

Nelaiemes gadījumu apdrošināšanas noteikumi NGA-12

Spēkā no 2012. gada 16. janvāra

1. TERMINI

1.1. **Apdrošinātājs** – “Seesam Insurance AS Latvijas filiāle”.

1.2. **Apdrošinājumaņēmējs** – fiziska vai juridiska persona, kura noslēdz apdrošināšanas līgumu savā vai citas personas labā.

1.3. **Apdrošinātais** – fiziska persona, kurai ir apdrošināmā interese un kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas līgums; apdrošināšanas līguma saistības un pienākumi attiecas gan uz apdrošināto, gan uz apdrošinājumaņēmēju.

1.4. **Apdrošināšanas līgums** – apdrošinātāja un apdrošinājumaņēmēja vienošanās par apdrošināšanas nosacījumiem. Apdrošināšanas līgums sastāv no pieteikuma apdrošināšanai, apdrošināšanas polises, apdrošināšanas polises pielikumiem, grozījumiem un apdrošināšanas noteikumiem.

1.5. **Apdrošināšanas polise** – dokuments, kas apliecina apdrošināšanas līguma noslēgšanu. Apdrošināšanas polise ir neatņemama apdrošināšanas līguma sastāvdaļa.

1.6. **Apdrošināšanas periods** – apdrošināšanas līguma darbības laiks.

1.7. **Nogaidīšanas periods** – pirmās 90 (deviņdesmit) dienas, sākot no apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās datuma, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja šajā laika periodā apdrošinātais saņēmis kritiskās (krīzes) saslimšanas pozitīvu diagnozi. Gadījumā, ja apdrošināšanas līgumā apdrošināšanas perioda laikā tiek iekļautas papildu personas, tad nogaidīšanas periods šīm personām ir 90 (deviņdesmit) dienas, sākot no datuma, ar kuru papildus apdrošinātās personas tika iekļautas apdrošināšanas līgumā.

Nogaidīšanas perioda nosacījums attiecināms uz kritiskajām (krīzes) slimībām nav spēkā, pagarinot apdrošināšanas līgumu ar tajā ietvertu kritiskās (krīzes) saslimšanas risku uz nākošo apdrošināšanas periodu.

1.8. **Apdrošināšanas līguma darbības teritorija** – apdrošinātie riski ir spēkā teritorijā, kas norādīta apdrošināšanas polisē, izņemot riskus “Dienas nauda”, “Kompensācija par pārejošu darba nespēju”, “Slimnīcas dienas nauda” un “Ārstēšanās izdevumi”, kas ir spēkā tikai Latvijas Republikas teritorijā.

1.9. **Apdrošinātais risks** – apdrošināšanas līgumā paredzētais no apdrošinātā gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē. Apdrošināšanas līgums ir spēkā tikai attiecībā uz tiem apdrošinātajiem riskiem, kuri norādīti attiecīgajā apdrošināšanas polisē.

1.10. **Apdrošināšanas gadījums** – ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts pēkšņs un iepriekš neparedzams, no apdrošinātā gribas neatkarīgs notikums, kas ārēju apstākļu iedarbības rezultātā radies apdrošinātajam viņa nelaiemes gadījumu apdrošināšanas perioda laikā un kuram iestājoties, paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksā saskaņā ar noslēgtā apdrošināšanas līguma noteikumiem. Apdrošināšanas gadījums kritiskās (krīzes) saslimšanas riska gadījumā ir gadījums, kad apdrošināšanas perioda laikā apdrošinātais saņem dokumentāli apliecinātu galīgo, pozitīvo diagnozi, kas ir pirmais šādas slimības atgādījums apdrošinātā dzīves laikā saslimšanai ar vienu no kritiskajām (krīzes) slimībām.

1.11. **Apdrošinājuma summa** – apdrošināšanas polisē noteikta naudas summa, par kuru nelaiemes gadījumu apdrošināšanā ir apdrošināta apdrošinātais personas dzīvība vai fiziskais stāvoklis.

1.12. **Apdrošināšanas prēmija** – apdrošināšanas polisē noteiktais maksājums par apdrošināšanu.

1.13. **Apdrošināšanas atlīdzība** – apdrošinājuma summa vai tās daļa, kas izmaksājama par apdrošināšanas gadījumu atbilstoši apdrošināšanas polisē. Maksimālā apdrošināšanas atlīdzība par katru apdrošināšanas gadījumu un visiem apdrošināšanas gadījumiem kopā apdrošināšanas periodā nevar pārsniegt apdrošināšanas polisē norādīto apdrošinājuma summu attiecīgajam apdrošinātajam riskam.

1.14. **Apdrošināšanas objekts** – personas dzīvība vai fiziskais stāvoklis.

1.15. **Pieteikums apdrošināšanai** – apdrošinātāja noteiktas formas un satura dokuments, kuru apdrošinājumaņēmējs un/vai apdrošinātais aizpilda un iesniedz apdrošinātajam, lai informētu par apdrošināšanas objektu, tā stāvokli, kā arī citiem faktiem un apstākļiem; pieteikums apdrošināšanai ir neatņemama apdrošināšanas līguma sastāvdaļa.

1.16. **Apdrošināšanas piedāvājums** – piedāvājums, kuru apdrošinātājs sagatavo, lai informētu apdrošinājumaņēmēju par apdrošināšanas līguma noteikumiem un/vai izmaiņām tajos.

1.17. **Distances saziņas līdzeklis** – elektronisks saziņas līdzeklis, ar kura palīdzību ir iespējams noslēgt apdrošināšanas līgumu, pusēm neatrodoties klātienē.

1.18. **Labuma guvējs** – persona, kurai ir tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību apdrošinātā nāves gadījumā saskaņā ar apdrošināšanas līguma nosacījumiem un ievērojot Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktās procedūras šādiem gadījumiem.

1.19. **Atlīdzības saņēmējs** – apdrošināšanas polisē minēto apdrošināto risku, izņemot nāves riska, iestāšanās gadījumā atlīdzības saņēmējs ir apdrošinātais, bet nāves riska iestāšanās gadījumā atlīdzības saņēmējs ir labuma guvējs vai apdrošinātā mantinieki, ja labuma guvējs apdrošināšanas polisē nav norādīts.

1.20. **Nelaiemes gadījums** – noteiktu ārēju faktoru (fizisku, mehānisku, ķīmisku, siltuma vai citu) pēkšņa, no apdrošinātā gribas neatkarīga un iepriekš neparedzama, īslaicīga, ārēja iedarbība uz apdrošinātā ķermeni, kā sekas ir apdrošinātās personas ķermeņa fiziska trauma, miesas bojājumi un/vai apdrošinātā nāve. Šo apdrošināšanas noteikumu izpratnē par nelaiemes gadījumu tiek uzskatīti arī sekojoši gadījumi, kurus nav izraisījis apdrošinātā iepriekšējs nodoms:

1.20.1. ceļu satiksmes negadījumā gūtās traumas;

1.20.2. dzīvnieku kostas brūces;

1.20.3. ērcu encefalīts, ar nosacījumu, ka apdrošinātais pirms nelaiemes gadījuma ir saņēmis encefalīta vakcināciju paredzētajos termiņos;

1.20.4. noslikšana;

1.20.5. asfiksija;

1.20.6. apsaldēšanās, apdegumi, zibens spēriens, elektriskās strāvas iedarbība;

1.20.7. ievainojumi, kas iegūti dažādu ieroču iedarbības rezultātā, ja ieroču lietošana nav bijusi saistīta ar prettiesisku darbību no apdrošinātā puses;

1.20.8. nejauša, akūta apdrošinātā saindēšanās ar indīgiem augiem, gāzi vai ķīmiskām vielām, ja tā izraisījusi noteiktas ķermeņa daļas fizisku vai funkcionālu zaudējumu, redzes, dzirdes vai valodas pilnīgu un neatgriezenisku zaudējumu.

1.21. **Neatgriezenisks sakropļojums, invaliditāte** – fizisks ievainojums, kas nelaiemes gadījuma rezultātā radies apdrošinātajam un izraisījis noteiktas ķermeņa daļas fizisku vai funkcionālu bojājumu vai zaudējumu, redzes, dzirdes vai valodas pilnīgu un neatgriezenisku zaudējumu.

1.22. **Atkārtots kaula lūzums** – lūzums vietā, kur apdrošinātajam iepriekš jau bijis kaulu lūzums un kaula nepilnīgas sadzīšanas vai apdrošinātā pārāk ātri atsāktas fiziskas slodzes rezultātā samazinājies kaula stiprums.

1.23. **Patoloģisks lūzums** – kaula lūzums vietā, kur iepriekšēja slimība ir izraisījusi kaula stiprības samazināšanos.

1.24. **Hroniska slimība** – iekšēji un ilgākā laika periodā veidojošos fizioloģisko procesu un organisma funkciju darbības pakāpeniska pasliktināšanās, ko raksturo biežāka vai retāka veselības stāvokļa krasa pasliktināšanās (slimības saasinājumi). Šo apdrošināšanas noteikumu kontekstā infarkts, sirds išēmiskā slimība, stenokardija, asinsvadu aneirisma jebkurā izpausmē, ateroskleroze, insults, spondilozē, osteohondroze, radikulīts, nieru mazspēja, cukura diabēts, aknu ciroze, izkaisītā skleroze, astma, tuberkuloze, labdabīgi vai ļaundabīgi audzēji, tromboze u. c. tiek pieskaitītas pie hroniskām slimībām sakarā ar to, ka šādi diagnosticētas slimības attīstās pakāpeniski un sākotnēji bieži bez redzamiem/pamanāmiem simptomiem.

