšana) saistībā ar zobu zudumiem vai bojājumiem.
- 2.10. **Risks „Rehabilitācijas izdevumi”**
- 2.10.1. Risks „Rehabilitācijas izdevumi” iestājas, ja Apdrošināšanas perioda laikā notikuša Nelaimes gadījuma rezultātā Apdrošinātā gūto traumu vai lūzumu ārstēšana tiek veikta Latvijas Republikas teritorijā reģistrētā ārstniecības iestādē ar ārsta speciālista nosūtījumu.
- 2.10.2. Apdrošinātājs, Apdrošināšanas periodā, nepārsniedzot konkrētajam riskam Polisē noteikto Apdrošinājuma summu, izmaksā apdrošināšanas atlīdzību par risku „Rehabilitācijas izdevumi” tikai par:
- 2.10.2.1. ārstējošā ārsta nozīmētām 10 fizikālās terapijas procedūrām;
- 2.10.2.2. ārstējošā ārsta nozīmētu medicīnisko masāžu, ūdens procedūras (t.sk., zemūdens masāžas, dūņu procedūras), ārstniecisko vingrošanu, manuālo terapiju līdz 10 procedūrām Nelaimes gadījuma ārstēšanai.
- 2.11. **Risks „Dienas nauda”**
- 2.11.1. Risks „Dienas nauda” iestājas, ja Apdrošināšanas perioda laikā notikuša Nelaimes gadījuma rezultātā Apdrošinātais iegūst pārejošu darba nespēju uz laiku, kas ir ilgāks par 7 (septiņām) darba dienām.
- 2.11.2. Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību par risku „Dienas nauda”, pamatojoties uz darba nespējas lapā norādīto informāciju.
- 2.11.3. Apdrošināšanas atlīdzību par apdrošināto risku „Dienas nauda” izmaksā par katru darba nespējas dienu, Polisē norādītajā apmērā, bet ne vairāk kā par 60 (sešdesmit) darba nespējas dienām par vienu Apdrošināšanas gadījumu un ne vairāk kā par 180 (simts astoņdesmit) darba nespējas dienām visā Apdrošināšanas periodā.
- 2.11.4. Apdrošināšanas atlīdzību par apdrošināto risku „Dienas nauda” izmaksā ne vairāk kā par 10 darba nespējas dienām Apdrošināšanas periodā, ja Apdrošinātais Nelaimes gadījuma brīdī nav guvis ienākumus, strādājis algotu darbu.
- 2.11.5. Apdrošināšanas atlīdzība par risku „Dienas nauda” tiek izmaksāta tikai par darba nespējas dienām, kas ietilpst Apdrošināšanas periodā.
- 2.11.6. Apdrošināšanas atlīdzību par apdrošināto risku „Dienas nauda” sāk izmaksāt sākot no 11. darba nespējas dienas, ja Apdrošinātais Nelaimes gadījuma rezultātā guvis bojājumus, kuriem Atlīdzību aprēķināšanas tabulā (Tabula A, Tabula B vai Tabula C, Tabula D, Tabula E, Tabula F vai Tabula G) norādītais Apdrošināšanas atlīdzības apmērs ir lielāks par 2 (diviem) procentiem.
- 2.11.7. Apdrošināšanas atlīdzību par risku „Dienas nauda” neizmaksā:
- 2.11.7.1. par darba nespējas dienām, par kurām jau izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība par riska „Slimnīcas nauda” iestāšanos;
- 2.11.7.2. ja pārejošas darba nespējas gadījumā, par ko ir izsniegta darba nespējas lapa, Apdrošinātais atradies darbā un pildījis savus tiešos vai līdzīgus/aizvietojošus darba pienākumus.
- 2.11.8. Apdrošināšanas atlīdzību par risku „Dienas nauda” pārtrauc izmaksāt ar invaliditātes piešķiršanas lēmuma pieņemšanas dienu.
- 2.11.9. Apdrošināšanas atlīdzība par risku „Dienas nauda”, kas iestājusies vienlaicīgi ar risku „Trauma”, nevar pārsniegt par risku „Trauma” izmaksājamo apdrošināšanas atlīdzību.
- 2.11.10. Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību par risku „Dienas nauda” Apdrošinātās personas Likumīgajam pārstāvim, ja pārejoša darbnespēja nepieciešama slima bērna (Apdrošinātās personas) kopšanai.
