

Nelaiemes gadījumu apdrošināšanas noteikumi Nr. NGA14

Apstiprināti Seesam Insurance AS Latvijas filiāles Valdes sēdē.

Spēkā no 2014. gada 1. septembra.

I DAĻA. VISPĀRĪGIE NOSACĪJUMI

1. APDROŠINĀTĀJS

Seesam Insurance AS Latvijas filiāle (turpmāk noteikumos – “Apdrošinātājs”).

2. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

Fiziska persona, kura noslēdz apdrošināšanas līgumu savā vai citas fiziskas personas labā, vai juridiska persona, kura noslēdz nelaiemes gadījumu apdrošināšanas līgumu sava(-u) darbinieka(-u) labā.

3. APDROŠINĀTĀ PERSONA

Fiziska persona, kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas līgums (turpmāk noteikumos – “Apdrošinātais”).

4. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMS

4.1. Apdrošināšanas līgums sastāv no nelaiemes gadījumu apdrošināšanas polises un apdrošināšanas noteikumiem.

4.2. Apdrošināšanas līguma Pušu tiesības un pienākumi attiecas uz Apdrošinātāju, Apdrošināto un Apdrošinājuma ņēmēju.

4.3. Apdrošināšanas līguma noslēgšana un darbība

4.3.1. Apdrošināšanas līgums tiek uzskatīts par noslēgtu un stājas spēkā apdrošināšanas polisē norādītajā datumā un laikā, ar nosacījumu, ka apdrošināšanas prēmija ir apmaksāta savlaicīgi un saskaņā ar apdrošināšanas līgumā norādītajiem nosacījumiem.

4.3.2. 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 apdrošināšanas līgums ir stājies spēkā ar apdrošināšanas polisē norādīto apdrošināšanas perioda sākuma datumu.

4.3.3. Ja, pretēji apdrošināšanas polisē norādītajam, apdrošināšanas prēmija (vai tās pirmā daļa) netiek samaksāta noteiktajā termiņā un apmērā, tad tiek uzskatīts, ka apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā no tā noslēgšanas dienas, un šajā laikā notikušie apdrošināšanas gadījumi netiek izskatīti.

4.3.4. Apdrošināšanas līgums tiek noslēgts latviešu valodā, saskaņā ar Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem. Ja apdrošināšanas līguma noteikumi ir tulkoti un domstarpības rodas tulkojuma dēļ, tad par noteicošajiem tiks uzskatīti apdrošināšanas līguma noteikumi latviešu valodā.

4.4. Apdrošināšanas līgums ir spēkā teritorijā, kas norādīta apdrošināšanas polisē, izņemot apdrošinātos riskus “Dienas nauda” un “Ārstēšanās izdevumi”, kas ir spēkā tikai Latvijas Republikas teritorijā.

4.5. Apdrošināšanas līguma izbeigšana

4.5.1. Apdrošinātājs un/vai Apdrošinājuma ņēmējs apdrošināšanas līgumu var izbeigt saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvo aktu prasībām.

4.5.2. Apdrošināšanas līguma darbības izbeigšana neietekmē Apdrošinātāja tiesības pieprasīt no Apdrošinājuma ņēmēja apdrošināšanas prēmiju vai tās daļu par periodu, kad apdrošināšanas līgums bijis spēkā.

5. APDROŠINĀŠANAS PERIODS

Apdrošināšanas periods ir apdrošināšanas polisē norādītais apdrošināšanas līguma darbības laiks, kas, atkarībā no iegādātās apdrošināšanas polises, var būt 1 gads (viens 365 dienu periods) vai 3 gadi (trīs nepārtraukti 365 dienu periods), vai cits apdrošināšanas periods, par ko puses ir vienojušās pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas.

6. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA UN/VAI APDROŠINĀTĀ PIENĀKUMI UN TIESĪBAS

6.1. Apdrošinājuma ņēmēja pienākums ir informēt Apdrošināto, ja tas nav Apdrošinājuma ņēmējs, par to, ka Apdrošinātais tiek apdrošināts saskaņā ar

noteiktu apdrošināšanas līgumu, par kura nosacījumiem Apdrošinājuma ņēmējs ir vienojies ar Apdrošinātāju, un Apdrošinātajam šie nosacījumi ir saistoši un jāievēro.

6.2. Apdrošinājuma ņēmēja un/vai Apdrošinātā pienākums ir iepazīties, ievērot un izpildīt visas apdrošināšanas līguma noteikumu prasības, kuras ir izvirzījis Apdrošinātājs.

6.3. Apdrošinātā pienākums ir, iestājoties nelaiemes gadījumam, nekavējoties, tiklīdz tas ir praktiski iespējams, bet ne vēlāk kā 24 (divdesmit četru) stundu laikā vērsties tuvākajā ārstniecības iestādē medicīniskās palīdzības saņemšanai.

6.4. Par apdrošinātā riska iestāšanos Apdrošinātajam, Apdrošinātā pārstāvim vai labuma guvējam jāinformē Apdrošinātājs nekavējoties, tiklīdz tas ir praktiski iespējams, bet ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc notikušā nelaiemes negadījuma, kurā cietis Apdrošinātais.

6.5. Apdrošinātā, vai Apdrošinātā nāves gadījumā – labuma guvēja, pienākums ir nodrošināt Apdrošinātāja prasību konstatēt un novērtēt nelaiemes gadījuma apstākļus.

6.6. Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās pierādīšanas pienākums gulstas uz Apdrošināto, bet viņa nāves gadījumā – uz labuma guvēju vai mantinieku, ja labuma guvējs apdrošināšanas līgumā nav norādīts.

6.7. Apdrošināšanas gadījumu var pieteikt elektroniski Apdrošinātāja mājas lapā www.seesam.lv, nosūtot uz e-pastu nga@seesam.lv. Pieteikumu apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai un citus apdrošināšanas gadījumu apstiprināšanas dokumentus var iesniegt arī klātienē Apdrošinātāja birojā.

7. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA UN/VAI APDROŠINĀTĀ PIENĀKUMU NEPILDĪŠANAS SEKAS

7.1. 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.

7.2. Apdrošinātājs, pēc saviem ieskatiem, var atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību vai samazināt atlīdzības izmaksu par 50 (piecdesmit) %, 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.

