



Kritisko slimību apdrošināšanas noteikumi

Nr. TCI-LV-20251

2025. gada 15. aprīlis

Šie ir Kritisko slimību apdrošināšanas noteikumi. Šos apdrošināšanas noteikumus izmanto kopā ar Vispārīgiem noteikumiem Personu apdrošināšanā. Tas nozīmē, ka abus noteikumus piemēro kopā un tie nav savstarpēji izslēdzoši.

Kritisko slimību apdrošināšana ir daļa no Veselības apdrošināšanas vai Nelaiemes gadījumu apdrošināšanas produkta kā papildu segums, un tā nav atsevišķs apdrošināšanas produkts. Tomēr Veselības apdrošināšanas vai Nelaiemes gadījumu apdrošināšanas noteikumi nav piemērojami Kritisko slimību apdrošināšanai.

Lūdzu, veltiet laiku un izlasiet apdrošināšanas noteikumus. Neskaidrību gadījumā, lūdzu, zvaniet mums vai rakstiet e-pastu. Mēs labprāt atbildēsim uz jūsu jautājumiem.

Saturs

1.	Noteikumos lietotie termini	3
2.	Apdrošināšanas objekts un apdrošināšanas aizsardzības spēkā esība	3
3.	Apdrošinātais risks	3
4.	Apdrošinājuma summa	6
5.	Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa	6
6.	Rīcība, iestājoties apdrošinātajam riskam, un iesniedzamie dokumenti	7
7.	Izņēmumi	8

1. Noteikumos lietotie termini

1.1. **Apdrošinātais** – apdrošināšanas polisē norādītā persona vai saskaņā ar apdrošināšanas līgumu nosakāmā persona.

1.2. **Labuma guvējs** – Apdrošinātais vai tā mantinieki, vai apdrošināšanas polisē norādīta cita trešā persona, ja Apdrošinātais, kas ir pilngadīga persona, ar parakstītu dokumentu ir apstiprinājis šo trešo personu kā Labuma guvēju. Apdrošināšanas sabiedrībai ir tiesības paļauties uz tādu Apdrošinātā parakstītu dokumentu, kas ir iesniegts esošā vai iepriekšējā apdrošināšanas līguma darbības laikā, ja vien Apdrošinātais vēlāk rakstiski nenorāda citādi. Ja Apdrošinātais ir nepilngadīga persona, trešo personu kā Labuma guvēju nevar norādīt.

1.3. **Apdrošināšanas atlīdzības veids** – atlīdzības izmaksas veids, ko izvēlēties Apdrošinājumaņēmējs:

- apdrošināšanas atlīdzības izmaksa vienā maksājumā;
- apdrošināšanas atlīdzības izmaksa vairākās procentuālās daļās.

1.4. **Kritiskās slimības** – saslimšanas, kas norādītas šo noteikumu 3.2. punktā un kuras ir apstiprinātas ar Galīgo diagnozi.

1.5. **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.

1.6. **Sākotnējā diagnoze** – provizorisks diagnoze, kas fiksēta Apdrošinātā medicīniskajā dokumentācijā, balstoties uz slimībai raksturīgiem simptomiem, kuri var būt agrīnie Kritisko slimību indikatori.

1.7. **Nogaidīšanas periods** – 90 dienu periods, kas sākas Apdrošināšanas perioda pirmajā dienā. Apdrošināšanas aizsardzība Nogaidīšanas periodā nav spēkā.

1.8. **SSK-10** – Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija.

2. Apdrošināšanas objekts un apdrošināšanas aizsardzības spēkā esība

2.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā dzīvība un fiziskais stāvoklis.

2.2. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā visā pasaulē, ja vien apdrošināšanas polisē nav noteikts citādi.

2.3. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā 24 stundas dienā, ja vien apdrošināšanas polisē nav noteikts citādi.

2.4. Nogaidīšanas periodu nepiemēro:

2.4.1. šādām Kritiskām slimībām: miokarda infarkts, insults,

aklums, kurlums, runas zudums, ekstremitāšu paralīze, zaudējums, trešās un augstākas pakāpes apdegumi;

2.4.2. ja Apdrošinājumaņēmējs ir juridiska persona un ir apdrošināti 10 vai vairāk darbinieki;

2.4.3. ja apdrošināšanas līgums noslēgts secīgi pēc apdrošināšanas līguma, kas ietvēra Kritisko slimību apdrošināšanas segumu, un nākamais līgums noslēgts ar to pašu Apdrošinājumaņēmēju, un pārtraukums starp abu līgumu Apdrošināšanas periodiem nepārsniedz 2 mēnešus.

