



# Veselības apdrošināšanas noteikumi Nr. 14.9

Šie noteikumi ir veselības apdrošināšanas līguma (polises) neatņemama sastāvdaļa

## 1. Noteikumos lietotie termini

- 1.1. **Apdrošinātājs** — ADB „Gjensidige” Latvijas filiāle, reģ. Nr. 40103595216, juridiskā adrese Brīvības iela 39, Rīga, LV-1010, kas darbojas saskaņā ar Statūtiem un spēkā esošiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.
- 1.2. **Apdrošinājumaņēmējs** — juridiska persona, kas noslēgusi apdrošināšanas līgumu apdrošinātā labā.
- 1.3. **Apdrošinātais** — fiziska persona, Apdrošinājumaņēmēja darbinieks vai darbinieka ģimenes loceklis, kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas līgums par veselības apdrošināšanu. Par Apdrošināto var būt fiziska persona, kura ir Latvijas Republikas pilsonis, pastāvīgais iedzīvotājs, personai ir pastāvīgās uzturēšanās atļauja Latvijas Republikā vai nerezidents, kuram ir noslēgts darba līgums ar Latvijas Republikā reģistrētu juridisku personu, ja par to ir vienojušies Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs.
- 1.4. **Darbinieks** — pie Apdrošinājumaņēmēja nodarbināta fiziska persona, par kuru tiek maksāti nodokļi ārējos normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.
- 1.5. **Darbinieka ģimenes loceklis** — fiziska persona, kura radniecību ar Darbinieku var apliecināt dokumentāli.
- 1.6. **Apdrošināšanas objekts** — apdrošinātās personas veselība.
- 1.7. **Apdrošināšanas līgums** (turpmāk tekstā — Līgums) — Apdrošinātāja un Apdrošinājumaņēmēja vienošanās, saskaņā ar kuru Apdrošinājumaņēmējs uzņemas saistības maksāt Apdrošināšanas prēmiju Līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt citas Līgumā noteiktās saistības, bet Apdrošinātājs uzņemas saistības, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt Apdrošinātajam Apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši Līgumam. Līgums sastāv no veselības apdrošināšanas pieteikuma, polises, apdrošināto personu saraksta, apdrošināšanas programmu apraksta, noteikumiem, kā arī citas rakstveidā noformētas dokumentācijas.
- 1.8. **Apdrošināšanas gadījums** — no apdrošinātā gribas neatkarīgs ar apdrošināto risku saistīts neparedzēts notikums, kuram iestājoties, paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši Līgumam.
- 1.9. **Apdrošināšanas periods** — Līgumā norādītais laika periods, kurā ir spēkā ar Līgumu nodrošinātā apdrošināšanas aizsardzība.
- 1.10. **Apdrošināšanas prēmija** — Līgumā noteiktais maksājums par apdrošināšanu.
- 1.11. **Apdrošinājuma summa** — Līgumā noteiktā maksimālā naudas summa, par kuru apdrošināta katra apdrošinātā veselība, kas ir maksimālais Apdrošināšanas saistību apmērs, un kas, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, var tikt izmaksāta kā Apdrošināšanas atlīdzība.
- 1.12. **Apdrošināšanas atlīdzība** — par apdrošināšanas gadījumu izmaksājama naudas summa vai tās daļa, ko Apdrošinātājs izmaksā Apdrošinātajam vai līgumiestādei atbilstoši noslēgtajam Līgumam.
- 1.13. **Apdrošināšanas polise** — (turpmāk tekstā — Polise) — dokuments, kas apliecina Līguma noslēgšanu un ietver Līguma noteikumus, par kuriem Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs ir vienojušies apdrošināšanas līguma darbības laikā.
- 1.14. **Apdrošināšanas prēmija** — Apdrošināšanas līgumā norādītais maksājums par apdrošināšanu.
- 1.15. **Ārstniecības iestāde** — ārstu prakses, valsts un pašvaldības iestādes, saimnieciskās darbības veicēji un komercsabiedrības, kas reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā, atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām un nodrošina ārstniecības pakalpojumus.
- 1.16. **Līgumiestāde** — sadarbības partneris, ar kuru Apdrošinātājs ir noslēdzis sadarbības līgumu par Apdrošināto personu apkalpošanu, saskaņā ar apdrošināšanas programmu. Līgumiestāžu aktuālais saraksts ir publicēts mājas lapā [www.gjensidige.lv](http://www.gjensidige.lv).