7.3. Gadījumā, ja Apdrošinājuma ņēmējs vai Apdrošinātais savas darbības vai bezdarbības rezultātā ir negatīvi ietekmējis Apdrošinātāja jebkuru tiesību izlietojumu, tad Apdrošinātajam ir tiesības samazināt apdrošināšanas atlīdzību par 50 (piecdesmit) % vai atteikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu pilnībā.

7.4. 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.

8. NELAIEMES GADĪJUMS

8.1. Nelaiemes gadījums ir pēkšņa, no Apdrošinātā gribas neatkarīga un iepriekš neparedzama, īslaicīga, noteiktu ārēju faktoru (fizisku, mehānisku, ķīmisku, termisku, elektrisku u. c.) iedarbība uz Apdrošinātā ķermeni, kas notikusi apdrošināšanas periodā, un kā sekas ir fiziskas traumas rezultātā iegūts audu un orgānu bojājums, iestājas darbaspēju zudums un/vai nāve.

8.1.1. Šo apdrošināšanas noteikumu izpratnē par nelaiemes gadījumu tiek uzskatīti arī sekojoši gadījumi:

- ceļu satiksmes negadījumā gūtās traumas;
- dzīvnieku kostas brūces;

- infekcija no dzīvnieku un kukaiņu kodumiem, ieskaitot ērcu encefalītu, kā arī inficēšanās ar trakumsērgu vai stingumkrampjiem aužu traumatis-ka bojājuma dēļ (ar nosacījumu, ka Apdrošinātais ir saņēmis vakcināciju paredzētajos termiņos), ja inficēšanās izraisījusi noteiktas ķermeņa daļas fizisku vai funkcionālu zudumu, redzes, dzirdes vai valodas pilnīgu vai daļēju zudumu;
- nejauša, akūta Apdrošinātā saindēšanās ar indīgiem augiem, gāzi, ķīmiskām vai toksiskām vielām, ja tā izraisījusi noteiktas ķermeņa daļas fizisku vai funkcionālu zaudējumu, redzes, dzirdes vai valodas pilnīgu vai daļēju zaudējumu;
- noslikšana;
- asfiksija;
- apsaldēšanās, apdegumi, zibens spēriens, elektriskās strāvas iedarbība;
- ievainojumi, kas iegūti dažādu ieroču iedarbības rezultātā, ja ieroču lietošana nav bijusi saistīta ar prettiesisku darbību no Apdrošinātā puses.

8.1.2. Par nelaimes gadījumu netiek uzskatīts vecuma izraisītais izmaiņš organismā.

8.2. Apdrošināšanas gadījums ir ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts pēkšņs un iepriekš neparedzams, no Apdrošinātā gribas neatkarīgs nelaimes gadījums, kas ārēju apstākļu iedarbības rezultātā radies Apdrošinātajam apdrošināšanas perioda laikā un kuram iestājoties, paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa saskaņā ar noslēgtā apdrošināšanas līguma noteikumiem.

9. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSAS KĀRTĪBA

9.1. Apdrošinātā vai Apdrošinātā pārstāvja pienākums ir iesniegt Apdrošinātajam noteiktas formas apdrošināšanas atlīdzības prasības pieteikumu un citus dokumentus, lai konstatētu vai pieteiktais nelaimes gadījums ir apdrošināšanas gadījums un lai noteiktu apdrošināšanas atlīdzības apmēru.

9.2. Lēmums par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu tiek pieņemts ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc visu Apdrošinātāja pieprasīto dokumentu, kas nepieciešami apdrošināšanas gadījuma izvērtēšanai, saņemšanas.

9.3. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa var tikt atteikta, ja Apdrošinātais vai labuma guvējs neiesniedz vai atsakās iesniegt Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus.

9.4. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai par apdrošināšanas līguma periodā notikušiem, pierādītiem apdrošināšanas gadījumiem.

9.5. Ja tiek konstatēta apdrošināšanas gadījuma iestāšanās un puses ir vienojušās par apdrošināšanas atlīdzības apmēru, tad:

- 9.5.1. Apdrošinātājs pieņem lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu;
 - 9.5.2. Apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātajam vai labuma guvējam, ja apdrošināšanas polisē nav norādīts citādi, 5 (piecu) darba dienu laikā pēc lēmuma par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu pieņemšanas;
 - 9.5.3. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība, pēc Apdrošinātāja ieskatiem, var tikt atrunāta zaudējumu noregulēšanas protokolā.
- 9.6. Pirms apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas Apdrošinātājs var pieprasīt:

- atkārtotu ārsta ekspertīzes komisijas slēdzienu;
- informāciju par alkohola koncentrācijas līmeni Apdrošinātā asinīs nelaimes gadījuma iestāšanās brīdī;
- ārsta slēdziena un citu dokumentu spēkā esamības pārbaudi;
- citus nelaimes gadījuma izvērtēšanai un/vai apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšanai nepieciešamos dokumentus.

10. DOMSTARPĪBU ATRISINĀŠANAS KĀRTĪBA

10.1. Jebkuras domstarpības tiks risinātas pārrunu ceļā.

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

10.3. Ja pusēm neizdosies atrisināt domstarpības pārrunu ceļā, tad lieta tiks nodota izskatīšanai Latvijas Republikas tiesā saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.

10.4. Apdrošināšanas līguma daļījums punktos, apakšpunktos un to nosaukumos neietekmē teksta juridisko skaidrojumu.

11. KOMPENSĀCIJAS PRINCIPS

11.1. Tiek kompensēti zaudējumi tikai par apdrošināšanas līguma periodā notikušiem, pierādītiem apdrošinātā riska gadījumiem.

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

11.3. Piemērojot kompensācijas principu, gan izmaksājamā, gan izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt apdrošināšanas gadījumā radītos zaudējumus.

11.4. Apdrošināšanas atlīdzība pēc kompensācijas principa tiek izmaksāta par apdrošinātā riska "Ārstēšanās izdevumi" gadījumiem.

12. VISPĀRĒJIE IZŅĒMUMI

12.1. Apdrošinātāja pienākums izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību neiestājas tajā gadījumā, ja nelaimes gadījums iestājies izņēmumu rezultātā, kas paredzēti Latvijas Republikas normatīvajos aktos vai apdrošināšanas līgumā.

12.2. Vispārīgie izņēmumi ir:

12.2.1. 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;

12.2.2. karš, militārs iebrukums, pilsoņu karš, sacelšanās, revolūcija, dumpis, militāras vai citādas varas uzurpācijas gadījumi;

12.2.3. globālas dabas katastrofas un dabas stihijas.