1.25. **Pārejoša darba nespēja** – nelaiemes gadījuma rezultātā iegūts apdrošinātā pārejošs darba spēju zaudējums, kas neļauj apdrošinātajam pildīt savus darba pienākumus uz noteiktu, nepārtrauktu laika periodu un ko apstiprina apdrošinātajam izsniegtā darba nespējas lapa.

1.26. **Apdrošināšanas gadījuma datums** – datums, kad apdrošinātais cietis nelaiemes gadījumā, un to dokumentāli apstiprina attiecīgās pirmās instances medicīniskās iestādes izsniegta izziņa. Kritiskās (krīzes) saslimšanu gadījumā apdrošināšanas gadījuma datums ir datums, kad apdrošinātajam tiek diagnosticēta pirmā, pozitīvā slimības diagnoze, ko pēc papildu izmeklēšanas veikšanas izdzīvošanas perioda laikā kā pozitīvo, galīgo diagnozi apstiprina attiecīgie katrā apdrošināšanas gadījumā nepieciešamie, apdrošināšanas noteikumos minētie dokumenti.

1.27. **Izdzīvošanas periods** – kritiskās (krīzes) saslimšanas riska gadījumā 30 (trīsdesmit) dienu periods, sākot no apdrošināšanas gadījuma datuma, kura laikā apdrošinātajam tiek veikta papildu izmeklēšana un tās rezultātā apstiprinās galīgā kritiskās (krīzes) saslimšanas diagnoze. Izdzīvošanas perioda laikā apdrošinātajam jābūt dzīvam. Ja apdrošinātais nomirst izdzīvošanas perioda laikā, tad apdrošināšanas atlīdzība izmaksāta netiek.

1.28. **Dienas stacionārs** – ārsta norikota ārstēšanās slimnīcā vai poliklīnikā ar atsevišķu ārstēšanās nodaļu, kas paredzēta ambulatoro pakalpojumu sniegšanai un procedūru veikšanu pacientiem dienā (ar “dienas gultu”), neuzturoties medicīnas iestādē visu diennakti, brīvdienās un svētku dienās.

1.29. **Paaugstināta riska hobijs** – ārpusdarba vaļasprieks, ar kuru nodarbojoties, nepieciešama paaugstināta fiziskā sagatavotība, regulārs treniņš, no teikts, speciāls aprīkojums un/vai ietērs, un kura laikā pastāv risks, ka varētu tikt apdraudēta apdrošinātā dzīvība vai fiziskais stāvoklis.

1.30. **Sports** – plānveidīgs un mērķtiecīgs fizisko aktivitāšu komplekss, ko apdrošinātais veic regulāri ilgākā laika periodā treniņu veidā individuāli vai komandā ar vai bez pretinieka un kuru raksturo biežāka vai retāka sasniegto rezultātu praktiska pārbaude un/vai piedalīšanās sacensībās kāda mērķa sasniegšanai vai fiziskās formas uzturēšanai, neatkarīgi no tā, vai tās kvalificējamās kā amatieru vai profesionālu sportistu aktivitātes.

1.31. **Viesstrādnieks** – persona, kura ierodas kādā ārvalstī peļņas nolūkā uz nenoteiktu uzturēšanās laiku un kura, neatkarīgi no iepriekšējās nodarbošanās savā mītnes zemē, uzsāk šajā ārvalstī strādāt uz ilgāku vai īsāku laika periodu.

1.32. **Globāla dabas katastrofa** – no cilvēka gribas un darbības neatkarīga dabas stihija, kura rodas pēkšņi, nodara plašus postījumus dabai un apbūvēm un kuras laikā cieš cilvēku dzīvības, veselība vai fiziskais stāvoklis.

2. INFORMĀCIJA PAR APDROŠINĀMO RISKU

2.1. Noslēdzot apdrošināšanas līgumu, apdrošinājumaņēmēja un/vai apdrošinātā pienākums ir sniegt visu informāciju, kas nepieciešama apdrošinātajam apdrošināmā riska izvērtēšanai. Apdrošinātais saņemto informāciju apstrādās un glabās saskaņā ar normatīvo aktu prasībām.

2.2. Apdrošinājumaņēmējs un/vai apdrošinātais ir atbildīgs par sniegtās informācijas patiesīgumu un pilnīgumu. Jebkurš viltojums, nepareizs apgalvojums un/vai noklusēšana var būt par iemeslu apdrošināšanas līguma izbeigšanai un/vai atteikumam izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, izņemot, ja likums “Par apdrošināšanas līgumu” to nepieļauj gadījumā, kad informācija sniegta vieglas neuzmanības rezultātā.

2.3. Apdrošinājumaņēmēja un/vai apdrošinātā pienākums ir paziņot apdrošinātajam par citiem, spēkā esošiem apdrošināšanas līgumiem, kas attiecas uz to pašu apdrošināšanas objektu.

3. IZMAIŅAS SĀKOTNĒJĀ INFORMĀCIJĀ

Apdrošinājumaņēmējam un/vai apdrošinātajam ir pienākums nekavējoties, tiklīdz tas ir iespējams, rakstiski paziņot apdrošinātajam par visiem apstākļiem, kuri var palielināt apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību vai iespējamo zaudējumu apjomu, kā arī paziņot par jebkādam izmaiņām sākotnējā, apdrošināšanas pieteikumā sniegtajā informācijā.

Attiecībā uz šādu paziņojumu apdrošinātais patur sev tiesības neiekļaut šīs izmaiņas apdrošināšanas līgumā vai iekļaut, aprēķinot papildu apdrošināšanas prēmiju, ja šo izmaiņu rezultātā apdrošinātais risks palielinās.

4. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA NOSLĒGŠANAS UN SPĒKĀ STĀŠANĀS KĀRTĪBA

4.1. Apdrošināšanas līgums tiek noslēgts, pamatojoties uz informāciju, ko apdrošinājumaņēmējs pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas sniedzis apdrošinātajam.

4.2. Apdrošinātais pirms apdrošināšanas līguma var sagatavot apdrošināšanas piedāvājumu. Gadījumā, ja apdrošinājumaņēmējs, iemaksā apdrošinātāja bankas kontā apdrošināšanas piedāvājumā norādīto apdrošināšanas prēmiju, apdrošināšanas līgums netiek uzskatīts par noslēgtu, ja apdrošināšanas piedāvājumā nav norādīts savādāk.

4.3. Apdrošināšanas līgums tiek uzskatīts par noslēgtu un stājas spēkā nākamajā dienā pēc apdrošināšanas polisē noteiktās apdrošināšanas prēmijas vai tās pilnā apjomā samaksātas pirmās daļas saņemšanas apdrošinātāja kasē vai bankas kontā, bet ne ātrāk kā apdrošināšanas polisē norādītajā apdrošināšanas perioda pirmajā dienā.

4.4. Ja puses rakstiski vienojas par to, ka apdrošināšanas prēmija vai tās pirmā daļa tiek samaksāta pēc apdrošināšanas līguma noslēgšanas datuma, tad, gadījumā, ja apdrošināšanas prēmija vai tās pirmā daļa tiek samaksāta apdrošinātāja noteiktajā termiņā un apmērā, tiek uzskatīts, ka apdrošināša-

nas līgums ir stāties spēkā ar apdrošināšanas polisē norādīto apdrošināšanas perioda sākuma datumu.

4.5. Ja, pretēji apdrošināšanas polisē norādītajam, apdrošināšanas prēmija vai tās pirmā daļa netiek samaksāta noteiktajā termiņā un apmērā, tad tiek uzskatīts, ka apdrošināšanas līgums nav stāties spēkā no tā noslēgšanas dienas. Atsevišķs paziņojums par to, ka apdrošināšanas līgums nav stāties spēkā, apdrošinājumaņēmējam nosūtīts netiek.

4.6. Apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas samaksa pēc apdrošināšanas polisē norādītā apmaksas termiņa neuzliek apdrošinātajam pienākumu uzņemties jebkādas saistības.

4.7. Noslēdzot apdrošināšanas līgumu, izmantojot distances saziņas līdzekli, spēkā ir tāda pati apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās kārtība kā līgumu noslēdzot apdrošinātāja birojā, izņemot gadījumu, kad apdrošinātais ir paredzējis savādāk.

5. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA IZBEIĢŠANA

5.1. Ja pretēji apdrošināšanas līguma noteikumiem, kārtējais apdrošināšanas prēmijas maksājums nav samaksāts norādītajā termiņā un apjomā, apdrošinātais nosūta apdrošinājumaņēmējam un/vai apdrošinātajam rakstveida Brīdinājumu par nesavlaicīgi un/vai nepilnīgi veikto apdrošināšanas prēmijas kārtējo maksājumu ar uzaicinājumu samaksāt apdrošināšanas prēmijas atlikušo daļu atbilstoši apdrošināšanas līguma noteikumiem.

