



Nelaiemes gadījumu apdrošināšanas noteikumi Nr. 6.4

1. Noteikumos lietotie termini

- 1.1. **Apdrošinājumaņēmējs** — fiziska vai juridiska persona, kas noslēgusi līgumu savā vai citas personas labā.
- 1.2. **Apdrošinātais** — fiziska persona, kurai ir interese neciest zaudējumus, iestājoties Apdrošinātajam riskam un kuras labā ir noslēgts Apdrošināšanas līgums.
- 1.3. **Apdrošinātājs** — ADB „Gjensidige” Latvijas filiāle.
- 1.4. **Apdrošināšanas objekts** — apdrošinātā dzīvība, veselība vai fiziskais stāvoklis, kā arī citi apdrošināšanas polisē minētie apdrošināšanas riski, kas tieši saistīti ar neparedzētu izdevumu rašanos Apdrošinātajam Nelaiemes gadījuma rezultātā.
- 1.5. **Apdrošināšanas gadījums** — no Apdrošinātā gribas neatkarīgs ar apdrošināto risku saistīts pēkšņš un neparedzēts notikums, kam iestājoties, paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši Apdrošināšanas līgumam.
- 1.6. **Nelaiemes gadījums** — Apdrošinātajam ārēju faktoru rezultātā pret viņa gribu nodarīts kaitējums veselībai vai dzīvībai (trauma, neatgriezeniska invaliditāte vai nāve) un/vai materiālie zaudējumi.
- 1.7. **Apdrošinātais risks** — Apdrošināšanas līgumā norādītais no Apdrošinātā gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē. Apdrošināšanas segums ir spēkā tikai uz Apdrošināšanas polisē nosauktajiem riskiem.
- 1.8. **Apdrošināšanas segums** — Apdrošināšanas līgumā iekļauto apdrošināšanas risku kopums.
- 1.9. **Apdrošināšanas polise** — dokuments, kas apliecina Apdrošināšanas līguma noslēgšanu.
- 1.10. **Atlīdzību aprēķināšanas tabulas** — šo noteikumu pielikumā pievienotās tabulas: Tabula A, Tabula B, Tabula C, Tabula D un Tabula F, Tabula G kas izmantojamas, nosakot Apdrošināšanas atlīdzības apmēru.
- 1.11. **Apdrošināšanas līgums** — šis Apdrošināšanas līgums, kas ietver Apdrošināšanas līguma noteikumus, kā arī visus šī līguma grozījumus un papildinājumus, par kuriem Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs ir vienojušies rakstveidā. Apdrošināšanas līgumu var noslēgt klātienē vai izmantojot distances saziņas līdzekļus. Izmantojot distances saziņas līdzekļus, tiek noslēgts Distances apdrošināšanas līgums.
- 1.12. **Apdrošināšanas periods** — apdrošināšanas līgumā norādītais termiņš, kas nav ilgāks par 365 secīgām kalendārajām dienām. Termiņa noteikšanā puses vadās pēc Latvijas Republikas laika zonas.
- 1.13. **Distances apdrošināšanas līgums** — apdrošināšanas līgums, ja apdrošinātājs un apdrošinājumaņēmējs to noslēdzis, pamatojoties uz apdrošinātāja rakstveida piedāvājumu, kas apdrošinājumaņēmējam nosūtīts ar faksimila, interneta, elektroniskā pasta (distances saziņas līdzekļu) starpniecību. Distances apdrošināšanas līguma noslēgšanas apliecinājums ir apdrošināšanas polise elektroniskās izdrukas veidā.