12.3. Papildus iepriekš minētajiem izņēmumiem Apdrošinātāja saistības neiestājas un apdrošināšanas atlīdzība par apdrošināšanas līgumā minētajiem apdrošinātajiem riskiem netiek izmaksāta sekojošos gadījumos:

12.3.1. ja nelaimes gadījums noticis alkohola reibumā vai jebkuras pakāpes jebkādu narkotisko vai citu vielu intoksikācijas stāvoklī (konstatējot cēlonisko sakaru starp alkohola reibumu vai intoksikācijas stāvokli un apdrošinātā riska iestāšanos);

12.3.2. Apdrošinātā tīši vai afekta stāvoklī sev nodarīti ievainojumi, pašnāvība vai tās mēģinājums;

12.3.3. Apdrošinātā prettiesiska rīcība;

12.3.4. soda izciešana brīvības atņemšanas iestādē;

12.3.5. infekcija, kas iekļuvusi Apdrošinātā 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 aužu traumatiska bojājuma dēļ;

12.3.6. asinsrites traucējumi, asinsizplūdumi smadzenēs, iekšējas asiņošanas, izņemot gadījumus, kad minētais stāvoklis iestājies nelaimes gadījuma rezultātā;

12.3.7. Apdrošinātā jebkura saslimšana vai slimība, t.i., organisma funkciju traucējumi, kuru cēlonis nav nelaimes gadījums;

12.3.8. hroniskas slimības;

12.3.9. cilvēka imūndeficīta vīruss (HIV) vai iegūta 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;

12.3.10. hepatītvīruss A, B, C;

12.3.11. ceļu satiksmes negadījums, ja Apdrošinātais vadījis transportlīdzekli bez tiesībām vadīt attiecīgās kategorijas transporta līdzekli;

12.3.12. 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 gaismas signāla;
- dzelzceļa pārbrauktuves šķērsošanas noteikumu neievērošana;
- braukšana pretēji noteiktajam kustību virzienam;
- apdzīšanas manevra veikšana neatļautā vai slikti pārrēķinātā vietā;

12.3.13. Apdrošinātā lidošana kā pilotam jebkurā lidaparātā, kurš nepieder aviosabiedrībai un nav reģistrēts kā pasažieru pārvadāšanas līdzeklis, vai vadot bezmotora lidmašīnu, planieri (ar vai bez motora), deltaplānu;

12.3.14. lecot ar izpletņiem vai gumijas atsaitēm;

12.3.15. 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;

12.3.16. psihiski vai garīgi traucējumi, kuru sekas ir trieka, krampji, epilepsi-

jas vai citas spazmatiskas lēkmes; citas hroniskas neiroloģiskās saslimšanas ar koordinācijas traucējumiem vai muskuļu vājumu;

12.3.17. Apdrošinātā atrašanās aktīvajā dienestā jebkurā no armijas daļām;

12.3.18. nelaimes gadījums, kas noticis, Apdrošinātajam veicot algotu darbu ārpus Latvijas Republikas; 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;

12.3.19. nelaimes gadījums, kas noticis, Apdrošinātajam nodarbojoties ar profesionālo vai amatieru sportu vai nodarbojoties ar kādu cīņas sporta veidu, kā arī, nodarbojoties ar paaugstinātas bīstamības aktivitātēm un sporta veidiem, kas minēti kā izņēmumi šo apdrošināšanas noteikumu 13. punktā;

12.3.20. nelaimes gadījums darbā, kurā cietis Apdrošinātais, ja Valsts darba inspekcija ir konstatējusi darba drošības pārkāpumu no Apdrošinātā, Apdrošinājumaņēmēja vai darba devēja puses.

13. SPORTS UN AKTĪVĀ ATPŪTA

13.1. Apdrošināšanas segums ir spēkā, Apdrošinātajam ārpusdarba laikā nodarbojoties ar sportu un citiem aktīvās atpūtas hobijiem savas fiziskās formas uzturēšanai neatkarīgi no sporta veida un regularitātes (piemēram, nodarbošanās treniņiem, aerobika un tās paveidi, golfs, boulingss, peldēšana, riteņbraukšana, orientēšanās, piedalīšanās organizētajās sporta disciplīnās un sacensībās, teniss, pludmales volejbols u. c.), taču ievērojot zemāk minēto punktu 13.2.– 13.5. nosacījumus.

13.2. Apdrošināšana nav spēkā, Apdrošinātajam nodarbojoties ar visa veida profesionālo vai amatieru sportu, regulāri piedaloties sporta treniņos un sacensībās ar mērķi sasniegt sporta rezultātus vietējā un/vai starptautiskā mērogā:

13.2.1. Nodarbošanās ar sportu tiek uzskatīta par profesionālu, ja tā ir Apdrošinātā pamatnodarbošanās un/vai viens no ienākumu avotiem;

13.2.2. Šo apdrošināšanas noteikumu izpratnē par nodarbošanos ar sportu amatieru līmenī tiek uzskatīts Apdrošinātā regulārs un plānveidīgs fizisko aktivitāšu komplekss, nodarbojoties ar kādu konkrētu sporta veidu, ar piedalīšanos regulāros treniņos un atklātās sacensībās noteiktu sportisku mērķu sasniegšanai, bet kas nav Apdrošinātā ienākumu avots. Šis izņēmums attiecināms uz amatieru sportu nav spēkā, ja pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas puses ir vienojušās par šī punkta iekļaušanu apdrošināšanas līguma nosacījumos, tas minēts apdrošināšanas polisē un ir veikta apdrošināšanas prēmijas piemaksa.

13.3. Apdrošināšana nav spēkā, Apdrošinātajam nodarbojoties ar cīņas (kontakta) sporta veidiem (piemēram, bokss, kīkbokss, teikvando, aikido, džiu džitsu, bīrvā cīņa, grieķu-romiešu cīņa, džudo, kung fu, karatē u. tml.).

13.4. Apdrošināšana nav spēkā, Apdrošinātajam nodarbojoties ar paaugstinātas bīstamības aktivitātēm un/vai ekstrēmām sporta veidiem (piemēram, BMX, alpīnisms, klinšu kāpšana, ekspedīcija kalnos, autosports, motosports, frīstails, izpletņlēkšana, skeleton, bobslejs, niršana ar akvalangu u. c.).