3. Apdrošinātais risks

3.1. Apdrošinātais risks ir Galīgā diagnoze, kas Apdrošinātajam noteikta pirmo reizi tā dzīves laikā un kas apliecina, ka Apdrošinātais saslimis ar kādu no Kritiskajām slimībām, kas uzskaitītas šo noteikumu 3.2. punktā, ja:

3.1.1. Galīgā diagnoze noteikta pēc Apdrošināšanas perioda sākuma vai pēc Nogaidīšanas perioda beigām, ja tāds piemērojams, bet ne vēlāk kā 60 dienas pēc Apdrošināšanas perioda beigām; un

3.1.2. Sākotnējā diagnoze noteikta pēc Apdrošināšanas perioda sākuma vai pēc Nogaidīšanas perioda beigām, ja tāds piemērojams, bet ne vēlāk kā līdz Apdrošināšanas perioda beigām; un

3.1.3. ir izpildījušies citi papildu nosacījumi, kas ietverti atsevišķu Kritisko slimību aprakstos, piemēram, operācija

nozīmēta Apdrošināšanas perioda laikā.

3.2. Kritiskās slimības ir:

3.2.1. **Miokarda infarkts** sirds muskuļa neatgriezenisks bojājums sirds muskuļa asinsrites traucējumu dēļ (SSK-10 diagnozes kods I21), kas apstiprināts ar kardiologa slēdzienu un pierādīts ar vismaz diviem no šādiem miokarda infarkta kritērijiem:

- raksturīga koronārā klīnika;
- tipiskas izmaiņas elektrokardiogrammā (EKG);
- paaugstināti miokarda bojājuma bioķīmiskie marķieri.

3.2.2. **Insults** pēkšņi galvas smadzeņu asinsrites traucējumi,

kas izraisa pastāvīgus, vairāk par 24 stundām ilgstošus neiroloģiskos traucējumus (SSK-10 diagnozes kodi I60-I64) un rada ilglaicīgus un pastāvīgus neiroloģiskus bojājumus, kas konstatēti vismaz 3 secīgus mēnešus pēc insulta, un ja insults ir apstiprināts ar neirologa slēdzienu un pierādīts ar tipiskiem klīniskiem simptomiem un atradni smadzeņu datortomogrāfijas skenēšanā vai magnētiskajā rezonansē.

3.2.3. Ļaundabīgs audzējs (vēzis) ļaundabīgo šūnu attīstība un to izplatīšanās veselos audos (SSK-10 diagnozes kodi C00-C97), kas apstiprināta ar onkologa slēdzienu un pierādīta ar atbilstošu histoloģisko analīzi. Par apdrošināto risku nav uzskatāmi šāda veida audzēji:

- preinvazīvi audzēji un audzēji in situ;
- labdabīgi un pirmsvēža audzēji;
- dzemdes kakla displāzija;
- dzemdes kakla vēzis (CIN1–CIN3);
- pirmās stadijas prostatas vēzis (T1a, T1b, T1c);
- ādas melanoma ar biezumu pēc Breslow mazāku par 1,5 vai mazāku nekā Clark III līmenis.

Par apdrošināto risku nav uzskatāma ļaundabīga audzēja diagnosticēšana šādos gadījumos:

- personai ir diagnosticēta HIV infekcija vai AIDS (iegūtā imūndeficīta sindroms);
- pirms Apdrošināšanas perioda sākuma Apdrošinātā persona ir atradusies ārsta novērošanā saistībā ar SSK-10 diagnozes kodiem C00-C97;
- ļaundabīgais audzējs attīstījies tādēļ, ka izplatījās iepriekš diagnosticēta un ārstēta ļaundabīgā audzēja metastāzes, pat ja tas bijis cita veida audzējs un skāris citus orgānus.

3.2.4. Sirds vārstuļa nepietiekamība ar operāciju vārstuļa aizstāšanai vai funkcijas atjaunošanai sirds vārstuļa bojājums vai nepietiekamība vai abu šo faktoru kombinācija, kā rezultātā nepieciešama viena vai vairāku sirds vārstuļu nomaiņa ar protēzi vai funkcijas atjaunošana ar ķirurģisku iejaukšanos, tajā skaitā minimāli invazīvas un katetra procedūras. Papildu nosacījums – operācijai jābūt nozīmīgai Apdrošināšanas perioda laikā un jābūt veiktai tā laikā vai ne vēlāk kā 120 dienu laikā pēc Apdrošināšanas perioda beigām.

