



Kritisko slimību apdrošināšanas papildus noteikumi Nr. 6.3.5/1

1. Vispārējie noteikumi

- Noteikumi ir neatņemama Nelaiemes gadījumu apdrošināšanas noteikumu 6.3/1. sastāvdaļa un ir spēkā tikai tajā gadījumā, ja ir atrunāti noslēgtajā apdrošināšanas līgumā (turpmāk tekstā – Noteikumi).
- Apdrošināšanas līguma saistības attiecas gan uz apdrošināto, gan uz apdrošinājumaņēmēju.

2. Termins

- Apdrošinājumaņēmējs** – fiziska vai juridiska persona, kura noslēdz apdrošināšanas līgumu savā vai citas personas labā.
 - Apdrošinātais** – fiziska persona vecumā līdz 65 gadiem, kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas līgums. Apdrošinātais apdrošināšanas līguma darbības laikā, nedrīkst uzturēties ārpus Latvijas Republikas teritorijas ilgāk par 3 (trim) nepārtrauktiem mēnešiem.
 - Apdrošināšanas polise** – pielikums pie Nelaiemes gadījumu apdrošināšanas līguma un tā neatņemama sastāvdaļa.
 - Nogaidīšanas periods** – laika periods, kas tiek skaitīts no Apdrošinātā labā noslēgtā apdrošināšanas līguma darbības perioda spēkā stāšanās dienas, kurā Apdrošinātajam saņemot Slimības galīgo apstiprināto diagnozi vai slimības rezultātā iestājoties Apdrošinātā nāvei, apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta. Ja apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādāk, tad Nogaidīšanas periods ir 90 (deviņdesmit) dienas. Ja līguma darbības laikā tiek iekļauta jauna apdrošinātā persona, tad šim personām nogaidīšanas periods 90 (deviņdesmit) dienas, sākot no datuma, ar kuru tā tika iekļauta apdrošināto personu sarakstā. Minētais nosacījums nav spēkā, ja Apdrošinātā labā uzreiz pēc apdrošināšanas līguma beigām, kurā ir bijis iekļauts aizsardzības veids „Kritiskās slimības” tiek noslēgts jauns apdrošināšanas līgums ar šī aizsardzības veida iekļaušanu un starp diviem secīgi noslēgtajiem apdrošināšanas līgumiem nav bijis pārtraukums, un netika mainīti apdrošināšanas līguma nosacījumi.
 - Izdzīvošanas periods** – laika periods, kas tiek skaitīts no Slimības iestāšanās datuma, kurā Apdrošinātajam izdzīvojot, tiek izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība. Ja apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādāk, tad Izdzīvošanas periods ir 28 (divdesmit astoņas) dienas. Ja apdrošinātais nomirst Izdzīvošanas perioda laikā, tad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.
 - Slimības sākotnējā diagnoze** – slimības pagaidu diagnoze, kas ir rakstiski fiksēta Apdrošinātā medicīniskajā dokumentācijā, pamatojoties uz slimībai raksturīgiem simptomiem un slimības anamnēzes datiem.
 - 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.
 - 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.
- Miokarda infarkts**