- 2.12. **Risks „Kritiskās slimības”**
- 2.12.1. Risks „Kritiskās slimības” iestājas, ja Apdrošināšanas perioda laikā Apdrošinātajam ir diagnosticēta un apstiprināta kāda no turpmāk norādītajām un aprakstītajām kritiskajām slimībām, turpmāk tekstā – Kritiskā slimība, ar nosacījumu, ka Kritiskā slimība nav iestājusies citas slimības dekompensācijas un/vai komplikāciju rezultātā, kā arī nav norādīta kā blakus diagnoze:
- 2.12.1.1. **Miokarda infarkts**
- 2.12.1.1.1. Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā Polisē norādīto Apdrošināšanas atlīdzību par Kritisko slimību - miokarda infarktu, ja diagnoze ir kardiologa apstiprināta un klīniski un diagnostiski pierādīta ar visiem zemāk uzskaitītajiem miokarda infarkta diagnostikas kritērijiem:
- a. miokarda infarktā raksturīga klīniskā aina;
- b. jaunais elektrokardiogrāfiskas izmaiņas, kas raksturīgas miokarda infarktā;
- c. miokarda infarktā specifisku fermentu, troponīnu un citu bioķīmisko marķieru paaugstināšanās.
- 2.12.1.1.2. Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīti:
- a. miokarda infarkts bez segmenta ST pacēluma (NSTEMI), tikai ar Troponīna I vai T palielināšanos;
- b. „mēmais” infarkts;
- c. miokarda infarkts, kas iestājies nelaimes gadījuma rezultātā;
- d. citi akūti koronārie sindromi un simptomi;
- e. gadījums, ja ir aizdomas par akūtu miokarda infarktu, bet Apdrošinātais rakstiski atsakās no hospitalizācijas.
- 2.12.1.2. **Insults**
- 2.12.1.2.1. Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā Polisē norādīto Apdrošināšanas atlīdzību par Kritisko slimību - insultu, ja diagnoze ir neirologa vai neiroķirurga apstiprināta, klīniski un diagnostiski pierādīta ar visiem zemāk uzskaitītajiem insultam atbilstošajiem kritērijiem:
- a. klīniskā simptomātika, kas atbilst diagnozei;
- b. tipiskie pierādījumi smadzeņu datotomogrāfiskajā skenēšanā vai magnētiskajā rezonansē, kas norāda uz jauna insulta gadījumu;
- c. pierādījumi par paliekošu neiroloģisko bojājumu esamību un neiroloģisko deficītu vismaz 3 (trīs) mēnešu garumā pēc pielietotās terapijas.
- 2.12.1.2.2. Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīti:
- a. pārejoši smadzeņu asinsrites traucējumi;
- b. smadzeņu traumatiskais bojājums;
- c. neiroloģiski simptomi migrēnas dēļ;
- d. lakunārs insults bez neiroloģiska deficīta.
- 2.12.1.3. **Paralīze**
- 2.12.1.3.1. Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā Polisē norādīto Apdrošināšanas atlīdzību par Kritisko slimību - paralīzi, ja diagnoze ir neirologa vai neiroķirurga apstiprināta un 6 (sešu) mēnešu laikā no minētās apstiprināšanas tā paliek nemainīga vai slimības gaita ir progresējoša, kas tiek dokumentāli apstiprināts ar neirologa vai neiroķirurga slēdzieni.
- 2.12.1.3.2. Par Apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīti:
- a. šļauganā vai spastiskā paraparēze;
- b. paralīze Gilēna – Barē sindroma gadījumā.
- 2.12.1.4. **Vēzis**
- 2.12.1.4.1. Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā Polisē norādīto Apdrošināšanas atlīdzību par Kritisko slimību - vēzi, ja diagnozi pamato histoloģisko izmeklējumu rezultāti, kurus apstiprinājis onkologs vai patologs. Diagnoze tiek uzskatīta par galīgi apstiprinātu datumā, kad ir iegūti histoloģisko izmeklējumu rezultāti.