5.2. Ja apdrošinājumaņēmējs un/vai apdrošinātais nesamaksā apdrošināšanas prēmijas kārtējo maksājumu Brīdinājumā noteiktajā termiņā un apmērā, apdrošinātais, izbeidzoties Brīdinājumā norādītajam termiņam, automātiski izbeidz apdrošināšanas līgumu, neatmaksājot apdrošinājumaņēmējam iepriekš iemaksāto apdrošināšanas prēmiju. Atsevišķs paziņojums par to, ka apdrošināšanas līgums tiek izbeigts un iemaksāta prēmijas daļa netiek atmaksāta, apdrošinājumaņēmējam un/vai apdrošinātajam nosūtīts netiek.

5.3. Apdrošināšanas līguma darbības izbeigšana neietekmē apdrošinātāja tiesības pieprasīt no apdrošinājumaņēmēja un/vai apdrošinātā apdrošināšanas prēmiju vai tās daļu par periodu, kad apdrošināšanas līgums bijis spēkā.

5.4. Apdrošinātajam vai apdrošinājumaņēmējam ir tiesības izbeigt apdrošināšanas līgumu pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās. Apdrošināšanas līgums ir izbeigts 15 (piecpadsmitajā) dienā pēc rakstiskā paziņojuma par apdrošināšanas līguma izbeigšanu nosūtīšanas.

6. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA UN/VAI APDROŠINĀTĀ PIENĀKUMI

Apdrošinājumaņēmējs un/vai apdrošinātais, noslēdzot apdrošināšanas līgumu, apņemas ievērot un izpildīt visas prasības, kuras ir izvirzījis apdrošinātais, kā arī ievērot un izpildīt papildu prasības, kuras apdrošinātais rakstiski izvirzīs pret apdrošināto objektu.

7. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA UN APDROŠINĀTĀ SAVSTARPĒJIE PIENĀKUMI

Apdrošinājumaņēmēja pienākums ir informēt apdrošināto par to, ka apdrošinātais tiek apdrošināts saskaņā ar noteiktu apdrošināšanas līgumu, par kura nosacījumiem apdrošinājumaņēmējs ir vienojies ar apdrošinātāju un apdrošinātajam šie nosacījumi ir saistoši, tie ir jāievēro un jāpilda, kā arī jāizskaidro, kādas sekas iestājas gadījumā, ja apdrošinātais neizpilda un/vai nepienācīgi izpilda kādu no apdrošināšanas līguma noteikumiem.

8. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA UN/VAI APDROŠINĀTĀ LABUMA GUVĒJA, VAI MANTINIEKA PIENĀKUMI PĒC APDROŠINĀTĀ RISKĀ IESTĀŠANĀS

8.1. Par apdrošinātā riska iestāšanos apdrošinājumaņēmējs un/vai apdrošinātais, labuma guvējs, apdrošinātā pārstāvis vai radnieki nekavējoties, tiklīdz tas iespējams, paziņo apdrošinātajam un veic visu iespējamo, lai samazinātu nelaiemes gadījumā radušos seku apmēru.

8.2. Apdrošinājumaņēmēja un/vai apdrošinātā, vai apdrošinātā nāves gadījumā – labuma guvēja vai mantinieka pienākums ir nodrošināt apdrošinātāja prasību konstatēt un novērtēt nelaiemes gadījumā radušos zaudējumus un to rašanās apstākļus.

8.3. Apdrošinātais vai apdrošinātā nāves gadījumā labuma guvējs vai apdrošinātā mantinieks, ja labuma guvējs nav norādīts, iesniedz apdrošinātajam visus dokumentus, kas raksturo apdrošinātā riska iestāšanos un tā izraisītos zaudējumus, kā arī iesniedz jebkādu citu informāciju un/vai dokumentāciju, kuru pieprasa apdrošinātais.

8.4. Ja to prasa apdrošinātā riska specifika, par riska iestāšanos informēt policiju un/vai ugunsdzēsējus un/vai citas institūcijas.

8.5. Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās pierādīšanas pienākums gulstas uz apdrošināto, labuma guvēju vai mantinieku.

9. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA UN/VAI APDROŠINĀTĀ PIENĀKUMU NEPILDĪŠANAS SEKAS

9.1. Ja apdrošinājuma ņēmēja un/vai apdrošinātā jebkāda darbība vai bezdarbība ir bijusi vai būs par iemeslu apdrošinātāja maldināšanai, apdrošināšanas līgums tiks atzīts par spēkā neesošu no tā noslēgšanas dienas, izņemot, ja likums "Par apdrošināšanas līgumu" to aizliedz gadījumā, kad maldināšana pieļauta viegla neuzmanības rezultātā. Iemaksāto apdrošināšanas prēmiju apdrošinātājs neatmaksā.

9.2. Apdrošinātājs, pēc saviem ieskatiem, var atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību vai samazināt atlīdzības izmaksu par 50 %, ja apdrošinājuma ņēmējs un/vai apdrošinātais nav izpildījis vai ir izpildījis daļēji kādu no apdrošināšanas līgumā noteiktajām prasībām, kā arī, ja apdrošinājuma ņēmējs un/vai apdrošinātais ir pārkāpis jebkāda Latvijas Republikā spēkā esoša normatīvā akta prasības, kuras ir attiecināmas uz konkrēto apdrošināšanas gadījumu. Izņēmums ir, ja šāda apdrošināšanas līguma noteikumu prasību neizpilde notikusi viegla neuzmanības rezultātā – šādā gadījumā apdrošinātājs rīkojas saskaņā ar likuma "Par apdrošināšanas līgumu" normu noteikumiem.

9.3. Apdrošinātājs apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā, ja apdrošinātā riska iestāšanās ir izraisījis apdrošinājuma ņēmēja, apdrošinātā, labuma guvēja ļauns nolūks vai rupja neuzmanība. Iemaksāto apdrošināšanas prēmiju apdrošinātājs neatmaksā.

9.4. Apdrošinātājs neizmaksā apdrošināšanas atlīdzību par zaudējumiem, kuri nebūtu radušies, ja nebūtu noslēgts apdrošināšanas līgums.

10. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSAS KĀRTĪBA

10.1. Apdrošinājuma ņēmējs un/vai apdrošinātais vai labuma guvējs iesniedz apdrošinātājam rakstisku iesniegumu par apdrošinātā riska iestāšanos.

10.2. Apdrošinātājs 1 (vienā) mēneša laikā izvērtē saņemto iesniegumu un citus dokumentus, lai konstatētu, vai apdrošinātā riska iestāšanās gadījums ir apdrošināšanas gadījums:

10.2.1. ja tiek konstatēts apdrošināšanas gadījums un puses ir vienojušās par apdrošināšanas atlīdzības apmēru, tad:

- apdrošinātājs pieņem lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu;
- apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību 5 (piecu) darba dienu laikā pēc lēmuma pieņemšanas;
- ja puses par to savstarpēji vienojas, tad apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība var tikt noformēta rakstiski, sastādot un abām pusēm parakstot zaudējumu noregulēšanas protokolu.

10.2.2. ja tiek konstatēts apdrošināšanas gadījums, bet puses nav vienojušās par apdrošināšanas atlīdzības apmēru:

- apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt papildu dokumentus apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanai;
- apdrošinātājam ir tiesības vienpersoniski izlemt un pieaicināt ekspertu apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanai; eksperta slēdziens būs saistošs gan apdrošinājuma ņēmējam, gan apdrošinātājam;
- izvērtējot eksperta atzinumu, apdrošinātājs pieņem lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības apmēru un citiem strīdīgajiem jautājumiem.

- apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību 5 (piecu) darba dienu laikā pēc parakstītā zaudējumu noregulēšanas protokola saņemšanas;

10.2.3. ja apdrošināšanas gadījums netiek konstatēts:

- tad apdrošinātājs pieņem lēmumu par atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību;
- par pieņemto lēmumu apdrošinātājs paziņo apdrošinātājam, apdrošinātā mantiniekam vai labuma guvējam 5 (piecu) darba dienu laikā pēc lēmuma pieņemšanas.

10.3. Apdrošinātājs apdrošinātājam, apdrošinātā mantiniekam vai labuma guvējam kompensē tikai tos zaudējumus, kuri ir radušies saistībā ar apdrošināšanas gadījumu un ir pierādīti ar attiecīgiem dokumentiem.

10.4. Gadījumā, ja apdrošināšanas prēmijai piemērots dalītais maksājums, tad no izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības apdrošinātājam ir tiesības ieturēt starpību starp samaksāto un pilno apdrošināšanas prēmiju.

10.5. Rakstisko iesniegumu izskata Latvijas Republikā, pamatojoties uz apdrošināšanas līgumu latviešu valodā, saskaņā ar Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem. Ja apdrošināšanas noteikumi ir tulkoiti un domstarpības rodas tulkojuma dēļ, tad par noteicošajiem tiks uzskatīti apdrošināšanas noteikumi latviešu valodā.