- 1.14. **Apdrošināšanas prēmija** — noteiktais maksājums par apdrošināšanu.
- 1.15. **Apdrošināšanas summa** — apdrošināšanas polisē norādītā naudas summa, kas ir maksimālais Apdrošināšanas saistību apmērs. Apdrošināšanas summa norādīta polisē katram izvēlētajam apdrošināšanas riskam, par kuru noslēgts Apdrošināšanas līgums.
- 1.16. **Apdrošināšanas atlīdzība** — par apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā naudas summa vai nodrošināmo pakalpojumu izmaksas atbilstoši Apdrošināšanas līgumam.
- 1.17. **Labuma guvējs** — Apdrošinātā mantinieki, kuriem normatīvos aktos noteiktā kārtībā apstiprinātas mantojuma tiesības, ja Apdrošināšanas polisē nav norādīts cits labuma guvējs.
- 1.18. **Apdrošināšanas teritorija** — Apdrošināšana ir spēkā ģeogrāfiskajā teritorijā, kas ir norādīta Apdrošināšanas polisē un kurā ir spēkā Apdrošināšanas līgums.
- 1.19. **Polises darbības laiks** — Apdrošināšana ir spēkā Apdrošināšanas polisē norādītajā laikā.
- 1.20. **Apdrošināšanas polise** — dokuments, kas apliecina Apdrošināšanas līguma noslēgšanu.
- 1.21. **Nogaidīšanas periods** — Ja Apdrošināšanas līgumā nav noteikts citāddāk, tad Nogaidīšanas periods ir 90 (deviņdesmit) dienas no Apdrošinātā labā noslēgtā Apdrošināšanas līguma darbības 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 tiek 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.
- 1.22. **Izdzīvošanas periods** — Ja apdrošināšanas līgumā nav noteikts citāddāk, tad Izdzīvošanas periods ir 28 (divdesmit astoņas) dienas no Slimības iestāšanās datuma.
- 1.23. **Slimības sākotnējā diagnoze** — slimības pagaidu diagnoze, kas ir rakstiski fiksēta Apdrošinātā medicīniskajā dokumentācijā, pamatojoties uz slimībai raksturīgiem simptomiem un slimības anamnēzes datiem.
- 1.24. **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.
- 1.25. **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.
- 1.26. **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.
- 1.27. **Paaugstināta riska kaula lūzums** — kaula lūzums, kas radies ārējā spēka iedarbības rezultātā uz izmainītas kaula struktūras un/vai locītavas bojājuma fona (saīšu sastiepums, locītavas mežģījumi, locītavas somiņas plīsumi).
- 1.28. **Patoloģisks lūzums** — kaula lūzums, ko izraisījis iepriekšēja slimība vai radies bez ārēju faktoru iedarbības.
- 1.29. **Sports** — fizisko aktivitāšu veidi, ko veic Apdrošinātais individuāli vai organizētu piedalīšanos komandā, kas vērsta uz fizisko spēju un prasmju saglabāšanu vai uzlabošanu un/vai piedalīšanos sacensībās.
- 1.30. **Paaugstināta riska hobiji** — fiziskā aktivitāte, ar kuru nodarbojoties nepieciešama fiziskā sagatavotība, regulārs treniņš, noteikts aprikojums un/vai ietērps, un kura laikā pastāv risks, ka var tikt apdraudēta Apdrošinātā dzīvība, veselība vai fiziskais stāvoklis.