2.12.1.4.2. Par apdrošināšanas gadījumu, netiek uzskatīti:

- a. jebkura CIN stadija;
- b. jebkura pirmsvēža stadija;
- c. jebkura vēža I stadija;
- d. vēzis in-situ;
- e. papilāra vairogdziedzeru karcinoma (PTC);
- f. limfoma (Hodžkina un Ne Hodžkina);
- g. intraokulārais vēzis;
- h. visi ādas audzēji;
- i. jebkurš vēzis uz imūndeficīta sindroma fona.

#### 2.12.1.5. Hroniska nieru mazspēja

2.12.1.5.1. Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā Polisē norādīto Apdrošināšanas atlīdzību par Kritisko slimību – hroniska nieru mazspēja, ja diagnoze ir nefrologa apstiprināta, kliniski, diagnostiski pierādīta un ārstēšanai nepieciešama regulāra peritoneālā hemodialīze vai nieru transplantācija.

2.12.1.5.2. Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīta hroniska nieru mazspēja, kas iestājusies alkohola, narkotisko vai citu toksisko vielu intoksikācijas rezultātā.

#### 2.12.1.6. Multiplā jeb izkaisītā skleroze

2.12.1.6.1. Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā Polisē norādīto Apdrošināšanas atlīdzību par Kritisko slimību – Multiplā jeb izkaisītā skleroze, ja diagnoze ir neirologa vai cita ārsta - speciālista apstiprināta, kliniski un diagnostiski pierādīta ar visiem zemāk uzrādītajiem multiplās jeb izkaisītās sklerozes atbilstošajiem kritērijiem:

- a. kliniskā simptomātika, kas atbilst diagnozei;
- b. tipiskie pierādījumi par smadzeņu perēkļu bojājumiem, kas apstiprināti datotomogrāfiskajā skenēšanā vai magnētiskajā rezonansē;
- c. pierādījumi par nepārtrauktu neiroloģisko patoloģiju un neiroloģisko deficītu vismaz 6 (sešu) mēnešu garumā pēc pielietotās terapijas.

2.12.1.6.2. Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīta jebkura cita slimība ar līdzīgiem kritērijiem.

#### 2.12.1.7. HIV

2.12.1.7.1. Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā Polisē norādīto Apdrošināšanas atlīdzību par Kritisko slimību – HIV, ja galīgā apstiprinātā diagnoze ir dokumentāli apstiprināta ar infektologa slēdzienu. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai gadījumā, ja apdrošināšanas līguma darbības laikā HIV ir konstatēts pirmo reizi un apdrošinātais ir iesniedzis dokumentus (izrakstu/izziņu, tiesas lēmumu u.c. dokumenti), ka HIV ir iegūts konkrētajā ārstniecības iestādē asins pārliešanas rezultātā.

2.12.1.7.2. Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts jebkurš cits HIV inficēšanās avots (tai skaitā, ja avots nav zināms).

#### 2.12.1.8. Laima boreliozes

2.12.1.8.1. Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā Polisē norādīto Apdrošināšanas atlīdzību par Kritisko slimību – Laima boreliozes, ja ērces kodiens konstatēts Apdrošināšanas līguma darbības laikā, ērce ir izņemta ārstniecības iestādē, slimība ir laboratoriski apstiprināta un Laima slimība ir izraisījusi neatgriezenisku smadzeņu bojājumu - neiroboreliozes, par ko ir jābūt neirologa vai cita ārsta-speciālista slēdzienam ar dokumentāciju dinamiskā vismaz 3 mēnešu garumā.

2.12.1.8.2. Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīta jebkura cita Laima slimības kliniskā forma.

#### 2.12.1.9. Orgāna transplantācija

2.12.1.9.1. Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā Polisē norādīto Apdrošināšanas atlīdzību par Kritisko slimību „Orgāna transplantācija”, ja Apdrošinātajam, attiecīga orgāna neatgriezeniska bojājuma dēļ un nesekmīgas ilgstošas aizstājējterapijas gadījumā tiek veikta sirds, sirds un plaušas, aknas, nieres, aizkuņģa dziedzera vai kaula smadzeņu pārstādīšanas operācija. Diagnozei ir jābūt attiecīgā profila ārsta-speciālista apstiprinātai, kliniski, diagnostiski pierādītai. Transplantācijai jābūt medicīniski nepieciešamai, bet orgāna bojājumam jābūt diagnostiski apliecinātam. Par apdrošināšanas gadījumu tāpat uzskatāma Apdrošinātā iekļaušana augšminētā orgāna pārstādīšanas rindas oficiālajā sarakstā.

2.12.1.9.2. Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts gadījums, ja orgāna funkcija tiek nodrošināta ar aizstājējterapijas palīdzību.

