

Ārzemnieku veselības apdrošināšanas noteikumi Nr. CA/VA11

Spēkā no 2011. gada 1. marta

1. TERMINI

- 1.1. **Apdrošinātājs** – AAS “Seesam Latvia”.
- 1.2. **Apdrošinājumaņēmējs** – fiziska persona, kura noslēdz apdrošināšanas līgumu savā vai citas fiziskas personas labā, vai juridiska persona, kura noslēdz veselības apdrošināšanas līgumu savu darbinieku labā.
- 1.3. **Apdrošinātais** – fiziska persona, kurai ir apdrošināmā interese un kuras labā starp apdrošinātāju un apdrošinājumaņēmēju ir noslēgts apdrošināšanas līgums, apdrošināšanas līguma saistības un pienākumi attiecas gan uz apdrošināto, gan uz apdrošinājumaņēmēju.
- 1.4. **Apdrošināšanas periods** – apdrošināšanas polisē norādītais apdrošināšanas līguma darbības laiks.
- 1.5. **Apdrošināšanas darbības teritorija** – apdrošināšanas līgums ir spēkā Latvijas Republikā 24 stundas diennaktī.
- 1.6. **Apdrošināšanas līgums** – apdrošinātāja un apdrošinājumaņēmēja vienošanās, saskaņā ar kuru apdrošinājumaņēmējs uzņemas saistības maksāt apdrošināšanas prēmiju līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt citas līgumā noteiktās saistības, un apdrošinātājs uzņemas saistības, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt apdrošinātai personai apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši apdrošināšanas līgumam.
- 1.7. **Apdrošināšanas polise** – dokuments, kas apliecina apdrošināšanas līguma noslēgšanu, ietver apdrošināšanas līguma noteikumus, apdrošināšanas programmu, kā arī visus šā līguma grozījumus un papildinājumus, par kuriem apdrošinātājs un apdrošinājumaņēmējs vienojušies apdrošināšanas līguma darbības laikā, un tiek uzskatīts par līguma neatņemamu sastāvdaļu.
- 1.8. **Apdrošinātais risks** – no apdrošinātā gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē.
- 1.9. **Apdrošinājuma summa** – apdrošināšanas līgumā noteiktā naudas summa, kas iestājoties apdrošināšanas gadījumam, apdrošināšanas perioda laikā, tiek izmaksāta atbilstoši apdrošināšanas programmai.
- 1.10. **Apdrošināšanas prēmija** – apdrošināšanas polisē noteiktais maksājums par apdrošināšanu.
- 1.11. **Distances saziņas līdzeklis** – elektronisks saziņas līdzeklis, ar kura palīdzību ir iespējams noslēgt apdrošināšanas līgumu, pusēm neatrodoties klātienē.
- 1.12. **Apdrošināšanas gadījums** – ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts pēkšņs un iepriekš neparedzams, no apdrošinātā gribas neatkarīgs notikums, kas ārēju apstākļu iedarbības rezultātā radies apdrošinātajam viņa ceļojuma laikā un kuram iestājoties, paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa saskaņā ar apdrošināšanas līguma noteikumiem.
- 1.13. **Apdrošināšanas atlīdzība** – apdrošinājuma summa, tās daļa vai cita par apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā summa vai nodrošināmie pakalpojumi atbilstoši apdrošināšanas līgumam.
- 1.14. **Apdrošināšanas atlīdzības saņēmējs** – persona, kurai ir tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību, tās daļu vai nodrošināmo pakalpojumu saskaņā ar apdrošināšanas līguma noteikumiem.
- 1.15. **Nelaiemes gadījums** – gadījums, kas apdrošināšanas periodā pēkšņi, neparedzēti, ārēju apstākļu iedarbības rezultātā ir radies apdrošinātajam un kā sekas ir apdrošinātā ķermeņa fizisks ievainojums vai apdrošinātā nāve.
- 1.16. **Pēkšņa saslimšana** – iepriekš neizpaudusies, neparedzama, negaidīta un strauja veselības stāvokļa pasliktināšanās ceļojuma laikā, kam par iemeslu bijusi kāda ārēja faktora iedarbība un kas nav turpinājums vai sekas tam veselības stāvoklim, kāds bijis pirms ceļojuma uzsākšanas un/vai uzsākot ceļojumu ārpus mītnes zemes.
- 1.17. **Hroniska slimība** – pēkšņai saslimšanai pretējs veselības stāvoklis – iekšīgi un ilgākā laika periodā veidošos fizioloģisko procesu un organisma funkciju darbības pakāpeniska pasliktināšanās, ko raksturo biežākas vai retākas veselības stāvokļa krasas izmaiņas (slimības saasinājumi), neatkarīgi no tā, vai šāds veselības stāvoklis ir vai nav bijis diagnosticēts pirms apdrošinātā ceļojuma uzsākšanas. Šo apdrošināšanas noteikumu kontekstā infarkts, sirds išēmiskā slimība, stenokardija, asinsvadu aneirisms jebkurā izpausmē, ateroskleroze, insults, spondilozē, osteohondroze, radikulīts, nieru mazspēja, cukura diabēts, aknu ciroze, izkaisītā skleroze, astma, tuberkuloze, HIV/AIDS, vēzis, 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.