11. KOMPENSĀCIJAS PRINCĪPS

11.1. Kompensēti tiek tikai apdrošināšanas līguma periodā notikušie, pierādītie zaudējumi.

11.2. Netiek kompensēti zaudējumi, kas radušies pirms/pēc apdrošināšanas perioda.

12. DOMSTARPĪBU ATRISINĀŠANAS KĀRTĪBA

12.1. Jebkuras domstarpības tiks risinātas pārrunu ceļā.

12.2. Ja domstarpības radušās, pamatojoties uz to, ka kāds jautājums netiek regulēts apdrošināšanas noteikumos, tad šī jautājuma atrisināšanai puses pieņem Latvijas Republikas likumus, tai skaitā Likumu "Par apdrošināšanas līgumu" un "Patērētāju tiesību aizsardzības likumu".

12.3. Ja pusēm neizdosies atrisināt domstarpības pārrunu ceļā, tad lieta tiks nodota izskatīšanai Latvijas Republikas tiesā saskaņā ar Latvijas Republikas likumiem.

12.4. Apdrošināšanas līguma dalījums punktos, apakšpunktos un to nosaukumos neietekmē teksta juridisko skaidrojumu.

13. VISPĀRĒJIE IZŅĒMUMI

13.1. Apdrošinātāja atbildība kompensēt zaudējumus neiestājas tajā gadījumā, ja zaudējumi radušies izņēmumu rezultātā, kas paredzēti Latvijas Republikas normatīvajos aktos vai apdrošināšanas līgumā.

13.2. Vispārīgie izņēmumi ir:

13.2.1. terorisms – terora akti vai to rezultāts, neatkarīgi no jebkādiem citiem cēloņiem, kas sagādāšanās dēļ vai kā citādi ir veicinājuši zaudējumus, bojājumus vai izdevumu rašanos; šā nosacījuma kontekstā ar terorismu saprotama vardarbība vai bīstama darbība, kas apdraud cilvēka dzīvību, materiālu vai nemateriālu īpašumu vai infrastruktūru, ar nolūku ietekmēt jebkuru valdību vai turēt sabiedrību vai kādu tās daļu bailu varā;

13.2.2. karš, militārs iebrukums, pilsoņu karš, sacelšanās, revolūcija, dumpis, militāras vai citādas varas uzurpācijas gadījumā;

13.2.3. globālas dabas katastrofas un dabas stihijas.

13.3. Papildus augstāk minētajiem izņēmumiem apdrošinātāja saistības neiestājas arī, ja nāves vai jebkura fiziska ievainojuma cēlonis ir:

- alkohola reibums vai jebkuras pakāpes jebkāds narkotisko vai citu vielu intoksikācijas stāvoklis;
- apdrošinātā tīši vai afekta stāvoklī sev nodarīti ievainojumi, pašnāvība vai tās mēģinājums;
- apdrošinātā prettiesiska rīcība, soda izciešana brīvības atņemšanas iestādē;
- medikamentu un līdzīgu preparātu lietošana vai apdrošinātai personai piedaloties zāļu izmēģinājumā;
- infekcija, kas iekļuvusi apdrošinātās personas ķermenī caur brūci, vai infekcija no kukaiņu kodumiem, izņemot ērcu encefalītu ar nosacījumu, ka apdrošinātais pirms nelaimes gadījuma ir saņēmis encefalīta vakcināciju paredzētajos termiņos, un izņemot inficēšanos ar trakumsērgu audu traumatiska bojājuma dēļ;
- asinsrites traucējumi, asinsizplūdumi smadzenēs, iekšējās asiņošanas, izņemot gadījumus, kad minētais stāvoklis iestāties nelaimes gadījuma rezultātā;
- apdrošinātā saslimšana ar infekcijas slimību vai apdrošinātā vispārēja veselības stāvokļa pasliktināšanās, ja cēlonis nav nelaimes gadījums;
- cilvēka imūndeficīta vīruss (HIV) vai iegūtā imūndeficīta sindroms (AIDS) un jebkuri to atvasinājumi, kā arī citas slimības, saslimšanas vai kaitējums veselībai, fiziskajam stāvoklim, dzīvībai, kas radies vai attīstījies pēc inficēšanās ar minēto vīrusu, neatkarīgi no inficēšanās iemesla un veida;
- hepatītvīruss A, B, C;
- ceļu satiksmes negadījums, ja apdrošinātais vadījis transportlīdzekli bez tiesībām vadīt attiecīgās kategorijas transporta līdzekli,
- ceļu satiksmes negadījums, kad apdrošinātais, vadot transporta līdzekli, rupji pārkāpis kustības drošības ceļu satiksmes noteikumus (atļautā braukšanas ātruma pārsniegšana par 30 km/h un vairāk, krustojuma šķērsošana pie neatļautā gaisma signāla, dzelzceļa pārbrauktuves šķērsošanas noteikumu neievērošana, braukšana pretēji noteiktajam kustību virzienam, apdzīšanas manevra veikšana neatļautā vai slikti pārdzīvētā vietā);
- apdrošinātā lidošana kā pilotam jebkurā lidaparātā, kurš nepieder aviosabiedrībai un nav reģistrēts kā pasažieru pārvadāšanas līdzeklis ja noteiktu maršrutu,

- apdrošinātajam izmantojot bezmotora lidmašīnas (lidaparātus), žiroplānus, planierus (ar vai bez motora), deltaplānus, kā arī lecot ar izpletni vai gumijas atsaitē;
- apdrošinātajam vadot motociklu, kura tilpums ir lielāks par 125 cm³, motorolleru, ūdens motociklu; šis izņēmums nav spēkā, ja puses pirms apdrošināšanas līguma stāšanās spēkā ir vienojušās par šī punkta izslēgšanu no apdrošināšanas līguma un tas minēts apdrošināšanas polisē kā papildu nosacījums;
- psihiski vai garīgi traucējumi, kuru sekas ir trieka, krampji, epilepsijas vai citas spazmatiskas lēkmes; citas hroniskas neiroloģiskās saslimšanas ar koordinācijas traucējumiem vai muskuļu vājumu;
- tieši vai netieši – jonizējošais starojums, kodoldegviela vai kodolatkritumi, radioaktivitātes izraisīta saindēšanās;
- apdrošinātā nodarbošanās ar sportu un/vai jebkādu paaugstināta riska hobiju; šis izņēmums nav spēkā, ja puses pirms apdrošināšanas līguma stāšanās spēkā ir vienojušās par šī punkta izslēgšanu no apdrošināšanas līguma un tas minēts apdrošināšanas polisē kā papildu nosacījums;
- apdrošinātā piedalīšanās treniņos un sacensībās, kur izmanto motorizētu sauszemes, gaisa vai ūdens transporta līdzekli; šis izņēmums nav spēkā, ja puses pirms apdrošināšanas līguma stāšanās spēkā ir vienojušās par šī punkta izslēgšanu no apdrošināšanas līguma un tas minēts apdrošināšanas polisē kā papildu nosacījums;
- apdrošinātā atrašanās aktīvajā dienestā jebkurā no armijas daļām;
- nelaimes gadījums, kas noticis, apdrošinātajam veicot algotu darbu ārpus Latvijas Republikas kā viesstrādniekam; šis izņēmums nav spēkā, ja puses pirms apdrošināšanas līguma stāšanās spēkā ir vienojušās par šī punkta izslēgšanu no apdrošināšanas līguma un tas minēts apdrošināšanas polisē kā papildu nosacījums;
- apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par vēdera un vēdera lejasdaļas trūci, izņemot gadījumus, kad tā radusies šo apdrošināšanas noteikumu 1.20. punktā noteiktā nelaimes gadījuma rezultātā;
- apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par mugurkaula starpskriemeļu disku bojājumiem un iekšējo orgānu asiņošanu, izņemot gadījumus, kad tas radies šo apdrošināšanas noteikumu 1.20. punktā noteiktā nelaimes gadījuma rezultātā;
- apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par atkārtotiem un patoloģiskiem lūzumiem;
- apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta staru enerģijas apdegumu gadījumā;
- apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par virspusējiem apsaldējumiem.

13.4. Apdrošināšanas atlīdzība kritiskas (krīzes) saslimšanas gadījumā, papildus 13.2. un 13.3. punktos minētajiem, netiek izmaksāta arī gadījumos, ja:

- kritiskas (krīzes) saslimšanas gadījums iestājas nogaidīšanas perioda 90 (deviņdesmit) dienu laikā pēc apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās datuma vai grupas apdrošināšanas polises gadījumā pēc papildus apdrošināto iekļaušanas apdrošināšanas līgumā. Šis nosacījums nav spēkā, ja apdrošinātajam apdrošināšanas līgums tiek pagarināts bez pārtraukuma uz nākošo apdrošināšanas periodu;
- apdrošinātais nomirst izdzīvošanas perioda 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc kritiskas saslimšanas gadījuma sākotnējās pozitīvās diagnosticēšanas; taču apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja apdrošinātais nomirst pēc minētā 30 dienu perioda;
- kritiskās (krīzes) saslimšanas gadījums nav pirmais šāda veida gadījums apdrošinātā dzīves laikā;
- apdrošinātais ir saņēmis medicīnisku konsultāciju un/vai ārstēšanu vai arī zinājis par jebkādu ar kritiskas (krīzes) saslimšanas gadījumu saistītu apstākli kādā laikā posmā pirms apdrošināšanas līguma darbības sākšanās.