 - Par apdrošināšanas gadījumu uzskatāms, ja diagnoze ir kardiologa apstiprināta un klīniski un diagnostiski pierādīta ar visiem zemāk uzrādītajiem miokarda infarkta diagnostikas kritērijiem:
 - miokarda infarktā raksturīga klīniskā aina;
 - jaunas elektrokardiogrāfiskas izmaiņas, kas raksturīgas miokarda infarktā;
 - miokarda infarktā specifisku fermentu, troponīnu un citu bioķīmisko marķieru paaugstināšanās.
 - Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts:
 - miokarda infarkts bez segmenta ST pacēluma (NSTEMI), tikai ar Troponīna I vai T palielināšanu;
 - „mēmais” infarkts;
 - miokarda infarkts, kas iestājies nelaimes gadījumu rezultātā;
 - citi akūti koronārie sindromi un simptomi;
 - gadījums, ja ir aizdomas par akūtu miokarda infarktu, bet Apdrošinātais rakstiski atsakās no hospitalizācijas.
 - Insults**
 - Par apdrošināšanas gadījumu uzskatāms, ja diagnoze ir neirologa vai neiroķirurga apstiprināta, klīniski un diagnostiski pierādīta ar visiem zemāk uzrādītajiem insultam atbilstošajiem kritērijiem:
 - klīniskā simptomātika, kas atbilst diagnozei;
 - tipiskie pierādījumi smadzeņu datortomogrāfiskajā skenēšanā vai magnētiskajā rezonansē, kas norāda uz jauna insulta gadījumu;
 - pierādījumi par paliekošu neiroloģisko bojājumu esamību un neiroloģisko deficītu vismaz 3 (trīs) mēnešu garumā pēc pielietotās terapijas.
 - Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts:
 - pārejoši smadzeņu asinsrites traucējumi;
 - smadzeņu traumatiskais bojājumi;
 - neiroloģiski simptomi migrēnas dēļ;
 - lakunārs insults bez neiroloģiska deficīta.
 - Paralīze**
 - Par apdrošināšanas gadījumu uzskatāms, 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.
 - Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts:
 - šļauganā vai spastiskā paraparēze;
 - paralīze Gilēna – Barē sindroma gadījumā.
- Vēzis**
 - Par apdrošināšanas gadījumu uzskatāms, ja diagnozi pamato histoloģisko izmeklējumu rezultāti, kurus apstiprinājis onkologs vai patologs. Diagnoze tiek uzskatīta par galīgi apstiprinātu datumā, kad ir iegūti histoloģisko izmeklējumu rezultāti.
 - Par apdrošināšanas gadījumu, netiek uzskatīts:
 - jebkura CIN stadija;
 - jebkura pirmsvēža stadija;
 - jebkura vēža I.stadija;
 - vēzis in-situ;
 - papillāra vairogdziedzeru karcinoma (PTC);
 - limfoma (Hodžkina un Ne Hodžkina);
 - intraokulārais vēzis;
 - visi ādas audzēji;
 - jebkurš vēzis uz imūndeficīta sindroma fona.
- Hroniska nieru mazspēja**
 - Par apdrošināšanas gadījumu uzskatāms, ja diagnoze ir nefrologa apstiprināta, klīniski, diagnostiski pierādīta un ārstēšanai nepieciešama regulāra peritoneālā hemodialīze vai nieru transplantācija.
 - Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīta hroniska nieru mazspēja, kas iestājusies alkohola, narkotisko vai citu toksisko vielu intoksikācijas rezultātā.

