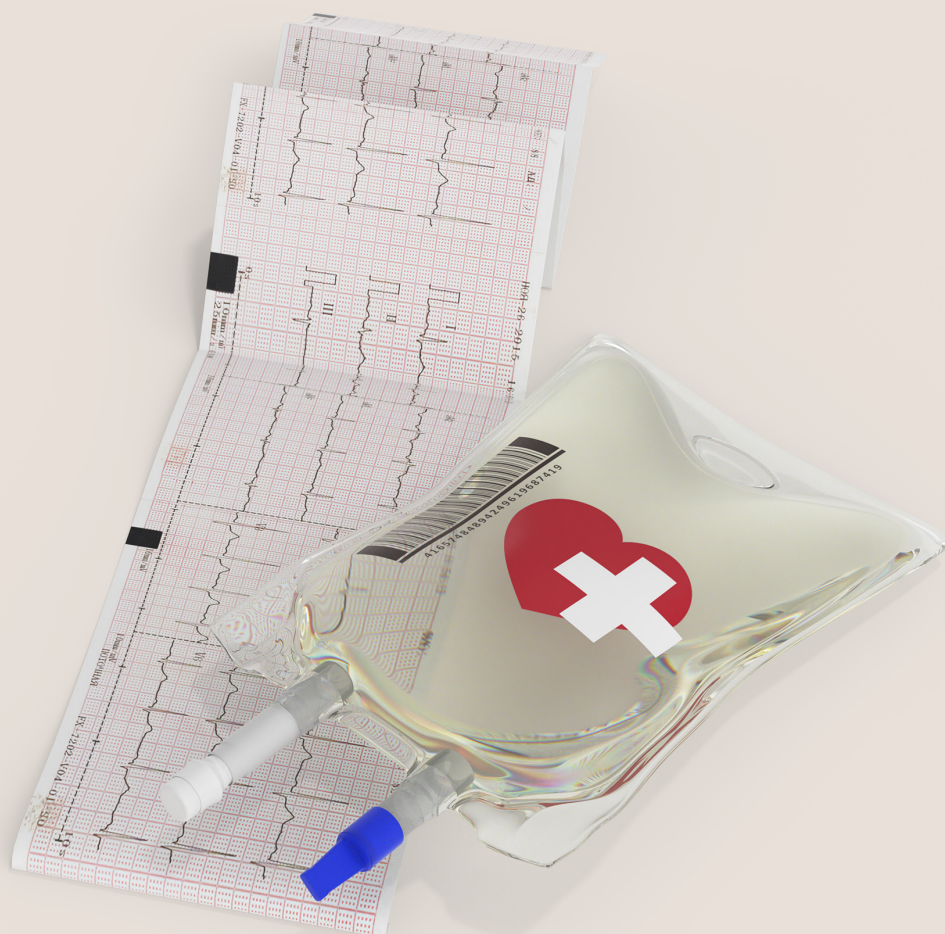




Kritisko slimību apdrošināšanas noteikumi

Nr. TCR-20221
II līmenis

Spēkā no 2022. gada 6. aprīļa



Saturs

1.	Noteikumos lietotie termini.....	3
2.	Apdrošināšanas objekts, apdrošinājuma summa un apdrošināšanas atlīdzība....	3
3.	Apdrošinātais risks.....	4
4.	Izņēmumi.....	6
5.	Apdrošinājuma ņēmēja un apdrošinātā pienākumi, slēdzot apdrošināšanas līgumu, un pienākumi, konstatējot iespējamu apdrošinātā riska iestāšanos.....	7
6.	Apdrošināšanas sabiedrības tiesības un pienākumi.....	7