14. APDROŠINĀTIE RISKI

14.1. Apdrošinātie riski ir minēti konkrētāajā nelaimes gadījumu apdrošināšanas polisē.

14.2. Nāves gadījuma risks

14.2.1. Ja nelaimes gadījumā ārēju, no apdrošinātā gribas neatkarīgu faktoru iedarbībā apdrošinātais iegūst miesas bojājumus, saindējas ar ķīmiskām vai indīgām vielām, kuru rezultāts ir nāve, kas iestājusies ne vēlāk kā 1 (viena) gada laikā pēc nāvi izraisošā nelaimes gadījuma, labuma guvējam tiek izmaksāta apdrošinājuma summa, no kuras, saskaņā ar apdrošināšanas līgumu, atskaitītas iepriekš izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības par to pašu apdrošināšanas gadījumu.

14.2.2. Ja apdrošinātā liķis pazūd sakarā ar satiksmes līdzekļa, kurā viņš atradās, piespiedu nolaišanos, uzskriešanu uz sēkļa, nogrimšanu vai avāriju, tad apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ievērojot Latvijas Republikas likumdošanā noteiktās procedūras šādiem gadījumiem.

14.3. Neatgriezenisks sakropļojums, invaliditāte

14.3.1. Ja apdrošinātā neatgriezenisks sakropļojums vai invaliditāte iestājas ne ātrāk kā 1 (viena) gada laikā no sakropļojuma vai invaliditāti izraisošā nelaimes gadījuma, apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību, ko aprēķina, apdrošinājuma summu reizinot ar iegūtajam sakropļojumam vai piešķirtajai invaliditātes grupai atbilstošu procentu saskaņā ar apdrošināšanas polisē norādīto apdrošināšanas noteikumu attiecīgo pielikumu (pielikums "A", pielikums "B" vai pielikums "C").

14.3.2. Kopējā apdrošināšanas atlīdzība par neatgriezenisku sakropļojumu, kas attiecas uz vienu un to pašu nelaimes gadījumu un tā sekas ir vairāki sakropļojumi, veidojas no aprēķinātām apdrošināšanas atlīdzības summām par katru sakropļojumu, bet nevar būt lielāka par apdrošināšanas polisē norādīto apdrošināšanas summu. Šis nosacījums neattiecas uz pielikumu "B" un "C".

14.3.3. Ja apdrošinājumaņēmējs ieguvus vienlaicīgi divus dažādus sakropļojumu veidus (pēc diviem dažādiem pielikumiem), tad apdrošināšanas atlīdzība tiek aprēķināta pēc viena pielikuma tabulas, ņemot tabulu, kas paredz lielāko apdrošināšanas atlīdzības summu par attiecīgo gadījumu.

14.3.4. Apdrošināšanas atlīdzība par sakropļojumu vai invaliditāti netiek izmaksāta gadījumā, ja līdz paredzētajam apdrošināšanas atlīdzības izmaksas brīdim ir iestājusies apdrošinātā nāve. Tādā gadījumā tiek izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība tikai nāves gadījumā saskaņā ar šo apdrošināšanas noteikumu punktu 14.2.

14.3.5. Ja pēc nelaimes gadījuma, kurā apdrošinātais ieguvus neatgriezenisku sakropļojumu vai invaliditāti un apdrošinātājs ir izmaksājis apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar attiecīgo apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšanas tabulu, 1 (viena) gada laikā pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas iestājas apdrošinātā nāve, tad apdrošināšanas atlīdzība par iestājušos nāves gadījumu tiek aprēķināta sekojoši:

- ja apdrošinātajam par sakropļojumu vai invaliditāti izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība ir mazāka par apdrošināšanas polisē minēto apdrošinājuma summu nāves gadījumā, tad labuma guvējam tiek izmaksāta summa, ko veido starpība starp nāves gadījumā paredzēto apdrošinājuma summu un par sakropļojumu vai invaliditāti jau izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību;
- ja apdrošinātajam par sakropļojumu vai invaliditāti izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība ir vienāda vai lielāka par apdrošināšanas polisē minēto apdrošinājuma summu nāves gadījumā, tad nekāda izmaksa par nāves gadījumu netiek veikta.

14.3.6. No apdrošināšanas atlīdzības, kas izmaksājama apdrošinātā sakropļojuma vai invaliditātes gadījumā, tiek atskaitītas par šo nelaimes gadījumu iepriekš izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības.

14.4. Kaulu lūzumi un traumas

14.4.1. Ja nelaimes gadījuma rezultātā apdrošinātais iegūst kaulu lūzumu vai traumu, vai saindējas ar ķīmiskām vai indīgām vielām, kā rezultātā tiek traucēta apdrošinātās personas organisma normāla funkcionēšana, apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību, kuru aprēķina, apdrošinājuma summu reizinot ar kaulu lūzumam vai traumai atbilstošu procentu, kas norādīts attiecīgajā kaulu lūzumu un traumu apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšanas tabulā (saskaņā ar apdrošināšanas līgumu – Pielikums "D", Pielikums "E" vai Pielikums "F").

14.4.2. Ja apdrošināšanas perioda laikā apdrošinātajam ir iestājusies vairāki nesaisīti kaulu lūzumu vai traumu gadījumi, par katru no tiem aprēķina apdrošināšanas atlīdzību, bet kopējā apdrošināšanas atlīdzība par kaulu lūzumiem un traumām par vienu gadījumu vai perioda laikā nedrīkst pārsniegt apdrošināšanas polisē norādīto apdrošinājuma summu, kas attiecas uz apdrošināšanu kaulu lūzumu un traumu gadījumā.

14.4.3. Par lūzumiem un traumām, kas nav norādīti kaulu lūzuma apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšanas tabulā, izmaksā apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši lūzuma vai traumas pakāpei salīdzinājumā ar norādītajiem. Tādā gadījumā pirms apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas starp apdrošinātāju un apdrošināto tiek panākta rakstiska vienošanās par atlīdzības izmaksu summu.

14.5. Slimnīcas dienas nauda

14.5.1. Ja nelaimes gadījuma rezultātā apdrošinātais nokļuvis slimnīcā un kā pacients pavadījis tur ne mazāk kā 48 (četrdesmit astoņas) stundas, apdrošinātājs izmaksā apdrošinātajam apdrošināšanas atlīdzību, kuras summa dienā, kā arī kopējā apdrošinājuma summa par visu apdrošināšanas periodu norādīta apdrošināšanas polisē.

14.5.2. Slimnīcas dienas nauda netiek izmaksāta par ārstēšanās laiku rehabilitācijas iestādēs un dienas stacionāros.

14.5.3. Apdrošinātājs slimnīcas dienas naudu aprēķina pēc apdrošinātā izrakstīšanās no slimnīcas, pamatojoties uz iesniegtajiem dokumentiem par uzturēšanos slimnīcā un tajos norādīto slimnīcā pavadīto dienu skaitu. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā kā vienu kopējo summu par visām slimnīcā pavadītām dienām kopā. Maksimālais periods, par kuru izmaksā slimnīcas dienas naudu, ir 40 (četrdesmit) kalendārās dienas par gadījumu un/vai apdrošināšanas perioda laikā.

14.5.4. Slimnīcas dienas nauda tiek maksāta tikai polises darbības perioda laikā. Beidzoties nelaimes gadījumu apdrošināšanas polises darbības periodam, slimnīcas dienas naudas izmaksa tiek pārtraukta, neatkarīgi no tā, ka apdrošinātais turpina ārstēties stacionārā.

14.6. Kompensācija par pārejošu darba nespēju

14.6.1. Apdrošinātais risks "Kompensācija par pārejošu darba nespēju" ir spēkā, ja šāds apdrošinātais risks ir norādīts attiecīgajā apdrošināšanas polisē.

14.6.2. Šo apdrošināšanas noteikumu kontekstā ar terminu "Kompensācija par pārejošu darba nespēju" jāsaprot apdrošinātais nelaimes gadījumu risks, kuram iestājoties, apdrošinātājs izmaksā apdrošinātajam apdrošināšanas atlīdzību, kompensējot algotā darbā negūtos ienākumus. Apdrošināšanas atlīdzību par apdrošināto risku "Kompensācija par pārejošu darba nespēju" apdrošinātais izmaksā apdrošinātajam, kompensējot algotā darbā negūtos ienākumus pārejošas darba nespējas laikā, ja pārejoša darba nespēja iestājusies apdrošināta riska rezultātā.

14.6.3. Apdrošināšanas atlīdzības par apdrošināto risku "Kompensācija par pārejošu darba nespēju" apmērs par vienu pārejošas darba nespējas dienu ir noteikts ne vairāk kā 0,2 % apmērā no apdrošinājuma summas par apdrošināto risku "Kompensācija par pārejošu darba nespēju", bet nepārsniedzot 25 % no algotā darbā gūtajiem apdrošinātā vidējiem ienākumiem par vienu darba dienu, pamatojoties uz darba devēja izziņu par algotā darbā gūtajiem apdrošinātā vidējiem ienākumiem pēdējo 12 (divpadsmit) mēnešu laikā.

14.6.4. Apdrošinātais apdrošināšanas atlīdzības apmēru par apdrošināto risku "Kompensācija par pārejošu darba nespēju" aprēķina, pamatojoties uz Ministru kabineta noteiktajā kārtībā izsniegtu darba nespējas lapu, darba devēja apstiprinājumu par apdrošinātā neierašanos darbā pārejošas darba nespējas periodā un izziņu par algotā darbā gūtajiem apdrošinātā vidējiem ienākumiem pēdējo 12 (divpadsmit) mēnešu laikā.