3.2.5. Hroniska nieru mazspēja hronisks, neatgriezenisks nieru bojājums ar nieru mazspēju, kura ārstēšanai jāizmanto nieru aizstājterapija. Aizstājterapijai ir jābūt tādai, kas nozīmēta pastāvīgi un kas uzsākta Apdrošināšanas perioda laikā. Attiecībā uz saslimšanu ar hronisku nieru mazspēju netiek piemērots šo noteikumu 7.7.3. punkts.

3.2.6. Multiplā (izkaisītā) skleroze centrālās nervu

sistēmas autoimūna slimība, kas bojā galvas un muguras smadzenes (SSK-10 diagnozes kods G35), kas diagnosticēta saskaņā ar spēkā esošiem multiplās sklerozes diagnostikas kritērijiem un apstiprināta ar neirologa slēdzienu, pamatojoties uz magnētiskās rezonanses izmeklējumiem.

3.2.7. Iekšējo orgānu transplantācija sirds, plaušu, aknu, aizkuņģa dziedzera, kaula smadzeņu neatgriezenisks bojājums, kura rezultātā nepieciešama orgāna pārstādīšanas operācija. Papildu nosacījums Apdrošinātais ne vēlāk kā 30 dienu laikā pēc Apdrošināšanas perioda beigām ir iekļauts attiecīgajā iekšējo orgānu transplantācijas rindas oficiālajā sarakstā. Par apdrošināto risku nav uzskatāma iekšējo orgānu transplantācija, kas saistīta ar iepriekš diagnosticētu citu Kritisko slimību.

3.2.8. Aklums neatgriezenisks un pilnīgs, abpusējs redzes zudums, kas radies tādas slimības dēļ, kas nav Kritiskā slimība, vai traumas dēļ, kas notikusi Apdrošināšanas perioda laikā, un kas apstiprināts ar oftalmologa slēdzienu. Papildu nosacījums – redzes zudums ilgst vismaz 6 secīgus mēnešus pēc Galīgās diagnozes noteikšanas un šajā periodā veikta atbilstoša ārstēšana, kas tomēr nesniedza rezultātu.

3.2.9. Kurlums neatgriezenisks un pilnīgs, abpusējs dzirdes zudums, kas radies tādas slimības dēļ, kas nav Kritiskā slimība, vai traumas dēļ, kas notikusi Apdrošināšanas perioda laikā, un kas apstiprināts ar otolaringologa slēdzienu. Papildu nosacījums dzirdes zudums ilgst vismaz 6 secīgus mēnešus pēc Galīgās diagnozes noteikšanas un šajā periodā veikta atbilstoša ārstēšana, kas tomēr nesniedza rezultātu.

3.2.10. Runas zudums neatgriezenisks un pilnīgs runas spēju zudums, kas radies tādas slimības dēļ, kas nav Kritiskā slimība, vai traumas dēļ, kas notikusi Apdrošināšanas perioda laikā, un kas apstiprināts ar audiometrijas izmeklēšanu un otolaringologa slēdzienu. Papildu nosacījums – runas zudums ilgst vismaz 6 secīgus mēnešus pēc Galīgās diagnozes noteikšanas un šajā periodā veikta atbilstoša ārstēšana, kas tomēr nesniedza rezultātu. Par apdrošināto risku nav uzskatāms tāds runas zudums, kas saistīts ar garīgiem traucējumiem vai garīgām slimībām.

3.2.11. Ekstremitāšu paralīze, zaudēšana vienas vai vairāku ekstremitāšu (augstāk par ceļa un elkoņa locītavu) zaudējums vai neatgriezenisks un pilnīgs to funkciju zudums (paralīze), kas radies tādas slimības dēļ, kas nav Kritiskā slimība, vai traumas dēļ, kas notikusi Apdrošināšanas perioda laikā, un kas apstiprināts ar neirologa vai traumatologa slēdzienu. Papildu nosacījums – funkciju zudums ilgst vismaz 6 secīgus mēnešus pēc Galīgās diagnozes noteikšanas un šajā periodā veikta atbilstoša ārstēšana, kas tomēr nesniedza rezultātu. Par apdrošināto risku nav uzskatāms tāds ekstremitāšu funkciju zudums, kas saistīts ar iepriekš diagnosticētu citu Kritisko slimību.