2. Apdrošinātais risks

- 2.1. Šajos noteikumos uzskaitītie riski ir apdrošināti tikai tad, ja tie ir norādīti un atzīmēti Apdrošināšanas 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. **Kosmetoloģiskie izdevumi.**
- 2.2.8. **Rehabilitācijas izdevumi.**
- 2.2.9. **Pārejoša darba nespēja.**
- 2.2.10. **Kritiskās 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 iestājusies Apdrošinātā nāve.
- 2.3.3. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta Apdrošināšanas polisē 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 Apdrošināšanas polisē 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 Apdrošināšanas polisē atzīmētajai/ām Atlīdzību aprēķināšanas tabulām (Tabula D; Tabula E; Tabula F; Tabula G.).
- 2.5.3. Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību tikai par vienu smagāko Atlīdzību aprēķināšanas tabulās (Tabula D, Tabula E, Tabula F vai Tabula G) norādīto bojājumu, 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 2.1.12. 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 Apdrošinātais 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 Apdrošināšanas 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. 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 atlīdzību par risku „Slimnīcas nauda”;
- 2.6.5.2. ja darba nespēja ir cēloņsakarībā ar iedzimtām, hroniskām vai arodslimībām, saslimstot vai slimojot ar infekcijas slimībām;
- 2.6.5.3. ja pārejošas darba nespējas gadījumā, par ko ir izsniegta darba nespējas lapa, Apdrošinātais atradies darbā un pildījis savus tiešos vai līdzīgus/aizvietojošus darba pienākumus.
- 2.6.6. 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 Apdrošinātais 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, Apdrošināšanas polisē 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 stacionārā aprūpes nodalā.



- 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 Apdrošināšanas polisē 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. zobu traumatisku bojājumu ārstēšanu;
- 2.8.2.7. nokļūšanu ar medicīnisko transportu līdz ārstniecības iestādei.
- 2.9. Risks „Kosmetoloģiskie izdevumi”**
- 2.9.1. Risks „Kosmetoloģiskie 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 Apdrošināšanas polisē noteikto Apdrošinājuma summu, izmaksā apdrošināšanas atlīdzību par risku „Kosmetoloģiskie izdevumi” tikai par:
- 2.9.2.1. kosmētiskām operācijām, kuras veiktas, lai novērstu paliekošus fiziskus un kropļojošus ķermeņa ārējos defektus pēc apdegumiem, kuri ir nelaiemes gadījuma rezultāta sekas;
- 2.9.2.2. kosmētiskām operācijām, lai novērstu kropļojošus ādas bojājumus galvas un kakla rajonā;
- 2.9.2.3. zobārstniecības pakalpojumiem (zobu implantēšana, protezēšana) saistībā ar zobu zudumiem.
- 2.10. Risks „Rehabilitācijas izdevumi”**
- 2.10.1. Risks „Rehabilitācijas izdevumi” iestājas, ja Apdrošināšanas perioda laikā notikuša Nelaiemes 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 Apdrošināšanas 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 Nelaiemes gadījuma ārstēšanai.
- 2.11. Risks „Pārejoša darba nespēja”**
- 2.11.1. Risks „Pārejoša darba nespēja” iestājas, ja Apdrošināšanas perioda laikā notikuša Nelaiemes 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 „Pārejoša darba nespēja”, pamatojoties uz darba nespējas lapā norādīto informāciju.
- 2.11.3. Apdrošināšanas atlīdzību par apdrošināto risku „Pārejoša darba nespēja” izmaksā par katru darba nespējas dienu, Apdrošināšanas 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 „Pārejoša darba nespēja” izmaksā ne vairāk kā par 10 darba nespējas dienām Apdrošināšanas periodā, ja Apdrošinātais Nelaiemes gadījuma brīdī nav guvis ienākumus, strādājis algotu darbu.
- 2.11.5. Apdrošināšanas atlīdzība par risku „Pārejoša darba nespēja” tiek izmaksāta tikai par darba nespējas dienām, kas ietilpst Apdrošināšanas periodā.
- 2.11.6. Apdrošināšanas atlīdzību par apdrošināto risku „Pārejoša darba nespēja” sāk izmaksāt sākot no 11. darba nespējas dienas, ja Apdrošinātais Nelaiemes gadījuma rezultātā gūvis 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 „Pārejoša darba nespēja” neizmaksā:
- 2.11.7.1. par darba nespējas dienām, par kurām jau izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība par risku „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 „Pārejoša darba nespēja” pārtrauc izmaksāt ar invaliditātes piešķiršanas lēmuma pieņemšanas dienu.
- 2.11.9. Apdrošināšanas atlīdzība par risku „Pārejoša darba nespēja”, kas iestājies vienlaicīgi ar risku „Trauma”, nevar pārsniegt par risku „Trauma” izmaksājamo apdrošināšanas atlīdzību.
- 2.11.10. Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību par risku „Pārejoša darba nespēja” 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 iestājies 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 Apdrošināšanas 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. jaunas 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 nelaiemes gadījumu 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 Apdrošināšanas polisē norādīto Apdrošināšanas atlīdzību par Kritisko slimību — insultu, ja diagnoze ir neirologa vai neiroķirurga apstiprināta, kliniski un diagnostiski pierādīta ar visiem zemāk uzskaitītajiem insultam atbilstošajiem kritērijiem:

- a. kliniskā simptomātika, kas atbilst diagnozei;
- b. tipiskie pierādījumi smadzeņu datortomogrāfiskajā 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 bojājumi;
- 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 Apdrošināšanas 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 Apdrošināšanas polisē norādīto Apdrošināšanas atlīdzību par Kritisko slimību — vēzis, 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. papillāra vairogdziedzeru karcinoma (PTC);
- f. limfoma (Hodžikina un Ne Hodžikina);
- 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 Apdrošināšanas 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 Apdrošināšanas 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 uzskaitītajiem multiplās jeb izkaisītās sklerozes atbilstošajiem kritērijiem:

- a. kliniskā simptomātika, kas atbilst diagnozei;
- b. tipiskie pierādījumi par smadzeņu perēkļu bojājumiem, kas apstiprināti datortomogrāfiskajā 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 Apdrošināšanas polisē norādīto Apdrošināšanas atlīdzību par Kritisko slimību — HIV, ja galīgā apstiprinātā diagnoze ir dokumentāli apstiprināta ar infektologa slēdzieni. 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 pārlišanas 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 borelioze**

2.12.1.8.1. Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā Apdrošināšanas polisē norādīto Apdrošināšanas atlīdzību par Kritisko slimību — Laima borelioze, 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 — neiroboreliozu, 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 Apdrošināšanas 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 apstiprināta, kliniski, diagnostiski pierādīta. 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 Apdrošināšanas 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 Apdrošināšanas 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:

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

2.12.1.12. Sirds operācija

2.12.1.12.1. Apdrošinātājs aprēķina un izmaksā Apdrošināšanas 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 apdrošināšanas polisē noteiktajā apmērā (pilnas riska „Kritiskās slimības” apdrošinājuma summas 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.

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 izmaksa, 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. Apsaldējumi, 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 atdzīšana (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 tas 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 piedalīšanās Sporta nodarbībās un/vai sacensībās, ja tas nav norādīts līgumā īpašajos nosacījumos.
- 4.1.9. Jebkuras darbības veikšana, ja šī darbība ir saistīta ar paaugstinātu nelaimes 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 sadzijis.
- 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., vadījis 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 aviosabiedrībai piederošu lidmašīnu, kas reģistrēta kā pasažieru pārvadāšanas līdzeklis pa noteiktu maršrutu;
- 4.3.3. kuģoja, izņemot kā pasažieris ar kuģi, kurš registrēts 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 diagnostiku.
 - 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 kompjūtertomoģrafiju un magnētisko rezonansi.
 - 4.4.11. Brillju, 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. Apdrošinājuma summa