- 1.17. **Ambulatorā iestāde** — ārstniecības iestāde, kur Apdrošinātais saņem primārās vai sekundārās ambulatorās veselības aprūpes, tai skaitā ārstniecību dienas stacionārā, pakalpojumus, kas neietver ārstēšanas diennakts stacionārā, kā arī rehabilitācijas pakalpojumus.
- 1.18. **Dienās stacionārs** — ārstniecības iestāde (dienas stacionārs), kur Apdrošinātais ilgāk nekā 4 stundas atrodas pastāvīgā ārstniecības personu aprūpē, saņem medicīnisko palīdzību, tiek noteikta diagnoze vai nodrošināti ārstniecības pakalpojumi, kas neietver uzturēšanos pa nakti.
- 1.19. **Stacionārā iestāde** — ārstniecības iestāde (diennakts stacionārs), kur Apdrošinātais ilgāk nekā 24 stundas atrodas pastāvīgā ārstniecības personu aprūpē, saņem neatliekamo medicīnisko palīdzību, tiek noteikta diagnoze vai nodrošināti ārstniecības pakalpojumi līdz noteiktas ārstniecības pakāpes sasniegšanai.
- 1.20. **Veselības veicināšanas iestāde** — iestāde, kas sniedz pakalpojumus veselības stāvokļa uzlabošanai un profilaksei.
- 1.21. **Veselības apdrošināšanas pieteikums** (turpmāk — Pieteikums) — Apdrošinājumaņēmēja aizpildīta veidlapa pirms veselības apdrošināšanas Līguma sagatavošanas, pamatojoties uz Apdrošinātāja iepriekš sagatavotu un Apdrošinājumaņēmējam izsniegtu veselības apdrošināšanas piedāvājumu.
- 1.22. **Iesniegums atlīdzības saņemšanai veselības apdrošināšanā** — veidlapa apdrošināšanas atlīdzību pieteikšanai, ja Apdrošinātais ir veicis samaksu no personīgiem līdzekļiem par apdrošināšanas programmā paredzētiem pakalpojumiem.
- 1.23. **Apdrošināšanas programma** — Līgumā noteikts veselības aprūpes pakalpojumu kopums un apmērs, kura apmaksu, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, pilnībā vai daļēji sedz Apdrošinātājs.
- 1.24. **Apdrošināšanas limits** (turpmāk tekstā Limits) — Apdrošināšanas programmā noteikta naudas summa, procenti vai skaits kura ietvaros, Līguma darbības laikā, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinātājs apmaksā.
- 1.25. **Apdrošināto personu saraksts** — Apdrošinātā parakstīts dokuments, kurā norādīti Apdrošināto personu dati, sniegta piekrišana Apdrošinātajam apstrādāt personas datus, tai skaitā sensitīvos personas datus.
- 1.26. **Klienta Individuālā apdrošināšanas karte** (turpmāk tekstā — Karte) Apdrošinātāja izsniegts konkrēta parauga dokuments Apdrošinātai personai, kas apliecina, ka Apdrošinātā persona tiesīga saņemt veselības Apdrošināšanas programmā paredzētos pakalpojumus, kurus apmaksā Apdrošinātājs Apdrošinājumaņēmēja izvēlētos Apdrošināšanas programmas ietvaros.

## 2. Vispārīgie noteikumi

- 2.1. Apdrošināšanas segums ir spēkā Latvijas Republikas teritorijā, ja Puses nav vienojušās citādi.
- 2.2. Apdrošināšanas gadījums ir iestājies un Apdrošināšanas atlīdzība izmaksājama, atļūdzinot Apdrošinātā izdevumus par saņemtajiem pakalpojumiem, ja Apdrošinātais saņēmis ārstniecības pakalpojumus.

## 3. Apdrošināšanas līgums, tā noslēgšana un prēmijas apmaksas kārtība

- 3.1. Apdrošināšanas līgums tiek noslēgts saskaņā ar likuma „Par apdrošināšanas līgumu” un citu spēkā esošo normatīvo aktu prasībām.
- 3.2. Apdrošināšanas līguma darbības termiņš ir viens gads, ja Puses nav vienojušās citādi.
- 3.3. Apdrošināšanas līgums tiek noslēgts, pamatojoties uz riska informāciju, ko iesniedzis Apdrošinājumaņēmējs veselības apdrošināšanas piedāvājuma saņemšanai un Apdrošinātāja izsniegto piedāvājumu.
- 3.4. Saņemot Pieteikumu, Apdrošinātajam ir tiesības atteikties noslēgt līgumu.