13.5. Apdrošinātais var pieprasīt papildu informāciju par nelaimes gadījuma apstākļiem, kad Apdrošinātais guvis fizisku traumu sporta aktivitātes laikā.

13.6. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa var tikt atteikta, ja Apdrošinājumaņēmējs un/vai Apdrošinātais ir noklusējis vai maldinājis Apdrošinātāju par Apdrošinātā nodarbošanos ar sportu amatieru vai profesionālā līmenī, vai par nodarbošanos ar paaugstinātas bīstamības aktivitātēm vai sporta veidiem, kas saskaņā ar šiem apdrošināšanas noteikumiem tiek uzskatīti kā izņēmumi, attiecībā uz kuriem apdrošināšana nav spēkā.

II DAĻA. SPECIĀLIE NOTEIKUMI

1. APDROŠINĀTIE RISKI

1.1. Apdrošinātie riski, atkarībā no konkrētās nelaimes gadījumu apdrošināšanas polises, var būt:

1.1.1. Pamata riski:

- Kaulu lūzumi un traumas;
- Apdegumi;
- Apsaldējumi;
- Sakropļojums;
- Invaliditāte;
- Nāves gadījums.

1.1.2. Papildu riski:

- Slimnīcas nauda;
- Dienas nauda;
- Ārstēšanās izdevumi.

1.2. Papildu riski ir spēkā tikai tad, ja Apdrošinātajam nelaimes gadījuma rezultātā iestāties kāds no apdrošināšanas polisē minētiem pamata riskiem, kas saskaņā ar apdrošināšanas līguma nosacījumiem ir apdrošināšanas gadījums, par ko ir paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa.

2. KAULU LŪZUMI UN TRAUMAS

2.1. Apdrošināšana paredz apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, ja nelaimes gadījuma rezultātā Apdrošinātais iegūst kaulu lūzumu vai traumu, vai saindējas ar ķīmiskām vai indīgām vielām, kā rezultātā tiek traucēta organisma normāla funkcionēšana.

2.2. Apdrošināšanas atlīdzības apmēru aprēķina, apdrošinājuma summu reizinot ar kaulu lūzumam vai traumai atbilstošu atlīdzības procentu, kas norādīts attiecīgajā kaulu lūzumu un traumu apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšanas tabulā (saskaņā ar apdrošināšanas līgumu – “Pielikums D”, “Pielikums E” vai “Pielikums F”).

2.3. Ja apdrošināšanas periodā Apdrošinātajam iestāties vairāki nesaistīti kaulu lūzumu vai traumu gadījumi, par katru no tiem aprēķina apdrošināšanas atlīdzību, taču maksimālā apdrošināšanas atlīdzība par vienu nelaimes gadījumu vai vairākiem nelaimes gadījumiem kopā nevar pārsniegt apdrošināšanas polisē norādīto apdrošinājuma summu apdrošināšanas viena 365 dienu perioda vai cita, apdrošināšanas polisē minēta apdrošināšanas perioda laikā.

2.4. Ja Apdrošinātais vienā un tajā pašā nelaimes gadījumā iegūst vairākus kaulu lūzumus vai traumas, tad apdrošināšanas atlīdzība tiek aprēķināta saskaņā ar konkrētās, apdrošināšanas polisē minētās, apdrošināšanas atlīdzības tabulas nosacījumiem:

2.4.1. Saskaņā ar “Pielikumu E” un “Pielikumu F”, kopējā apdrošināšanas atlīdzība par kaulu lūzumiem un/vai traumām, kas attiecas uz vienu un to pašu gadījumu un sekas ir vairāki kaulu lūzumi vai traumas, veidojas no aprēķinātajām apdrošināšanas atlīdzību summām par katru kaulu lūzumu vai traumas veidu pozīciju atlīdzību tabulā, nepārsniedzot apdrošināšanas polisē norādīto maksimālo apdrošinājuma summu konkrētajā apdrošināšanas periodā.

2.4.2. Saskaņā ar “Pielikumu D”, vairāku kaulu lūzumu un/vai traumu gadījumā tiek izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība tikai par vienu kaulu lūzumu vai traumu, par to, kam apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšanai tabulā paredzēts lielākais atlīdzības procents no apdrošinājuma summas.

2.5. Ja vienai traumai vai lūzumam atlīdzības aprēķināšanas tabulā atbilst vairākas pozīcijas, tad apdrošināšanas atlīdzība tiek aprēķināta atbilstoši smagākajam lūzumam vai traumai.

2.6. Izņēmumi

2.6.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par patoloģiskiem kaulu lūzumiem un patoloģiskām traumām, kā arī par atkārtotiem lūzumiem un atkārtotām traumām (kaulu lūzumiem, saišu sastiepumiem, plīsumiem un mežģījumiem), ja šāda pozīcija nav paredzēta konkrētajā apdrošināšanas atlīdzību aprēķināšanas tabulā.

2.6.2. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par starpskriemeļu diska trūci, diska velvēšanos (protrūziju), -, spondilozī, osteohondrozi, deformējošo spondilozī vai artrozi, artrītiem, podagru, ankilizējošu spondilītu, diskogēnu radikulītu un citām destruktīvām kaulu slimībām, kā arī, ja trauma radusies šo slimību rezultātā.

2.6.3. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par hematām, sasitumiem, nobrāzumiem un citām sīkajām traumām, kas nav minētas attiecīgajā kaulu lūzumu un traumu apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšanas tabulā.

2.6.4. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par traumām un lūzumiem, kas radušies Apdrošinātās personas organismā ievietotām palīgierīcēm (transplantā, implantā, protēzes u. c.).

3. APDEGUMI

3.1. Ja nelaimes gadījuma rezultātā Apdrošinātais guvis ķermeņa apdegumus, kurus izraisījusi 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.

3.2. Apdrošināšanas atlīdzības lielumu aprēķina, klasificējot bojājumu pēc apdrošināšanas atlīdzību tabulas (“Pielikums G”) un reizinot tabulā minēto attiecīgo apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšanas bāzes procentu ar medicīnas izziņā norādīto bojājumu, izteiktu procentos.

3.3. Maksimālā apdrošināšanas atlīdzība par vienu apdrošināšanas gadījumu vai vairākiem gadījumiem kopā nevar pārsniegt apdrošināšanas līgumā

minēto apdrošinājuma summu apdrošināšanas viena 365 dienu perioda vai cita, apdrošināšanas polisē minēta apdrošināšanas perioda laikā

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

3.5. 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:

- a) 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;
- b) 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.