- 5.1. Apdrošinājuma summas apmēru nosaka Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs, savstarpēji vienojoties.
- 5.2. Apdrošinājumaņēmējs ar Apdrošinātāja piekrišanu ir tiesīgs apdrošināšanas līguma darbības laikā palielināt apdrošinājuma summu.
- 5.3. Ja Apdrošinājumaņēmējs vēlas palielināt Apdrošinājuma summas apmēru, viņam ir jāiesniedz Apdrošinātājam atbilstoša satura rakstveida iesniegums.
- 5.4. Apdrošinātājs ir tiesīgs pieprasīt Apdrošinātājai personai iziet medicīnisko izmeklēšanu Apdrošinātāja norādītajā medicīniskajā iestādē un iesniegt papildu informāciju, kas apliecinātu apdrošināšanas riska pakāpi.
- 5.5. Apdrošinātājam ne vēlāk kā 10 (desmit) darba dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas ir jāpieņem un jāpaziņo Apdrošinājumaņēmējam lēmumu:
 - 5.5.1. par apdrošinājuma summas palielināšanu, norādot apdrošināšanas prēmijas lielumu un summu, kas Apdrošinājumaņēmējam jāpiemaksā un tās iemaksas termiņu;
 - 5.5.2. par atteikumu palielināt apdrošinājuma summu.

6. Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās

- 6.1. Apdrošināšanas līgums stājas spēkā datumā un laikā, kas norādīti Apdrošināšanas līgumā ar nosacījumu, ja Apdrošināšanas prēmijas iemaksa veikta norādītajā termiņā un apjomā.
- 6.2. Apdrošināšanas līgums ir spēkā tikai attiecībā uz Apdrošināšanas līgumā norādītajiem Apdrošinātājiem riskiem un norādītajā Apdrošināšanas teritorijā.
- 6.3. Apdrošinājumaņēmēja paraksta neesamība uz Apdrošināšanas līguma neietekmē Apdrošināšanas līguma spēkā esamību.
- 6.4. Slēdzot apdrošināšanas līgumu, Apdrošinājumaņēmējam ir jāinformē Apdrošinātājs par visiem apstākļiem, kas ietekmē Apdrošināšanas risku izvērtēšanu un līguma nosacījumu izpildi. Gadījumā, ja Apdrošinājumaņēmējs nav izpildījis informēšanas pienākumu, Apdrošināšanas līgums nav spēkā no noslēgšanas brīža.

7. Apdrošināšanas prēmijas samaksas kārtība

- 7.1. Apdrošinājumaņēmēja pienākums ir samaksāt Apdrošināšanas prēmiju Apdrošināšanas līgumā noteiktajā termiņā un apjomā.

- 7.2. Apdrošinājumaņēmējs ir tiesīgs samaksāt Apdrošināšanas prēmiju skaidrā naudā vai ar pārskaitījumu.
- 7.3. Ja Apdrošināšanas prēmija tiek samaksāta ar pārskaitījumu, tad par samaksas dienu tiek uzskatīts datums, kad nauda tiek ieskaitīta Apdrošinātāja vai apdrošināšanas starpnieka, kurš ir pilnvarots Apdrošinātāja vārdā iekasēt Apdrošināšanas prēmijas, un ar kura starpniecību noslēgts attiecīgais Apdrošināšanas līgums, norēķinu kontā.