3. Apdrošināšanas objekts un apdrošinātais risks

- Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā veselība attiecībā uz Noteikumu 3.2.punktā noteiktajām kritiskajām slimībām.
- Saskaņā ar šiem noteikumiem apdrošinātais risks ir apdrošināšanas līguma darbības laikā diagnosticēta un apstiprināta kritiskā slimība un apdrošināšanas gadījums iestājas kādas no zemāk minēto slimību iestāšanās datumā ar nosacījumu, ka kritiskā slimība nav iestājusies citas slimības dekompensācijas un/vai komplikāciju rezultātā, kā arī nav norādīta kā blakus diagnoze:



- 3.2.6. Multiplā jeb izkaisītā skleroze
- 3.2.6.1. Par apdrošināšanas gadījumu uzskatāms, ja diagnoze ir neirologa vai cita ārsta- speciālista apstiprināta, klīniski un diagnostiski pierādīta ar visiem zemāk uzrādītajiem multiplās jeb izkaisītās sklerozes atbilstošajiem kritērijiem:
- klīniskā simptomātika, kas atbilst diagnozei;
 - tipiskie pierādījumi par smadzeņu perēkļu bojājumiem, kas apstiprināti datortomogrāfiskajā skenēšanā vai magnētiskajā rezonansē;
 - pierādījumi par nepārtrauktu neiroloģisko patoloģiju un neiroloģisko deficītu vismaz 6 (sešu) mēnešu garumā pēc pielietotās terapijas.
- 3.2.6.2. Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīta jebkura cita slimība ar līdzīgiem kritērijiem.
- 3.2.7. HIV
- 3.2.7.1. Par apdrošināšanas gadījumu uzskatāms, ja Slimības galīgā apstiprinātā diagnoze ir dokumentāli apstiprināta ar infektologa slēdzienu. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta 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.
- 3.2.7.2. Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts jebkurš cits HIV inficēšanās avots (tai skaitā, ja avots nav zināms).
- 3.2.8. Laima boreliozes slimība jeb Laima borelioze
- 3.2.8.1. Par apdrošināšanas gadījumu uzskatāms, 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 – neiroboreliozī, par ko ir jābūt neirologa vai cita ārsta- speciālista slēdzienam ar dokumentāciju dinamiskā vismaz 3 mēnešu garumā.
- 3.2.8.2. Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīta jebkura cita Laima slimības klīniskā forma.
- 3.3. Gadījumā, ja apdrošināšanas līguma darbības laikā tiek reģistrēta Slimības sākotnējā diagnoze, kas pēc apdrošināšanas līguma darbības termiņa beigām, bet ne vēlāk kā 1 (vienu) mēneša laikā no Slimības sākotnējās diagnozes reģistrēšanas dienas, tiek dokumentāli apliecināta ar attiecīga ārsta- speciālista slēdzienu kā Slimības galīgā apstiprinātā diagnoze, tad tas tiek uzskatīts par apdrošināšanas gadījumu.

4. Kritisko slimību vispārējie izņēmumi

Apdrošināšanas līguma darbības laikā iestājoties kādai no Noteikumu 3.2.punktā minētajām kritiskajām slimībām, apdrošināšanas atlīdzība netiks izmaksāta, ja:

- 4.1. Kritiskā slimība Apdrošinātajam ir diagnosticēta ka Slimības sākotnējā diagnoze pirms konkrētā apdrošināšanas līguma noslēgšanas vai Nogaidīšanas periodā;
- 4.2. Kritiskā slimība radusies ilgstoša hroniska procesa vai slimības rezultātā;
- 4.3. Apdrošinātais nav ievērojis ārstniecības personas norādījumus, kas nepieciešami slimības ārstniecības procesa nodrošināšanai.

5. Apdrošināšanas atlīdzība un tās izmaksas kārtība

- 5.1. Lai saņemtu apdrošināšanas atlīdzību apdrošināšanas gadījumā, Apdrošinātajam (nāves gadījumā – personai, kurai ir tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību) ir pienākums nekavējoties, tiklīdz tas kļūvis iespējams, paziņot ADB „Gjensidige” Latvijas filiālei par kritisko slimību, iesniedzot Apdrošinātajam iesniegumu par apdrošināšanas riska iestāšanos un dokumentus, kas apstiprina gan Slimības sākotnējo diagnozi, gan Slimības galīgo apstiprināto diagnozi (nāves gadījumā – nāvi un nāves cēloni).
- 5.2. Gadījumā, ja par apdrošināšanas gadījumu Apdrošinātajam tiek paziņots vēlāk kā 30 (trīsdesmit) dienu laikā, skaitot no attiecīgās diagnozes apstiprināšanas dienas (nāves gadījumā – no nāves iestāšanās datuma), Apdrošinātajam vai Apdrošinājumaņēmējam ir jāpierāda ātrākas paziņošanas objektīva neiespējamība.

