



**KRITISKO SLIMĪBU
APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI**

Nr. 52.3.

Spēkā no 2012. gada 12. decembra



SATURS

1.	NOTEIKUMOS LIETOTIE TERMINI	3
2.	APDROŠINĀŠANAS OBJEKTS	3
3.	APDROŠINĀTAIS RISKS	3
4.	IZŅĒMUMI	4
5.	APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA UN APDROŠINĀTĀ PIENĀKUMI, SLĒDZOT APDROŠINĀŠANAS LĪGUMU UN APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA DARBĪBAS LAIKĀ	5
6.	APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA UN APDROŠINĀTĀ PIENĀKUMI, KONSTATĒJOT IESPĒJAMU APDROŠINĀTĀ RISKĀ IESTĀŠANOS	5
7.	APDROŠINĀŠANAS SABIEDRĪBAS TIESĪBAS UN PIENĀKUMI	6
8.	APDROŠINĀŠANAS AIZSARDZĪBAS IZBEIGŠANA	6

1. NOTEIKUMOS LIETOTIE TERMINI

1.1. APDROŠINĀTAIS – fiziska persona, kura nav jaunākā par 1 (vienu) gadu apdrošināšanas līguma noslēgšanas brīdī un nav vecāka par 70 (septiņdesmit) gadiem apdrošināšanas līguma darbības beigās.

1.2. APDROŠINĀŠANAS PERIODS - laika periods, kurā ir spēkā apdrošināšanas aizsardzība attiecīgajai Kritiskajai slimībai

1.3. NOGAIDĪŠANAS PERIODS – 90 (deviņdesmit) dienas pēc apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās dienas, kura laikā, iestājoties Apdrošinātajam riskam, Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta. Gadījumā, ja kāds Apdrošinātais apdrošināšanas līgumam pievienojas vēlāk, Nogaidīšanas periods attiecībā uz šo Apdrošināto sākas nākamajā dienā pēc šī Apdrošinātā pievienošanās apdrošināšanas līgumam.

Nogaidīšanas periods netiek piemērots šādam kritiskām slimībām: insults, HIV, Laimas slimība, C hepatīts. Apdrošināšanas aizsardzība attiecībā uz šīm Kritiskajām slimībām stājas spēkā apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās dienā. Apdrošināšanas aizsardzība attiecībā uz Kritiskajām slimībām, kurām tiek piemērots Nogaidīšanas periods, stājas spēkā nākamajā dienā pēc Nogaidīšanas perioda beigām. Nogaidīšanas periods netiek piemērots, ja starp Apdrošināšanas sabiedrību un to pašu Apdrošinājuma ņēmēju tiek noslēgts secīgs Kritisko slimību apdrošināšanas līgums (tas ir, bez termiņa pārtraukuma starp iepriekšējo apdrošināšanas līgumu un jauno apdrošināšanas līgumu).

1.4. IZDZĪVOŠANAS PERIODS – 30 (trīsdesmit) dienas pēc Apdrošināšanas riska iestāšanās dienas, kura laikā, Apdrošinātajam neizdzīvojot, Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.

1.5. KRITISKĀS SLIMĪBAS – šo noteikumu 3.sadaļā norādītās slimības, kuras ir apstiprinātas ar Galīgo diagnozi.

1.6. GALĪGĀ DIAGNOZE – diagnoze, kas ir apstiprināta ar atbilstoši sertificēta ārsta speciālista vai ārstu konsilija slēdzienu un pierādīta ar atbilstošiem laboratoriskiem un/vai instrumentāliem medicīniskiem izmeklējumiem, un ir fiksēta Apdrošinātā medicīniskajā dokumentācijā.

1.7. ATLĪDZĪBAS SAŅĒMĒJS – Apdrošinātais vai Labuma guvējs.

1.8. LABUMA GUVĒJS – Apdrošinātā mantinieks, kas normatīvos aktos noteiktajā kārtībā apstiprināts mantojuma tiesībās, ja vien Apdrošināšanas polisē nav norādīts cits Labuma guvējs.

1.9. SSK-10 - Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10.redakcija.

2. APDROŠINĀŠANAS OBJEKTS

Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā veselība un fiziskais stāvoklis.