8. Apdrošināšanas līguma pirmstermiņa izbeigšana

- 8.1. Apdrošināšanas līgums tiek izbeigts pirms termiņa, ja:
 - 8.1.1. Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās rezultātā tiek izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība pilnas Apdrošinājuma summas apmērā.
 - 8.1.2. Puses par to ir vienojušās.
 - 8.1.3. Apdrošinātais risks iestājies Apdrošinātā, Apdrošinājumaņēmēja vai Labuma guvēja Jauna nolūka vai rupjas neuzmanības dēļ, (Apdrošināšanas līgums uzskatāms par izbeigtu no minēto faktu rašanās brīža).
 - 8.1.4. Apdrošināšanas līguma darbības laikā vai pēc zaudējuma iestāšanās Apdrošinājumaņēmējs, Apdrošinātais ar Jaunu nolūku vai aiz rupjas neuzmanības sniedz nepatiesu informāciju vai atsakās iesniegt Apdrošinātāja pieprasīto informāciju.
 - 8.1.5. Iestājas citi Apdrošināšanas līgumā vai Latvijas Republikā spēkā esošajos normatīvajos aktos paredzētie Apdrošināšanas līguma izbeigšanas nosacījumi.
- 8.2. Ja Apdrošināšanas līgumā vai Latvijas Republikā spēkā esošajos normatīvajos aktos nav noteikts citādi, Apdrošināšanas līguma pirmstermiņa izbeigšanas gadījumā iemaksātā Apdrošināšanas prēmija netiek atmaksāta.
- 8.3. Apdrošināšanas līgumā vai Latvijas Republikā spēkā esošajos normatīvajos aktos noteiktā atmaksājāmās Apdrošināšanas prēmijas daļa tiek aprēķināta, atskaitot no Apdrošināšanas līgumā norādītās prēmijas Apdrošināšanas līguma faktiskajam darbības laikam atbilstošo prēmijas daļu, ar Apdrošināšanas līguma noslēgšanu saistītos izdevumus, kas tiek aprēķināti saskaņā ar Apdrošinātāja spēkā esošo metodiku (Ar Apdrošināšanas līguma noslēgšanu saistītie izdevumi nevar būt lielāki kā 25% apmērā no kopējas Apdrošināšanas prēmijas), un Apdrošināšanas līguma ietvaros izmaksāto atlīdzību summu.
- 8.4. Ja Apdrošināšanas līgums ir noslēgts kā distances līgums un tā Apdrošināšanas periods nav mazāks par 1 (vienu) mēnesi, tad Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības izmantot atteikuma tiesības un 14 (četrpadsmit) dienu laikā pēc Apdrošināšanas līguma noslēgšanas dienas vienpusēji atkāpties no Apdrošināšanas līguma, rakstveidā paziņojot par to Apdrošinātājam (Adrese: Brīvības iela 39, Rīga, LV-1010). Šādā gadījumā viss Apdrošināšanas līgums zaudē spēku attiecībā uz visu apdrošināšanas objektu Apdrošinājumaņēmēja atteikuma paziņojuma nosūtīšanas dienā. Apdrošinātājs atmaksā apdrošināšanas prēmijas daļu, kuras apmērs tiek noteikts, atskaitot no iemaksātās prēmijas apdrošināšanas līguma faktiskajam darbības laikam atbilstošo prēmijas daļu.

9. Apdrošinājumaņēmēja un Apdrošinātā pienākumi

- 9.1. Apdrošinājumaņēmēja pienākums ir informēt Apdrošinātā par to, ka viņš ir apdrošināts un iepazīstināt to ar Apdrošināšanas nosacījumiem.
- 9.2. Noslēdzot Apdrošināšanas līgumu, Apdrošinājumaņēmēja un Apdrošinātā pienākums ir sniegt visu Apdrošinātāja pieprasīto informāciju par apstākļiem, kas ir svarīgi, slēdzot Apdrošināšanas līgumu.
- 9.3. Apdrošināšanas līguma darbības perioda laikā Apdrošinātājam vai Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums 3 dienu laikā rakstveidā paziņot Apdrošinātājam par izmaiņām vai citiem apstākļiem, kas var ietekmēt Apdrošināšanas līguma izpildi (piemēram, palielinājusies Apdrošinātā riska iestāšanās iespējāmība, mainījusies Apdrošināšanas līgumā norādītā Apdrošinātā vai Labuma guvēja adrese, kā arī citos gadījumos).



- 9.4. Apdrošinājumaņēmēja, Apdrošinātā un Labuma guvēju pienākums ir pierādīt Apdrošināšanas gadījuma faktu un sekas, kā arī iesniegt visu Apdrošinātāja pieprasīto informāciju un dokumentus, kas apstiprina Apdrošināšanas gadījuma iestāšanos.
- 9.5. Apdrošināšanas līgumā noteiktās saistības tiek vienlīdz attiecinātas arī uz Labuma guvēju.