3.6. Izņēmumi

3.6.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par pirmās pakāpes apdegumu.

3.6.2. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja apdegumus izraisījis jebkāds radioaktīvs starojums, izņemot gadījumus, kad puses vienojušās par šī nosacījuma iekļaušanu konkrētajā apdrošināšanas polisē.

4. APSALDĒJUMI

4.1. Ja no Apdrošinātā gribas neatkarīgu, ārēju apstākļu iedarbības rezultātā Apdrošinātais iegūst ķermeņa apspaldējumus, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai par apspaldējumiem ar dzīliem audu bojājumiem – nekrozi.

4.2. Izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības aprēķins tiek veikts saskaņā ar apspaldējumu atlīdzību tabulā ("Pielikums H") minēto atlīdzību procentu no apdrošinājuma summas.

4.3. Ja Apdrošinātais guvis ķermeņa apspaldējumus un Apdrošinātais izmaksājis apdrošināšanas atlīdzību, taču Apdrošinātais šo apspaldējumu rezultātā mirst vai iegūst sakropļojumu/invaliditāti, tad apdrošināšanas atlīdzība par iestājušos nāves vai sakropļojuma/invaliditātes gadījumu tiek aprēķināta sekojoši:

- a) ja Apdrošinātajam par apspaldējumu 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 apspaldējumu jau izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību;
- b) ja Apdrošinātajam par apspaldējumu 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.

4.4. Izņēmumi

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par virspusējiem apspaldējumiem.

5. SLIMNĪCAS NAUDA

5.1. Slimnīcas nauda ir apdrošināšanas atlīdzība, kas tiek izmaksāta Apdrošinātajam, sākot no pirmās stacionāras dienas, ja nelaimes gadījuma rezultātā Apdrošinātais nokļuvis slimnīcā, lai saņemtu medicīnisko palīdzību, un kā pacients pavadījis tur ne mazāk kā pilnas 24 (divdesmit četras) stundas.

5.2. Apdrošināšanas atlīdzība par vienu diennakts stacionārā pavadītu dienu un maksimālā apdrošinājuma summa apdrošināšanas viena 365 dienu perioda vai cita, apdrošināšanas polisē minēta apdrošināšanas perioda laikā, norādīta apdrošināšanas polisē.

5.3. Apdrošināšanas atlīdzība par pēdējo stacionārā pavadītu dienu tiek izmaksāta 50 % apmērā.

5.4. Apdrošinātais slimnīcas naudu aprēķina pēc Apdrošinātā izrakstīšanās no slimnīcas, pamatojoties uz iesniegtajiem dokumentiem par uzturēšanos slimnīcā. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā kā vienu kopējo summu par visām slimnīcā pavadītām dienām kopā.

5.5. Stacionāras gadījumu skaits netiek ierobežots, taču maksimālais periods, par kuru izmaksā slimnīcas naudu par vienu nelaimes gadījumu, ir 40 (četrdesmit) kalendārās dienas.

5.6. Izņēmumi

5.6.1. Slimnīcas nauda netiek izmaksāta, ja ārstēšanās laiks stacionārā ir īsāks par pilnām 24 (divdesmit četrām) stundām.

5.6.2. Slimnīcas naudas izmaksa tiek pārtraukta, beidzoties nelaimes gadījumu apdrošināšanas polises darbības periodam, neatkarīgi no tā, ka Apdrošinātais turpina ārstēties stacionārā. Šis izņēmums nav spēkā, ja apdrošināšanas polise ar tādiem pašiem apdrošināšanas nosacījumiem Apdrošinātajam ir bijusi atjaunota uz nākamo apdrošināšanas periodu.

5.6.3. Slimnīcas nauda netiek izmaksāta par ārstēšanas rehabilitācijas iestādēs, sanatorijās, atpūtas namos, dienas stacionāros un stacionāra aprūpes nodaļā.

6. DIENAS NAUDA (PĀREJOŠAS DARBA NESPĒJAS GADĪJUMĀ)

6.1. Dienas nauda ir apdrošināšanas atlīdzība, ko saņem Apdrošinātais, ja nelaimes gadījuma rezultātā tiek iegūta pārejoša darba nespēja.

6.2. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā par katru pārejošas darba nespējas dienu, sākot ar pirmo dienu, bet ne vairāk kā par 70 (septiņdesmit) darba nespējas dienām par vienu apdrošināšanas gadījumu un 140 darba nespējas dienām par visiem apdrošināšanas gadījumiem kopā apdrošināšanas viena 365 dienu perioda vai cita, apdrošināšanas polisē minēta apdrošināšanas perioda laikā

6.3. Par darba nespējas dienām tiek uzskatītas tikai darba dienas, pieņemot, ka nedēļā ir 5 (piecas) darba dienas.

6.4. Apdrošinātais apdrošināšanas atlīdzību aprēķina, pamatojoties uz Apdrošinātajam izsniegto darba nespējas lapu.

6.5. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā kā vienu maksājumu pēc tam, kad Apdrošinātajam iesniegta noslēgta darba nespējas lapa.

6.6. Izņēmumi

6.6.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par tām dienām, par kurām izmaksā slimnīcas dienas naudu.

6.6.2. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja pārejoša darba nespēja iegūta, saslimstot vai slimojot ar infekcijas, iedzimtām, hroniskām vai akūtām slimībām.

6.6.3. 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 tiek apstiprināts sakropļojums vai invaliditāte, tad apdrošināšanas atlīdzības izmaksa par apdrošināto risku "Dienas nauda" tiek pārtraukta ar to datumu, kad apstiprināts sakropļojums vai invaliditāte.

6.6.4. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja pārejošas darba nespējas gadījumā, par ko bijusi iesniegta darba nespējas lapa, Apdrošinātais atradies darbā un turpinājis pildīt savus tiešos vai līdzīgus/aizvietojošus darba pienākumus.

6.7. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par pārejošām darba nespējas dienām ārpus Latvijas Republikas teritorijas.

7. ĀRSTĒŠANĀS IZDEVUMI

7.1. Apdrošinātajam tiek apmaksāti ar notikušo nelaimes gadījumu tieši saistītie ārstēšanās izdevumi, ja Apdrošinātais cietis nelaimes gadījumā, kurā guvis kaulu lūzumus vai traumu, par ko ir paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa saskaņā ar apdrošināšanas līgumu.