- 3.5. Līgums stājas spēkā datumā un laikā, kas norādīts Polīsē, ar nosacījumu, ka Apdrošināšanas prēmijas maksājums (veicot Apdrošināšanas prēmijas samaksu vairākos maksājumos — pirmais maksājums) veikts Polīsē norādītajā termiņā un apmērā.
- 3.6. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā līdz Līgumā noteiktā Apdrošināšanas perioda pēdējās dienas plkst. 24:00, ja, Apdrošinājumaņēmējam un Apdrošinātājam vienojoties vai citu iemeslu dēļ, Līgums nav izbeigts pirms termiņa.
- 3.7. Apdrošināšanas līgums ir spēkā tikai attiecībā uz Apdrošināšanas programmu paredzētiem pakalpojumiem, kuri ir norādīti Apdrošināšanas polisē.
- 3.8. Līgums nav spēkā, ja, atbilstoši Polīsē noteiktajam, nav veikta Apdrošināšanas prēmijas pilnīga samaksa vai pirmās daļas apmaksā.
- 3.9. Apdrošināšanas prēmijas vai tās daļas apmaksā jāveic ne vēlāk kā Apdrošināšanas polisē norādītajā datumā (maksājot prēmiju daļās — saskaņā ar apdrošināšanas prēmijas apmaksas grafiku), neatkarīgi no tā, vai ir saņemts rēķins.
- 3.10. Ja apdrošināšanas prēmijas kārtējā daļa, izņemot pirmo, nav samaksāta Apdrošināšanas polisē norādītajā termiņā, Apdrošinātājs rīkojas atbilstoši likuma "Par apdrošināšanas līgumu" 19.pantā noteiktajam, tai skaitā, nosūta Apdrošinājumaņēmējam rakstveida brīdinājumu par nepilnīgu Apdrošināšanas prēmijas samaksu ar uzaicinājumu samaksāt attiecīgo apdrošināšanas prēmijas daļu līdz brīdinājumā noteiktajam datumam un brīdinot, ja Apdrošināšanas prēmija netiek samaksāta brīdinājumā norādītajā termiņā un apmērā, apdrošināšanas līgums uzskatāms par izbeigtu. Brīdinājums uzskatāms par saņemtu septītajā dienā no nosūtīšanas dienas.
- 3.11. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums informēt Apdrošināto par aizliegumu lietot karti no brīdinājuma par nepilnīgu Apdrošināšanas prēmijas samaksu saņemšanas dienas līdz dienai, kad veikt pienācīga prēmijas apmaksā. Ja Apdrošinājumaņēmējs brīdinājumā noteiktā termiņā un kārtībā neveic prēmijas apmaksā, tam ir pienākums atgriezt Apdrošinātājam visas izsniegtās Kartes 3 (trīs) darba dienu laikā no brīdinājumā norādītā termiņa dienas.
- 3.12. Ja Apdrošinājumaņēmējs neievēro noteikumu 3.11.punktā noteikto kārtību, tas sedz izdevumus/zaudējumus, kas radušies Kartes lietošanas laikā un saistībā ar nepamatotu Kartes aizturēšanu, pamatojoties uz Apdrošinātāja atsevišķi piestādītu rēķinu.

#### 4. Apdrošināšanas līguma izbeigšana

- 4.1. Apdrošinātājs ir tiesīgs vienpusēji izbeigt Līgumu pirms termiņa, neatmaksājot Apdrošinājumaņēmēja iemaksāto apdrošināšanas prēmiju vai tās daļu, ja Apdrošināšanas līgumā vai ārējos normatīvajos aktos nav noteikts citādi, šādos gadījumos:
  - 4.1.1. ja prēmijas daļa nav samaksāta Līgumā noteiktajā termiņā,
  - 4.1.2. ja Apdrošinātājs pilnībā izpildījis Līguma saistības,
  - 4.1.3. ja Apdrošinājumaņēmējs Pieteikumā ar Jaunu nolūku vai aizrupjas neuzmanības sniedzis nepatiesas ziņas par Apdrošināto,
  - 4.1.4. ja Apdrošinātais ar Jaunu nolūku vai aizrupjas neuzmanības ir pārkāpis apdrošināšanas līguma noteikumus.
  - 4.1.5. Apdrošināšanas līguma darbības laikā vai pēc zaudējuma iestāšanās Apdrošinājumaņēmējs, Apdrošinātais ar Jaunu nolūku vai aizrupjas neuzmanības sniedz nepatiesu informāciju vai atsakās iesniegt Apdrošinātāja pieprasīto informāciju.
- 4.2. Puses par to ir vienojušās.
- 4.3. Iestājas citi Apdrošināšanas līgumā vai Latvijas Republikā spēkā esošajos normatīvajos aktos paredzētie Apdrošināšanas līguma izbeigšanas nosacījumi.
- 4.4. Apdrošināšanas līguma izbeigšanai ievērojama likumā "Par apdrošināšanas līgumu" noteiktā kārtība un termiņi.

- 4.5. 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 un Apdrošināšanas līguma ietvaros izmaksāto atlīdzību summu.