3.2.12. Labdabīgs smadzeņu audzējs labdabīgs smadzeņu audzējs, kura ārstēšanai ir nepieciešama ķirurģiska iejaukšanās vai kurš medicīnisku iemeslu dēļ nav operējams, bet izraisa pastāvīgus, progresējošus neiroloģiskus traucējumus, un kas apstiprināts ar neiroķirurga un/

vai neirologa slēdzienu. Papildu nosacījums – operējama audzēja ārstēšanai jāietver vismaz viena no šādām metodēm:

- pilnīga vai daļēja ķirurģiska noņemšana;
- stereotaktiska radioķirurģija;
- staru terapija.

Par apdrošināto risku nav uzskatāmas cistas, granulomas, smadzeņu artēriju vai vēnu veidojumi, hipofīzes audzēji.

3.2.13. Trešās un augstākas pakāpes apdegumi trešās un augstākas pakāpes ķermeņa apdegums, kas noticis Apdrošināšanas perioda laikā un kas aptver vismaz 20% no ķermeņa virsmas laukuma (1% no ķermeņa virsmas laukuma ir vienāds ar pacienta plauksta virsmas laukumu).

3.2.14. Primārais 1. tipa cukura diabēts autoimūna slimība, ko raksturo insulīna deficīts, ko izraisa insulīnu ražojošo beta šūnu iznīcināšana aizkuņģa dziedzerī (SSK-10 diagnozes kods E10), kas apstiprināts ar endokrinologa slēdzienu, kā arī nozīmēta pastāvīga ārstēšana ar insulīna injekcijām. Par apdrošināto risku nav uzskatāms tāds insulīna deficīts, ko izsaucis akūts vai hronisks aizkuņģa dziedzera iekaisums, kas radies citu orgānu sistēmu primāras disfunkcijas dēļ, alkohola vai narkotiku lietošanas rezultātā, kā arī par apdrošināto risku nav uzskatāma saslimšana ar citiem diabēta veidiem.

3.2.15. Aplastiskā anēmija hroniski neatgriezeniski hematopoēzes traucējumi kaulu smadzenēs, kas izraisa anēmiju, neitropēniju un trombocitopēniju, kas apstiprināta ar hematologa slēdzienu. Papildu nosacījums – pacientam Apdrošināšanas perioda laikā vai ne vēlāk kā 120 dienu laikā pēc tā beigām jāveic ārstēšana ar asins pārliešanu, kā arī jāizmanto vismaz viena no šādām metodēm:

- kaulu smadzeņu stimulējoši līdzekļi;
- imūnsupresanti;
- kaulu smadzeņu transplantācija.

Par apdrošināto risku nav uzskatāms gadījums, kad Apdrošinātajam iepriekš diagnosticēts ļaundabīgais audzējs un aplastiskā anēmija ir noteiktā kā blakus diagnoze.

3.2.16. Amiotrofā laterālā skleroze strauji progresējoša nervu sistēmas slimība, kas ietekmē galvas un muguras smadzeņu nervu šūnas, izraisot muskuļu kontroles zudumu, kas diagnosticēta saskaņā ar spēkā esošiem amiotrofā laterālās sklerozes diagnostikas kritērijiem un apstiprināta ar neirologa slēdzienu, balstoties uz klīniskajiem, elektrofizioloģiskajiem (EMG) un magnētiskās rezonanses izmeklējumu datiem.

3.2.17. Aortas aneirisma ar ķirurģisku ārstēšanu aortas sienas patoloģisks paplašinājums, kura ārstēšanai ir nepieciešama ķirurģiskā iejaukšanās un kas apstiprināta ar kardiologa vai kardiokirurga slēdzienu, pamatojoties uz izmeklējumiem. Papildu nosacījums – operācijai jābūt veiktai Apdrošināšanas perioda laikā vai ne vēlāk kā 120 dienu laikā pēc tā beigām. Par apdrošināto risku nav uzskatāms aortas bojājums traumas rezultātā, citu slimību (piemēram saistaudu slimību) radīts aortas bojājums.

3.2.18. Koronārā sirds slimība ar ķirurģisku ārstēšanu koronāro artēriju sašaurināšanās, kuras rezultātā nepieciešama ķirurģiska iejaukšanās, lai koriģētu divu vai vairāku koronāro artēriju sašaurināšanos vai aizsprostojumu, kas apstiprināta ar kardiologa vai kardiokirurga slēdzienu, pamatojoties uz koronāro angiogrāfiju. Papildu nosacījums – operācijai jābūt veiktai Apdrošināšanas perioda laikā vai ne vēlāk kā 120 dienu laikā pēc tā beigām.