7.2. Ārstēšanās izdevumi šo apdrošināšanas noteikumu kontekstā ir maksājumi par:

- ambulatori un stacionāri veiktajām pacienta iemaksām (skatīt 11. punkta "Noteikumos lietotie termini" 11.12. apakšpunktu);
- ārstējošā ārsta nozīmētiem diagnostiskiem izmeklējumiem (ultrasonogrāfija, rentgens, datortomogrāfija, magnētiskā rezonanse) gan pacienta iemaksas, gan izvēles (paaugstinātas maksas) pakalpojumi (skatīt 11. punkta "Noteikumos lietotie termini" 11.13. un 11.14. apakšpunktus);
- ārstējošā ārsta nozīmētu fizikālo terapiju pēc nelaimes gadījuma, kur terapijas kurss par vienu apdrošināšanas gadījumu nepārsniedz 10 (desmit) procedūras apdrošināšanas viena 365 dienu perioda vai cita, apdrošināšanas polisē minēta apdrošināšanas perioda laikā;
- ārstējošā ārsta izrakstītu, Latvijas Republikas zāļu reģistrā reģistrētu medikamentu iegāde traumas ārstēšanai;
- traumu ārstēšanai nepieciešamo, ārsta nozīmēto tehnisko palīgīdzekļu pirmiegādi vai īri (kruķi, ratīņkrēsls, ortozes);
- traumētās ķermeņa daļas pārsiešanu, ja to nozīmējis ārstējošais ārsts un pārsiešanu veic specializēts medicīnas iestādes personāls;
- mikroķirurģisku operāciju vai manipulāciju, kas nepieciešama apdrošināšanas periodā notikušā nelaimes gadījuma rezultātā gūto izkropļojumu koriģēšanai un/vai novēršanai.

7.3. Apdrošināšanas atlīdzība par ārstēšanos pēc viena atsevišķa apdrošināšanas gadījuma vai par vairākiem apdrošināšanas gadījumiem kopā nevar pārsniegt apdrošināšanas polisē minēto maksimālo apdrošinājuma summu apdrošināšanas viena 365 dienu perioda vai cita, apdrošināšanas polisē minēta apdrošināšanas perioda laikā.

7.4. No izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības par ārstēšanās izdevumiem tiek atskaitīts pašrīks 20 EUR apmērā.

7.5. Tiek atlīdzināti punktā 7.2. minētie ārstēšanās izdevumi par ārstniecības pakalpojumiem, kas saņemti tikai Latvijas Republikas ārstniecības iestādēs vai uzņēmumu un ārsta prakšu reģistrā reģistrētās ārstniecības iestādēs un Latvijas Republikas teritorijā atrodošās aptiekās.

7.6. Izņēmumi

7.6.1. Netiek apmaksāti sekojoši Apdrošinātā ārstēšanās izdevumi:

- par ārstēšanos ārpus Latvijas Republikas;
- par ārstēšanos, kas nav saistīta ar notikušo nelaimes gadījumu;
- par kuriem nav iesniegti izdevumus apliecinājoši dokumenti;
- par ārstēšanos rehabilitācijas iestādēs, sanatorijās, atpūtas namos, dienas stacionāros vai stacionāru aprūpes nodaļās;
- par papildinošās (komplementārās) medicīnas medicīniskiem pakalpojumiem (kā piemēram, akupunktūra un manuālā terapija, cigun fiziskā un elpošanas vingrošana, homeopātija, ajūrvēdas medicīna, biorezonanses (MORA) terapija, antroposofā medicīna, aromaterapija, ergoterapija un reiki pakalpojumi, reitertapija, osteopātija u. c.), taču Apdrošinātājs patur tiesības izvērtēt ārsta noteikto ārstēšanos;
- par zobu protezēšanu, zobu un citiem implantiem, protēžu ortopēda pakalpojumiem, protezēšanas operācijām;
- par protēžu, implantu, plombu labošanu;
- par ārstēšanos sakarā ar komplikācijām pēc veiktas operācijas;
- par operācijām, kuru nepieciešamība nav saistīta ar konkrētu apdrošināšanas periodā notikušo nelaimes gadījumu;
- maksa par paaugstināta servisa palātu ārstniecības iestādēs;
- par maksas pakalpojumiem stacionārā (maksas operācijas, maksas ārstēšanās dienas, maksas ārstnieciskās manipulācijas, maksas diagnostika un izmeklējumi);
- par ārstēšanu ar medicīnisko tehnoloģiju Valsts reģistrā neregistrētu ārstniecības metodi;
- par sporta medicīniskajiem pakalpojumiem (muskulu testēšanu, dopinga kontroles, EIROPFIT metodes-slodzes, motorās gatavības testiem u. tml.);
- honorāru maksājumiem un citiem līdzīgiem papildu izdevumiem.

7.6.2. Netiek apmaksāti Apdrošinātā ārstēšanās izdevumi, kas saņemti pēc apdrošināšanas perioda beigām. Šis izņēmums nav spēkā, ja apdrošināšanas polise ar tādiem pašiem apdrošināšanas nosacījumiem Apdrošinātājam ir bijusi atjaunota uz nākamo apdrošināšanas periodu un ievērots šo apdrošināšanas noteikumu 7.3. punktā minētais nosacījums.

8. SAKROPLŪJUMS, INVALIDITĀTE

8.1. Apdrošināšanas gadījums iestājas, ja nelaimes gadījuma rezultātā, kas noticis apdrošināšanas perioda laikā, Apdrošinātājam ne vēlāk kā 12 (divpadsmit) mēnešu laikā pēc nelaimes gadījuma iegūta trauma tiek apstiprināta kā sakropļojums vai tiek piešķirta invaliditātes grupa.

8.2. Apdrošināšanas atlīdzība tiek aprēķināta, apdrošinājuma summu reizinot ar iegūtajam sakropļojumam vai piešķirtajai invaliditātes grupai atbilstošo procentu saskaņā ar apdrošināšanas polisē norādīto apdrošināšanas noteikumu attiecīgo apdrošināšanas atlīdzību aprēķināšanas tabulu: "Sakropļojums (pielikums A)", "Sakropļojums (pielikums B)" vai "Invaliditāte (pielikums C)".