1.18. **Hroniskas slimības saasinājums** – pirms ceļojuma uzsākšanas neizpaudusies hroniskas slimības raksturīgo simptomu pēkšņa parādīšanās, kā rezultātā apdrošinātajam steidzami nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība.

1.19. **Neatliekamā medicīniskā palīdzība** – medicīnas pakalpojumi, kurus nepieciešams steidzami sniegt apdrošinātajam viņa veselības stāvokļa akūtas pasliktināšanās dēļ sakarā ar pēkšņu saslimšanu vai nelaiemes gadījumu, lai novērstu apdrošinātā veselības stāvokļa tālāku krasu pasliktināšanos un/vai draudus apdrošinātā dzīvībai.

1.20. **Neatliekamā operācija** – operācija, kas jāveic ne vēlāk kā 24 stundu laikā pēkšņas saslimšanas vai nelaiemes negadījumu rezultātā.

1.21. **Repatriācija** – apdrošinātā ārkārtas transportēšana uz mītnes zemi, kas nepieciešama sakarā ar ceļojuma laikā notikušo apdrošinātā pēkšņo saslimšanu, nelaiemes gadījumu, neparedzēto hospitalizēšanu vai viņa nāves gadījumu. Repatriācija tiek veikta līdz apdrošinātā mītnes zemes lidošai, ja transportēšana bijusi veikta ar lidmašīnu, vai līdz apdrošinātā mītnes zemes valsts robežai, ja transportēšanai ticis izmantots cits transportēšanas veids.

1.22. **Mītnes zeme** – valsts, kuras pilsonis (pavalstnieks) ir apdrošinātais, un/vai valsts, kas izsniegusi apdrošinātajam uzturēšanās atļauju.

1.23. **Hospitalizācija** – apdrošinātā ievietošana slimnīcā, ja notikusi pēkšņa, dzīvībai bīstama saslimšana vai nelaiemes gadījums, nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība klīniskai izmeklēšanai vai operācijas veikšanai.

1.24. **Pandēmija** – kādas infekcijas slimības masveida izplatīšanās plašā teritorijā, aptverot vairākas valstis, kontinentus vai visu pasauli.

1.25. **Palīdzības dienests** – dienests, kurš specializējies palīdzības pakalpojumu sniegšanā ceļotājiem, kuriem nepieciešama medicīniskā palīdzība, transportēšanas un repatriācijas vai citi pakalpojumi un ar to saistīto rēķinu apmaksā, un ar kuru apdrošinātājs ir vienojies par mīnēto pakalpojumu sniegšanu apdrošinātajiem.

1.26. **Globāla dabas katastrofa** – no cilvēka gribas un darbības neatkarīga dabas stihija, kura rodas pēkšņi, nodara plašus postījumus dabai un apbūvēm, rada lielus finansiālus zaudējumus, traucē visa veida sportu satiksmi, un kuras laikā var ciest cilvēku dzīvības, veselība vai fiziskais stāvoklis.

1.27. **Pašrisks** – apdrošināšanas polisē norādīta zaudējuma daļa, kas izteikta naudas summā vai procentos, un kuru, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, sedz apdrošinājumaņēmējs vai apdrošinātā persona. Apdrošinātājs apdrošinātajam izraksta pašrisku rēķinu vai pašrisku summu ietur no izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības.

1.28. **Uzturēšanās atļauja** – dokuments, kas ārzemniekiem dod tiesības uzturēties Latvijas Republikā uz noteiktu laiku, kurā spēkā ir Apdrošināšanas līgums.

1.29. **Viesstrādnieks** – persona, kas ir saņēmusi kompetentas institūcijas atļauju uzturēties noteiktu laiku Latvijas Republikas teritorijā un strādāt algotu darbu.

1.30. **Ārzemnieks** – persona, kas saņēmusi uzturēšanās atļauju, lai dotos tūrisma, atpūtas braucienā, strādāt, darba komandējumā, sportot vai apciemot kādu personu Latvijas Republikā.

1.31. **Radnieki** – apdrošinātā laulātais, vecāki un bērni, audžu bērni, adoptētie bērni, brālis, māsa, audžu vecāki.

1.32. **Ārstniecības iestāde** – Latvijas Republikas Uzņēmumu Reģistra Komercreģistrā reģistrēta un/vai LR veselības aprūpes iestāžu, uzņēmumu, prakšu un sertifikācijas reģistrā reģistrēta ārstniecības iestāde vai ārsta prakse, kas veic ārstnieciski profilaktisko, ārstniecisko vai rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu.

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. Apdrošinātājs 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 viegla neuzmanības rezultātā.

2.3. Apdrošinājumaņēmējs un/vai apdrošinātā pienākums ir paziņot par citiem spēkā esošiem apdrošināšanas līgumiem, kas attiecas uz apdrošināto.

3. IZMAIŅAS SĀKOTNĒJĀ INFORMĀCIJĀ

Apdrošinājumaņēmējam un/vai apdrošinātājam ir pienākums nekavējoties, tiklīdz tas ir iespējams, rakstiski paziņot apdrošinātājam 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.

4. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA NOSLĒGŠANAS UN SPĒKĀ STĀŠANĀS KĀRTĪBA

4.1. Apdrošināšanas līgums tiek noslēgts, pamatojoties uz informāciju, ko apdrošinājumaņēmējs un/vai apdrošinātais pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas sniedzis apdrošinātājam.

4.2. Apdrošināšanas prēmijas maksājums veicams vienā maksājumā par visu apdrošināšanas periodu.

4.3. Apdrošināšanas prēmijas samaksa pēc apdrošināšanas polisē norādītā apmaksas termiņa neuzliek apdrošinātājam pienākumu uzņemties jebkādas saistības.

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

4.5. Apdrošināšanas līgums tiek uzskatīts par noslēgtu un stājas spēkā apdrošināšanas polisē norādītajā datumā, ja apdrošinātais vai apdrošinātāja pilnvarots pārstāvis ir saņēmis apdrošināšanas prēmiju. Ja apdrošināšanas prēmijas maksājums tiek veikts ar bankas pārskaitījumu, par apmaksas dienu uzskatāma diena, kad attiecīgā summa ir ieskaitīta apdrošinātāja vai apdrošinātāja pilnvarotā pārstāvja kontā.

4.6. Ja pretēji apdrošināšanas polisē norādītajam, apdrošināšanas prēmija netiek samaksāta noteiktajā termiņā un apmērā, tad tiek uzskatīts, ka apdrošināšanas līgums nav stājis spēkā no tā noslēgšanas dienas. Atsevišķs paziņojums par to, ka apdrošināšanas līgums nav stājis spēkā, apdrošinājumaņēmējam nosūtīts netiek.

5. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA IZBEIGŠANA

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

5.2. 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.

5.3. Apdrošinājumaņēmējs, ja apdrošināšanas līguma darbība tiek izbeigta sedz ar apdrošināšanas līguma noslēgšanu un pārtraukšanu saistītos izdevumus, bet ne vairāk kā 25 % apmērā no apdrošināšanas prēmijas.

5.4. Apdrošinātājam 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 NĒMĒJA UN/VAI APDROŠINĀTĀS PERSONAS PIENĀKUMI UN TIESĪBAS

6.1. Apdrošinājumaņēmēja pienākumi un tiesības.

6.1.1. Izpildīt apdrošināšanas līguma nosacījumus.

6.1.2. Informēt apdrošināto par to, ka viņš(-a) tiek apdrošināts, un iepazīstināt ar apdrošināšanas programmu, apdrošināšanas nosacījumiem un noteikumiem.

6.1.3. Izskaidrot apdrošinātā tiesības un pienākumus.

6.2. Apdrošinātā pienākumi un tiesības.

6.2.1. Pārliicināties, vai ārstniecības iestāde, kura tiks apmeklēta, ir reģistrēta LR veselības aprūpes iestāžu, uzņēmumu, prakšu un sertifikācijas reģistrā.

6.2.2. Iepazīties, ievērot un izpildīt visas apdrošināšanas līguma noteikumu prasības, kuras ir izvirzījis apdrošinātājs, kā arī ievērot un izpildīt papildu prasības, kuras apdrošinātājs rakstiski izvirzījis atbilstošiem līguma nosacījumiem.

6.2.3. Rūpēties par sava veselības stāvokļa saglabāšanu.

6.2.4. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, ievērot ārstējošā ārsta norādījumus.

7. APDROŠINĀTĀJA PIENĀKUMI UN TIESĪBAS

7.1. Apdrošinātāja pienākumi.

7.1.1. Saskaņā ar noslēgto apdrošināšanas līgumu, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, veikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu.

7.1.2. Apdrošināšanas līguma noslēgšanas gadījumā, izsniegt apdrošinājumaņēmējam apdrošināšanas polisi.

7.2. Apdrošinātāja tiesības.

7.2.1. Pārliicināties par apdrošinātās personas iesniegto ziņu patiesumu, apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas pamatotību.

Iepazīties ar apdrošinātās personas medicīnisko dokumentāciju, kas atrodas ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu rīcībā.

7.2.2. Apstrādāt apdrošinājumaņēmēja un apdrošinātās personas datus, tai skaitā sensitīvos datus. Datu apstrāde tiek veikta saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu. Apdrošinātājs nodrošina apdrošinātās personas drošu datu glabāšanu.

8. APDROŠINĀJUMA NĒMĒJA UN/VAI APDROŠINĀTĀ PIENĀKUMI PĒC APDROŠINĀTĀ RISKĀ IESTĀŠANĀS

8.1. Par apdrošinātā riska iestāšanos apdrošinājumaņēmējs, apdrošinātais, apdrošinātā pārstāvis vai radnieki nekavējoties, tiklīdz tas iespējams, paziņo apdrošinātājam un veic visu iespējamo, lai samazinātu zaudējumu apmēru.

8.2. Apdrošinājumaņēmēja un/vai apdrošinātā pienākums ir nodrošināt apdrošinātāja prasību konstatēt un novērtēt zaudējumu apjomu un to rašanās apstākļus, kā arī apdrošinātāja piekļūšanu cietušajam.