#### 5. Apdrošinātāja pienākumi un tiesības

- 5.1. Apdrošinātājam ir pienākums 10 (desmit) darba dienu laikā pēc Līguma noslēgšanas izgatavot Kartes un Veselības apdrošināšanas programmas noteikumus un izsniegt tos Apdrošinājumaņēmējam kopā ar rēķinu apdrošināšanas prēmijas vai tās daļas samaksai.
- 5.2. Veselības apdrošināšanas programmu noteikumi, pēc savstarpējas vienošanās starp Apdrošinātāju un Apdrošinājumaņēmēju, var tikt nosūtīti elektroniski, neizsniedzot tos katrai Apdrošinātai personai atsevišķi.
- 5.3. Apdrošinātājam ir pienākums, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt Apdrošinātājam vai Līgumiestādei apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši noslēgtā Līguma noteikumiem.
- 5.4. Apdrošinātājam ir tiesības piedzīt no Apdrošinātā /vai Apdrošinājumaņēmēja radītos zaudējumus, kurus Apdrošinātā persona atsakās atmaksāt saskaņā ar 7.14. punkta noteikto.
- 5.5. Gadījumā, ja Apdrošinātājs konstatē, ka Apdrošinātā Karti ir izmantojusi cita persona, Apdrošinātājam ir tiesības izbeigt Kartes darbību un no Apdrošinātā piedzīt visus radušos zaudējumus. Apdrošināšanas prēmija par šādā veidā izbeigtu Kartes darbību netiek atgriezta.
- 5.6. Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji veikt grozījumus Līgumā, ja tas konstatē neatbilstību Apdrošinājumaņēmēja sākotnēji iesniegtai informācijai.
- 5.7. Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji veikt grozījumus Līgumiestāžu sarakstā, nepasliktinot nosacījumus uz Līguma noslēgšanas brīdi, un attiecīgie grozījumi Apdrošinātājam ir saistoši no brīža, kad tie ir publicēti Apdrošinātāja mājas lapā interneta vietnē [www.gjensidige.lv](http://www.gjensidige.lv).
- 5.8. Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji izdarīt grozījumus zaudējumu pieteikšanas kārtībā, kuri ir saistoši Apdrošinātājam no brīža, kad tie tiek publicēti Apdrošinātāja mājas lapā interneta vietnē [www.gjensidige.lv](http://www.gjensidige.lv).

#### 6. Apdrošinājumaņēmēja pienākumi

- 6.1. **Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums:**
  - 6.1.1. iesniegt precīzu un patiesu informāciju, kurai ir nozīme apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai un, kas ir svarīga slēdzot Līgumu, sniegšanu Apdrošinātājam.
  - 6.1.2. iesniegt Apdrošinātājam noteiktas formas elektroniski aizpildītu Pieteikumu un Apdrošināmo personu sarakstu
  - 6.1.3. pēc Apdrošinātāja rakstiska pieprasījuma, nekavējoties iesniegt Apdrošinātājam visus Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus, kas attiecinās Apdrošinājumaņēmēja darbinieku skaitu un/vai satur citu informāciju, kas Apdrošinātājam nepieciešama, lai izvērtētu vai pārliicinātos par Apdrošinājumaņēmēja iesniegtā Apdrošināto personu saraksta atbilstību šiem noteikumiem.
  - 6.1.4. informēt Apdrošināto par to, ka viņš tiek apdrošināts, izskaidrojot, saskaņā ar kādiem noteikumiem viņš tiek apdrošināts. Pretējā gadījumā, Apdrošinājumaņēmējs atbild par neinformētības sekām un sedz tos izdevumus, kas Apdrošinātājam radušies Apdrošinātā neinformētības dēļ.
  - 6.1.5. izsniegt Karti, saņemt no Apdrošinātā parakstu par kartes saņemšanu un Apdrošinātāja tiesībām apstrādāt personas datus un personas sensitīvos datus.
  - 6.1.6. nekavējoties atgriezt Apdrošinātājam Karti, ja tās darbība tiek izbeigta vai noteikumu 3.11.punktā noteiktajā gadījumā.
  - 6.1.7. atmaksāt Apdrošinātājam radītos zaudējumus, kurus Apdrošinātā persona atsakās pati atmaksāt saskaņā ar 7.14. punkta noteikto.



- 6.2. Gadījumā, ja Līgumā nepieciešamas izmaiņas attiecībā uz Apdrošināto skaitu (palielināšanās vai samazināšanās), iesniegt Apdrošinātājam iesniegumu par visām izmaiņām ne vēlāk kā 5 darba dienas pirms kārtējā mēneša datuma, kad noslēgts Līgums. Izmaiņas piesakāmas ne biežāk, kā reizi mēnesī. Izmaiņas tiek veiktas saskaņā ar izmaiņas veikšanas kārtību, kas pievienots noteikumiem, ka Pielikums Nr. 1.