8.3. Apdrošināšanas atlīdzība par iegūto sakropļojumu vai invaliditāti tiek izmaksāta saskaņā ar konkrētajā apdrošināšanas atlīdzību aprēķināšanas tabulā norādīto atlīdzības procentu kā vienreizējs maksājums pēc tam, kad šo noteikumu 8.1. punktā minētā perioda laikā tiek saņemts pirmais Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu Valsts komisijas lēmums par sakropļojuma atzīšanu vai invaliditātes grupas piešķiršanu.

8.4. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai Apdrošinātājam jāiesniedz Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu Valsts komisijas lēmums par invaliditātes grupas piešķiršanu vai sakropļojuma atzīšanu ar paliekošu darbaspēju zudumu ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc invaliditātes vai paliekošu darbaspēju zuduma apstiprināšanas.

8.5. Ja pēc nelaimes gadījuma, kurā Apdrošinātājs ir saņēmis sakropļojumu vai invaliditāti un Apdrošinātājs ir izmaksājis apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar attiecīgo apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšanas tabulu, ne vēlāk kā 6 (sešu) mēnešu laikā pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas iestājas apdro-

šinātā nāve, tad apdrošināšanas atlīdzība par iestājušos nāves gadījumu tiek aprēķināta sekojoši:

- ja Apdrošinātājam 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 Apdrošinātājam par sakropļojumu vai invaliditāti izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība ir vienāda vai lielāka par apdrošināšanas polisē minēto apdrošinājuma summu nāves gadījumā, tad apdrošināšanas atlīdzības izmaksa par nāves gadījumu netiek veikta.

8.6. Ja Apdrošinātājs cietis nelaimes gadījumā, kas noticis apdrošināšanas periodā, un tā rezultātā tiek nodarīts kaitējums Apdrošinātā fiziskajai vai garīgajai funkcionēšanai, kura bijusi traucēta jau iepriekš, tad Apdrošinātā darbaspēju zudums tiek aprēķināts kā starpība starp apdrošināšanas periodā iegūto darbaspēju zudumu un pirms apdrošināšanas perioda pastāvošo darbaspēju zudumu.

8.7. Apdrošināšanas atlīdzības apmērs atkarībā no apdrošināšanas polisē Apdrošinātājam norādītā apdrošinātā riska – "Sakropļojums (pielikums A)", "Sakropļojums (pielikums B)" vai "Invaliditāte (pielikums C)" – tiek aprēķināts sekojoši:

8.7.1. Apdrošinātā riska "Sakropļojums (pielikums A)" gadījumā:

8.7.1.1. Apdrošināšanas atlīdzības apmēru aprēķina, atlīdzības procentu, kas minēts apdrošinātā riska "Sakropļojums (Pielikums A)" apdrošināšanas atlīdzību tabulā un atbilst iegūtajam sakropļojumam, reizinot ar apdrošinājuma summu.

8.7.1.2. Ja apdrošinātā riska "Sakropļojums (Pielikums A)" apdrošināšanas atlīdzību tabulā Apdrošinātā iegūtais sakropļojums ar tam paredzēto apdrošināšanas atlīdzības procentu nav minēts, tad:

- apdrošināšanas atlīdzība tiek aprēķināta, pamatojoties uz Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu Valsts komisijas lēmumu vai nu par invaliditātes grupas piešķiršanu Apdrošinātājam (I, II vai III grupa), vai procentos izteiktu darbaspēju zudumu, reizinot attiecīgo atlīdzības procentu ar apdrošinājuma summu;
- gadījumos, kad Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu komisija piešķirusi gan invaliditātes grupu, gan paliekošu darbaspēju zudumu, izteiktu procentos, apdrošināšanas atlīdzības apmērs tiek aprēķināts, ņemot vērā to Valsts komisijas lēmumu, kur paredzēta lielākā atlīdzības izmaksa;
- gadījumos, kad Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu komisija nepiešķir invaliditātes grupu, bet konstatē paliekošu darbaspēju zudumu, izteiktu procentos, apdrošināšanas atlīdzības apmērs tiek aprēķināts, apdrošinājuma summu reizinot ar darbaspēju zuduma procentu.

8.7.2. Apdrošinātā riska "Sakropļojums (pielikums B)" gadījumā:

8.7.2.1. Iegūtajam sakropļojumam atbilstošo atlīdzības procentu, kas norādīts apdrošinātā riska "Sakropļojums (Pielikums B)" apdrošināšanas atlīdzību tabulā, reizinot ar apdrošinājuma summu.

8.7.2.2. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai par tiem sakropļojumiem, kas minēti apdrošināšanas atlīdzību tabulā.

8.7.3. Apdrošinātā riska Invaliditāte (pielikums C):

8.7.3.1. Apdrošinātā riska "Invaliditāte (Pielikums C)" apdrošināšanas atlīdzību tabulā minētajai un Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu komisijas piešķirtajai invaliditātes grupai atbilstošo atlīdzības procentu reizinot ar apdrošinājuma summu.

8.7.3.2. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai tādā gadījumā, ja Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu komisija ir piešķirusi konkrētu invaliditātes grupu.

8.8. Izņēmumi

8.8.1. 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 par nāves gadījumu saskaņā ar šo apdrošināšanas noteikumu II daļas 9.punktu.

8.8.2. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja nelaimes gadījumu apdrošināšanas polisē Apdrošinātājam ir minēts apdrošinātājs risks "Invaliditāte (pielikums C)", bet Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu komisija invaliditātes grupu Apdrošinātājam nepiešķir.

9. NĀVES GADĪJUMS

9.1. Ja apdrošināšanas perioda laikā notikuša nelaimes gadījuma rezultātā ne vēlāk kā 12 (divpadsmit) mēnešu laikā pēc nelaimes gadījuma Apdrošinātājs

zaudējis dzīvību, labuma guvējam tiek izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība apdrošināšanas polisē norādītās apdrošinājuma summas apmērā.

9.2. Ja Apdrošinātā likis pazūd sakarā ar satiksmes līdzekļa, kurā viņš atradās, piespiedu nolaišanos, uzskriešanu uz sēkļa, nogrimšanu vai avāriju, tad apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ievērojot Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktās procedūras šādiem gadījumiem.

9.3. Izņēmums

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja Apdrošinātā nāves gadījumā nav iestājies nelaimes gadījumā gūto traumu rezultātā.