8.3. Apdrošinājumaņēmējs un/vai apdrošinātais iesniedz apdrošinātājam visus dokumentus, kas raksturo apdrošinātā riska iestāšanos un tā izraisītos zaudējumus, kā arī iesniedz jebkādu citu informāciju un/vai dokumentāciju, kuru pieprasa apdrošinātājs. Iesniegtajiem dokumentiem jābūt valsts valodā vai tulkojami valsts valodā. Apdrošinātājs, pēc saviem ieskatiem, var pieņemt dokumentus arī angļu un krievu valodās.

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 apdrošinājumaņēmēju un/vai apdrošināto.

9. APDROŠINĀJUMA NĒMĒJA UN/VAI APDROŠINĀTĀ PIENĀKUMI NEPILDĪŠANAS SEKAS

9.1. Ja apdrošinājumaņēmēja 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 vieglas neuzmanības rezultātā. Iemaksāto apdrošināšanas prēmiju apdrošinātājs neatmaksā.

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

9.3. Apdrošinātājs apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā, ja apdrošinātā riska iestāšanos ir izraisījis apdrošinājumaņēmēja, apdrošinātā, vai radnieka ļauns nolūks vai rupja neuzmanība. Iemaksāto apdrošināšanas prēmiju apdrošinātājs neatmaksā.

9.4. Apdrošinātājs apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā, ja apdrošināšanas periods nesakrīt ar izsniegtajā uzturēšanās atļaujā norādīto periodu.

10. APDROŠINĀTĀ UN/VAI PILNVAROTĀ PĀRSTĀVJA PIENĀKUMI PĒC APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMA IESTĀŠANĀS

10.1. Pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, ja apdrošinātais un/vai pilnvarotais pārstāvis norēķinājies par pakalpojumiem ar personiskajiem līdzekļiem, tad nekavējoties tiklīdz tas ir iespējams, bet ne vēlāk kā **10 (desmit)** dienu laikā no brīža, kad veikta apmaksā par ārstniecības pakalpojumiem, apdroši-

nātais un/vai pilnvarotais pārstāvis iesniedz apdrošinātājam pieteikumu apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai un dokumentus, kas minēti 10.3. punktā.

10.2. Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās pierādīšanas pienākums gulstas uz apdrošināto.

10.3. Apdrošinātājam apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai ir jāiesniedz sekojoši dokumenti:

10.3.1. Pieteikums apdrošināšanas atlīdzības izmaksai – apdrošinātā vai apdrošinājumaņēmēja rakstisks iesniegums par apdrošinātā riska iestāšanos.

10.3.2. Rēķina, EKA čeka un/vai stingrās uzskaites kvīts oriģināls par saņemtajiem medicīniskajiem pakalpojumiem, kurā ir jābūt norādītam:

10.3.2.1. pakalpojuma sniedzēja nosaukums, reģistrācijas Nr., juridiskā adrese;

10.3.2.2. pakalpojuma saņēmēja – apdrošinātās personas vārds, uzvārds, personas kods;

10.3.2.3. pakalpojuma saņemšanas datums;

10.3.2.4. saņemtā pakalpojuma nosaukums (detalizēts atšifrējums) un skaits;

10.3.2.5. saņemtā pakalpojuma cena;

10.3.3. personību apliecinošs dokuments (pase, ID karte);

10.3.4. pensionāra apliecība, ja iegūts pensionāra statuss;

10.3.5. transporta apmaksas gadījumā – radniecību apliecinošs dokuments;

10.3.6. transportēšanas gadījumā – čeki, rēķini par transportēšanu;

10.3.7. nāves gadījumā – miršanas apliecības kopija un zvērināta notāra apstiprināts izraksts vai tiesas lēmums par mantojuma sadalījumu;

10.3.8. Izraksts (oriģināls) no ambulatorās un/vai zobārstniecības, un/vai stacionārās slimnīca medicīniskās kartes, kas apstiprina saņemtos pakalpojumus, kur norādīta pilna un precīza diagnoze, lietotā ārstēšana, un izmeklējumi, kas apstiprina norādīto diagnozi.

10.3.9. Ja apdrošināšanas atlīdzību saņem pilnvarota persona, tad ir jāiesniedz notariāli apstiprināta pilnvara.

10.3.10. Cita dokumentācija, kuru pieprasa apdrošinātājs kā papildinformāciju, lai izvērtētu veselības apdrošināšanas atlīdzību un apdrošināšanas gadījuma iestāšanos

11. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSAS KĀRTĪBA

11.1. Apdrošinājumaņēmējs, apdrošinātais vai apdrošinātā pārstāvis iesniedz apdrošinātājam rakstisku iesniegumu par apdrošinātā riska iestāšanos.

11.2. Apdrošinātājs 1 (vienu) mēneša laikā izvērtē no apdrošinājumaņēmēja un/vai apdrošinātā saņemto iesniegumu un citus dokumentus, lai konstatētu, vai apdrošinātā riska iestāšanās gadījums ir apdrošināšanas gadījums:

11.2.1. 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.

11.2.2. 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 pieprasīt papildu dokumentus apdrošināšanas gadījuma apstākļu noskaidrošanai;
- apdrošinātājam ir tiesības vienpersoniski izlemt un pieaicināt ekspertu apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanai; eksperta slēdziens būs saistošs gan apdrošinājumaņēmējam, gan apdrošinātājam; ekspertīzes izdevumus sedz apdrošinātājs;
- 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, ja puses ir vienojušās par šāda protokola sastādīšanu;

11.2.3. ja apdrošināšanas gadījums netiek konstatēts:

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

11.3. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta pēc kompensācijas principa.