## 7. Apdrošinātā pienākumi un tiesības

- 7.1. Apdrošinātā pienākums ir sniegt patiesu informāciju Apdrošinātājam visā Kartes darbības laikā.
- 7.2. Gadījumā, ja Karte daļēji vai pilnībā tiek apmaksāta no Apdrošinātā personīgajiem līdzekļiem, Apdrošinātā pienākums ir apmaksāt Apdrošinātāja izsniegto rēķinu par prēmijas apmaksu. Tiesības saņemt Karti Apdrošinātājam ir tikai pēc Apdrošinātāja izsniegtā rēķina pilnīgas apmaksas.
- 7.3. Apdrošinātā pienākums ir parakstīties par Kartes saņemšanu, ar savu parakstu Apdrošinātais piekrīt, ka Apdrošinātājs, kā sistēmas pārzinis un personas datu operators, apstrādā 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.
- 7.4. Apdrošinātā pienākums ir iepazīties ar Apdrošināšanas programmu un ievērot šos noteikumus.
- 7.5. Apdrošinātā pienākums ir rūpēties par savas veselības saglabāšanu un ievērot ārstējošā ārsta norādījumus.
- 7.6. Apdrošinātā pienākums ir nepieļaut, ka cita persona izmanto Karti. Apdrošinātais ir informēts, ka gadījumā, ja Karti ir izmantojusi cita persona, Apdrošinātājam ir tiesības no Apdrošinātā piedzīt visus ar to radušos zaudējumus, kā arī slēgt Kartes darbību.
- 7.7. Apdrošinātā pienākums ir, pirms pakalpojuma saņemšanas Līgumiestādē, uzrādīt Apdrošināšanas karti un personu apliecinošu dokumentu, kā arī ar savu parakstu apstiprināt pakalpojuma saņemšanas faktu.
- 7.8. Apdrošinātā pienākums ir sekot līdzi saņemto pakalpojumu apjomam, lai nepārsniegtu Apdrošināšanas programmā noteikto Apdrošinājuma summu un/vai Limitus.
- 7.9. Apdrošinātājam ir tiesības saņemt veselības apdrošināšanas pakalpojumus atbilstoši noslēgtajam Apdrošināšanas līgumam starp Apdrošinājumaņēmēju un Apdrošinātāju un attiecīgās Veselības apdrošināšanas programmas noteikumiem.
- 7.10. Apdrošinātājam ir tiesības saņemt no Apdrošinātāja informāciju par Apdrošināšanas programmu un tajā ietvertajiem pakalpojumiem, kā arī Apdrošinātā personīgo Limitu. Informāciju par Apdrošināto izsniedz personīgi Apdrošinātājam tikai pamatojoties uz rakstisku pieprasījumu vai elektroniski, ja iepriekš rakstveidā iesniegtā iesniegumā apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai veselības apdrošināšanā Apdrošinātājs ir norādījis savu e-pasta adresi.
- 7.11. Apdrošinātā pienākums ir, atbilstoši Apdrošināšanas programmā noteiktajai kārtībai un termiņiem, saskaņot pakalpojumu saņemšanu ar Apdrošinātāju.
- 7.12. Apdrošinātā pienākums ir neizmantojot Karti, ja izmaksātās Apdrošināšanas atlīdzības vai Limiti ir sasnieguši Apdrošināšanas līgumā un Apdrošināšanas programmā noteikto summu.
- 7.13. Apdrošinātā pienākums, lai saņemtu apdrošināšanas atlīdzību, ir iesniegt apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu atbilstoši šajos noteikumos un Apdrošināšanas programmā noteiktajai kārtībai un termiņiem.
- 7.14. Apdrošinātā pienākums ir atmaksāt Apdrošinātājam izdevumus/ zaudējumus, par saņemtajiem pakalpojumiem, saskaņā ar Apdrošinātāja iesniegto rēķinu, gadījumos, kad:
- 7.14.1. Pārsniegta Apdrošinājuma summa,
- 7.14.2. Pārsniegts limits,
- 7.14.3. Saņemti pakalpojumi, kas apdrošināšanas programmā nav paredzēti,
- 7.14.4. Saņemti pakalpojumi pēc kartes darbības apturēšanas vai izbeigšanas.
- 7.15. Apdrošināšanas kartes nozaudēšanas vai zādzības gadījumā, tiklīdz tas iespējams, ziņot apdrošinājumaņēmējam. Šajā gadījumā apdrošinātājs, pamatojoties uz apdrošinājumaņēmēja rakstisku iesniegumu, izdod tās dublikātu.