#### 2.12.1.10. Redzes zaudējums

2.12.1.10.1. Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā Polisē norādīto Apdrošināšanas atlīdzību par Kritisko slimību „Redzes zaudējums”, ja Apdrošinātajam tiek konstatēts abu acu neatgriezenisks redzes zudums.

2.12.1.10.2. Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts prognozējams redzes zudums un redzes samazinājums.

#### 2.12.1.11. Vienas vai vairāku ekstremitāšu zaudējums

2.12.1.11.1. Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā Polisē norādīto Apdrošināšanas atlīdzību par Kritisko slimību „Vienas vai vairāku ekstremitāšu zaudējums”, ja Apdrošinātajam tiek konstatēts vienas vai vairāku ekstremitāšu zaudējums vai arī pilnīga un paliekoša paralīze augstāk par ceļa un elkoņa locītavu. Paralīzei secīgi jāilgst vismaz sešu mēnešu garumā un diagnozei jābūt atbilstoša profila ārsta-speciālista apliecinātai.

2.12.1.11.2. Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīti:

- a. šļauganā vai spastiskā paraparēze/hemiparēze;
- b. pārējoši neiroloģiski traucējumi;
- c. ķirurģiska amputācija slimības sarežģījumu dēļ.

#### 2.12.1.12. Sirds operācija

2.12.1.12.1. Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā Polisē norādīto Apdrošināšanas atlīdzību par Kritisko slimību „Sirds operācija”, ja Apdrošinātajam tiek veikta Par apdrošināšanas gadījumu uzskatāms vienas vai vairāku sašaurinātu vai pilnībā aizsprostotu koronāru artēriju nomaiņa šuntējot. Koronāras artērijas aizsprostojumam jābūt diagnostiski pamatotam (koronārā angiogrāfija) un operācijai jābūt kardioloģiski indicētai.

2.12.1.12.2. Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīti perkutāna translumināra koronāra angioplastika un citas invazīvas manipulācijas.

2.12.2. Iestājoties riskam „Kritiskās slimības”, Apdrošinātājs pēc Izdzīvošanas perioda beigām aprēķina un izmaksā vienreizēju Apdrošināšanas atlīdzību Polisē noteiktajā apmērā.

2.12.3. Izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību par risku “Kritiskās slimības”, no tās tiek atskaitītas atbilstoši noslēgtajam Apdrošināšanas līgumam iepriekš izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības par risku “Trauma”, ja Kritiskās slimības rezultātā iestājusies 2.5.sadaļā minētā trauma.

2.12.4. Izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību par risku „Kritiskās slimības”, uz konkrēto Apdrošināto Apdrošināšanas līgums daļā par risku „Kritiskās slimības” tiek pārtraukts.

2.12.5. Gadījumā, ja Apdrošināšanas perioda laikā tiek reģistrēta Kritiskās slimības sākotnējā diagnoze, kas pēc Apdrošināšanas perioda beigām, bet ne vēlāk kā 1 (vienu) mēneša laikā no Kritiskās slimības sākotnējās diagnozes reģistrēšanas dienas, tiek dokumentāli apliecināta ar attiecīga ārsta-speciālista slēdzienu kā Slimības galīgā apstiprināta diagnoze, ir uzskatāms, ka apdrošināšanas gadījums ir iestājies.

- 2.12.6. Ja pēc Izdzīvošanas perioda beigām Kritiskās slimības rezultātā, iestājas Apdrošinātā nāve, Apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību, tikai ar nosacījumu, ka Slimības galīgā apstiprinātā diagnoze tika noteikta Apdrošinātajam dzīvam esot.
- 2.12.7. Apdrošināšanas atlīdzību par risku „Kritiskās slimības” neizmaksā, ja:
  - 2.12.7.1. Kritiskā slimība, kā Sākotnējā diagnoze ir diagnosticēta pirms konkrētā apdrošināšanas līguma noslēgšanas vai Nogaidīšanas periodā;
  - 2.12.7.2. Nogaidīšanas periodā Apdrošinātajam tiek uzstādīta Slimības galīgā apstiprinātā diagnoze vai slimības rezultātā iestājas Apdrošinātā nāve;
  - 2.12.7.3. Izdzīvošanas periodā Kritiskās slimības rezultātā iestājas Apdrošinātā nāve;
  - 2.12.7.4. Kritiskā slimība radusies ilgstoša hroniska procesa vai ilgstošas slimības rezultātā;
  - 2.12.7.5. Apdrošinātais nav ievērojis ārstniecības personas norādījumus, kas nepieciešami slimības ārstniecības procesa nodrošināšanai.