11.4. Apdrošinātājs atlīdzības saņēmējam kompensē tikai tos zaudējumus, kuri ir radušies saistībā ar apdrošināšanas gadījumu un ir pierādīti ar attiecīgiem dokumentiem.

11.5. Apdrošinājumaņēmēja un/vai apdrošinātā 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.

11.6. Ja apdrošinātājam vienlaicīgi ir spēkā divas vai vairākas apdrošinātāja izsniegtas ceļojumu apdrošināšanas polises, kurās viens vai vairāki no šajās apdrošināšanas polisēs norādītiem apdrošinātiem riskiem dublējas, tad apdrošināšanas atlīdzība vienmēr tiek izmaksāta tikai par vienu apdrošināšanas polisi – par to, kurā minētas lielākās apdrošinājuma summas par attiecīgo risku.

12. KOMPENSĀCIJAS PRINCIPS

12.1. Piemērojot kompensācijas principu, gan izmaksājamā, gan izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt apdrošināšanas gadījumā radītos zaudējumus un nevar pārsniegt apdrošināšanas polisē attiecīgajam riskam norādīto atlīdzības limitu.

12.2. Kompensēti tiek tikai pierādītie zaudējumi.

12.3. Netiek kompensēti zaudējumi, kas radušies pirms apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās datuma.

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

13. DOMSTARPĪBU ATRISINĀŠANAS KĀRTĪBA

13.1. Jebkuras domstarpības tiks risinātas pārrunu ceļā.

13.2. 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".

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

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

14. VISPĀRĪGIE IZŅĒMUMI

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

14.2. Vispārīgie izņēmumi ir:

14.2.1. 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;

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

14.2.3. globālas dabas katastrofas un dabas stihijas; šis izņēmums nav spēkā, ja pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas apdrošinājumaņēmējs ir vienojies ar apdrošinātāju par tā iekļaušanu apdrošināšanas segumā;

14.2.4. streiki, par kuriem pirms ceļojuma uzsākšanas datuma ir bijusi informācija masu saziņas līdzekļos;

14.2.5. pandēmija.

15. VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS SEVIŠĶIE IZŅĒMUMI

15.1. Veselības apdrošināšana nesedz medicīnas, transportēšanas un/vai repatriācijas izdevumus par pēkšņu saslimšanu, nāves iestāšanos, fizisku ievainojumu pašam apdrošinātājam, ja to cēlonis ir:

15.1.1. tieši vai netieši saistīts ar imūndeficīta vīrusu vai kādu tam radniecīgu slimību, ieskaitot AIDS;

15.1.2. izstarojuma iedarbības rezultātā (radioaktīva, elektromagnētiskā, gaismas);

15.1.3. radioaktīva saindēšanās, saindēšanās ar bioloģiskām un/vai ķīmiskām vielām, kas nav paredzētas izmantošanai mierlaika vajadzībām;

15.1.4. piedalīšanās medikamentu klīniskajā izpētē;

15.1.5. seksuāli transmisīvās slimības un jebkādas citas saslimšanas, kas saistītas ar minētām.

15.2. Veselības apdrošināšana nesedz tieši vai netieši radušos izdevumus:

15.2.1. par hronisku slimību un to saasināšanās ārstēšanu (saskaņā ar punkta 1.17. skaidrojumu);

15.2.2. par tādas saslimšanas ārstēšanu, kuras simptomi bija redzami pirms apdrošinātā ierašanās Latvijas Republikas teritorijā;

15.2.3. par saslimšanu ar infekcijas slimībām, pret kurām, uzturoties noteiktā reģionā, epidemiologi iesaka veikt profilaktisko vakcināciju, taču šis izņēmums nav spēkā, ja apdrošinātais pirms ierašanās Latvijas Republikas teritorijā, vakcinācijas plānā paredzētajā laikā, ir veicis pilnu vakcinācijas kursu;

15.2.4. par diagnosticēšanu, kas nav saistīts ar apdrošināšanas gadījumu;

15.2.5. par plastisko ķirurģiju un kosmētisko ārstēšanu;

15.2.6. par medicīnas izdevumiem, kas saistīti ar grūtniecību, tās pārtraukšanu, dzemdībām un pēcdzemdību palīdzību;

15.2.7. par medicīnisko pakalpojumu sniegšanu sākot ar 22. stacionēšanas (uzturēšanas slimnīcā) dienu;

15.2.8. par jebkādu nervu un garīgo slimību ārstēšanu neatkarīgi no to klasifikācijas, kā arī par garīgas depresijas un vājpūta, psihiskas reakcijas un apziņas traucējumu ārstēšanu neatkarīgi no iemesla, kas tos izraisījis;

15.2.9. par Latvijas Republikas normatīvajos aktos norādītajām netradicionālām ārstēšanas metodēm;

15.2.10. par sirds un asinsvadu operācijām, par audu un orgānu transplantāciju, par protezēšanu;

15.2.11. par operācijām, kuras nav neatliekamās;