1. Noteikumos lietotie termini

1.1. Apdrošinātais – Apdrošināšanas polisē norādītā fiziskā persona, kuras pastāvīgā dzīvesvieta ir Latvijas Republikā.

1.2. Apdrošināšanas periods – laika periods, kurā ir spēkā apdrošināšanas aizsardzība attiecīgajai Kritiskajai slimībai.

1.3. Nogaidīšanas periods – 90 dienu termiņš, kas sākas nākamajā dienā pēc Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās pirmās dienas, un kura laikā apdrošināšanas aizsardzība nav spēkā, un kura laikā apstiprināta Kritiskās slimības Galīgā diagnoze nav uzskatāma par Apdrošināšanas gadījumu, un par kuru Apdrošināšanas sabiedrība neatlīdzina zaudējumus. Ja kāds Apdrošinātais Apdrošināšanas līgumam tiek pievienots vēlāk, Nogaidīšanas periods attiecībā uz šo Apdrošināto sākas nākamajā dienā pēc šī Apdrošinātā pievienošanas Apdrošināšanas līgumam. Nogaidīšanas periods netiek piemērots šādam Kritiskām slimībām: insults, miokarda infarkts, aklums, kurlums, runas zudums, ekstremitāšu paralīze vai zaudējums. Apdrošināšanas aizsardzība attiecībā uz šīm Kritiskajām slimībām stājas spēkā Apdrošināšanas perioda pirmajā 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 dienu termiņš, kas sākas nākamajā dienā pēc Galīgās diagnozes noteikšanas dienas, kura laikā, Apdrošinātajam neizdzīvojot, Apdrošināšanas sabiedrība neatlīdzina zaudējumus.

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, apdrošinājuma summa un apdrošināšanas atlīdzība

2.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā veselība un fiziskais stāvoklis.

2.2. Apdrošināšanas polisē norādītā Apdrošinājuma summa ir maksimālā naudas summa, kāda var tikt izmaksāta par Apdrošināšanas perioda laikā notikušo Apdrošināšanas gadījumu. Pēc Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas Apdrošinājuma summa samazinās par izmaksātās Apdrošināšanas atlīdzības apmēru.

2.3. Ja ir iestājies Apdrošinātais risks, un ja, ievērojot šajos noteikumos noteiktos izņēmumus un nosacījumus, tas uzskatāms par Apdrošināšanas gadījumu, Apdrošināšanas sabiedrība izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātajam vai Labuma guvējam. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā neatkarīgi no valsts, kurā diagnosticēta Kritiskā slimība.

2.4. Ja Apdrošināšanas polisē kā Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība norādīta "Viens maksājums", tad, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, Apdrošināšanas atlīdzību nosaka

Apdrošināšanas polisē norādītās Apdrošinājuma summas apmērā un tās izmaksu veic vienā maksājumā.

2.5. Ja Apdrošināšanas polisē kā Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība norādīta "Procentuāli maksājumi", tad, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam:

2.5.1. sākotnējo Apdrošināšanas atlīdzību nosaka 10% apmērā no Apdrošinājuma summas;

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

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, ģērbšanās, 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 precizitāte 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 ikdienas pašaprūpes darbību (ēšana, ģērbšanās, mazgāšanās, pārvietošanās mājās vai ārpus mājām) lielāko daļu, 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, ģērbjoties, pārvietojoties mājās vai ārpus mājām u.tml.
III pakāpe	70% Kopējais Apdrošināšanas atlīdzības apmērs, ietverot sākotnējo Apdrošināšanas atlīdzību: 80%	Personai ir ļoti smagi funkcionāli traucējumi. Nepieciešama asistenta pastāvīga palīdzība vai uzraudzība ikdienas pašaprūpes darbību (ēšana, ģērbšanās, mazgāšanās, pārvietošanās mājās vai ārpus mājām) veikšanā.
Nāve	90% Kopējais Apdrošināšanas atlīdzības apmērs, ietverot sākotnējo Apdrošināšanas atlīdzību: 100%	Apdrošināšanas gadījuma rezultātā pēc Izdzīvošanas perioda beigām iestājas personas nāve.

2.6. Par Apdrošināšana gadījumu nav uzskatāma Apdrošinātā veselības vai organisma funkciju turpmāka pasliktināšanās vai nāve, ja pasliktināšanas konstatēta vai nāve iestājusies vēlāk kā 1 gada laikā pēc Galīgās diagnozes noteikšanas dienas.

2.7. 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.