### 2.13. Risks “Nāve kritiskās slimības vai plānveida operācijas rezultātā”

- 2.13.1. Risks „Nāve kritiskas slimības vai plānveida operācijas rezultātā” iestājas, ja Apdrošināšanas perioda laikā Apdrošinātajam ir pirmreizēji diagnosticēta un apstiprināta kāda no turpmāk norādītajām un aprakstītajām kritiskajām slimībām kā arī, ja ir iestājusies nāve plānveida operācijas laikā vai 24 (divdesmit četrus) stundu laikā pēc šādas operācijas:
  - 2.13.1.1. Meningokoku slimība – Pēkšņa nāve, ko izraisījuši Meningokoku slimība;
  - 2.13.1.2. Insults, trieka – Pēkšņa nāve, ko izraisījuši cerebrovaskulāri traucējumi, bet kas nav saistīti ar smadzeņu traumu Nelaiemes gadījuma rezultātā un Apdrošinātā persona nav sasniegusi 55 (piecdesmit pieciem) gadu vecumu;
  - 2.13.1.3. Miokarda infarkts – Pēkšņa nāve saistībā ar neatgriezeniskiem sirds muskuļu bojājumiem, ja Apdrošinātā persona nav sasniegusi 55 (piecdesmit piecu) gadu vecumu;
  - 2.13.1.4. Ebolas vīruss – Pēkšņa nāve, ko tiešā veidā izraisījis Ebolas vīruss
  - 2.13.1.5. Nāve plānveida operācijas rezultātā – Pēkšņa nāve plānveida operācijas laikā, kuras cēlonis bijusi operācija, kas nav saistīta ar Hronisku saslimšanu;
- 2.13.2. Iestājoties riskam „Nāve Kritiskās slimības vai plānveida operācijas rezultātā”, Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā vienreizēju Apdrošināšanas atlīdzību Polišē noteiktajā apmērā;
- 2.13.3. Apdrošināšanas atlīdzību par risku “Nāve kritiskās slimības vai plānveida operācijas rezultātā” neizmaksā, ja:
  - 2.13.3.1. Kritiskā slimība kā Sākotnējā diagnoze ir diagnosticēta pirms konkrētā Apdrošināšanas līguma noslēgšanas vai Nogaidīšanas periodā;
  - 2.13.3.2. Plānveida operācija ir ielānota pirms konkrētā Apdrošināšanas līguma noslēgšanas vai Nogaidīšanas periodā;
  - 2.13.3.3. Apdrošinātā nāve ir iestājusies Nogaidīšanas periodā,
  - 2.13.3.4. Apdrošinātais nav ievērojis ārstniecības personas norādījumus, kas nepieciešami slimības ārstniecības procesa nodrošināšanai.

### 2.14. Risks “Infekcijas slimības”

- 2.14.1. Risks “Infekcijas slimības” iestājas, ja Apdrošināšanas perioda laikā Apdrošinātajam ir pirmreizēji diagnosticēta un uzstādīta kāda no atlīdzību Tabulā IS minētajām saslimšanām.
- 2.14.2. Nogaidīšanas periods riskam “Infekcijas slimības” tiek noteikts 30 (trīsdesmit) dienas no Apdrošināšanas perioda sākuma datuma.
- 2.14.3. Atlīdzība par risku “Infekcijas slimības” tiks izmaksāta tādā apmērā, kā norādīts Atlīdzību Tabulā IS.
- 2.14.4. Atlīdzība par risku “Infekcijas slimības” tiks izmaksāta, ja minētā slimība tiek ārstēta stacionāri vismaz 2 (divas) dienas.

