

Ārzemnieku veselības apdrošināšanas noteikumi Nr. CA/VA17

Apstiprināti ar Seesam Insurance AS Latvijas filiāles rīkojumu Nr. 2017 / 22-pa 2017. gada 14. augustā.

Spēkā no 2017. gada 1. septembra.

1. Termini

1.1. Apdrošinātājs – Seesam Insurance AS Latvijas filiāle (turpmāk tekstā – Apdrošinātājs).

1.2. Apdrošinājumaņēmējs – fiziska persona, kura noslēdz apdrošināšanas līgumu savā vai citas fiziskas personas labā, vai juridiska persona, kura noslēdz veselības apdrošināšanas līgumu sava(-u) darbinieka(-u) 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 laika periods, kurā apdrošināšanas līgums ir spēkā.

1.5. Apdrošināšanas darbības teritorija – apdrošināšanas līgums ir spēkā Latvijas Republikā un jebkuras citas Šengenas līguma dalībvalsts teritorijā 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 apdrošinātajai personai apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

1.7. Apdrošināšanas polise – dokuments, kas apliecina apdrošināšanas līguma noslēgšanu. Apdrošināšanas polise ietver apdrošināšanas līguma noteikumus, apdrošināšanas programmu, kā arī visus šā līguma grozījumus un papildinājumus, par kuriem Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs ir vienojušies apdrošināšanas līguma darbības laikā. Apdrošināšanas polise ir apdrošināšanas līguma neatņemama sastāvdaļa.

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 pēkšņš un iepriekš neparedzams, no Apdrošinātā gribas neatkarīgs notikums, kas ārēji apstākļu iedarbības rezultātā radies Apdrošinātajam 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. Nelaiimes gadījums – gadījums, kad apdrošināšanas periodā notikusi pēkšņa un no Apdrošinātā gribas neatkarīga neparedzēta ārējo apstākļu iedarbība uz Apdrošināto, kā sekas ir Apdrošinātā fizisks ievainojums vai nāves iestāšanās.

1.16. Pēkšņa saslimšana – iepriekš neizpaudusies, neparedzama, negaidīta un strauja Apdrošinātā 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 mitnes zemes.

1.17. Hroniska slimība – pēkšņai saslimšanai pretējs veselības stāvoklis – iekšīgi un ilgākā laika periodā veidojošs 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 aneirisma 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 Apdrošinātā ceļojuma uzsākšanas neizpaudusies hroniskas slimības raksturīgo simptomu pēkšņa parādīšanās, kā rezultātā Apdrošinātajam steidzami nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība.

1.19. Neatliekamā medicīniskā palīdzība – medicīniskie pakalpojumi, kurus nepieciešams steidzami sniegt Apdrošinātajam viņa veselības stāvokļa akūtas pasliktināšanās dēļ sakarā ar pēkšņu saslimšanu, nelaimes gadījumu vai hroniskas slimības saasināšanās gadījumu, lai novērstu Apdrošinātā veselības stāvokļa tālāku krasu pasliktināšanos un/vai draudus Apdrošinātā dzīvībai.

1.20. Neatliekama operācija – operācija, kas jāveic ne vēlāk kā 24 (divdesmit četrus) stundu laikā pēc pēkšņas saslimšanas vai nelaimes negadījuma.

1.21. Repatriācija – Apdrošinātā ārkārtas transportēšana uz mitnes zemi, kas nepieciešama sakarā ar ceļojuma laikā notikušo Apdrošinātā pēkšņo saslimšanu, nelaimes gadījumu, neparedzēto hospitalizēšanu vai viņa nāves gadījumu. Repatriācija tiek veikta līdz Apdrošinātā mitnes zemes lidostai, ja transportēšana notikusi ar lidmašīnu, vai līdz Apdrošinātā mitnes zemes valsts robežai, ja transportēšanai ticis izmantots cits transporta veids.

1.22. Mitnes 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 nelaimes gadījums un ir 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 ir nepieciešama medicīniskā palīdzība, medicīniskā transportēšana, repatriācija un/vai citi pakalpojumi un ar tiem saistīto rēķinu apmaksa, un ar kuru Apdrošinātājs ir noslēdzis speciālu līgumu par minēto pakalpojumu sniegšanu apdrošinātajām personām.