3. Apdrošinātais risks

3.1. Apdrošinātais risks ir Apdrošinātajam pirmreizēji, t.i., pirmo reizi viņa dzīves laikā, ar Galīgo diagnozi noteikta saslimšana ar vienu no šo noteikumu 3.2. punktā norādītajām Kritiskajām slimībām, ja:

3.1.1. Galīgā diagnoze noteikta Apdrošināšanas perioda laikā pēc Nogaidīšanas perioda beigām vai 30 dienu laikā pēc Apdrošināšanas perioda beigām, ja sākotnējā diagnoze (slimības pagaidu diagnoze, kas fiksēta Apdrošinātā medicīniskajā dokumentācijā, pamatojoties uz slimībai raksturīgiem simptomiem un slimības anamnēzes datiem) noteikta Apdrošināšanas perioda laikā pēc Nogaidīšanas perioda beigām, un

3.1.2. Izdzīvošanas perioda laikā neiestājas Apdrošinātā nāve.

3.2. Kritiskās slimības ir:

3.2.1. **Sirds vārstuļa operācija** – sirds vārstuļa bojājums, kā rezultātā ir nepieciešama operācija, lai nomainītu vai koriģētu vienu vai vairākus sirds vārstuļus, ja operācijas nepieciešamība apstiprināta ar kardiologa slēdzienu.

3.2.2. **Miokarda infarkts** – sirds muskuļa neatgriezenisks bojājums sirds muskuļa asinsrites traucējumu dēļ (SSK-10 diagnozes kods I21), ja Miokarda infarkts pirmreizēji diagnosticēts Apdrošināšanas perioda laikā, apstiprināts ar kardiologa slēdzienu un pierādīts ar visiem tālāk norādītajiem Miokarda infarktam atbilstošajiem kritērijiem:

3.2.2.1. raksturīga koronāra klīnika;

3.2.2.2. tipiskas izmaiņas elektrokardiogrammā (EKG);

3.2.2.3. paaugstināti miokarda bojājuma bioķīmiskie marķieri.

3.2.3. **Insults** – galvas smadzeņu pēkšņs asinsrites traucējums, kas izraisa pastāvīgu, vairāk par 24 stundām ilgstošu neiroloģisku nepietiekamību (SSK-10 diagnozes kods I60-I64) un rada ilglaicīgus un pastāvīgus neiroloģiskus bojājumus, kas tiek konstatēti vismaz 3 mēnešus pēc insulta, ir apstiprināti ar neirologa slēdzienu un pierādīti ar tipiskiem klīniskiem simptomiem un atradni smadzeņu datortomogrāfijas skenēšanā vai magnētiskajā rezonansē. Insultam jābūt pirmreizēji diagnosticētam Apdrošināšanas perioda laikā.

3.2.4. **Ļaundabīgie audzēji** – histoloģiski apstiprināta ļaundabīgo šūnu attīstība un to izplatīšanās veselajos audos (ļaundabīgie audzēji ar SSK-10 diagnozes kodu C00-C97), kas apstiprināts ar onkologa slēdzienu un pierādīts ar atbilstošu histoloģisko analīzi, ja audzējs pirmreizēji diagnosticēts Apdrošināšanas perioda laikā. Apdrošinātais risks nav saslimšana ar šādu veidu audzējiem:

3.2.4.1. pirmsinvazīvie audzēji un audzēji atrašanās vietā (in situ);

3.2.4.2. labdabīgie un pirmsvēža stadijas audzēji;

3.2.4.3. dzemdes kakla displāzija;

3.2.4.4. dzemdes kakla vēzis CIN1-CIN3;

3.2.4.5. prostatas vēža pirmā stadija (T1a, T1b, T1c);

3.2.4.6. ādas melanomas ar blīvumu mazāku par 1,5 pēc Breslova vai mazāku nekā III līmenis pēc Klarka.

3.2.4.7. Apdrošinātais risks nav arī saslimšana ar ļaundabīgu audzēju šādos gadījumos:

3.2.4.7.1. ja ir diagnosticēta HIV infekcija vai AIDS (iegūtais imūndeficīta sindroms);

3.2.4.7.2. ja Apdrošinātais pirms Apdrošināšanas perioda sākuma ir bijis ārsta novērošanā ar SSK-10 diagnozes kodu C00-C97.

3.2.5. **Multiplā (izkaisītā) skleroze** – centrālās nervu sistēmas slimība, kuras rezultātā tiek iznīcināts nervu šķiedru mielīns galvas un muguras smadzenēs (SSK-10 diagnozes kods G35), un kas apstiprināta ar neirologa slēdzienu un pierādīta ar magnētisko rezonansi.