- 5.3. Apdrošinātais izmaksā vienreizēju apdrošināšanas atlīdzību pēc Izdzīvošanas perioda beigām 100% (viens simts procentu) apmērā no apdrošināšanas līgumā apdrošināšanas aizsardzībai „Kritiskās slimības” noteiktās apdrošinājuma summas.
- 5.4. Ja pēc Izdzīvošanas perioda beigām, kādas no Noteikumu 3.2. punktā minētās slimības rezultātā, iestājas Apdrošinātā nāve, Apdrošinātais izmaksā apdrošināšanas atlīdzību, ar nosacījumu, ka Slimības galīgā apstiprinātā diagnoze tika noteikta Apdrošinātajam dzīvam esot.
- 5.5. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja Nogaidīšanas periodā Apdrošinātajam tiek uzstādīta Slimības galīgā apstiprinātā diagnoze vai slimības rezultātā iestājas Apdrošinātā nāve.
- 5.6. Izmaksājot 1 (vienu) apdrošināšanas atlīdzību apdrošināšanas segums „Kritiskās slimības” uz konkrēto Apdrošināto tiek pārtraukts.

5. Dokumenti, kas nepieciešami apdrošināšanas atlīdzības izmaksai

- 5.1. Lai izvērtētu un konstatētu, vai apdrošināšanas riska iestāšanās gadījums ir apdrošināšanas gadījums, atlīdzības saņēmējam jāiesniedz:
 - 5.1.1. apdrošinātā, mantinieka, labuma guvēja vai apdrošinājumaņēmēja iesniegums par apdrošināšanas riska iestāšanos;
 - 5.1.2. Pases kopija, uzrādot oriģinālu;
 - 5.1.3. Dokumentu oriģināli, kas apstiprina un pierāda Apdrošinātā saslimšanu ar kādu no kritiskajām slimībām, tai skaitā, Slimības sākotnējo diagnozi un/vai Slimības galīgo apstiprināto diagnozi.
 - 5.1.4. Apdrošinātā slimības vēstures noraksts un/vai rakstisks slēdziens, kuru izsniegusi ārstu ekspertīzes komisija (Konsilījs), kurā norādīts precīzs Slimības sākotnējās diagnozes un/vai Slimības galīgās apstiprinātās diagnozes noteikšanas datums.
 - 5.1.5. Apdrošinātā nāves gadījumā – miršanas apliecības kopija, uzrādot oriģinālu un zvērīnātā notāra mantojuma apliecības kopija (uzrādot oriģinālu) vai tiesas lēmums par mantojuma tiesībām.
- 5.2. Apdrošinātais, ja nepieciešams, var pieprasīt arī citus dokumentus (ekspertīzes slēdzienus, tiesvedības dokumentāciju, medicīnisko ambulatoro karti un/vai izrakstu no stacionāra), kas nepieciešami lēmuma par apdrošināšanas atlīdzību pieņemšanai.
- 5.3. Pirms apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas Apdrošinātais var pieprasīt atkārtotu ārstu ekspertīzes komisijas slēdzienu, ārsta slēdziena un citu dokumentu pārbaudi, un izjautāt trešās personās, kurām varētu būt informācija par Apdrošinātā veselības stāvokli diagnozes apstiprināšanas laikā vai pirms tā.

6. Pārējie noteikumi

- 6.1. Saskaņā ar šiem Noteikumiem apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā visā pasaulē, ja apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādk.
- 6.2. Noslēdzot apdrošināšanas līgumu, pēc Apdrošinājumaņēmēja un Apdrošinātāja savstarpējas vienošanās, jebkurš apdrošināšanas līguma noteikums var tikt grozīts noslēdzot par to abpusēju vienošanos. Jebkura veida mutiska informācija vai mutiska vienošanās nav saistoša.
- 6.3. Visi jautājumi, kas nav atrunāti šajos Noteikumos, tiek risināti saskaņā ar Nelaimes gadījumu apdrošināšanas noteikumiem Nr. 6.3/1, apdrošināšanas līgumā noteikto un Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.
- 6.4. Pretrunu vai nesakadribu gadījumā starp šo noteikumu tekstu latviešu valodā un svešvalodā, noteicošais ir teksts latviešu valodā.