1.26. Globāla dabas katastrofa – no cilvēka gribas un darbības neatkarīga dabas stihija, kura rodas pēkšņi, nodarot plašus postījumus dabai un apbūvei, rada lielus finansiālus zaudējumus, traucē visa veida transportu satiksmi un kuras laikā cilvēki iet bojā vai cieš cilvēku veselība un/vai fiziskais stāvoklis.

1.27. Pašrisks – apdrošināšanas polisē norādītā zaudējuma daļa, kas izteikta naudas summā vai procentos un kuru, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, sedz Apdrošinājumaņēmējs vai Apdrošinātais. Apdrošinātājs Apdrošinātajam izraksta pašriska rēķinu vai pašriska summu ietuv no izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības.

1.28. Uzturēšanās atļauja – dokuments, kas ārzemniekiem dod tiesības uzturēties Latvijas Republikā un jebkuras citas Šengenas līguma dalībvalsts teritorijā uz noteiktu laiku, kurā spēkā ir Apdrošināšanas līgums.

1.29. Viesstrādnieks – persona, kura ir saņēmusi kompetentas institūcijas atļauju noteiktu laiku uzturēties Latvijas Republikā un jebkuras citas Šengenas līguma dalībvalsts teritorijā un strādāt algotu darbu.

1.30. Ārzemnieks – persona, kura saņēmusi uzturēšanās atļauju, lai dotos tūrisma vai atpūtas braucienā, lai strādātu, atrastos darba komandējumā vai lai apciemotu kādu personu Latvijas Republikā vai jebkuras citas Šengenas līguma dalībvalsts teritorijā.

1.31. Radnieki – Apdrošinātā laulātais, vecāki un bērni, audzubērni, adoptētie bērni, brāļi, māsas, audžuvecāki.

1.32. Ārstniecības iestāde – Latvijas Republikas vai jebkuras citas Šengenas līguma dalībvalsts Ārstniecības iestāžu reģistrā reģistrēta ārstniecības

iestāde vai ārstu prakse, kas veic ārstnieciski profilaktisko, ārstniecisko vai rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu.

1.33. Starptautiskās sankcijas – noteikti ierobežojoši pasākumi, kuri ir tieši piemērojami visās Eiropas Savienības (ES) dalībvalstīs. Starptautiskās sankcijas uzliek par pienākumu Apdrošinātājam iesaldēt sankciju sarakstos iekļauto personu aktīvus. Papildus Apvienoto Nāciju Organizācijas un ES sankcijām, Apdrošinātājam ir pienākums ievērot Amerikas Savienoto Valstu Valsts kases departamenta Ārvalstu aktīvu kontroles biroja (OFAC) un Lielbritānijas un Ziemeļīrijas Apvienotās Karalistes Ekonomikas ministrijas un Finanšu ministrijas (Viņas Majestātes Valsts kase, HMT) ieviestās sankcijas.

2. Informācija par apdrošināmo risku

2.1. Noslēdzot apdrošināšanas līgumu, Apdrošinājumaņēmēja un/vai Apdrošinātā pienākums ir sniegt visu informāciju, kas nepieciešama Apdrošinātājam apdrošināmā riska izvērtēšanai. Apdrošinātājs saņemto informāciju apstrādā un glabā saskaņā ar normatīvo aktu prasībām.

2.2. Apdrošinājumaņēmējs un/vai Apdrošinātais ir atbildīgs par sniegtas informācijas patiesumu. 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 kļūdaina vai nepilnīga informācija sniegta viegla neuzmanības rezultātā.

2.3. Apdrošinājumaņēmējs un/vai apdrošinātā pienākums ir paziņot par tiem 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 informācijā, kas sniegta apdrošināšanas pieteikumā.

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 distancē saziņas līdzekli, spēkā ir tāda pati apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās kārtība, kā apdrošināšanas līgumu noslēdzot Apdrošinātāja birojā, izņemot gadījumus, kad Apdrošinātājs ir paredzējis citādāk.

4.5. Apdrošināšanas līgums tiek uzskatīts par noslēgtu un stājas spēkā apdrošināšanas polisē norādītajā datumā, ja Apdrošinātājs 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 stājies spēkā no tā noslēgšanas dienas. Atsevišķs paziņojums par to, ka apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā, Apdrošinājumaņēmējam nosūtīts netiek.

5. Apdrošināšanas līguma izbeigšana

5.1. Ja, pretēji apdrošināšanas līguma noteikumiem, apdrošināšanas prēmijas maksājums nav samaksāts norādītajā termiņā un apjomā, Apdrošinātājs 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 (divdesmit piecu) % 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.