15.2.12. ja apdrošinātā pēkšņa saslimšana, nelaimes gadījums vai jebkura cita apdrošināšanas polisē minētā apdrošinātā riska gadījums noticis alkohola reibumā (konstatējot cēlonisko sakaru starp alkohola reibumu un iegūtajiem ievainojumiem), kas vienāds vai pārsniedz noteikto normu, ar kādu ir atļauts vadīt transporta līdzekli attiecīgajā ārvalstī;

15.2.13. ja apdrošinātā pēkšņa saslimšana, nelaimes gadījums vai jebkura cita apdrošinātā riska gadījums noticis narkotisko vielu ietekmē;

15.2.14. ja apdrošinātais ir apzināti lietojis toksiskas vielas un/vai medikamentus, kā rezultātā ir notikusi akūta, smaga saindēšanās;

15.2.15. kas radušies sakarā ar apdrošinātā pašnāvību vai tās mēģinājumu;

15.2.16. apdrošinātajam piedaloties noziedzīga nodarījuma izdarīšanā, cenšanos veikt vai veicot krimināli sodāmas darbības, esot likumīgi aizturētam vai atrodoties apcietinājumā;

15.2.17. ja zaudējumi radušies pirms vai pēc noslēgtā līguma darbības laika, vai līguma darbības laikā ārpus apdrošināšanas teritorijas;

15.2.18. ja apdrošināšanas gadījums ir noticis pirms apdrošināšanas prēmijas samaksas;

15.2.19. ja apdrošināšanas gadījums noticis, lidojot ar lidaparātu, kas nav reģistrēts kā noteiktas aviosabiedrības pasažieru pārvadāšanas līdzeklis noteiktam maršrutam, lecot ar izpletņi, kā arī lidojot ar deltaplānu, planieri u. tml.;

15.2.20. par apdrošinātā ārstēšanu un medicīniskajiem izdevumiem apdrošinātā mītnes zemē, izņemot gadījumus, ja puses, izvērtējot notikuma apstākļus, izņēmuma kārtā vienojas par to, parakstot zaudējumu neregulēšanas protokolu;

15.2.21. par apdrošinātā pastāvīgi lietojamo medicīnisko palīgīdzekļu iegādi vai remontu, piemēram, brillēm, protēzēm, dzirdes aparātiem, kruķiem, invalidu ratiņiem u. c.;

15.2.22. par apdrošināšanas gadījumiem, kas radušies apdrošinātajam ārpus mītnes zemes kā viesstrādniekam, izņemot gadījumus, kad apdrošinājumaņēmējs un apdrošinātais ir vienojušies par šī izņēmuma izslēgšanu no apdrošināšanas līguma;

15.2.23. par apdrošināšanas gadījumiem, kas radušies apdrošinātajam ārpus mītnes zemes, veicot profesionālo darbību, par kuru nav bijusi vienošanās starp apdrošinājumaņēmēju un apdrošinātāju, un šāds nosacījums nav minēts apdrošināšanas polisē;

15.2.24. par neparedzētiem medicīnas pakalpojumiem, par nāves vai sakropļojuma gadījumiem, par transportēšanu un/vai repatriāciju, ja apdrošinātais ierodas Latvijas Republikā ar nolūku nodarboties ar paaugstināta riska hobijiem, sportu un/vai sporta aktivitātēm, piedalīties sacensībās, spēlēs vai treniņos;

minētais izņēmums nav spēkā, ja

- apdrošinātais par to ir informējis apdrošinātāju un iegādājies speciālu apdrošināšanas programmu šādām aktivitātēm, vai
- apdrošināšanas periodā apdrošinātais, bez iepriekšējas plānošanas, pie-

dalās īslaicīgās, bet ne ilgāk kā vienas dienas ietvaros, paaugstināta riska aktivitātēs vietējā instruktora vai pieredzējuša grupas pavadoņa vadībā, un ko attiecīgās ārvalsts vietējās tūrisma firmas organizē valstī iebraukušajiem klientiem kā papildu izklaides pasākumus.

15.2.25. par ārstēšanas kūrortos un sanatorijās, par ambulatoru balneoloģisko ārstēšanu vai kūrortterapiju;

15.2.26. par ārstēšanu no alkoholisma, narkomānijas, toksikomānijas, smēķēšanas, seksuāli transmisīvajām slimībām u. tml.;

15.2.27. par Laima slimības ārstēšanu;

15.2.28. par ērcu encefalīta ārstēšanu, izņemot gadījumu, ja saņemts pilns vakcinācijas kurss;

15.2.29. par profilaktiskām apskatēm.