3. APDROŠINĀTAIS RISKS

Apdrošinātais risks ir Apdrošinātajam pirmo reizi viņa dzīves laikā (turpmāk tekstā – pirmreizēji) ar Galīgo diagnozi noteikta saslimšana ar kādu no zemāk norādītajām Kritiskajām slimībām, ņemot vērā šajos noteikumos noteiktos izņēmumus un nosacījumus:

3.1. SIRDS OPERĀCIJA – sirds vārstuļa bojājums, kā rezultātā ir nepieciešama operācija, atverot krūšu kurvi vai endoskopiski, lai nomainītu vai koriģētu vienu vai vairākus sirds vārstuļus.

Sirds vārstuļa bojājumam jābūt diagnosticētam un sirds operācijai jābūt veiktai Apdrošināšanas perioda laikā. Operācijas nepieciešamībai jābūt apstiprinātai ar kardiologa slēdzienu.

Apdrošināšanas risks iestājas tikai pēc tam, kad ir veikta sirds operācija.

3.2. MIOKARDA INFARKTS – sirds muskuļa neatgriezenisks bojājums sirds muskuļa asinsrites traucējumu dēļ (diagnozes kods I21 pēc SSK-10).

Miokarda infarktā jābūt pirmreizēji diagnosticētam Apdrošināšanas perioda laikā, apstiprinātam ar kardiologa slēdzienu un pierādītam ar visiem zemāk norādītajiem Miokarda infarktā atbilstošajiem kritērijiem:

- raksturīga koronāra klinika;
- tipiskas izmaiņas elektrokardiogrammā (EKG);
- pozitīvi bioķīmiskie marķieri – miokarda bojājumu agrīnie radītāji.

3.3. INSULTS – galvas smadzeņu pēkšņš asinsrites traucējums, kas izraisa pastāvīgu, vairāk par 24 (divdesmit četrām) stundām ilgstošu neiroloģisku nepietiekamību (diagnozes kods I60-I64 pēc SSK-10) un rada ilglaicīgu un pastāvīgu neiroloģiskus bojājumus, kas tiek konstatēti vismaz 3 (trīs) mēnešus pēc insulta, ir apstiprināti ar neirologa slēdzienu un pierādīti ar tipiskiem klīniskiem simptomiem un atradni smadzeņu datormogrāfijas skenēšanā vai magnētiskajā kodolrezonansē.

Insultam jābūt pirmreizēji diagnosticētam Apdrošināšanas perioda laikā.

3.4. ĻAUNDABĪGIE AUDZĒJI – histoloģiski apstiprināta ļaundabīgo šūnu attīstība un to izplatīšanās veselajos audos (ļaundabīgie audzēji ar diagnozes kodu C00-C97 pēc SSK-10).

Ļaundabīgam audzējam jābūt pirmreizēji diagnosticētam Apdrošināšanas perioda laikā, apstiprinātam ar onkologa slēdzienu un pierādītam ar atbilstošu histoloģisko analīzi.

Par apdrošināto risku netiek uzskatīta saslimšana ar šādu veidu audzējiem:

- pirmsinvazīvie audzēji un audzēji atrašanās vietā (in situ),
- labdabīgie un pirmsvēža stadijas audzēji,
- dzemdes kakla displāzija,
- dzemdes kakla vēzis CIN1-CIN3,
- prostatas vēža pirmā stadija (T1a, T1b, T1c),
- bazālo šūnu un plakano šūnu karcinoma,
- ādas melanomas ar blīvumu mazāku par 1.5 pēc Breslova vai mazāku nekā III līmenis pēc Klarka;

Par apdrošināto risku netiek uzskatīta arī saslimšana ar ļaundabīgu audzēju šādos gadījumos:

- ja ir diagnosticēta HIV infekcija vai AIDS vīruss,
- ja Apdrošinātais pirms Apdrošināšanas perioda sākuma ir novērojies pie ārsta ar diagnozes kodu C00-C97 pēc SSK-10.

3.5. MULTIPLĀ (IZKAISĪTĀ) SKLEROZE – centrālās nervu sistēmas slimība, kuras rezultātā tiek iznīcināts nervu šķiedru mielīns galvas un muguras smadzenēs (diagnozes kods G35 pēc SSK-10).