## 3. Apdrošināšanas gadījums

- 3.1. Gadījums tiek uzskatīts par Apdrošināšanas gadījumu, ja tas iestājas Apdrošināšanas līguma darbības laikā un tā sekas izpaužas ne vēlāk kā sešu mēnešu laikā pēc atbilstošā Apdrošināšanas līguma darbības termiņa beigām.
- 3.2. Par apdrošināšanas gadījumu, kura iestāšanās rezultātā tiek paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksā, uzskata notikumus, ko izraisījušas/i:
  - 3.2.1. Traumas ar sekojošu ausu anatomiskā veseluma un fizioloģisko funkciju traucējumiem.
  - 3.2.2. Saindēšanās ar indīgiem augiem/ķīmiskām vielām, izņemot pārtikas toksikoinfekcijas, saindēšanās ar alkoholu, citām reibinošām vielām un lietojot narkotiskās vielas bez ārsta norādījuma.
  - 3.2.3. Apdegumi, apsaldēšanās, zibens un strāvas iedarbība.
  - 3.2.4. Ievainojumi, kas iegūti dažādu ieroču iedarbības rezultātā, ja šī iedarbība nav saistīta ar prettiesisku darbību no Apdrošinātās personas puses.
  - 3.2.5. Svešķermeņu nejauša iekļūšana elpošanas vai gremošanas ceļos (Riskam „Nāve”).
  - 3.2.6. Noslīkšana (Riskam „Nāve”).
  - 3.2.7. Anafilaktiskais šoks (Riskam „Nāve”).
  - 3.2.8. Organisma atdzišana (Riskam „Nāve”).
  - 3.2.9. Ērču encefalīts, Laima slimība.
  - 3.2.10. Citi īpašos nosacījumos minēti apdrošināšanas gadījumi.

## 4. Izņēmumi

- 4.1. Par Apdrošināšanas gadījumiem netiek uzskatīti gadījumi, ja tos izraisīja:
  - 4.1.1. Apdrošinātā atrašanās alkohola, narkotisko vielu reibuma stāvoklī vai psihotropo vielu iedarbības stāvoklī.
  - 4.1.2. Psihiski traucējumi, atmiņas zudums, epilepsija vai citas krampju lēkmes, insults, asins izplūdums smadzenēs, miokarda infarkts, cukura diabēts vai citas saslimšanas.
  - 4.1.3. Pašnāvība vai mēģinājums izdarīt pašnāvību.
  - 4.1.4. Kodolavārija, kodol- vai cita veida sprādziens un/vai radioaktīvais apstarojums.
  - 4.1.5. Karš (kā pieteikts, tā arī nepieteikts), revolūcijas, masu nekārtības, diversijas un terora akti.
  - 4.1.6. Invaliditāte, kuras eksistences fakts tika slēpts slēdzot Apdrošināšanas līgumu.
  - 4.1.7. Epidēmija, pandēmija.
  - 4.1.8. Apdrošinātā nodarbošanās ar Paaugstināta riska hobiju, Paaugstināta riska sporta aktivitātēm, Bērnu, jauniešu sportu, Amatiera sportu, Profesionālo sportu, ja tas nav norādīts līgumā, Jebkuras darbības veikšana, ja šī darbība ir saistīta ar paaugstinātu nelaiemes gadījumu riska pakāpi, par kuru esamību Apdrošinātājs nebija savlaicīgi informēts.
  - 4.1.10. Ārsta rekomendāciju un/vai norādījumu, kas saistīti ar darbu, atpūtu un ārstēšanos, neievērošana.
  - 4.1.11. Ērču encefalīts, ja nav bijusi veikta profilaktiskā vakcinācija noteiktajos termiņos un kārtībā,
  - 4.1.12. Netradicionālās ārstēšanas metodes.
  - 4.1.13. Veselības kaitējums, kura dēļ Apdrošinātajai personai noteikta invaliditāte.
  - 4.1.14. Insektu kodieni.
  - 4.1.15. Vēdera un vēdera lejas daļas trūces, kas radušās smaguma celšanas rezultātā.
  - 4.1.16. Mugurkaula starpskriemeļu disku bojājumi.
  - 4.1.17. Patoloģiski kaulu lūzumi.
  - 4.1.18. Atkārtoti kaulu lūzumi, ja lūzums noticis laikā, kad iepriekšējais vēl nav bijis sadzījis.
- 4.2. Par Apdrošināšanas gadījumiem netiek uzskatīti gadījumi, ja tie notika laikā, kad Apdrošinātais:
  - 4.2.1. Ir veicis prettiesisku darbību neatkarīgi no tās garīgā, psihiskā vai citāda veselības stāvokļa.
  - 4.2.2. Ir likumīgi aizturēts vai atrodas apcietinājumā.