15.3. Apdrošinātais neatlīdzina apdrošinātajam radušos medicīnisko izdevumu zaudējumus par:

15.3.1. ārstnieciskajiem pakalpojumiem, kuri saņemti LR 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;

15.3.2. pakalpojumiem, kurus sniegusi ārstniecības persona, kura nav saņēmusi sertifikātu par tiesībām praktizēt noteiktā specialitātē un pielietot ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju;

15.3.3. medicīnisko tehnoloģiju valsts reģistrā neregistrētu ārstniecības meto-
di;

15.3.4. veselības veicināšanas pakalpojumiem, kuri saņemti iestādē, kura nav reģistrēta Latvijas Republikas Uzņēmumu Reģistra Komercreģistrā vai kura nesniedz pakalpojumus normatīvajos aktos noteiktā kārtībā;

15.3.5. pakalpojumiem, kurus saņemot nav ievēroti apdrošināšanas program-
mā norādītie nosacījumi;

15.3.6. izmeklēšanu, ārstēšanu vai medikamentiem, kas zinātniski nav vispār-
atzīti (tajā skaitā arī homeopātija);

15.3.7. pašārstēšanos, ārstējot pašam sevi ar zālēm, medikamentiem vai nar-
kotiskajām vielām, ja to lietošana nav paredzēta no medicīniskā viedokļa vai
ārstš tos nav izrakstījis;

15.3.8. medikamentiem, kas, saistībā ar esošu slimību bija regulāri jālieto jau
pirms apdrošināšanas aizsardzības spēkā stāšanās;

15.3.9. ārsta nozīmētām procedūrām, kas saistītas ar rehabilitāciju (piemē-
ram, fizikālā terapija, ārstnieciskā vingrošana);

15.3.10. ārstēšanās izmaksām, kas pārsniedz valsts vidējos izcenojumu tari-
fus, Apdrošinātais apmaksā ārstēšanās izmaksas tikai līdz valsts vidējo izce-
nojumu apjomam, ja apdrošinātais nav saskaņojis pakalpojuma izmaksas ar
Apdrošinātāju;

15.3.11. braukšanu kā pilotam vai pasažierim, izmantojot bezmotora lidmašī-
nu; planieri, deltaplānu, lecot ar izpletņi;

15.3.12. kuģošanu kā pasažierim ar ūdens transporta līdzekli, kurš nav reģis-
trēts kā pasažieru pārvadāšanas līdzeklis pa noteiktu maršrutu (piemēram,
jahts, ūdens motocikli u. tml.);

15.3.13. par motocikla vadīšanu, kura tilpums ir lielāks par 125cm³.

15.4. Apdrošinātais neatlīdzina apdrošinātajam radušos zobārstniecības izde-
vumu zaudējumus, kas nav saistīti ar noteikumu punktā 16.1.4. norādītajiem,
kā arī protezēšanu un zobu higiēnu.

15.5. Apdrošinātais neatlīdzina apdrošinātajam vai apdrošinājumaņēmējam
radušos zaudējumus par apdrošinātā repatriāciju, ja tā nav medicīniski pama-
tota un to nav rakstiski rekomendējis ārstējošais ārsts.

15.6. Atlīdzība par transporta izdevumiem radniekam netiek izmaksāta, ja
apdrošinātais stacionārā uzturējies mazāk kā 21 dienu;

15.7. Atlīdzība netiek izmaksāta, ja apdrošinātais atrodas aktīvajā karadienes-
tā vai mācībās jebkurā no armijas daļām vai citā militārā formējumā;

16. APDROŠINĀTIE RISKI

16.1. Medicīnas izdevumi

16.1.1. Apdrošinātais apmaksā izdevumus par:

16.1.1.1. pirmo, neatliekamo medicīnisko palīdzību, kas radušies apdrošināta-
jam apdrošināšanas līguma darbības teritorijā, kas norādīta apdrošināšanas lī-
gumā sakarā ar apdrošinātā pēkšņu akūtu saslimšanu vai nelaimes gadījumu;

16.1.1.2. ambulatori un stacionāri sniegtiem medicīniskiem pakalpojumiem,
ieskaitot akūtas

operācijas, nepārsniedzot valsts vidējo izcenojumu apmēru;

16.1.1.3. rentģenu, rādija un izotopa diagnostiku un terapiju;

16.1.1.4. ārsta izrakstītiem medikamenti un pārsienamiem līdzekļiem, izņemot medikamentus,

kuri apdrošinātajam bija jālieto regulāri jau esošu slimību ārstēšanai, un/vai, ja diagnoze tika noteikta pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas;

16.1.1.5. ārsta nozīmētām procedūrām, **tikai** ārstējoties stacionārā (inhalācijas, fizikālās un elektroprocedūras) 10 reizes apdrošināšanas periodā;

16.1.1.6. uzturēšanās (netiek apmaksātas paaugstināts serviss), ēdināšana un aprūpe stacionārā;

16.1.2. Ja uzturoties Latvijas Republikā apdrošinātais tiek steidzami hospitalizēts sakarā ar akūtu veselības stāvokļa pasliktināšanos, kas izpaudusies kā pēkšņa, iepriekš nediagnosticētas hroniskas slimības lēkme, apdrošinātais apmaksā izdevumus par sniegtajiem pirmās neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumiem lēkmes mazināšanai, bet ne vairāk kā par trim (3) stacionēšanas dienām.

16.1.3. Apdrošinātā pēkšņas saslimšanas vai nelaimes gadījumā nekavējoties jāgriežas ārstniecības iestādē vai jāizsauc ārsts, jāuzrāda medicīnas iestādes darbiniekam vai ārstam, kurš sniedz medicīnisko palīdzību, apdrošinātāja izsniegta apdrošināšanas polise kā apstiprinājums spēkā esošajai veselības apdrošināšanai.