## 8. Apdrošināšanas atlīdzība

- 8.1. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai Apdrošinātājam jāiesniedz Apdrošinātājam šādi dokumenti:
- 8.1.1. aizpildīts Apdrošinātāja noteiktas formas iesniegums atlīdzības saņemšanai veselības apdrošināšanā rakstveidā vai tiešsaistē [www.labapolise.lv](http://www.labapolise.lv).
- 8.1.2. izraksts no ambulatorā un/vai stacionārā pacienta medicīniskās kartes, kas apstiprina saņemtos Apdrošināšanas programmas pakalpojumus
- 8.1.3. izdevumus apstiprināto finanšu dokumentus, kuros precīzi un nepārprotami norādīts pakalpojuma saņēmējs, pakalpojuma (preces) nosaukums, daudzums, pakalpojuma vienas vienības cena un kopējā cena,
- 8.1.4. citus Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus, kas saistīti ar apdrošināšanas gadījumu un apdrošināšanas atlīdzības noteikšanu;
- 8.1.5. gadījumā, ja atlīdzību saņem Apdrošinātā pārstāvis, tas iesniedz vai uzrāda Apdrošinātājam dokumentu (oriģinālu), kas apliecina pārstāvības pilnvarojumu (piemēram, bērna dzimšanas apliecība, tiesas spriedums vai pilnvara).
- 8.2. Izdevumu/zaudējumu atlīdzināšanai piemēro kompensācijas principu, nepārsniedzot Apdrošināšanas programmā norādīto Apdrošināšanas atlīdzības apmēru.
- 8.3. Kopējā izmaksājamā apdrošināšanas atlīdzība par vienu vai vairākiem apdrošināšanas gadījumiem apdrošināšanas līguma darbības laikā nedrīkst pārsniegt apdrošināšanas programmas apdrošinājuma summu.
- 8.4. Līgums pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas paliek spēkā starpības apmērā starp sākotnējo apdrošinājuma summu un izmaksāto atlīdzību.
- 8.5. Apdrošinātājs lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību pieņem 15 (piecpadsmit) darba dienu laikā no visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas.
- 8.6. Apdrošinātājs ir tiesīgs atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, ja apdrošinātais ar Jaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ nav izpildījis pienākumus, kuri noteikti likuma "Par apdrošināšanas līgumu" 21.pantā.

## 9. Izņēmumi

- 9.1. **Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts un apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja apdrošināšanas gadījumu izraisīja kāds no vispārējiem izņēmumiem:**
- 9.1.1. notikums, kas neatbilst konkrētajam Apdrošināšanas līguma veidam;
- 9.1.2. apdrošināšanas risks, kas nav norādīts Apdrošināšanas līgumā;
- 9.1.3. pakalpojumi saņemti ārpus Latvijas Republikas vai polise norādītāja teritorijā;
- 9.1.4. radioaktīvā saindēšanās, radioaktīvā piesārņojuma, dabas katastrofu rezultātā, pandēmijas rezultātā, kara darbība, iebrukumi, pilsoņu kari, kara radītās sekas, revolūcijas, dumpji, sacelšanās, apvērsumi, masu nekārtības, streiki, diversijas un terora akti;
- 9.1.5. ārstnieciskiem pakalpojumiem, ja tie nav iekļauti apmaksājamo pakalpojumu sarakstā programmā vai apdrošināšanas līguma noslēgšanas brīdī Latvijā nav bijuši pieejami;
- 9.1.6. pakalpojumiem, kas izvēlētajā Apdrošināšanas programmā minēti kā neapmaksājami pakalpojumi;
- 9.1.7. izdevumiem, kas radušies par profesionālā sporta rezultātā gūtām traumām vai miesas bojājumiem;
- 9.1.8. anonīmi vai bez ārsta nozīmējuma veiktām, diagnostikas, ārstniecības un profilakses pasākumiem, kuri nav medicīniski pamatoti, tai skaitā izmeklējumi, manipulācijas, kuri tiek saņemti bez medicīniskām indikācijām vai veselības profilakses pakalpojumi un vispārējā ķermeņa diagnostika (check-up. imago-aurum, biorezonanses utml.);