3.2.19. Smadzeņu aneirisma ar ķirurģisku ārstēšanu galvas smadzeņu asinsvadu sienas iedzimta vai iegūta lokāla paplašināšanās, kas nospiež apkārtējos audus un izraisa objektīvu simptomātiku, un kas apstiprināta ar objektīviem izmeklējumiem (datortomogrāfijas, magnētiskās rezonanses izmeklējums, angiogrāfija). Papildu nosacījums – operācijai jābūt veiktai Apdrošināšanas perioda laikā vai ne vēlāk kā 120 dienu laikā pēc tā beigām. Par apdrošināto risku nav uzskatāms asimptomātiskas smadzeņu aneirisma, kuras ir nejaušas atradnes vai tiek atklātas plānveida izmeklējumos.

3.2.20. Idiopātiska Parkinsona slimība līdz 65 gadu vecumam progresējoša neurodeģeneratīva centrālās nervu sistēmas slimība ar kustību traucējumiem (SSK-10 diagnozes G20), ja pacients nav vecāks par 65 gadiem, un kas apstiprināta ar neirologa slēdzienu, pamatojoties uz vismaz diviem no šādiem klīniskiem simptomiem:

- muskuļu rigiditāte;
- tremors;
- bradikinēzija.

Par apdrošināto risku nav uzskatāms sekundārais parkinsonisms (tajā skaitā tāds, kas radies medikamentu vai toksīnu dēļ), būtisks (spontāns) tremors un parkinsonisms, kas saistīts ar citām neurodeģeneratīvām slimībām.

3.2.21. Alzheimeras slimība līdz 65 gadu vecumam progresējoša centrālās nervu sistēmas deģeneratīva slimība (SSK-10 diagnozes kods G30.0), ja pacients nav vecāks par 65 gadiem, un kas diagnosticēta saskaņā ar spēkā esošiem Alzheimeras slimības diagnostikas kritērijiem un apstiprināta ar neirologa slēdzienu.

4. Apdrošinājuma summa

4.1. Apdrošinājuma summa ir norādīta apdrošināšanas polisē un tā ir maksimālā naudas summa, ko Apdrošināšanas sabiedrība izmaksā, iestājoties apdrošināšanas gadījumam.

4.2. Pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas apdrošinājuma summa samazinās par izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības apmēru.

5. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa

5.1. Ja ir iestājies apdrošinātais risks un ja, ievērojot apdrošināšanas noteikumus noteiktos izņēmumus un nosacījumus, tas uzskatāms par apdrošināšanas gadījumu, Apdrošināšanas sabiedrība izmaksā apdrošināšanas atlīdzību Labuma guvējam.

5.2. Ja apdrošināšanas polisē norādīts, ka apdrošināšanas atlīdzību izmaksā vienā maksājumā, tad, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, apdrošināšanas atlīdzību nosaka apdrošināšanas polisē norādītās apdrošinājuma summas apmērā un tās izmaksu veic vienā maksājumā.

5.3. Ja apdrošināšanas polisē norādīts, ka apdrošināšanas atlīdzību izmaksā procentuālos maksājumos, tad, iestājoties apdrošināšanas gadījumam:

5.3.1. sākotnējo apdrošināšanas atlīdzību nosaka 10% apmērā no apdrošinājuma summas;

5.3.2. ja 1 gada laikā pēc Galīgās diagnozes noteikšanas dienas Kritiskās slimības dēļ Apdrošinātajam radušies funkcionāli traucējumi vai iestājusies Apdrošinātā nāve, tad atbilstoši tālāk norādītajai tabulai nosaka papildu apdrošināšanas atlīdzību, ņemot vērā tāda pat vecuma veselības personas veselības stāvokli, bet neņemot vērā Apdrošinātā blakus slimības, individuālās īpašības, dzīves veidu, nodarbošanos un vaļaspriekus

5.4. Par apdrošināšana gadījumu nav uzskatāma Apdrošinātā veselības vai organisma funkciju turpmāka pasliktināšanās vai nāve, ja pasliktināšanās konstatēta vai nāve iestājusies vē-