16.1.4. Apdrošinātais atlīdzina zobārstniecības izdevumus akūtos saslimšanas vai traumas gadījumos par:

16.1.4. 1. ārsta konsultāciju;

16.1.4. 2. rentgenogrammu diagnozes precizēšanai;

16.1.4. 3. zobu kanālu atvēršanu un tīrīšanu;

16.1.4. 4. pagaidu plombas ielikšanu;

16.1.4. 5. zoba ekstrakciju akūtu sāpju un zobu traumu gadījumā.

16.1.5. Apdrošinātais apmaksā izdevumus par neatliekamo medicīnisko palīdzību apdrošinātajam Latvijas Republikas teritorijā tikai līdz brīdim, kad apdrošinātā dzīvībai vairs briesmas nedraud un/vai apdrošinātais var tālāk ārstēties ambulatori. Par ārstēšanos un tās ilgumu, par operācijām un to nepieciešamību, kā arī par apdrošinātā transportēšanu un/vai repatriāciju, ja apdrošinātā veselības stāvoklis ir smags, vienojas apdrošinātais un attiecīgās ārstniecības iestādes speciālists.

16.1.6. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa var tikt atteikta, ja apdrošinātais vienpersoniski izlēmis veikt izmeklēšanu, diagnosticēšanu, ārstēšanu vai operāciju, vai arī ja pats izlēmis par ārstēšanos paaugstināta servisa medicīnas iestādē, kā arī mainīt ārstniecības iestādi, nesaskaņojot ar apdrošinātāju.

16.2. Medicīniskais transports

Gadījumā, ja apdrošinātais cietis nelaimes gadījumā vai sakarā ar pēkšņo saslimšanu nepieciešams apdrošināto nogādāt tuvākajā medicīnas iestādē, apdrošinātāja noteiktā, lai sniegtu viņam neatliekamo medicīnisko palīdzību, apdrošinātais sedz transportēšanas izdevumus, ieskaitot dokumentāli apstiprinātus izdevumus par sauszemes ambulatoro transportu, taksometra pakalpojumiem vai privātā transporta izdevumiem, nepārsniedzot summu, kas norādīta apdrošināšanas polisē.

16.3. Apdrošinātā transportēšana uz mītnes zemi (repatriācija)

16.3.1. Ja pēc hospitalizēšanas vai ārstēšanas apdrošinātais nav spējīgs patstāvīgi atgriezties mītnes zemē vai ja sakarā ar neparedzēto ārstēšanos apdrošinātais nav varējis izbraukt uz mītnes zemi ar iepriekš paredzēto transportu, apdrošinātais sadarbībā ar vietējo ārstējošo ārstu veic visus nepieciešamos pasākumus, lai apdrošinātais varētu atgriezties mītnes zemē.

Gadījumā, ja apdrošinātais sakarā ar neparedzēto ārstēšanos, ir spiests mainīt savu atgriešanās datumu un ir pircis jaunu(-as) atgriešanās biļeti(-es), par to neinformējot apdrošinātāju, tad apdrošināšanas atlīdzība par neparedzētiem atgriešanās izdevumiem (repatriāciju) var tikt samazināta vai atteikta.

16.3.2. Ja situācijas nopietnība to prasa, apdrošinātais nodrošina piemērotu medicīniskā personāla pavadību (tikai viena medicīniskā personāla), apdrošinātajam atgriežoties mītnes zemē. Tikai apdrošinātajam sadarbībā ar vietējo ārstējošo ārstu ir tiesības pieņemt lēmumu par transporta veidu, kas būtu vispiemērotākais apdrošinātā veselības stāvoklim.

16.3.3. Ja pirms repatriācijas uzsākšanas apdrošinātai vai tā pārstāvis nav saskaņojis ar apdrošinātāju repatriācijas kārtību un izmaksas, Apdrošinātais atlīdzina izdevumus robežās, par kādu repatriāciju varēja nodrošināt Apdrošinātais.

16.4. Apdrošinātā repatriācija nāves gadījumā

16.4.1. Ja ceļojuma laikā apdrošinātais nomirst, apdrošinātais organizē apdrošinātā liķa transportēšanu līdz mītnes zemei, nepārsniedzot apdrošināšanas polisē norādīto apdrošinājuma summu attiecīgajam repatriācijas riskam.

16.4.2. Ja pirms repatriācijas uzsākšanas apdrošinātais vai tā pārstāvis nav saskaņojis ar apdrošinātāju repatriācijas kārtību un izmaksas, Apdrošinātais atlīdzina izdevumus robežās, par kādu repatriāciju varēja nodrošināt Apdrošinātais.

16.5. Apdrošinātā radnieku izdevumi

16.5.1. Ja apdrošināšanas līguma darbības teritorijā un laikā apdrošinātā veselības stāvoklis saslimšanas vai nelaimes gadījuma rezultātā atbilstoši ārsta slēdzienam ir smags un tas neļauj apdrošināto repatriēt, un nepieciešams atrasties stacionārā ilgāk kā 21 dienas, Apdrošinātais atlīdzina vienam apdrošinātā radniekam nepieciešamos transporta izdevumus, lai varētu ierasties pie stacionārā ievietotā apdrošinātā.

16.5.2. Apdrošinātais apmaksā **tikai vienam radniekam** biļetes cenu abos virzienos ekonomiskajā klasē, ja pakalpojuma saņemšana radniekam ir saskaņota ar apdrošinātāju.