- 9.1.9. ārpus Ārstniecības iestādes adreses (izbraukumā) veiktiem jebkuriem medicīniskiem pakalpojumiem, kas nav rakstiski saskaņoti ar Apdrošinātāju;
- 9.1.10. alkoholisma, narkomānijas, toksikomānijas diagnostiku un ārstēšanu, tai skaitā, veselības traucējumiem sakarā ar alkoholu, narkotisko, toksisko vielu lietošanu;
- 9.1.11. Apdrošinātā tīša darbība kas nodara kaitējumu veselībai, tai skaitā Apdrošinātā pašnāvība, pašnāvības mēģinājums, sevis pakļaušana ārkārtējām briesmām, izņemot cilvēka dzīvības glābšanas gadījumu;
- 9.1.12. apdrošinātām izdarot noziedzīgu nodarījumu vai piedaloties tajā, ja stājies spēkā notiesājošs spriedums;
- 9.1.13. apdrošināšanas līgums tika noslēgts ar nolūku ar Apdrošinātāja starpniecību segt nepieciešamu vai plānotu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu un pirms Līguma noslēgšanas bija zināma Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās laiks uzreiz pēc Līguma noslēgšanas;
- 9.2. **Ja noslēgtajā Apdrošināšanas līgumā nav tieši un nepārprotami norādīts pretējais (atrunāti speciālie izņēmumi vai programma iekļauts kā apmaksājams pakalpojums), par Apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts un apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja apdrošināšanas gadījumu izraisīja kāds no speciālajiem izņēmumiem:**
- 9.2.1. ārstnieciskiem pakalpojumiem, ko sniegusi persona, kas nav reģistrēta Ārstniecības personu reģistrā vai sniegtais pakalpojums neatbilst ārstniecības personas sertifikātam, vai ārstniecības iestāde nav reģistrēta ārstniecības iestāžu reģistrā un personas darbība vai sniegtais pakalpojums neatbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām;
- 9.2.2. no valsts veselības aprūpes budžeta apmaksājamiem pakalpojumi: slimību ārstniecību un dinamiskā novērošanu onkoloģijā, ftiziatrijā, hematoloģijā, hepatoloģijā, imunoloģijā, kombustioloģijā;
- 9.2.3. par Apdrošinātā kopšanas un aprūpes līgumiem, radnieka vai tuvas personas uzturēšanas stacionārā;
- 9.2.4. par Apdrošinātā ārstēšanu maksas stacionārā, ja slimību vai traumu var ārstēt ambulatori;
- 9.2.5. Apdrošinātais saņēmis ambulatoro rehabilitāciju stacionārās ārstēšanās laikā;
- 9.2.6. Apdrošinātais saņēmis maksas ambulatoros pakalpojumus (t. sk. ambulatoro rehabilitāciju) dienas un diennakts stacionārā vai stacionāras rehabilitācijas ārstēšanās laikā;
- 9.2.7. ārstnieciskiem pakalpojumiem, kas saistīti ar mikroķirurģisko, kosmētisko, plastisko, bariatrisko, rekonstruktīvo ārstniecību; lāzerķirurģisko, invazīvo un estētisko dermatoloģiju; triholoģiju; plazmaferēzi; imunoterapiju; miega traucējumu ārstniecību; zobārstniecību, logopēdiju, foniatriju; invazīvo radioloģiju un kardioloģiju, elektrokardiostimulāciju; kapsulas endoskopiju; intravitreālās injekcijas; litotripsiju; baroterapiju; paātrināto vakcināciju un apskati pirms vakcinācijas, ja tas ir izdalīts kā atsevišķs pakalpojums; foto, lāzera, mehānisko un elektromagnētisko viļņu procedūras, terapiju un operācijām; svara samazināšanas programmām, dietoloģiju; izglītojoši informatīvām nodarbībām un lekcijām;
- 9.2.8. maksas neiroķirurģiskām, mugurkaula operācijām, vēnu, sirds, asinsvadu, redzes korekcijas operācijām un ar tām saistītām izmaksām;
- 9.2.9. vielmaiņas saslimšanām un osteoporozes ārstniecību (t.sk. osteodensitometriju); sporta ārstu pakalpojumiem (t.sk. slodzes testus) un tehniskā ortopēda, podologa un podiatra (t.sk. pēdu aprūpe) ārstniecības pakalpojumiem, varikozu vēnu ārstniecību (t.sk. flebologa konsultācijas un USG); seroloģisko, imunoloģisko, viroloģisko ārstniecību; Laktozes intolerances testu, farmakoģenētiskos izmeklējumus (t.sk. personas genotipa testus); celiakijas ārstniecību;
- 9.2.10. psihiatrisko, psihoterapeitisko, seksopatoloģisko ārstēšanu, hipnozi;
- 9.2.11. seksuāli transmisīvo slimību diagnostiku un ārstniecību; HIV un AIDS, spirohetu, spermas izmeklējumi; hlamīdiju infekcijas slimību diagnostiku un ārstēšanu, sēnīšu slimību ārstēšanu;
- 9.2.12. ģimenes plānošanu (t.sk. mākslīgo apaugļošanu, neauglības ārstniecību un izmeklēšanu, ginekoloģiskām diagnostiskām laparoskopijām, saaugumu atdalīšanas un olvadu caurlaidības pārbaudes laparoskopiskām operācijām, Anti Millera hormona noteikšana; androloģiju, ģenētiku, reproduktoloģiju un embrioloģiju); grūtniecības pārtraukšanu bez medicīniskām indikācijām un tās seku ārstēšanu, iedzimtu saslimšanu ārstniecību, neonatoloģiju, 3 un 4 dimensiju izmeklējumiem saistībā ar grūtniecību;
- 9.2.13. maksas grūtniecības pakalpojumus un maksas dzemdību palīdzību, ja programmā tas nav norādīts kā apmaksājams;
- 9.2.14. vispārējo bezkontakta, vakuuma, sejas, prostatas un ginekoloģisko masāžu, baroterapiju, reitterapiju, hidrokolonterapiju, limfodrenāžu u.c.; celululīta ārstēšanu, ambulatoro rehabilitāciju nesertificētos kabinetos (SPA centri, Sporta klubi, utml.); homeopātisko ārstniecību; netradicionālās, papildinošās (komplementārās) medicīnas medicīniskiem pakalpojumiem; netradicionālo ārstniecību (Folla un iridodiagnostiku, adatu terapiju, punktu masāžu, akupunktūru u.c.); osteo- un refleksoterapiju utml.;
- 9.2.15. ārstu honorāriem vai ar ārstniecību nesaitītiem tiešiem pakalpojumiem maksu par ārsta izvēli operācijās, ārstu konsilijiem, administratīviem izdevumiem, individuālo posteni stacionārā;
- 9.2.16. medicīnas precēm un iekārtām (t.sk. tehniskās protezēšanas un ortozēšanas izstrādājumiem, elastīgajām saitēm, pēcoperācijas saitēm, stājas korektoriem) inktinences un higiēnas līdzekļiem), operācijā izmantojamiem audu aizstājējmateriāliem, implantiem, vienreizlietojamiem augstas tehnoloģijas instrumentiem, utml.;
- 9.2.17. medicīnisko dokumentu noformēšanu un medicīnisko izmeklējumu izdrukām, ierakstiem uz elektroniskiem un citiem datu nesējiem kā atsevišķu pakalpojumu (t.sk. rentgenogrammas, to izdrukas, CD ierakstus);
- 9.2.18. izdevumiem, kuru nav saskaņoti ja to paredz programmas nosacījumi;
- 9.2.19. izdevumiem, kuru apmaksas datums ir atšķirīgs/nesakrīt ar pakalpojumu saņemšanas datumu.