3.2.6. **Hroniska nieru mazspēja** – hroniska, neatgriezeniska nieru mazspēja, kuras ārstēšanai izmanto nieru aizstājterapiju. Attiecībā uz saslimšanu ar hronisku nieru mazspēju netiek piemērots šo noteikumu 4.2.6. punkts.

3.2.7. **Orgāna transplantācija** – sirds, plaušas, aknas, aizkuņģa dziedzera vai kaula smadzeņu neatgriezenisks bojājums, kā dēļ nepieciešama šī orgāna pārstādīšanas

operācija, ja ne vēlāk kā 30 dienu laikā pēc Apdrošināšanas perioda beigām Apdrošinātais ir iekļauts attiecīgajā iepriekš minēto orgānu transplantācijas rindas oficiālajā sarakstā.

3.2.8. **HIV/AIDS** – pakāpeniski progresējoša infekcijas slimība, kas rodas HIV izraisīta imūndeficīta dēļ, kā rezultātā cilvēka organisms kļūst uzņēmīgs pret citām infekcijām, kā arī ir vairāk pakļauts audzēju attīstībai (SSK-10 diagnozes kods B20-B22). HIV infekcijai jābūt pirmreizēji diagnosticētai Apdrošināšanas perioda laikā, ko apliecina Latvijas infektoloģijas centra slēdziens.

3.2.9. **Laimas slimība (Laimas borelioze)** – slimība, kuru izraisījis inficētas ērces kodiens un kā rezultātā izveidojies multisistēmisks bojājums (bojātas vismaz divas orgānu sistēmas), ja slimība apstiprināta ar Borrelia Burgdorferi IgM un IgG apstiprinošo testu.

3.2.10. **B un C hepatīts** – akūta vai hroniska infekcijas slimība, kas apstiprināta ar infektologa slēdzienu, un kuru izraisa B hepatīta vai C hepatīta vīruss, un kas iegūta, pārlejot inficētas asinis vai asiņu preparātus. Inficētas asinis pārļiešanas faktam un ārstniecības iestādei, kurā veikta inficētas asinis pārļiešana, jābūt konstatētam un apstiprinātam Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktā kārtībā.

3.2.11. **Primārais 1. tipa cukura diabēts** – hroniska aizkuņģa dziedzera slimība, kas apstiprināta ar endokrinologa slēdzienu, un kuras pamatīezīme ir paaugstināts glikozes līmenis asinīs, aizkuņģa dziedzera β šūnām neražojot insulīnu pietiekošā daudzumā, un šo aizkuņģa dziedzera nepietiekamo funkciju kompensēšanai tiek veiktas regulāras insulīna injekcijas. Apdrošinātais risks nav saslimšana ar citiem diabēta veidiem.

3.2.12. **Aklums** – neatgriezenisks un pilnīgs abu acu redzes zudums, kas apstiprināts ar ārsta-oftalmologa slēdzienu, un kas radies tādas slimības, kas nav Kritiskā slimība, rezultātā, ja šī slimība pirmreizēji diagnosticēta Apdrošināšanas perioda laikā, un ja redzes zudums ilgst vismaz 6 secīgus mēnešus pēc šīs slimības diagnosticēšanas, un ja redzes zudumu nav iespējams izārstēt ar medicīnisko vai ķirurģisko procedūru palīdzību.

3.2.13. **Kurlums** – neatgriezenisks un pilnīgs abpusējs dzirdes zudums, kas apstiprināts ar otolaringologa slēdzienu, un kas radies tādas slimības, kas nav Kritiskā slimība, rezultātā, ja šī slimība pirmreizēji diagnosticēta Apdrošināšanas perioda laikā, un ja dzirdes zudums ilgst vismaz 6 secīgus mēnešus pēc šīs slimības diagnosticēšanas, un ja dzirdes zudumu nav iespējams izārstēt ar medicīnisko vai ķirurģisko procedūru palīdzību.