- 4.2.3. Nav ievērojis Apdrošināšanas līguma darbības teritorijā spēkā esošos normatīvos aktus vai noteikumus, ceļu satiksmes noteikumus, t.sk., vadītājs transporta līdzekli bez attiecīgās kategorijas transporta līdzekļa vadītāja apliecības.
- 4.3. Par Apdrošināšanas gadījumiem netiek uzskatīti gadījumi, ja Apdrošinātais:
  - 4.3.1. vadīja vai brauca kā pasažieris ar motociklu, kura jauda ir lielāka par 60kw, vai motorolleru;
  - 4.3.2. lidoja ar jebkādu lidaparātu, izņemot kā pasažieris ar aviosabiedrību piederošu lidmašīnu, kas reģistrēta kā pasažieru pārvadāšanas līdzeklis pa noteiktu maršrutu;
  - 4.3.3. kuģoja, izņemot kā pasažieris ar kuģi, kurš reģistrēts kā pasažieru pārvadāšanas līdzeklis pa noteiktu maršrutu;
  - 4.3.4. piedalījies kā vadītājs vai pasažieris treniņos, sacensībās vai izmēģinājumos, kuros izmanto motorizēto sauszemes, ūdens vai gaisa transportlīdzekļus;
  - 4.3.5. pildīja aktīvā militārā dienesta (tai skaitā ierindas dienesta Zemessardzē) pienākumus;
  - 4.3.6. piedalījās militārās operācijās vai apmācībās.
- 4.4. Apdrošināšana neatlīdzina izdevumus par:
  - 4.4.1. Medicīniskajiem izdevumiem ārpus Latvijas Republikas.
  - 4.4.2. Paaugstināta servisa pakalpojumiem ārstniecības iestādēs.
  - 4.4.3. Netradicionālām ārstēšanas metodēm un diagnostikū.
  - 4.4.4. Atkārtotām operācijām.
  - 4.4.5. Psihoterapeita, psihiatra, psihologa sniegtajiem pakalpojumiem.
  - 4.4.6. Ārstniecību, kas nav saistīta ar Nelaiemes gadījumu.
  - 4.4.7. Kosmētisko ārstēšanu.
  - 4.4.8. Sporta medicīnas pakalpojumiem.
  - 4.4.9. Maksu par ārsta izvēli, ārstu honorāriem.
  - 4.4.10. Maksas datortomogrāfiju un magnētisko rezonansi.
  - 4.4.11. Brillu, kontaktlēcu un dzirdes aparātu iegādi.
  - 4.4.12. Nelaiemes gadījumu, ko izraisījis jebkāds starojums, ja tas nav norādīts līgumā īpašajos nosacījumos.
  - 4.4.13. Patoloģiskiem lūzumiem.
  - 4.4.14. Zaudējumiem, kurus atlīdzina saskaņā ar citiem apdrošināšanas veidiem.
- 5. Pušu darbība pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās**
  - 5.1. Pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās Apdrošinātajam jāpielieto visi iespējamie līdzekļi, lai pēc iespējas ātrāk saņemtu atbilstošu palīdzības dienestu un sertificētu medicīnisko palīdzību un 24 stundu laikā jāgriežas pie ārsta medicīniskās palīdzības saņemšanai un jāpilda ārsta norādījumus.
  - 5.2. Apdrošinājumaņēmējam, Apdrošinātajam vai tā likumīgajam pārstāvim par jebkuru apdrošināšanas gadījumu nekavējoties, tiklīdz tas iespējams, bet ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) dienu laikā no Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās dienas, jāiesniedz Apdrošinātajam personīgi šādi dokumenti:
    - 5.2.1. Apdrošināšanas atlīdzības pieteikums, kā arī jānorāda vai Apdrošinātajam ir citi spēkā esoši apdrošināšanas līgumi;
    - 5.2.2. dokumenti, kas apliecina apdrošināšanas gadījuma iestāšanās faktu (ārstniecības iestādes izraksti, diagnostisko, laboratorisko, radioloģisko izmeklējumu rezultāti, pēc nepieciešamības rentgena uzņēmumi vai to ekvivalenti elektroniskos datu nesējos, miršanas apliecības kopija, Akts par nelaiemes gadījumu darbā u.c.);
    - 5.2.3. Apdrošinātājs var pieprasīt uzrādīt visu dokumentu oriģinālus.
  - 5.3. Apdrošinātājs ir tiesīgs veikt Apdrošinātā medicīnisko izmeklēšanu uz sava rēķina, pieaicinot nepieciešamos ekspertus, ar mērķi noteikt tā veselībai radīto kaitējumu apdrošināšanas gadījuma iestāšanās rezultātā. Ja Apdrošinātais nepiekrīt Apdrošinātāja ekspertu slēdzienam, viņš ir tiesīgs uz sava rēķina pieaicināt neatkarīgus ekspertus.