14.6.5. Gadījumā, ja apdrošinātais ir bijis darba līgumattiecībās mazāk kā 12 (divpadsmit) mēnešus, tad, aprēķinot apdrošināšanas atlīdzību par apdrošināto risku "Kompensācija par pārejošu darba nespēju" 14.6.4. punktā minētajā kārtībā, par pamatu tiek ņemts Latvijas Republikas Centrālās statistikas pārvaldes publicētais vidējās algas apmērs attiecīgās nozares attiecīgā amata darbiniekiem apdrošināšanas gadījuma laikā.

14.6.6. Apdrošināšanas atlīdzība par apdrošināto risku "Kompensācija par pārejošu darba nespēju" apdrošinātajam tiek izmaksāta ar nosacījumu, ka pārejoša darba nespēja apdrošinātajam radusies nelaimes gadījuma rezultātā un pārejošas darba nespējas laiks ir garāks par 7 (septiņām) pilnām darba dienām.

14.6.7. Apdrošināšanas atlīdzību par apdrošināto risku "Kompensācija par pārejošu darba nespēju" izmaksā ne vairāk kā par 60 (sešdesmit) nepārtrauktām pārejošas darba nespējas dienām par vienu apdrošināšanas gadījumu un ne vairāk kā par 100 (simts) pārejošas darba nespējas dienām apdrošināšanas perioda laikā. Par pārejošas darba nespējas dienām tiek uzskatītas tikai darba dienas, pieņemot, ka nedēļā ir 5 (piecas) darba dienas.

14.6.8. Apdrošināšanas atlīdzība par apdrošināto risku "Kompensācija par pārejošu darba nespēju" netiek izmaksāta, ja pārejoša darba nespēja iegūta, saslimstot vai slimojot ar infekcijas, iedzimumu, hroniskām vai akūtām slimībām.

14.6.9. Apdrošināšanas atlīdzību par apdrošināto risku "Kompensācija par pārejošu darba nespēju" neizmaksā par tām dienām, par kurām izmaksā slimnīcas dienas naudu, ja abi šādi apdrošinātie riski ir norādīti attiecīgajā apdrošināšanas polisē. Ja apdrošināšanas polisē ir norādīts tikai apdrošinātais risks "Kompensācija par pārejošu darba nespēju", tad gadījumā, ja pēc notikušā nelaimes gadījuma apdrošinātais ir bijis hospitalizēts un pēc izrakstīšanās no stacionāra darba nespēja turpinājusies, apdrošinātajam tiek izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība par apdrošināto risku "Kompensācija par pārejošu darba nespēju" par visu pārejošas darba nespējas periodu, ieskaitot hospitalizēšanas laiku, ar nosacījumu, ka pārejoša darba nespēja bijusi nepārtraukta un to apliecina darba nespējas lapa(s).

14.6.10. Apdrošināšanas atlīdzība par apdrošināto risku "Kompensācija par pārejošu darba nespēju" netiek izmaksāta, ja pārejošas darba nespējas laikā, kad bijusi izsniegta darba nespējas lapa, apdrošinātais atradies darbā un turpinājis pildīt savus tiešos vai līdzīgus/aizvietojošus darba pienākumus.

14.6.11. Ja sakarā ar nelaimes gadījumu apdrošinātajam tiek maksāta paredzētā apdrošināšanas atlīdzība par apdrošināto risku "Kompensācija par pārejošu

darba nespēju", bet apdrošinātajam tās laikā iestājas sakropļojums, tad apdrošināšanas atlīdzības par apdrošināto risku "Kompensācija par pārejošu darba nespēju" izmaksa par pārejošu darba nespēju tiek pārtraukta ar to datumu, kad iestājies sakropļojuma risks.

14.7. Dienas nauda

14.7.1. Ja apdrošināšanas polisē ir norādīts apdrošinātais risks "Dienas nauda", tad apdrošinātais izmaksā apdrošinātajam apdrošināšanas atlīdzību, kas ir vienāda ar apdrošināšanas polisē norādīto naudas summa dienā apdrošinātajam riskam "Dienas nauda", ja apdrošinātā nelaimes gadījuma rezultātā apdrošinātais iegūst pārejošu darba nespēju uz laiku, kas ilgst ilgāk par 7 (septiņām) pilnām darba dienām.

14.7.2. Apdrošinātais apdrošināšanas atlīdzību par apdrošināto risku "Dienas nauda" aprēķina, pamatojoties uz darba nespējas lapu. Apdrošināšanas atlīdzību par apdrošināto risku "Dienas nauda" izmaksā par katru darba nespējas dienu, bet ne vairāk kā par 70 (septiņdesmit) darba nespējas dienām par vienu apdrošināšanas gadījumu un ne vairāk kā par 140 (simt četrdesmit) darba nespējas dienām apdrošināšanas perioda laikā. Par darba nespējas dienām tiek uzskatītas tikai darba dienas, pieņemot, ka nedēļā ir 5 (piecas) darba dienas.

14.7.3. Apdrošināšanas atlīdzība par apdrošināto risku "Dienas nauda" netiek izmaksāta:

- par tām dienām, par kurām izmaksā slimnīcas dienas naudu;
- ja pārejoša darba nespēja iegūta, saslimstot vai slimojot ar infekcijas, iedzimumu, hroniskām vai akūtām slimībām.
- ja pārejošas darba nespējas gadījumā, par ko bijusi izsniegta darba nespējas lapa, apdrošinātais atradies darbā un turpinājis pildīt savus tiešos vai līdzīgus/aizvietojošus darba pienākumus.

14.7.4. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa par apdrošināto risku "Dienas nauda" tiek pārtraukta, ja beidzas nelaimes gadījumu apdrošināšanas polises darbības periods, neatkarīgi no tā, ka apdrošinātajam vēl turpinās pārejoša darba nespēja.

14.7.5. Ja apdrošināšanas polises perioda laikā sakarā ar nelaimes gadījumu apdrošinātajam tiek maksāta paredzētā apdrošināšanas atlīdzība par apdrošināto risku "Dienas nauda", bet apdrošinātajam šajā pašā periodā iestājas sakropļojums, tad apdrošināšanas atlīdzības izmaksa par apdrošināto risku "Dienas nauda" tiek pārtraukta ar to datumu, kad iestājies sakropļojuma risks.

14.8. Ārstēšanās izdevumi

14.8.1. Gadījumā, kad apdrošinātais cietis nelaimes gadījumā, kurā gūst kaulu lūzumus vai traumu, un iegūtās traumas rezultātā kļūst uz laiku darba nespējīgs, apdrošinātajam tiek apmaksāti ar notikušo nelaimes gadījumu tieši saistītie ārstēšanās izdevumi.

14.8.2. Ārstēšanās izdevumi netiek apmaksāti, ja apdrošinātais, notiekot nelaimes gadījumam, vērsās ārstniecības iestādē pirmās palīdzības saņemšanai vēlāk kā 24 (divdesmit četri) stundu laikā, skaitot no nelaimes gadījuma iestāšanās brīža.

14.8.3. Ārstēšanās izdevumi tiek apmaksāti par medicīniskajiem pakalpojumiem, kuri saņemti darba nespējas lapā norādītajā, nepārtrauktajā darba nespējas periodā, bet ne ilgāk kā apdrošināšanas polises perioda laikā.

14.8.4. Šo apdrošināšanas noteikumu kontekstā apmaksājami ārstēšanās izdevumi ir sekojoši, ar notikušo nelaimes gadījumu saistītie maksājumi:

- Pacienta iemaksa (100 % apmērā):
 - par vizīti pie ģimenes ārsta,
 - par vizīti pie ārstiem-speciālistiem,
 - par nepieciešamajiem diagnostikas izmeklējumiem.
- Maksas ārstu-speciālistu konsultācijas 50 % apmērā.
- Maksas diagnostiskie izmeklējumi (ultrasonogrāfija, rentgens, datortomogrāfija, magnētiskā rezonanse) 50 % apmērā.
- Ārstējošā ārsta nozīmētas fizioprocedūras (ultraskaņa, UVČ, elektroforēze u. c.). Tiek apmaksātas 10 (desmit) procedūras apdrošināšanas periodā.
- Latvijas Republikas Zāļu reģistrā reģistrētos medikamentus, kurus receptē izrakstījis ārstējošais ārsts.
- Par ārsta nozīmētu ārstēšanos stacionārā (tikai pacienta iemaksas apmērā), pacienta līdzmaksājums operācijai.