Kritiskās slimības izraisīto seku smaguma pakāpe	Papildu apdrošināšanas atlīdzības apmērs procentuāli no apdrošinājuma summas	Apraksts
I pakāpe	15% Kopējais apdrošināšanas atlīdzības apmērs, ietverot sākotnējo Apdrošināšanas atlīdzību: 25%	Personai ir viegli funkcionāli traucējumi. Persona var patstāvīgi veikt ikdienas pašaprūpes darbības (ēšana, gērbšanās, mazgāšanās, pārvietošanās mājās vai ārpus mājām), bet būtiski lēnākā tempā vai ar lielāku piepūli, vai sliktākā kvalitātē, salīdzinot ar normāli pieņemto attiecīgā vecuma grupā; ir parādījušies tādi traucējumi kā, piemēram, runas traucējumi, kustību precizitātes un kontrolēšanas spējas traucējumi, līdzsvara noturēšanas traucējumi stāvēt vai ejot u.tml.
II pakāpe	40% Kopējais apdrošināšanas atlīdzības apmērs, ietverot sākotnējo apdrošināšanas atlīdzību: 50%	Personai ir smagi funkcionāli traucējumi. Persona var patstāvīgi veikt lielāko daļu ikdienas pašaprūpes darbību (ēšana, gērbšanās, mazgāšanās, pārvietošanās mājās vai ārpus mājām), bet būtiski lēnākā tempā vai ar lielāku piepūli, vai sliktākā kvalitātē, salīdzinot ar normāli pieņemto attiecīgā vecuma grupā, taču epizodiski vai atsevišķu pašaprūpes darbību veikšanai ir nepieciešama asistenta palīdzība vai uzraudzība: ēdot, mazgājoties, gērbjoties, pārvietojoties mājās vai ārpus mājām u.tml.
III pakāpe	90% Kopējais apdrošināšanas atlīdzības apmērs, ietverot sākotnējo apdrošināšanas atlīdzību: 100%	Personai ir ļoti smagi funkcionāli traucējumi. Nepieciešama asistenta pastāvīga palīdzība vai uzraudzība ikdienas pašaprūpes darbību (ēšana, gērbšanās, mazgāšanās, pārvietošanās mājās vai ārpus mājām) veikšanā.
Nāve	90% Kopējais apdrošināšanas atlīdzības apmērs, ietverot sākotnējo apdrošināšanas atlīdzību: 100%	Apdrošināšanas gadījuma rezultātā iestājas personas nāve.

lāk kā 1 gada laikā pēc Galīgās diagnozes noteikšanas dienas.

5.5. Ja Apdrošināšanas perioda laikā notiek vairāki apdrošināšanas gadījumi (Apdrošinātajam diagnosticē vairākas Kritiskās slimības), sākotnējo apdrošināšanas atlīdzību (pirmo daļu) izmaksā par katru apdrošināšanas gadījumu atsevišķi.

5.6. Papildu apdrošināšanas atlīdzību (otro daļu) nosaka, ņemot vērā visu apdrošināšanas gadījumu kombinēto ietekmi uz Apdrošinātā veselības stāvokli un atlīdzību izmaksā kā vienu maksājumu. Veselības stāvokli izvērtē pēc 1 gada, kad noteikta pirmās Kritiskās slimības Galīgā diagnoze.

Piemērs:

- Apdrošinājuma summa ir 50 000 EUR.
- Par pirmo Kritisko slimību ir izmaksāta sākotnējā apdrošināšanas atlīdzības daļa 10% jeb 5 000 EUR.

- Par otro Kritisko slimību ir izmaksāta sākotnējā apdrošināšanas atlīdzības daļa 10% jeb 5 000 EUR.
- Kopā 20% jeb 10 000 EUR.
- Vienu gadu pēc pirmās diagnozes noteikšanas dienas Apdrošinātā veselības stāvoklis novērtēts kā II pakāpe, ņemot vērā abu slimību ietekmi, atbilstoši iepriekš norādītajai tabulai.
- Tā kā no apdrošinājuma summas jau ir izmaksāti 10 000 EUR (20%) kā sākotnējās apdrošināšanas atlīdzības par divām Kritisko slimību diagnozēm, papildu apdrošināšanas atlīdzība tiks izmaksāta 15 000 EUR apmērā jeb 30% (nevis 40%). Kopējā visu izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību summa ir 50% no apdrošinājuma summas.