3.2.14. **Runas zudums** – neatgriezenisks un pilnīgs runas spēju zudums, kas apstiprināts ar audiometrijas izmeklējuma datiem un otolaringologa slēdzienu, un kas radies tādas slimības, kas nav Kritiskā slimība, vai jebkādas slimības medicīniskas ārstēšanas, tostarp, ķirurģiskas operācijas, rezultātā, ja šī slimība pirmreizēji diagnosticēta Apdrošināšanas perioda laikā, un ja runas zudums ilgst vismaz 6 secīgus mēnešus pēc šīs slimības diagnosticēšanas, un ja runas zudumu nav iespējams izārstēt ar medicīnisko vai ķirurģisko procedūru palīdzību.

3.2.15. **Ekstremitāšu paralīze, zaudēšana** – vienas vai vairāku ekstremitāšu (augstāk par ceļa un elkoņu locītavu) zaudējums vai neatgriezenisks un pilnīgs to funkciju zudums (paralīze), kurš iestājies muguras smadzeņu saslīmšanas izraisītu bojājuma rezultātā un nav saistīts ar traumu, apstiprināts ar ārsta-neirologa slēdzienu, ja šī slimība pirmreizēji diagnosticēta Apdrošināšanas perioda laikā, un ja funkciju zudums ilgst vismaz 6 secīgus mēnešus pēc šīs

slimības diagnosticēšanas, un ja funkciju zudumu nav iespējams izārstēt ar medicīnisko vai ķirurģisko procedūru palīdzību.

3.2.16. **Labdabīgs smadzeņu audzējs** – labdabīgs galvas smadzeņu audzējs, kura ārstēšanai nepieciešama operācija vai kuru nav iespējams operēt, bet kurš izraisa pastāvīgus neiroloģiskus traucējumus, ja diagnoze ir apstiprināta ar neirologa vai neiroķirurga slēdzienu.

4. Izņēmumi

4.1. Apdrošināšanas sabiedrībai neatlīdzina zaudējumus un par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāma saslīmšana ar Kritisko slimību, nāve un funkcionālie traucējumi, kas radušies:

4.1.1. terorisma, 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. kodolsprādziena, atomenerģijas, radiācijas, radioaktīvā piesārņojuma, jonizējošā starojuma rezultātā;

4.1.4. epidēmijas, pandēmijas, karantīnas vai reģionāla mēroga dabas katastrofas rezultātā, vai tādu apstākļu rezultātā, kā dēļ kompetentas iestādes ir izsludinājušas ārkārtēju vai paaugstinātas bīstamības situāciju;

4.1.5. pašnāvības vai pašnāvības mēģinājuma vai cita apzināta kaitējuma savai veselībai rezultātā;

4.1.6. alkoholisko, toksisko vai narkotisko vielu lietošanas rezultātā;

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

4.1.8. Apdrošinātajam piedaloties, veicot vai mēģinot veikt krimināli vai administratīvi sodāmu darbību, vai ar Apdrošinātā, Labuma guvēja ļaunu nolūku vai Apdrošinātajam, Labuma guvējam pieļaujot rupju neuzmanību;

4.1.9. Apdrošinātajam atrodoties aktīvajā militārajā dienestā;

4.1.10. Apdrošinātajam atrodoties apcietinājumā brīvības atņemšanas iestādē vai esot likumīgi aizturētam.

4.2. Apdrošināšanas sabiedrībai neatlīdzina zaudējumus un par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāma saslīmšana ar Kritisko slimību, nāve un funkcionālie traucējumi, ja:

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

4.2.2. Apdrošinātajam ar Galīgo diagnozi ir jau noteikta saslīmšana ar Kritisko slimību un pēc tam tiek diagnosticēta vēl viena Kritiskā slimība (par Apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīta otrā diagnosticētā Kritiskā slimība);

4.2.3. Apdrošinātajam jau iepriekš viņa dzīves laikā ir bijusi diagnosticēta attiecīgā Kritiskā slimība vai arī Apdrošinātais zinājis par jebkādu apstākli, kas liecina par saslīmšanu ar attiecīgo Kritisko slimību pirms apdrošināšanas aizsardzības spēkā stāšanās;

4.2.4. Apdrošinātais ir miris Izdzīvošanas perioda laikā;

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

4.2.6. Kritiskā slimība vai funkcionālie traucējumi diagnosticēti kā blakus diagnoze;

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

4.2.8. Kritiskā slimība diagnosticēta pēc Apdrošinātā nāves;

4.2.9. 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;

4.2.10. Kritiskā slimība, funkcionālie traucējumi vai nāve iestājusies, Apdrošinātajam neievērojot ārsta dotos norādījumus.