14.8.5. Netiek apmaksāti sekojoši izdevumi:

- medicīnas preču iegāde (saites, plāksteri, šinas, protēzes u. c., izņemot kruklu un ratiņkrēsla noma vai iegāde);
- maksas pakalpojumi stacionārā (maksas operācijas, maksas ārstēšanās dienas, maksa par paaugstinātu servisu, par maksas ārstnieciskajām manipulācijām, par maksas diagnostiku un izmeklējumiem);

- par netradicionālām ārstēšanas metodēm un diagnostiku, t.sk., homeopātiju, ajūrvēdas pakalpojumiem, akupunktūru, aromaterapiju, ergoterapiju un reiki pakalpojumiem, reitterapiju, osteopātiju u. tml.);
- par psihoterapeitisko palīdzību;
- par ārstēšanos sakarā ar komplikācijām pēc veiktas operācijas;
- par atkārtotām operācijām, neatkarīgi no tā, ka tās saistītas ar konkrēto apdrošināšanas gadījumu;
- par operācijām, kuru nepieciešamība nav saistīta ar konkrēto nelaimes gadījumu;
- sakarā ar grūtniecību, grūtniecības pārtraukšanu, dzemdībām;
- par kosmētisko ārstēšanu un kosmētiskām operācijām, izņemot gadījumu, kad pēc ārstēšanās kosmētiskā operācija nepieciešama, lai novērstu acīmredzamus, fiziskus un neestētiskus ķermeņa ārējos defektus, kuri iegūti nelaimes gadījuma rezultātā;
- par ārstnieciskajiem pakalpojumiem, kuri saņemti Latvijas Republikas veselības aprūpes iestāžu, uzņēmumu, prakšu un sertifikācijas reģistrā un/vai Latvijas Republikas Uzņēmumu reģistra Komercreģistrā neregistrētā ārstniecības iestādē, kas nesniedz pakalpojumus normatīvajos aktos noteiktā kārtībā;
- par medicīnisko tehnoloģiju Valsts reģistrā neregistrētu ārstniecības metodi;
- par sporta medicīniskajiem pakalpojumiem (muskulu testēšanu, dopinga kontroles, EIROPFIT metodes-slodzes, motorās gatavības testiem u. tml.);
- par izdevumiem pēc apdrošināšanas līguma darbības beigām, arī ja tie saistīti ar apdrošināšanas gadījumu, kas iestājies apdrošināšanas līguma darbības laikā;
- honorārus un citas līdzīgas papildu izmaksas.

14.9. Apgedumi

14.9.1. Ja nelaimes gadījuma rezultātā apdrošinātais guvis ķermeņa apdegumus, kurus izraisījis augsta temperatūra, elektriskā strāva vai ķīmiskas vielas, apdrošinātais izmaksā apdrošināšanas atlīdzību, pamatojoties uz ārstējošā ārsta, Valsts apdegumu centra vai stacionāra izsniegtu izziņu, kas satur sekojošu informāciju:

- apdeguma virsmas laukums attiecībā pret ķermeņa virsmas platību,
- apdeguma lokalizācija,
- bojājuma dziļums.

14.9.2. Apdrošināšanas atlīdzības lielumu aprēķina, klasificējot bojājumu pēc apdrošināšanas noteikumu pielikuma "G" apdrošināšanas atlīdzību tabulas un reizinot tabulā minēto attiecīgo apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšanas bāzes procentu ar medicīnas izziņā norādīto bojājumu, izteiktu procentos.

14.9.3. Maksimālā apdrošināšanas atlīdzība par vienu vai vairākiem apdrošināšanas periodā notikušiem apdrošināšanas gadījumiem nevar pārsniegt apdrošināšanas līgumā minēto apdrošinājuma summu apdegumu riskam.

14.9.4. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, sākot ar 2. pakāpes apdegumu.

14.9.5. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja apdegumus izraisījis jebkāds starojums.

14.9.6. Ja nelaimes gadījuma rezultātā apdrošinātais guvis ķermeņa apdegumus un apdrošinātais izmaksājis apdrošināšanas atlīdzību, taču apdrošinātais šī apdegumu gadījuma rezultātā ne ātrāk kā 1 (vienu) gada laikā iegūst sakropļojumu/invaliditāti vai 1 (vienu) gada laikā nomirst, tad apdrošināšanas atlīdzība par iestājušos nāves vai sakropļojuma/invaliditātes gadījumu tiek aprēķināta sekojoši:

- ja apdrošinātajam par apdegumu izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība ir mazāka par apdrošināšanas polisē minēto apdrošinājuma summu nāves vai sakropļojuma/invaliditātes gadījumā, tad labuma guvējam (apdrošinātā nāves gadījumā) vai pašam apdrošinātajam (viņa sakropļojuma/invaliditātes gadījumā) tiek izmaksāta summa, ko veido starpība starp nāves vai sakropļojuma/invaliditātes gadījumā paredzēto apdrošinājuma summu un par apdegumu jau izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību;
- ja apdrošinātajam par apdegumu izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība ir vienāda vai lielāka par apdrošināšanas polisē minēto apdrošinājuma summu nāves vai sakropļojuma/invaliditātes gadījumā, tad nekāda izmaksa par nāves vai sakropļojuma/invaliditātes gadījumu netiek veikta.

14.10. Apsaldējumi

14.10.1. Ja no apdrošinātā gribas neatkarīgu, ārēju apstākļu iedarbības rezultātā apdrošinātais iegūst ķermeņa apsaldējumus, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai par apsaldējumiem ar dziļiem aužu bojājumiem – nekrozi.

14.10.2. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par virspusējiem apsaldējumiem.

14.10.3. Izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības aprēķins tiek veikts saskaņā ar apdrošināšanas noteikumu pielikuma "H" apsaldējumu atlīdzību tabulā minēto atlīdzību procentu no apdrošinājuma summas.

14.10.4. Ja apdrošinātais guvis ķermeņa apsaldējumus un apdrošinātais izmaksājis apdrošināšanas atlīdzību, taču apdrošinātais šo apsaldējumu rezultātā mirst vai iegūst sakropļojumu/invaliditāti, tad apdrošināšanas atlīdzība par iestājušos nāves vai sakropļojuma/invaliditātes gadījumu tiek aprēķināta sekojoši:

- ja apdrošinātajam par apsaldējumu izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība ir mazāka par apdrošināšanas polisē minēto apdrošinājuma summu nāves vai sakropļojuma/invaliditātes gadījumā, tad labuma guvējam (apdrošinātā nāves gadījumā) vai pašam apdrošinātajam (viņa sakropļojuma/invaliditātes gadījumā) tiek izmaksāta summa, ko veido starpība starp nāves vai sakropļojuma/invaliditātes gadījumā paredzēto apdrošinājuma summu un par apsaldējumu jau izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību;
- ja apdrošinātajam par apsaldējumu izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība ir vienāda vai lielāka par apdrošināšanas polisē minēto apdrošinājuma summu nāves vai sakropļojuma/invaliditātes gadījumā, tad nekāda izmaksa par nāves vai sakropļojuma/invaliditātes gadījumu netiek veikta.

14.11. Kritiskās (krīzes) saslimšanas

14.11.1. Apdrošināšanas perioda laikā tiek izmaksāta tikai 1 (vienu) apdrošināšanas atlīdzība. Pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas apdrošināšanas segums attiecībā uz kritiskās (krīzes) saslimšanas risku apdrošinātajam tiek pārtraukts.

14.11.2. Iestājoties jebkuram vienam no kritiskās (krīzes) saslimšanas gadījumiem, apdrošinātajam, apdrošinājumaņēmējam vai apdrošinātā pilnvarotajai personai nekavējoties jāpaziņo par gadījumu apdrošinātajam, kā arī nekavējoties jāpaziņo par jebkuru saslimšanu, kas notikusi apdrošināšanas periodā un kas pēc ārstu sākotnējās diagnozes varētu apstiprināties vēlāk medicīniskās izmeklēšanas gaitā kā kritiskās (krīzes) saslimšanas gadījums, ko apstiprina pozitīva galīgā diagnoze. Apdrošinātais reģistrē apdrošināšanas gadījumu ar datumu, kas iekļaujas apdrošināšanas polisē periodā un kas norādīts ārsta izziņā kā pozitīvas diagnozes noteikšanas datums vai saslimšanas datums ar sākotnēji norādītu diagnozi, kas vēlāk apstiprinās kā galīgā pozitīvā diagnoze.

14.11.3. Ja sākotnēji noteiktā diagnoze, ko apdrošinātais reģistrējis apdrošināšanas polisē perioda laikā kā apdrošināšanas gadījumu, apstiprinās medicīniskās izmeklēšanas gaitā, un galīgā pozitīvā diagnoze tiek saņemta pēc apdrošināšanas perioda beigām, apdrošinātais izmaksā apdrošināšanas polisē minēto apdrošināšanas atlīdzību, taču ar nosacījumu, ka tiek ievērots izdzīvošanas periods.

14.11.4. Apdrošināšanas gadījumi ir saslimšana ar sekojošām slimībām:

Vēzis (cancer)

Vēzis ir slimība, kura izpaužas kā ļaundabīgs audzējs, kuru raksturo ļaundabīgu šūnu nekontrolēta augšana un invāzija audos. Termins "vēzis" ietver arī leikēmiju un limfātiskās sistēmas ļaundabīgas slimības, tādu kā Hodžkina slimība (hroniska ļaundabīga limfogrānulomatoze).

Apdrošināšanas gadījums nav:

- jebkura CIN stadija (cervikāla intraepiteliāla neoplāzija jeb jaunveidojums);
- jebkurš pirmsvēža stāvoklis;
- jebkāds neinvazīvs vēzis *in-situ*;
- prostatas vēža 1. stadija (T1a, 1b, 1c);
- bazālo šūnu karcinoma un plakano šūnu karcinoma;
- ļaundabīga melanoma IA stadijā (T1a N0 M0),
- jebkāds ļaundabīgs audzējs jebkura imūndeficīta sindroma stāvoklī.