5.5. Gadījumā, ja Apdrošinājumaņēmējs un/vai Apdrošinātais ir iekļauts ANO, ES, OFAC vai HMT sankciju sarakstā vai sarakstos, Apdrošinātājam ir pienākums nekavējoties vienpusēji pārtraukt jebkādas darījumu attiecības ar Apdrošinājumaņēmēju un Apdrošināto, tai skaitā izbeigt apdrošināšanas līgumu.

6. Apdrošinājumaņēmēja un/vai Apdrošinātā 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. pārliecināties, vai ārstniecības iestāde, kura tiks apmeklēta, ir sertificēta un reģistrēta atbilstoši Latvijas Republikas un Šengenas līguma dalībvalstu likumdošanai;

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. iestāties apdrošināšanas gadījumam, ievērot ārstējošā ārsta norādījumus.

7. Apdrošinātāja pienākumi un tiesības

7.1. Apdrošinātāja pienākumi:

7.1.1. saskaņā ar noslēgtu 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. pārliecināties par Apdrošinātā iesniegto ziņu patiesumu, apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas pamatotību;

7.2.2. iepazīties ar Apdrošinātā medicīnisko dokumentāciju, kas atrodas ārstniecības iestādā un ārstniecības personu rīcībā;

7.2.3. apstrādāt Apdrošinājumaņēmēja un Apdrošinātā datus, tai skaitā sensitīvus datus. Datu apstrāde tiek veikta saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu. Apdrošinātājs nodrošina Apdrošinātā datu drošu glabāšanu.

8. Apdrošinājumaņēmēja un/vai Apdrošinātā pienākumi pēc apdrošinātā riska iestāšanās

8.1. Par apdrošinātā riska iestāšanos Apdrošinājumaņēmējs, Apdrošinātais, Apdrošinātā pārstāvis vai radnieki nekavējoties, tiklīdz tas ir 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 tulkotiem 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 ir jāinformē policija un/vai ugunsdzēsēji, un/vai citas institūcijas.

8.5. Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās pierādīšanas pienākums gulstas uz Apdrošinājumaņēmēju un/vai Apdrošinātā.

9. Apdrošinājumaņēmēja un/vai Apdrošinātā pienākumu nepildīšanas sekas

9.1. Ja Apdrošinājumaņēmēja un/vai Apdrošinātā jebkāda darbība vai bezdarbība kļūst par iemeslu Apdrošinātāja maldināšanai, apdrošināšanas līgums tiks atzīts par spēkā neesošu no tā noslēgšanas dienas, izņemot gadījumus, kad likums "Par apdrošināšanas līgumu" to aizliedz, ja maldināšana pieļautā viegla 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 (piecdesmit) %, ja Apdrošinājumaņēmējs un/vai Apdrošinātājs nav izpildījis vai ir izpildījis daļēji kādu no apdrošināšanas līgumā noteiktajām prasībām, kā arī tad, ja Apdrošinājumaņēmējs un/vai Apdrošinātājs ir pārkāpis jebkāda Latvijas Republikā vai citās Šengenas līguma dalībvalstīs spēkā esoša normatīvā akta prasības, kuras ir attiecināmas uz konkrēto apdrošināšanas gadījumu. Izņēmums ir tādi gadījumi, kad šāda apdrošināšanas līguma noteikumu prasību neizpilde notikusi viegla neuzmanības rezultātā – tad Apdrošinātājs rīkojas saskaņā ar likuma "Par apdrošināšanas līgumu" normu noteikumiem.

9.3. Apdrošinātājs apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā, ja apdrošinātā riska iestāšanās ir izraisījis Apdrošinājumaņēmēja, Apdrošinātā vai Apdrošinātā radnieka launs nolūks vai rupja neuzmanība. Iemaksāto apdrošināšanas prēmiju šādos gadījumos Apdrošinātājs neatmaksā.

9.4. Apdrošinātājs apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā, ja uz apdrošināšanas gadījuma brīdī Apdrošinātājam nav izsniegta spēkā esoša vīza, uzturēšanās atļauja vai termiņuzturēšanās atļauja Latvijas Republikas teritorijā.