Multiplai (izkaisītai) sklerozei jābūt pirmreizēji diagnosticētai Apdrošināšanas perioda laikā, apstiprinātai ar neirologa slēdzienu un pierādītai ar magnētiskās rezonanses tomogrāfiju, kurā redzama vairāk nekā viena sklerozes perēkļa atradne galvas vai muguras smadzeņu apvidū.

3.6. HRONISKA NIERU MAZSPĒJA – hroniska, neatgriezeniska abu nieru mazspēja, kuras ārstēšanai nepieciešama regulāra peritoneālā hemodialīze vai nieru transplantācija un kas ir izveidojusies uz hroniskas nieru saslimšanas fona.

Hroniskai nieru mazspējai jābūt pirmreizēji diagnosticētai Apdrošināšanas perioda laikā un apstiprinātai ar nefrologa slēdzienu.

Apdrošināšanas risks iestājas tikai pēc tam, kad ir uzsākta dialīze vai veikta nieru(es) transplantācijas.

Attiecībā uz saslimšanu ar hronisku nieru mazspēju netiek piemērots šo noteikumu 4.2.2.punkts.

3.7. ORGĀNA TRANSPLANTĀCIJA – sirds, plaušas, aknas, aizkuņģa dziedzera vai kaula smadzeņu pārstādīšanas operācija attiecīgā orgāna neatgriezeniska bojājuma dēļ.

Orgāna bojājumam jābūt pirmreizēji diagnosticētam Apdrošināšanas perioda laikā, apstiprinātam ar atbilstoša speciālista slēdzienu un transplantācijas nepieciešamībai jābūt noteiktai saskaņā ar medicīniskām indikācijām.

Apdrošināšanas risks iestājas tikai pēc tam, kad Apdrošinātais ir iekļauts kāda no iepriekš minēto orgānu transplantācijas rindas oficiālajā sarakstā.

3.8. HIV – hroniska infekcijas slimība, kuru izraisa cilvēka imūndeficīta vīruss (HIV) un kas iegūta, pārlejot inficētas asinis vai asiņu preparātus.

HIV jābūt pirmreizēji diagnosticētam un Latvijas infektoloģijas centra apstiprinātam Apdrošināšanas perioda laikā. Inficētas asins pārļiešanas faktam un ārstniecības iestādei, kurā veikta inficētas asins pārļiešana, jābūt konstatētam ar Latvijas Republikas tiesas nolēmumu.

3.9. LAIMAS SLIMĪBA (LAIMAS BORELIOZE) – slimība, kuru izraisījis inficētas ērces kodiens un kā rezultātā izveidojies multisistēmisks bojājums (bojātas vismaz divas orgānu sistēmas).

Laimas slimībai (Laimas boreliozei) jābūt pirmreizēji diagnosticētai Apdrošināšanas perioda laikā un apstiprinātai ar Borrelia Burgdorferi IgM un IgG apstiprinošo testu. Ērcei ir jābūt izņemtai ārstniecības iestādē.

3.10. C HEPATĪTS – akūta vai hroniska infekcijas slimība, kuru izraisa C hepatīta vīruss un kas iegūta, pārlejot inficētas asinis vai asiņu preparātus.

C hepatītam jābūt pirmreizēji diagnosticētam un apstiprinātam ar infektologa slēdzienu Apdrošināšanas perioda laikā. Inficētas asins pārļiešanas faktam un ārstniecības iestādei, kurā veikta inficētas asins pārļiešana, jābūt konstatētam ar Latvijas Republikas tiesas nolēmumu.

3.11. PRIMĀRAIS 1.TIPA CUKURA DIABĒTS – hroniska aizkuņģa dziedzera slimība, kuras pamatiedzīme ir paaugstināts glikozes līmenis asinīs; aizkuņģa dziedzera β šūnas neražo insulīnu pietiekošā daudzumā un šo aizkuņģa dziedzera nepietiekamo funkciju kompensēšanai tiek veiktas regulāras insulīna injekcijas.

Primāram 1.tipa cukura diabētam jābūt pirmreizēji diagnosticētam Apdrošināšanas perioda laikā un apstiprinātam ar endokrinologa slēdzienu.

Par apdrošināto risku netiek uzskatīta saslimšana ar citiem diabēta veidiem.