4.3. Apdrošināšanas sabiedrība neatlīdzina ārstniecības izdevumus un izdevumus par zālēm.

4.4. Apdrošināšanas sabiedrība 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, nepieciešamības gadījumā, iesniegt Apdrošināšanas sabiedrībai iesniegto dokumentu kopiju oriģinālus.

5. Apdrošinājumaņēmēja un apdrošinātā pienākumi, slēdzot apdrošināšanas līgumu, un pienākumi, konstatējot iespējamu apdrošinātā riska iestāšanos

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

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

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

5.2.3. pēc Izdzivošanas perioda beigām, t.i., pēc 30 dienām pēc Galīgas diagnozes noteikšanas iesniegt Apdrošināšanas sabiedrībai:

5.2.3.1. rakstveida apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu;

5.2.3.2. 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;

5.2.3.3. Apdrošinātā nāves gadījumā Apdrošinātā miršanas apliecības kopiju;

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

5.2.3.5. citus Apdrošināšanas sabiedrības pieprasītos dokumentus un informāciju.

5.2.4. ja Apdrošināšanas polisē kā Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība norādīts "Procentuāli maksājumi", tad iesniegt Apdrošināšanas sabiedrībai:

5.2.4.1. atkārtotu rakstveida apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu, ja Apdrošinātajam radušies funkcionāli traucējumi vai iestājusies tā nāve;

5.2.4.2. dokumentus (Apdrošinātā medicīnisko dokumentāciju, sertificēta ārsta speciālista vai ārstējošā ārsta izrakstu, slēdzienu, analīžu rezultātus, rentgenuzņēmumus u.c), kas apstiprina un pierāda, ka Kritiskās slimības dēļ Apdrošinātajam radušies funkcionāli traucējumi vai iestājusies tā nāve;

5.2.4.3. Apdrošinātā nāves gadījumā Apdrošinātā miršanas apliecības kopiju;

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

5.2.4.5. citus Apdrošināšanas sabiedrības pieprasītos dokumentus.

5.2.5. Ja Apdrošinājumaņēmējs, Apdrošinātais un/vai Labuma guvējs ir iesniedzis Apdrošināšanas sabiedrībai dokumenta kopiju vai atsūtījis dokumentu pa e-pastu, tam ir pienākums pēc Apdrošināšanas sabiedrības pieprasījuma uzrādīt vai, nepieciešamības gadījumā, iesniegt attiecīga dokumenta oriģinālu.

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

5.2.6.1. nosūtot pa e-pastu, kas norādīts Apdrošināšanas sabiedrības tīmekļvietnē ; vai

5.2.6.2. nosūtot uz Apdrošināšanas sabiedrības Latvijas filiāles juridisko adresi; vai

5.2.6.3. klātienē Apdrošināšanas sabiedrības birojā.

5.2.7. Ja objektīvu iemeslu dēļ Apdrošinātais vai Labuma guvējs nevar personīgi iesniegt rakstveida apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu, tad to var iesniegt Apdrošinātā vai Labuma guvēja pilnvarotā persona.

6. Apdrošināšanas sabiedrības tiesības un pienākumi

6.1. 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:

6.1.1. pārlicināties par iesniegto ziņu patiesumu, Apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un Apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas pamatotību, iepazīstoties ar

Apdrošinātas 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;

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

6.1.3. pieprasīt iesniegt maksājuma dokumentu oriģinālus par saņemtajiem pakalpojumiem.

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

6.3. Ja Apdrošināšanas sabiedrība ir pieņēmusi lēmumu, ka notikušais negadījums kvalificējams kā Apdrošināšanas gadījums un par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, tā 5 darba dienu laikā no šī lēmuma pieņemšanas dienas izmaksā Atlīdzības saņēmējam aprēķināto Apdrošināšanas atlīdzību.

6.4. Ja Apdrošināšanas sabiedrība ir pieņēmusi lēmumu par atteikumu izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, tā 3 darba dienu laikā no lēmuma pieņemšanas dienas nosūta Atlīdzības saņēmējam informāciju par atteikumu.