## 10. Nobeiguma noteikumi

- 10.1. Puses ir tiesīgas, savstarpēji rakstiski vienojoties, Apdrošināšanas līgumā ieviest papildu nosacījumus un ierobežojumus.
- 10.2. Pusēm vienojoties, jebkurš šo noteikumu punkts var tikt grozīts vai izslēgts.
- 10.3. Apdrošinātāja darbības uzraudzību veic Finanšu un kapitāla tirgus komisija.
- 10.4. Apdrošinātājam, lai nodrošinātu Apdrošināšanas līguma noslēgšanu un saistību izpildi, ir tiesības nodot fiziskās personas datus Apdrošinātāja darbiniekiem, speciālistiem, ekspertiem, līdzapdrošinātājiem un pārpadrošinātājiem, kā arī glabāt tos savās datu bāzēs.
- 10.5. Puses apņemas neizpaust Apdrošināšanas līguma noteikumus un Apdrošināšanas līguma ietvaros saņemto konfidenciālo informāciju par Apdrošināšanas līguma dalībniekiem vai trešajām personām, kā arī neizmanto to pretēji pārējo Apdrošināšanas līguma dalībnieku interesēm, izņemot Latvijas Republikā spēkā esošajos normatīvajos aktos noteiktos gadījumus.
- 10.6. Visos gadījumos, kuri nav atrunāti Apdrošināšanas līgumā, puses vienojas, savstarpējo attiecību regulēšanai piemērot likumu „Par apdrošināšanas līgumu”, „Civillikumu” un citus Latvijas Republikā spēkā esošos normatīvos aktus.
- 10.7. Visi strīdi, kas izriet no Apdrošināšanas līguma, tiek risināti sarunu ceļā. Ja puses vienošanās nepanāk, strīdus izskata saskaņā ar Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.
- 10.8. Pretrunu vai nesakadribu gadījumā starp šo noteikumu tekstu latviešu valodā un svešvalodā, noteicošais ir teksts latviešu valodā.