4. IZNĒMUMI

4.1. Apdrošināšanas sabiedrībai nav jāizmaksā Apdrošināšanas atlīdzība, ja kaitējums radies:

4.1.1. kara, invāzijas vai karam līdzīgas darbības (neatkarīgi no tā, vai karš pieteikts vai nē) vai pilsoņu kara rezultātā;

4.1.2. lokautu, sabiedrisko nemieru, sacelšanās, dumpju, pretošanās kustību, revolūcijas, militāra vai cita apvērsuma, komandantstundas noteikšanas vai aplenkuma vai citu gadījumu, kuriem seko aplenkums vai komandantstundas noteikšana, rezultātā;

4.1.3. terorisma rezultātā;

4.1.4. kodolsprādziena, atomenerģijas, radiācijas, radioaktīvā piesārņojuma, jonizējošā starojuma rezultātā;

4.1.5. reģionāla mēroga ārkārtas dabas katastrofas rezultātā, ja valsts vai pašvaldības iestādes ir izsludinājušas ārkārtēju situāciju, kas saistīta ar iedzīvotāju masveida upuriem (cietušajiem) vai zaudējumiem tautsaimniecībai, vai kaitējumu videi, vai saimnieciskās darbības piespiedu apstāšanos, vai kad nepieciešami avārijas un glābšanas darbi un ārkārtējo situāciju izraisīto seku likvidēšanas pasākumi;

4.1.6. saistībā ar pašnāvību vai pašnāvības mēģinājumu vai citu apzinātu kaitējumu savai veselībai;

4.1.7. alkoholisko, toksisko vai narkotisko vielu lietošanas rezultātā;

4.1.8. psihiskas reakcijas vai apziņas traucējumu rezultātā, neatkarīgi no iemesla, kas šīs reakcijas vai traucējumus izraisījuši;

4.1.9. Apdrošinātajam piedaloties, veicot vai mēģinot veikt krimināli vai administratīvi sodāmu darbību;

4.1.10. Apdrošinātajam veicot darbību vai pieļaujot bezdarbību ļaunā nolūkā vai pieļaujot rupju neuzmanību;

4.1.11. Apdrošinātajam atrodies aktīvajā militārajā dienestā;

4.1.12. Apdrošinātajam atrodies apcietinājumā brīvības atņemšanas iestādē vai esot likumīgi aizturētam;

4.1.13. Apdrošinātajam, kas pastāvīgi dzīvo ārzemēs.

4.2. Apdrošināšanas sabiedrībai nav jāizmaksā Apdrošināšanas atlīdzība, ja:

4.2.1. Kritiskā slimība, attiecībā uz kuru tiek piemērots Nogaidīšanas periods, ir diagnosticēta šī Nogaidīšanas perioda laikā;

4.2.2. Apdrošinātajam jau iepriekš viņa dzīves laikā ir bijusi diagnosticēta Kritiskajā slimībā vai arī Apdrošinātais zinājis par jebkādu apstākli, kas liecina par saslimšanu ar Kritisko slimību pirms apdrošināšanas aizsardzības attiecībā uz šo Apdrošināto spēkā stāšanās;

4.2.3. Apdrošinātais ir miris Izdzīvošanas perioda laikā;

4.2.4. Kritiskā slimība iestājusies citas slimības dekompensācijas vai citas slimības komplikācijas rezultātā;

4.2.5. Kritiskā slimība diagnosticēta kā blakus diagnoze;

4.2.6. Kritiskā slimība iestājusies eksperimentālas vai ne-tradicionālas ārstēšanas rezultātā;

4.2.7. Kritiskā slimība diagnosticēta pēc Apdrošinātā nāves;

4.2.8. Kritiskā slimība iestājusies medikamentu vai citu līdzīgu preparātu nepareizas lietošanas rezultātā vai Apdrošinātajam piedaloties zāļu izmēģinājumā;

4.2.9. Kritiskā slimība iestājusies, Apdrošinātajam neievērojot ārsta dotos norādījumus;

4.2.10. Apdrošinājumaņēmējs, Apdrošinātais un/vai Labuma guvējs nav iesniedzis Apdrošināšanas sabiedrībai visus tās pieprasītos dokumentus Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās izvērtēšanai vai pēc Apdrošināšanas sabiedrības pieprasījuma nevar uzrādīt vai, nepieciešamības gadījumā, iesniegt Apdrošināšanas sabiedrībai iesniegto dokumentu kopiju vai par faksu vai e-pastu nosūtīto dokumentu oriģinālus.

5. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA UN APDROŠINĀTĀ PIENĀKUMI, SLĒDZOT APDROŠINĀŠANAS LĪGUMU UN APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA DARBĪBAS LAIKĀ

5.1. Apdrošinājumaņēmēja un Apdrošinātā pienākums, slēdzot Apdrošināšanas līgumu, ir pēc Apdrošināšanas sabiedrības pieprasījuma aizpildīt Apdrošināšanas pieteikumu un veikt papildu medicīniskos izmeklējumus.

5.2. Apdrošinājumaņēmēja pienākumi attiecībā pret Apdrošināto un citām personām saistībā ar Apdrošināšanas līguma izpildi ir:

5.2.1. informēt Apdrošināto par to, ka viņš ir Apdrošināts saskaņā ar apdrošināšanas līgumu un ka apdrošināšanas līguma noteikumi un nosacījumi Apdrošinātajam ir saistoši, kā arī izskaidrot, kādas sekas iestāsies gadījumā, ja Apdrošinātais neizpildīs vai nepienācīgi izpildīs kādu no apdrošināšanas līguma noteikumiem;

5.2.2. informēt citas apdrošināšanas līguma izpildē iesaistītās personas par apdrošināšanas līguma noteikumiem un izskaidrot tām no apdrošināšanas līguma izrietošās tiesības un pienākumus.

6. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA UN APDROŠINĀTĀ PIENĀKUMI, KONSTATĒJOT IESPĒJAMU APDROŠINĀTĀ RISKĀ IESTĀŠANOS

6.1. Apdrošinājumaņēmēja, Apdrošinātā un/vai Labuma guvēja pienākumi, konstatējot iespējamu Apdrošinātā riska iestāšanos, ir:

6.1.1. nekavējoties, tiklīdz tas kļuvis iespējams, bet ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc iespējama Apdrošināšanas riska iestāšanās konstatēšanas dienas, paziņot par to Apdrošināšanas sabiedrībai vai tās pilnvarotajam pārstāvim un izpildīt Apdrošināšanas sabiedrības vai tās pilnvarotā pārstāvja norādījumus;

6.1.2. nekavējoties, tiklīdz tas iespējams, vērsties pēc medicīniskās palīdzības un ievērot ārsta norādījumus;

6.1.3. ne ātrāk kā 30 (trīsdesmit) dienas pēc Galīgas diagnozes noteikšanas iesniegt Apdrošināšanas sabiedrībai:

6.1.3.1. rakstveida apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu;

6.1.3.2. dokumentus, kas apstiprina un pierāda Apdrošinātā saslimšanu ar kādu no Kritiskajām slimībām pirmo reizi Apdrošinātā dzīvē, kā arī Apdrošinātā slimības vēstures izrakstu un atbilstoši sertificēta ārsta vai ārstu konsilija rakstisku slēdzienu, kurā norādīta precīza diagnoze un Galīgās diagnozes noteikšanas datums;

6.1.3.3. Apdrošinātā nāves gadījumā - Apdrošinātā miršanas apliecības kopiju;

6.1.3.4. dokumentus, kas apliecina Labuma guvēja tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību;

6.1.3.5. citus Apdrošināšanas sabiedrības pieprasītos dokumentus un informāciju.

6.1.4. Gadījumā, ja Apdrošinājumaņēmējs, Apdrošinātais un/vai Labuma guvējs ir iesniedzis Apdrošināšanas

sabiedrībai dokumenta kopiju vai atsūtījis dokumentu pa faksu vai e-pastu, viņam ir pienākums pēc Apdrošināšanas sabiedrības pieprasījuma uzrādīt vai, nepieciešamības gadījumā, iesniegt attiecīga dokumenta oriģinālu.

6.1.5. Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu un citus nepieciešamos dokumentus var iesniegt:

6.1.5.1. klātienē Apdrošināšanas sabiedrības birojā vai

6.1.5.2. nosūtīt uz Apdrošināšanas sabiedrības Latvijas filiāles juridisko adresi, vai

6.1.5.3. nosūtīt pa faksu vai e-pastu, kas norādīti Apdrošināšanas polisē.