10. Pušu darbība pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās

- 10.1. Pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās Apdrošinātājai personai 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.
- 10.2. Ja noticis ceļu satiksmes negadījums vai trešo personu prettiesiska rīcība, paziņot par negadījumu policijai vai citām kompetentām iestādēm.
- 10.3. Apdrošinājumaņēmējam, Apdrošinātājam 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 Apdrošinātājam personīgi šādi dokumenti:
- 10.3.1. atlīdzības pieteikums, kā arī jānorāda vai Apdrošinātājam ir citi spēkā esoši apdrošināšanas līgumi;
- 10.3.2. apdrošināšanas polises kopija;
- 10.3.3. 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 nelaimes gadījumu darbā u.c.);
- 10.3.4. pēc Apdrošinātāja pieprasījuma Apdrošinātājai personai, tās pārstāvim vai Labuma guvējam, jāiesniedz citi papildu dokumenti, kas saistīti ar apdrošināšanas gadījuma iestāšanos. Kamēr nav iesniegti visi nepieciešamie dokumenti, Apdrošinātājam nav pienākums izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību.
- 10.3.5. kopā ar pieteikumu Apdrošinātājam (tā pārstāvim) jāuzrāda pase vai cits personu apliecinošs dokuments;
- 10.3.6. pilnvara, kas dod Apdrošinātās personas pārstāvim tiesības veikt visas ar apdrošināšanas atlīdzības saņemšanu saistītas darbības (oriģināls vai notariāli apstiprināta kopija);
- 10.3.7. Apdrošinātājs var pieprasīt uzrādīt visu dokumentu oriģinālus.
- 10.4. Apdrošinātājs ir tiesīgs veikt Apdrošinātās personas medicīnisko izmeklēšanu uz sava rēķina, pieaicināt nepieciešamos ekspertus, ar mērķi noteikt tā veselībai radīto kaitējumu apdrošināšanas gadījuma iestāšanās rezultātā.
- 10.5. Ja Apdrošinātā persona (tās pārstāvis) nepiekrīt Apdrošinātāja ekspertu slēdzienam, viņš ir tiesīgs uz sava rēķina pieaicināt neatkarīgus ekspertus.
- 10.6. Ja Apdrošinātājs nepiekrīt neatkarīgo ekspertu slēdzienam, strīdus izskata šajos noteikumos paredzētajā kārtībā.

11. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtība

- 11.1. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta atbilstoši apdrošinātājam riskam un Apdrošinātāja Atlīdzību aprēķināšanas tabulai 30 dienu laikā pēc visu lēmuma pieņemšanai nepieciešamo dokumentu saņemšanas brīža.
- 11.2. Ja nelaimes gadījuma dēļ Apdrošinātājai personai ir radušies vairāki miesas bojājumi, Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā par smagāko bojājumu, pēc kura saskaņā ar Atlīdzību aprēķināšanas tabulu ir paredzēta lielākā atlīdzība, ja tie atbilst apdrošinātājam riskam.
- 11.3. Ja Apdrošinātājs ir izmaksājis Apdrošināšanas atlīdzību, bet nelaimes gadījuma tiešu seku rezultātā sešu mēnešu laikā pēc nelaimes gadījuma dienas iestājas smagākas sekas, kas atbilst apdrošinātājam riskam un Atlīdzības aprēķināšanas tabulas smagākam bojājumam, par kuru ir paredzēta lielāka Apdrošināšanas atlīdzība, pēc papildu iesnieguma saņemšanas, Apdrošinātājs izskata apdrošināšanas atlīdzības lietu atkārtoti.
- 11.4. Izmaksājot lielāku Apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar šo noteikumu 11.3 un 11.4. punktu, no tās tiek atskaitītas, iepriekš izmaksātās Apdrošināšanas atlīdzības.