6. Rīcība, iestājoties apdrošinātajam riskam, un iesniedzamie dokumenti

6.1. Ja iestājas apdrošinātais risks, tad Apdrošinātajam nekavējoties, tiklīdz iespējams jāveic šādas darbības:

6.1.1. jāvēršas pēc medicīniskās palīdzības un jāievēro ārsta norādījumi;

6.1.2. jāinformē Apdrošināšanas sabiedrība par apdrošinātā riska iestāšanos un jāievēro Apdrošināšanas sabiedrības norādījumi, ja tādi sniegti.

6.2. Apdrošinātajam vai Labuma guvējam nekavējoties,

tiklīdz iespējams jāiesniedz Apdrošināšanas sabiedrībai tālāk norādītie dokumenti, izmantojot tīmekļvietnes www.if.lv autorizēto sadaļu "Mans If" vai lietotni "If Mobile Baltics", vai nosūtot tos uz e-pastu veseliba@if.lv vai pa pastu uz If P&C Insurance AS Latvijas filiāles juridisko adresi.

6.3. Ja Apdrošinājumaņēmējs, Apdrošinātais un/vai Labuma guvējs ir iesniedzis Apdrošināšanas sabiedrībai dokumenta kopiju, tam ir pienākums pēc Apdrošināšanas sabiedrības pieprasījuma uzrādīt vai iesniegt attiecīgā dokumenta oriģinālu.

Dokumenta veids	Apraksts
Apdrošināšanas atlīdzības pieteikums:	Rakstisks atlīdzības pieteikums.
Medicīniskie dokumenti:	<ul style="list-style-type: none">• Dokumenti, kas apstiprina un pierāda Apdrošinātā saslimšanu ar Kritisko slimību.• Apdrošinātā slimības vēstures izraksts un atbilstoši sertificēta ārsta vai ārstu konsilija rakstisks slēdziens, kurā norādīta precīza Galīgā diagnoze un tās noteikšanas datums.
Apdrošinātā nāves gadījumā:	<ul style="list-style-type: none">• Apdrošinātā miršanas apliecības kopija.• Izziņa par nāves cēloni.• Dokuments, kas apliecina Labuma guvēja tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību, piemēram, mantojuma apliecības kopija.
Citi dokumenti:	Jebkādi papildu dokumenti vai informācija, ko pieprasa Apdrošināšanas sabiedrība.

Papildu iesniedzamie dokumenti,
ja apdrošināšanas polisē norādīts, ka
apdrošināšanas atlīdzību izmaksā procentuālos maksājumos

Medicīniskie dokumenti:	Dokumenti, kas apliecina un pierāda, ka Apdrošinātajam Kritiskās slimības rezultātā radušies funkcionāli traucējumi, piemēram, izraksts, izmeklējumu slēdziens, analīžu rezultāti, u.c. dokumenti, ko izsniedzis sertificēts ārsts-speciālists vai ārstējošais ārsts.
Apdrošinātā nāves gadījumā:	<ul style="list-style-type: none">• Apdrošinātā miršanas apliecības kopija.• Izziņa par nāves cēloni.• Dokuments, kas apliecina Labuma guvēja tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību, piemēram, mantojuma apliecības kopija.
Citi dokumenti:	Jebkādi papildu dokumenti vai informācija, ko pieprasa Apdrošināšanas sabiedrība.

6.4. Apdrošināšanas sabiedrībai nav pienākuma izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, ja Apdrošinājuma ņēmējs, Apdrošinātais un/vai Labuma guvējs nav iesniedzis Apdrošināšanas sabiedrībai visus tās pieprasītos dokumentus negadījuma apstākļu izvērtēšanai vai pēc Apdrošināšanas sabiedrības pieprasījuma nevar uzrādīt vai iesniegt Apdrošināšanas sabiedrībai iesniegto dokumentu kopiju oriģinālus.

6.5. Apdrošināšanas sabiedrībai ir tiesības pārbaudīt iesniegtās informācijas patiesumu, Apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un apdrošināšanas atlīdzības izmaksas pamatotību, izskatot Apdrošinātās personas medicīnisko dokumentāciju, kas atrodas ārstniecības iestāžu un medicīnas personāla rīcībā, un, ja nepieciešams, lūgt Apdrošināto personu vērsties pie neatkarīga sertificēta ārsta-eksperta, lai novērtētu veselības stāvokli.

7. Izņēmumi

7.1. Izņēmumos minētie gadījumi un to izraisītās sekas nav uzskatāmi par apdrošināšanas gadījumiem.

7.2. Papildus šajos noteikumos minētajiem izņēmumiem ir piemērojami arī vispārējie izņēmumi, kas minēti Vispārīgajos apdrošināšanas noteikumos Personu apdrošināšanā.