6.1.6. Ja objektīvu iemeslu dēļ Apdrošinājumaņēmējam vai Apdrošinātajam nav iespējams personīgi iesniegt rakstveida apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu, tad apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu var iesniegt Apdrošinājumaņēmēja un/vai Apdrošinātā pilnvarotā persona.

7. APDROŠINĀŠANAS SABIEDRĪBAS TIESĪBAS UN PIENĀKUMI

7.1. Apdrošināšanas sabiedrībai pirms pieņemt lēmumu par to, vai notikušais negadījums kvalificējams kā Apdrošināšanas gadījums un par pilnīgu Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību ir tiesības:

7.1.1. pārlicināties par iesniegto ziņu patiesumu, Apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un Apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas pamatotību, iepazīstoties ar Apdrošināšanas personas medicīnisko dokumentāciju, kas atrodas ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu rīcībā, un nepieciešamības gadījumā pieprasot Apdrošināto vērsties pie neatkarīga sertificēta ārsta-eksperta veselības stāvokļa pārbaudei;

7.1.2. aptaujāt trešās personas, kurām varētu būt informācija par Apdrošinātā veselības stāvokli;

7.1.3. pieprasīt iesniegt maksājuma dokumentu oriģinālus par saņemtajiem pakalpojumiem.

7.1.4. Lēmumu par to, vai notikušais negadījums kvalificējams kā Apdrošināšanas gadījums un par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, Apdrošināšanas sabiedrība pieņem 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc visu Apdrošināšanas atlīdzības prasības izskatīšanai nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas un pēc Izdzīvošanas perioda beigām.

7.1.5. Ja Apdrošināšanas sabiedrība ir pieņēmusi lēmumu, ka notikušais negadījums kvalificējams kā Apdrošināšanas gadījums un par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, tā 5 (piecu) darba dienu laikā no šī lēmuma pieņemša-

nas dienas izmaksā Atlīdzības saņēmējam Apdrošināšanas atlīdzību Apdrošināšanas polisē norādītās Apdrošinājuma summas apmērā, ja vien nepastāv apstākļi izmaksājamās Apdrošināšanas atlīdzības samazināšanai

7.1.6. Ja Apdrošināšanas sabiedrība ir pieņēmusi lēmumu par atteikumu izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, tā 3 (trīs) darba dienu laikā no lēmuma pieņemšanas dienas to nosūta Apdrošinājumaņēmējam vai Apdrošinātajam, vai Atlīdzības saņēmējam.

8. APDROŠINĀŠANAS AIZSARDZĪBAS IZBEIGŠANA

8.1. Pēc Apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas apdrošināšanas aizsardzība attiecībā uz Apdrošināto, par kuru izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība, izbeidzas un apdrošināšanas līguma darbības laikā nav atjaunojama ne attiecībā uz to Kritisko slimību, par kuru izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība, ne arī uz jebkuru citu Kritisko slimību.

8.2. Ja Apdrošinātais risks - Kritiskā slimība, kurai tiek piemērots Nogaidīšanas periods, iestājas Nogaidīšanas perioda laikā, Apdrošinātajam, attiecībā uz kuru Apdrošinātais risks iestājies, apdrošināšanas aizsardzība izbeidzas un apdrošināšanas līguma darbības laikā nav atjaunojama ne attiecībā uz to Kritisko slimību, par kuru izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība, ne arī uz jebkuru citu Kritisko slimību. Apdrošināšanas sabiedrība atmaksā Apdrošinājumaņēmējam Apdrošināšanas prēmijas daļu, kuras apmēru nosaka, atskaitot no par šo Apdrošināto iemaksātās Apdrošināšanas prēmijas ar apdrošināšanas līguma administrēšanu saistītās izmaksas 25% (divdesmit piecu procentu) apmērā no par šo Apdrošināto samaksātas prēmijas.

8.3. Ja Apdrošinātais Izdzīvošanas perioda laikā ir miris, apdrošināšanas aizsardzība attiecībā uz šo Apdrošināto izbeidzas un par šo Apdrošināto iemaksātā Apdrošināšanas prēmija netiek atmaksāta.