Diagnozei jābūt speciālista apstiprinātai, un diagnoze jāpamato ar noteiktu histoloģisko analīzi.

Sirdslēkme (miokarda infarkts) (infarctus)

Sirdslēkme ir sirds muskuļa daļas bojā eja, kas notiek, ja attiecīgā muskuļa daļa netiek pietiekami apgādāta ar asinīm. Diagnozei jābūt ārsta-speciālista apstiprinātai un pierādītai pēc **visiem** sekojošiem kritērijiem:

- anamnēzē tipiskas sāpes krūtīs,
- jaunām izmaiņām elektrokardiogrammā, kuras raksturīgas infarktā,
- infarktā specifisku fermentu, troponīnu vai citu bioķīmisko marķieru paaugstināšanās.

Apdrošināšanas gadījums nav:

- miokarda infarkts bez ST-segmenta paaugstināšanas (NSTEMI) tikai ar troponīna I vai T palielināšanos;

- citi akūti koronāri sindromi (piemēram, stabila/nestabila stenokardija);
- “mēmais” miokarda infarkts.

Trieka (insults) (*insultus*)

Trieka ir jebkurš pēkšņs cerebrovaskulārs gadījums, kurš izraisa neiroloģiskas sekas, ieskaitot smadzeņu audu infarktu, asiņošanu un embolizāciju no ekstrakraniāla avota, kas ilgst vairāk nekā 24 (divdesmit četras) stundas. Diagnozei jābūt speciālista apstiprinātai un pierādītai ar tipiskiem klīniskiem simptomiem, kā arī ar tipiskiem pierādījumiem smadzeņu datortomogrāfijas skenēšanā vai magnētiskajā kodolrezonansē. Jābūt pierādījumiem par neiroloģisku deficītu vismaz 3 (trīs) mēnešu garumā.

Apdrošināšanas gadījums nav:

- pārejošas išēmiskas lēkmes (TIA);
- smadzeņu traumatisks bojājums;
- neiroloģiski simptomi migrēnas dēļ;
- lakunārs insults bez neiroloģiska deficīta.

Paralīze (*paralysis*)

Paralīze nozīmē pilnīgu, neatgriezenisku nespēju lietot divas vai vairākas ekstremitātes (rokas vai kājas), kas radusies nelaimes gadījuma vai mugurkaula slimības rezultātā. Šādiem stāvokļiem jābūt speciālista dokumentētiem vismaz 3 (trīs) mēnešu garumā.

Apdrošināšanas gadījums nav:

- paralīze Gilēna-Barē (*Guillain-Barre*) sindroma gadījumā.

Nieru mazspēja (nieru slimības beigu stadija) (*insufficiencia renalis*)

Nieru mazspēja ir nieru slimības beigu stadija, kura izpaužas kā hroniska, neatgriezeniska abu nieru nespēja funkcionēt, kuras rezultātā tiek veikta vai nu regulāra nieru dialīze (hemodialīze vai peritoneālā dialīze) vai arī tiek veikta nieru transplantācija. Diagnozei jābūt speciālista apstiprinātai.

Izkliedētā skleroze (*sclerosis disseminata, sclerosis multiplex*)

Izkliedētā skleroze ir progresējoša centrālās nervu sistēmas slimība, kura iznīcina nervu šķiedru mielīnu galvas un muguras smadzenēs. Izkliedētās sklerozes nepārprotama diagnoze jāaplicina speciālistam – neirologam.

Slimībai jābūt pierādītai ar tipiskiem demielinizācijas, motorās un sensorās funkcijas traucējumu simptomiem, kā arī ar tipiskiem magnētiskās rezonanses rādītājiem. Lai diagnoze apstiprinātos, apdrošinātajam vai nu jākonstatē neiroloģiska patoloģija, kas pastāvējusi nepārtraukti vismaz 6 (sešus) mēnešus vai ir jābūt vismaz 2 (divām) klīniski dokumentētām epizodēm ar vismaz viena mēneša intervālu, vai arī jābūt vismaz vienai klīniski dokumentētai epizodei kopā ar raksturīgām pazīmēm muguras smadzeņu šķidruma izmeklējumos, kā arī tipiskiem smadzeņu bojājumiem magnētiskās rezonanses izmeklējumos.

15. DOKUMENTI, KAS NEPIECIEŠAMI APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSAI

15.1. Lai izvērtētu un konstatētu, vai apdrošinātā riska iestāšanās gadījums ir apdrošināšanas gadījums, atlīdzības saņēmējam jāiesniedz:

visos gadījumos:

- apdrošinātā, apdrošinātā pārstāvja, mantinieka, labuma guvēja vai apdrošinājumaņēmēja rakstisks iesniegums par apdrošinātā riska iestāšanos;
- apdrošināšanas polise vai tās kopija;
- pases vai cita personību apliecināšana dokumenta kopija, uzrādot oriģinālu;

jāiesniedz arī:

- policijas izziņa, ja noticis ceļu satiksmes negadījums, kurā cietis apdrošinātais;

- akts par nelaimes gadījumu darbā kopija un darba devēja izziņa par apdrošinātā darba līgumattiecībām ar apdrošinājumaņēmēju (darba laikā darba vietā notikušu traumu gadījumā);
- Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu Valsts komisijas slēdziens, kas apstiprina invaliditātes grupas piešķiršanu;
- Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu Valsts komisijas slēdziens, kas apstiprina, ka sakropļojums tiek atzīts kā neatgriezenisks un paliekošs,
- medicīnas izziņa, kurā norādīts traumas vai kaulu lūzuma veids un precīza diagnoze, kā arī rentgena uzņēmums;
- izziņa par uzturēšanos stacionārā, kurā norādīta precīza diagnoze un stacionēšanas ilgums;
- Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā izsniegta, un darba vietā apstiprināta, darba nespējas lapas kopija un medicīnas izziņa, kurā norādīts ievainojuma veids un precīza diagnoze (darba nespējas gadījumā);
- ja pārejoša darba nespēja turpinās ilgāk nekā 10 dienas, tad, pēc apdrošinātāja pieprasījuma – Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras izziņa par slimības pabalsta piešķiršanu;
- medicīnas izziņa, kur norādīts traumas vai kaulu lūzuma veids, precīza diagnoze, ieteicamā ārstēšanās, un apmaksātie čeki vai stingrās uzskaites kvītis, kur norādīts apdrošinātā vārds, uzvārds, personas kods, saņemtā pakalpojuma nosaukums, kā arī zāļu receptes kopija (ārstēšanās izdevumu gadījumā);
- apdrošinātā miršanas apliecības kopiju, uzrādot oriģinālu;
- zvērināta notāra vai tiesas lēmums par mantojuma tiesību sadali;
- ārstējošā ārsta, Valsts apdegumu centra vai stacionāra izsniegta izziņa, kurā norādīta ķermeņa apdeguma vai apsaldējuma pakāpe;
- dokumenti, kas apstiprina un pierāda apdrošinātā dzīvīgo pozitīvo diagnozi, visi dokumenti, kas apstiprina galīgo, pozitīvo diagnozi saslīmšanai ar kādu no kritiskajām (krīzes) saslīmšanām, kā arī apdrošinātā slimības vēstures noraksts un rakstisks slēdziens, kuru izsniegusi ārstu ekspertīzes komisija, kurā norādīta precīza diagnoze un galīgās diagnozes noteikšanas datums;
- darba devēja izziņu par algotā darbā gūtajiem apdrošinātā vidējiem ienākumiem pēdējo 12 (divpadsmit) mēnešu laikā (kompensācija par pārejošu darba nespēju);
- darba devēja apstiprinājumu par apdrošinātā neierašanos darbā pārejošas darba nespējas periodā.

15.2. Pirms apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas apdrošinātais var pieprasīt:

- apskatīt cietušo personu, kuras trauma vai sakropļojums ir pamats apdrošināšanas atlīdzības izmaksai;
- atkārtotu ārstu ekspertīzes komisija slēdzienu;
- medicīnas izziņu par alkohola līmeni asinīs nelaimes gadījuma iestāšanās brīdī;
- mirušā sekciju, apmaksājot tās veikšanas izdevumus;
- ārsta slēdziena un citu dokumentu spēkā esamības pārbaudi, un, ja tas būtu nepieciešams apdrošināšanas gadījuma pilnīgai izvērtēšanai, tad iztaujāt trešās puses, kurām varētu būt informācija par apdrošinātā veselības stāvokli pozitīvās diagnozes apstiprināšanas laikā vai pirms tā (kritiskas (krīzes) saslīmšanas gadījumā).

15.3. Ja nelaimes gadījumā iegūto traumu sekas saasina jebkāds apstāklis vai apdrošinātās personas darba nespēja, veselības stāvoklis vai fizisks defekts, kas bija apdrošinātajam pastāvējis pirms apdrošināšanas periodā notikušā nelaimes gadījuma, neatkarīgi no tā, vai šāds iepriekšējais stāvoklis bijis vai nav bijis iepriekš diagnosticēts, tad izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības lielums ir summa, kas būtu izmaksājama, ja šīs sekas nebūtu saasinājušās.