Dabas katastrofa, ārkārtēja situācija, epidēmija

7.3. Apdrošināšanas sabiedrība neizmaksā apdrošināšanas atlīdzību un par apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāma saslimšana ar Kritisko slimību, nāve vai funkcionālie traucējumi, kas radušies vai tos veicināja epidēmija, pandēmija, karantīna, reģionāla mēroga dabas katastrofa vai tādi apstākļi, kuru rezultātā kompetentas iestādes ir izsludinājušas ārkārtēju situāciju vai izņēmuma stāvokli

Karadienests, brīvības atņemšanas iestādes

7.4. Apdrošināšanas sabiedrība neizmaksā apdrošināšanas atlīdzību un par apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāma saslimšana ar Kritisko slimību, nāve vai funkcionālie traucējumi, kas konstatēti vai diagnosticēti:

7.4.1. Apdrošinātajam atrodoties aktīvajā militārajā dienestā jebkurā no armijas daļām vai miera uzturēšanas spēkos;

7.4.2. Apdrošinātajam atrodoties brīvības atņemšanas iestādē, ja tas izcieš sodu, ir apcietināts vai likumīgi aizturēts.

Nolūks vai apzināta sevis pakļaušana briesmām

7.5. Apdrošināšanas sabiedrība neizmaksā apdrošināšanas atlīdzību un par apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāma saslimšana ar Kritisko slimību, nāve un funkcionālie traucējumi, kas radušies saistībā ar pašnāvību, pašnāvības mēģinājumu, paškaitējumu vai Apdrošinātajam apzināti pakļaujot savu dzīvību vai veselību briesmām (piemēram, Apdrošinātā uzsākts kautiņš, agresīva braukšana), vai ko veicināja šāda Apdrošinātā rīcība. Šis izņēmums netiek piemērots atļautas pašreizstāvības vai nepieciešamās aizstāvēšanās gadījumā.

Intoksikācija

7.6. Apdrošināšanas sabiedrība neizmaksā apdrošināšanas atlīdzību un par apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāma saslimšana ar Kritisko slimību, nāve un funkcionālie traucējumi, kas radušies alkohola, narkotisku, psihotropu, toksisku vai citu apreibinošo vielu lietošanas rezultātā.

Medicīniskās procedūras, iepriekšējas saslimšanas

7.7. Apdrošināšanas sabiedrība neizmaksā apdrošināšanas

atlīdzību un par apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāma saslimšana ar Kritisko slimību, nāve un funkcionālie traucējumi, ja:

7.7.1. Apdrošinātajam jau iepriekš viņa dzīves laikā ir bijusi diagnosticēta tāda pat Kritiskā slimība;

7.7.2. Apdrošinātais pirms apdrošināšanas aizsardzības spēkā stāšanās ir zinājis par jebkādu apstākli, kas liecina par saslimšanu ar Kritisko slimību;

7.7.3. medicīniskie izmeklējumi, tostarp audu paraugu ņemšana, ir uzsākti pirms Apdrošināšanas perioda sākuma, pat ja Kritiskā slimība pirmo reizi diagnosticēta Apdrošināšanas perioda laikā un pēc Nogaidīšanas perioda;

7.7.4. Kritiskā slimība, funkcionālie traucējumi vai nāve iestājusies citas slimības dekompensācijas vai citas slimības komplikācijas rezultātā;

7.7.5. Kritiskā slimība, funkcionālie traucējumi vai nāve iestājusies eksperimentālas vai netradicionālas ārstēšanas rezultātā;

7.7.6. Kritiskā slimība, funkcionālie traucējumi vai nāve iestājusies zāļu vai citu līdzīgu preparātu nepareizas lietošanas rezultātā vai Apdrošinātajam piedaloties zāļu klīniskajā izpētē, vai Apdrošinātajam lietojot dopingus – vielas, kas minētas Eiropas Padomes Antidopinga konvencijas Nr. 135 pielikumā;

7.7.7. Kritiskā slimība, funkcionālie traucējumi vai nāve iestājusies, Apdrošinātajam neievērojot ārsta norādījumus;

7.7.8. Kritiskā slimība, funkcionālie traucējumi vai nāve iestājusies vai to veicināja HIV, AIDS un/vai citi imūndeficīta traucējumi.