- 6. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtība**
  - 6.1. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta atbilstoši apdrošinātajam riskam un Atlīdzību aprēķināšanas tabulai 30 dienu laikā pēc visu lēmumu pieņemšanai nepieciešamo dokumentu saņemšanas brīža.
  - 6.2. Ja nelaiemes gadījuma dēļ Apdrošinātajam ir radušies vairāki miesas bojājumi, Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā saskaņā ar Atlīdzību aprēķināšanas tabulu apdrošinātajam riskam un šiem noteikumiem.
  - 6.3. Ja Apdrošinātājs ir izmaksājis Apdrošināšanas atlīdzību, bet nelaiemes gadījuma tiešu sek rezultātā sešu mēnešu laikā pēc nelaiemes gadījuma dienas iestājas smagākas sekas, kas atbilst apdrošinātajam riskam un Atlīdzības aprēķināšanas tabulas smagākam bojājumam, par kuru ir paredzēta lielāka Apdrošināšanas atlīdzība, pēc papildu iesnieguma saņemšanas, Apdrošinātājs izskata apdrošināšanas atlīdzības lietu atkārtoti.
  - 6.4. Izmaksājot lielāku Apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar šo noteikumu 6.3 punktu, no tās tiek atskaitītas, iepriekš izmaksātās Apdrošināšanas atlīdzības.
  - 6.5. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinātājs ir tiesīgs atteikties izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja Apdrošinātais, Labuma guvējs vai Apdrošinājumaņēmējs ir sniedzis nepilnīgu vai nepatiesu informāciju par apdrošināšanas gadījumu vai tā iestāšanās apstākļiem, 30 dienu laikā nav iesniedzis nepieciešamos dokumentus un rakstveida Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu.
  - 6.6. Apdrošinātājs var atteikties izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja Apdrošinātais ar Jaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ nav izpildījis kādu no Līgumā noteiktajiem pienākumiem. Apdrošinātājs var samazināt Apdrošināšanas atlīdzību, ja Apdrošinātais vieglas neuzmanības dēļ nav izpildījis kādu no Līgumā noteiktajiem pienākumiem.
  - 6.7. Ja Nelaiemes gadījuma rezultātā radušos kaitējumu veselībai ir ietekmējušas Apdrošinātā agrākās slimības vai fiziski defekti, Apdrošinātājs var samazināt Apdrošināšanas atlīdzību.
  - 6.8. Apdrošinātais ir informēts un piekrīt, ka Apdrošinātājs ir tiesīgs pieprasīt un saņemt Apdrošināšanas līguma saistību izpildei nepieciešamo informāciju no ārstniecības personām, kas ārstējušas vai izmeklējušas Apdrošināto, no citiem apdrošinātajiem, valsts, pašvaldības vai ārstniecības iestādēm.
  - 6.9. Apdrošinātājs neizmaksā Apdrošināšanas atlīdzību, ja kaitējums Apdrošinātajam radies citu iemeslu dēļ, kas nav Apdrošinātie riski vai nav minēts Atlīdzību aprēķināšanas tabulā.
  - 6.10. Apdrošinātajam pēc Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas ir tiesības vērsties ar prasību, izmaksātās atlīdzības apmērā, pret personu, kurai izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība (Apdrošināto vai Labuma guvēju), ja:
    - 6.10.1. tiesas procesa rezultātā tiek pierādīts, ka Apdrošināšanas gadījums ir cēlies Apdrošinājumaņēmēja, Apdrošinātā vai Labuma guvēja noziedzīga nodarījuma rezultātā;
    - 6.10.2. apdrošinātā riska iestāšanās ir izraisījis Apdrošinājumaņēmēja, Apdrošinātā vai Labuma guvēja Jauns nolūks vai rupja neuzmanība;
    - 6.10.3. Apdrošinātājs konstatē, ka Apdrošināšanas atlīdzības izmaksai nebija pamata saskaņā ar Apdrošināšanas līgumu vai likumu.