10. Apdrošinātā un/vai Apdrošinātā pilnvarotā pārstāvja pienākumi pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās

10.1. Pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, ja Apdrošinātājs un/vai Apdrošinātā pilnvarotais pārstāvis par medicīniskajiem pakalpojumiem norēķināties ar personiskajiem līdzekļiem, nekavējoties, tiklīdz tas ir iespējams, bet ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) dienu laikā no brīža, kad veikta apmaksā par medicīniskajiem pakalpojumiem, Apdrošinātājs un/vai Apdrošinātā pilnvarotais pārstāvis iesniedz Apdrošinātājam pieteikumu apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai un dokumentus, kas minēti 10.3. punktā.

10.2. Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās pierādīšanas pienākums gulstas uz Apdrošinātā.

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 norādītai sekojošai informācijai:

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

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

10.3.2.3. pakalpojuma saņemšanas datums;

10.3.2.4. saņemto pakalpojumu nosaukumi (detalizēts atšifrējums) un to skaits;

10.3.2.5. saņemto pakalpojumu cena;

10.3.3. personu 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 ambulatorā pacienta medicīniskās kartes un/vai zobārstniecības pacienta medicīniskās kartes, un/vai stacionāra pacienta medicīniskās kartes, kas apstiprina saņemtos pakalpojumus un kur ir norādīta pilna un precīza diagnoze, veikta ārstēšana un izmeklējumi, kas apstiprina norādīto diagnozi;

10.3.9. notariāli apstiprināta pilnvara (ja apdrošināšanas atlīdzību saņem Apdrošinātā pilnvarota persona);

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

11. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība

11.1. Apdrošinājumaņēmējs, Apdrošinātājs 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:

11.2.1.1. Apdrošinātājs pieņem lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu;

11.2.1.2. Apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību 5 (piecu) darba dienu laikā pēc lēmuma pieņemšanas.

11.2.1.3. 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:

11.2.2.1. Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt papildu dokumentus apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanai;

11.2.2.2. Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt papildu dokumentus apdrošināšanas gadījuma apstākļu noskaidrošanai;

11.2.2.3. Apdrošinātājam ir tiesības vienpersoniski izlemt un pieaicināt ekspertu apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanai; eksperta slēdziens būs saistošs gan Apdrošinājumaņēmējam, gan Apdrošinātājam; ekspertīzes izdevumus sedz Apdrošinātājs;

11.2.2.4. izvērtējot eksperta atzinumu, Apdrošinātājs pieņem lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības apmēru un citiem strīdīgajiem jautājumiem;

11.2.2.5. 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:

11.2.3.1. Apdrošinātājs pieņem lēmumu par atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību;

11.2.3.2. 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 tulgoti un domstarpības rodas tulkojuma dēļ, tad par noteicošajiem tiek uzskatīti apdrošināšanas noteikumi latviešu valodā.

11.6. Ja Apdrošinātājam vienlaikus ir spēkā divas vai vairākas Apdrošinātāja izsniegtas ceļojumu apdrošināšanas polises, kurās viens vai vairāki no šajās apdrošināšanas polisēs norādītajiem apdrošinātājiem 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 līmitu.

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 tiek risinātas pārrunu ceļā.
- 13.2. Ja domstarpības radušās, pamatojoties uz to, ka kāds jautājums netiek regulēts apdrošināšanas noteikumos, tad šā jautājuma atrisināšanai puses piemēro Latvijas Republikas likumus, tai skaitā likumu "Par apdrošināšanas līgumu" un "Patērētāju tiesību aizsardzības likumu".
- 13.3. Ja pusēm neizdodas atrisināt domstarpības pārrunu ceļā, tad lieta tiek 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 gadījumos, ja zaudējumi radušies tādu izņēmumu rezultātā, kas paredzēti Latvijas Republikas vai citas attiecīgās Šengenas līguma dalībvalsts 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 uzrūpējuma gadījumā;
- 14.2.3. globālas dabas katastrofas un dabas stihijas; šis izņēmums nav spēkā, ja pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas Apdrošinātāja ņēmējs 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 Apdrošinātajam, 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 rezultāts (radioaktīvais, elektromagnētiskais un/vai gaismas starojums);
- 15.1.3. radioaktīva saindēšanās, saindēšanās ar bioloģiskām un/vai ķīmiskām vielām, kuras nav paredzētas izmantošanai miera laikā;
- 15.1.4. piedalīšanās medikamentu klīniskajā izpētē;
- 15.1.5. seksuāli transmisīvās slimības un/vai jebkādas citas saslimšanas, kas saistītas ar minētajām.
- 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 bijuši redzami vai kā citādi izpaudušies pirms Apdrošinātāja ierašanās Latvijas Republikas teritorijā vai jebkurā citā Šengenas līguma dalībvalstī un pirms apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās datuma;
- 15.2.3. par saslimšanu ar infekcijas slimībām, pret kurām, uzturoties noteiktā reģionā, epidemiologi iesaka veikt profilaktisko vakcināciju, taču šis izņēmums nav spēkā, ja Apdrošinātājs pirms ierašanās Latvijas Republikas teritorijā vakcinācijas plānā paredzētajā laikā ir veicis pilnu vakcinācijas kursu;
- 15.2.4. par diagnosticēšanu, kas nav saistīta ar apdrošināšanas gadījumu;
- 15.2.5. par plastiskās ķirurģijas manipulācijām un operācijām un par kosmētiskajām procedūrām;
- 15.2.6. par medicīniskajiem pakalpojumiem, kas saistīti ar ģimenes plānošanu, grūtniecību, grūtniecības pārtraukšanu, dzemdībām un pēcdzemdību palīdzību;
- 15.2.7. par medicīniskajiem pakalpojumiem, kas saņemti stacionārā (slimnīcā), sākot ar 22. (divdesmit otro) uzturēšanās dienu;