- 11.5. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinātājs ir tiesīgs atteikties izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja Apdrošinātā persona, 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/vai rakstisku pieteikumu Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai.
- 11.6. Apdrošinātājs var atteikties izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja Apdrošinātāis ar Jaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ nav izpildījis kādu no Līgumā noteiktajiem pienākumiem.
- 11.7. Apdrošinātājs var samazināt Apdrošināšanas atlīdzību, ja Apdrošinātāis vieglas neuzmanības dēļ nav izpildījis kādu no Līgumā noteiktajiem pienākumiem.
- 11.8. Ja Nelaimes gadījuma rezultātā radušos kaitējumu veselībai ir ietekmējušas Apdrošinātā agrākās slimības vai fiziski defekti, Apdrošinātājs var samazināt Apdrošināšanas atlīdzību.
- 11.9. Apdrošinātāis 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 apdrošinātājiem, valsts, pašvaldības vai ārstniecības iestādēm.
- 11.10. Apdrošinātājs neizmaksā Apdrošināšanas atlīdzību, ja kaitējums Apdrošinātājam radies citu iemeslu dēļ, kas nav Apdrošinātie riski vai nav minēts Atlīdzību aprēķināšanas tabulā.

12. Regresa prasība

- 12.1. Apdrošinātāis ar Apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas brīdi nodod Apdrošinātājam savas prasības tiesības izmaksātās Apdrošināšanas atlīdzības apmērā (ņemot vērā kompensācijas principu) pret personu, kura ir atbildīga par zaudējumiem.
- 12.2. Apdrošinātājam pēc Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas ir tiesības vērsties ar regresa prasību pret personu, kurai izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība (Apdrošināto vai Labuma guvēju), ja: 12.3.1. tiesas procesa rezultātā tiek pierādīts, ka Apdrošināšanas gadījums ir cēlies Apdrošinājumaņēmēja, Apdrošinātā vai Labuma guvēja noziedzīga nodarījuma rezultātā; 12.3.2. apdrošinātā riska iestāšanās ir izraisījis Apdrošinājumaņēmēja, Apdrošinātā vai Labuma guvēja Jauns nolūks vai rupja neuzmanība; 12.3.3. Apdrošinātājs konstatē, ka Apdrošināšanas atlīdzības izmaksai nebija pamata saskaņā ar Apdrošināšanas līgumu vai likumu „Par apdrošināšanas līgumu”.

13. Nobeiguma noteikumi

- 13.1. Apdrošināšanas līguma puses ir tiesīgas, savstarpēji rakstiski vienojoties, Apdrošināšanas līgumā ieviest papildu nosacījumus un atbildības ierobežojumus.
- 13.2. Apdrošinātāja darbības uzraudzību veic Finanšu un kapitāla tirgus komisija.
- 13.3. Apdrošinājumaņēmējs piekrīt, ka Apdrošinātājs kā sistēmas pārziņis un personas datu operators, apstrādā Apdrošinājumaņēmēja un Apdrošinātā personas datus, tai skaitā sensitīvos personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus ar mērķi nodrošināt Apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.
- 13.4. Apdrošinātājam, lai nodrošinātu Apdrošināšanas līguma noslēgšanu un izpildi, ir tiesības nepieciešamajā apjomā nodot fiziskās personas datus Apdrošinātāja darbiniekiem, kā arī speciālistiem, ekspertiem, līdzapdrošinātājiem un pārāpdrošinātājiem.
- 13.5. Visos gadījumos, kas nav atrunāti Apdrošināšanas līgumā, puses vienojas savstarpējo attiecību regulēšanai piemērot likumu „Par apdrošināšanas līgumu”, Civillikumu un citus Latvijas Republikā spēkā esošos normatīvos aktus.
- 13.6. Visi strīdi, kas izriet no Apdrošināšanas līguma, tiek risināti sarunu ceļā. Ja puses vienošanos nepanāk, strīdus izskata Latvijas Republikas tiesā saskaņā ar spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.
- 13.7. Pretrunu vai neskaidrību gadījumā starp šo noteikumu tekstu latviešu valodā un svešvalodā, noteicošais ir teksts latviešu valodā.