10. DOKUMENTI, KAS NEPIECIĒŠAMI APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSĀI

10.1. Lai izvērtētu un konstatētu, vai ir noticis apdrošināšanas gadījums, atlīdzības saņēmējam jāiesniedz:

1. rakstisks Apdrošinātāja noteiktas formas pieteikums par apdrošinātā riska iestāšanos www.seesam.lv;
2. pases vai cita personību apliecinoša dokumenta kopija;
3. pēc Apdrošinātāja pieprasījuma – citi dokumenti, kas pierāda apdrošināšanas gadījuma iestāšanos.

10.2. Papildus punktā 10.1. minētajiem dokumentiem, atlīdzības saņēmējam jāiesniedz arī sekojoši dokumenti par konkrētā apdrošinātā riska iestāšanās gadījumu:

Kaulu lūzumi un traumas:

- ārsta-speciālista izsniegta medicīnas izziņa, kurā norādīts traumas vai kaulu lūzuma veids un precīza diagnoze.

Apdegumu un apsaldējumu gadījumā:

- ārstējošā ārsta, Valsts apdegumu centra vai stacionāra izsniegta medicīnas izziņa, kurā norādīta ķermeņa apdeguma vai apsaldējuma pakāpe.

Slimnīcas naudas saņemšanas gadījumā:

- izziņa par uzturēšanos stacionārā, kurā norādīta precīza diagnoze un stacionēšanas ilgums (tikai stacionārās ārstēšanās gadījumā).

Dienas naudas izmaksa pārejošas darba nespējas gadījumā:

- ārstējošā ārsta noslēgta darba nespējas lapa.

Ārstēšanās izdevumu kompensācijas gadījumā:

- medikamentu iegādi apstiprinoši EKA čeka un/vai stingrās uzskaites kvīts oriģināls, kurā jābūt norādītam: pakalpojumu sniedzēja nosaukums, reģistrācijas Nr., juridiskā adrese; Apdrošinātā vārds, uzvārds, personas kods; medikamenta nosaukums un cena, iegādes datums (jā ārsts izrakstījis receptu medikamentus traumas ārstēšanai);
- tehnisko palīg līdzekļu iegādi vai īri apstiprinoša EKA čeka un/vai stingrās uzskaites kvīts oriģināls, kurā jābūt norādītam: pakalpojumu sniedzēja nosaukums, reģistrācijas Nr., juridiskā adrese; Apdrošinātā vārds, uzvārds, personas kods; palīg līdzekļa nosaukums un cena, iegādes datums vai īrēšanas periods;
- medicīnas iestādes izsniegta izziņa, kur norādīts traumas vai kaulu lūzuma veids, precīza diagnoze, ieteicamā ārstēšanās, un apmaksātie čeki vai stingrās uzskaites kvīts, kur norādīts Apdrošinātā vārds, uzvārds, personas kods, saņemtā pakalpojuma nosaukums (arī tad, ja ārsts izrakstā norādījis ārstēšanos ar bezreceptu medikamentiem).

Sakropļojums, invaliditāte:

- Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas slēdziens, kas apstiprina invaliditātes grupas piešķiršanu (invaliditātes gadījumā) vai sakropļojuma atzīšanu (sakropļojuma gadījumā);
- pēc Apdrošinātāja pieprasījuma – dokumenti, uz kuriem pamatojoties piešķirta invaliditātes grupa vai apstiprināta sakropļojuma konkrētā pakāpe.

Nāves gadījums:

- Apdrošinātā miršanas apliecības kopija;
- zvērināta notāra vai tiesas lēmums par mantojuma tiesību sadali;
- liķa sekcijas slēdziens vai cita dokumentācija, kas apstiprina nāves cēloni.

11. NOTEIKUMOS LIETOTIE TERMINI

11.1. **Apdrošinājuma summa** – apdrošināšanas polisē katram apdrošinātajam riskam norādītā naudas summa, kāda var tikt izmaksāta vai nu par vienu un/vai visiem apdrošināšanas periodā notikušiem apdrošināšanas gadījumiem.

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

11.3. **Apdrošināšanas atlīdzība** – apdrošinājuma summa vai tās daļa, kas izmaksājama par apdrošināšanas gadījumu atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

11.4. **Atlīdzības saņēmējs** – apdrošināšanas polisē minēto apdrošināto risku, izņemot nāves riska, iestāšanās gadījumā atlīdzības saņēmējs ir Apdrošinātais, bet Apdrošinātā nāves gadījumā atlīdzības saņēmējs ir labuma guvējs.

11.5. **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.

11.6. **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, neatkarīgi no atkārtotā lūzuma gūšanas laika.

11.7. **Patoloģisks lūzums** – kaula lūzums vietā, kur iepriekšēja slimība ir izraisījusi kaulu blīvuma un struktūras deģeneratīvas pārmaiņas.

11.8. **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 atstās pakāpeniski un sākotnēji bieži bez redzamiem/pamanāmiem simptomiem.

11.9. **Pārejoša darba nespēja** – nelaimes gadījuma rezultātā iegūts Apdrošinātā pārejošs darba spēju zaudējums, kas neļauj Apdrošinātajam pildīt savu darba pienākumus uz noteiktu, nepārtrauktu laika periodu un ko apstiprina Apdrošinātajam izsniegtā darba nespējas lapa.

11.10. **Dienas stacionārs** – ārsta norīkota ārstēšanās slimnīcā vai poliklinikā 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.

11.11. **Pašrisks** – apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja līdzdalība katrā apdrošināšanas gadījumā, kas tiek atrēķināta no izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības summas.

11.12. **Pacienta iemaksa** – maksājums, kuru veic patients, saņemot valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, par kuriem lielākā izmaksu daļu tiek segta no valsts budžeta līdzekļiem.

11.13. **Izvēles (paaugstinātas maksas) pakalpojumi** – veselības aprūpes pakalpojumi, kurus patients var saņemt valsts un privātajās medicīnas iestādēs, negaidot rindu uz valsts kvotām, bet maksājot pacienta iemaksu un medicīnas iestādes noteiktu papildu maksu par konkrēto pakalpojumu.

11.14. **Valsts kvota** – valsts apmaksātie veselības aprūpes pakalpojumi, kurus ārstniecības iestādes sniedz pacientiem līgumā ar valsti noteiktā finansējuma (kvotas) ietvaros.