- 15.2.8. par jebkādu nervu un garīgo slimību ārstēšanu, neatkarīgi no to klasifikācijas, kā arī par garīgas depresijas un vājprāta, psihiskas reakcijas un apziņas traucējumu ārstēšanu, neatkarīgi no iemesla, kas šos veselības traucējumus izraisījis;
- 15.2.9. par Latvijas Republikas normatīvajos aktos norādītajiem netradicionālās medicīnas pakalpojumiem;
- 15.2.10. par sirds un asinsvadu operācijām, par audu un orgānu transplantāciju, par protezēšanu;
- 15.2.11. par operācijām, kuras nav neatliekamas;
- 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 gūtajiem ievainojumiem), kas ir vienāds vai pārsniedz noteikto normu, ar kādu ir atļauts vadīt transporta līdzekli attiecīgajā ārvalstī;
- 15.2.13. ja Apdrošinātā pēkšņu saslimšanu, nelaimes gadījumu vai jebkuru cita apdrošinātā riska gadījumu izraisījis Apdrošinātā atrašanās narkotisko un/vai psihotropo vielu ietekmē;
- 15.2.14. ja Apdrošinātājs 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 pašnāvības mēģinājumu;
- 15.2.16. Apdrošinātajam piedaloties noziedzīga nodarījuma izdarīšanā, cenšoties veikt vai veicot krimināli sodāmas darbības, esot likumīgi aizturētam vai atrodoties apcietinājumā;
- 15.2.17. ja zaudējumi radušies pirms vai pēc noslēgtā apdrošināšanas 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 utt.;
- 15.2.20. ja apdrošināšanas gadījums noticis, braucot ar motociklu, kvadraciklu, ūdens motociklu, kartingu vai kalnu divriteni;
- 15.2.21. par Apdrošinātā ārstēšanu un medicīniskajiem izdevumiem Apdrošinātā mitnes zemē, izņemot gadījumus, ja puses, izvērtējot notikuma apstākļus, izņēmuma kārtā vienojas par to, parakstot zaudējumu noregulēšanas protokolu;
- 15.2.22. par Apdrošinātā pastāvīgi lietojamo medicīnisko palīgīdzekļu iegādi vai remontu, piemēram, brillēm, protēzēm, dzirdes aparātiem, kruķiem, invalīdu ratiņiem u. c.;
- 15.2.23. par apdrošināšanas gadījumiem, kas radušies Apdrošinātajam ārpus mitnes zemes kā viesstrādniekam, izņemot gadījumus, kad Apdrošinātāja ņēmējs un Apdrošinātājs ir vienojušies par šī izņēmuma izslēgšanu no apdrošināšanas līguma;
- 15.2.24. par apdrošināšanas gadījumiem, kas radušies Apdrošinātajam ārpus mitnes zemes, veicot profesionālo darbību, par kuru nav bijusi vienošanās starp Apdrošinātāja ņēmēju un Apdrošinātāju un šāds nosacījums nav minēts apdrošināšanas polisē;
- 15.2.25. par neparedzētiem medicīnas pakalpojumiem, par nāves vai sakropojuma gadījumiem, par transportēšanu un/vai repatriāciju, ja Apdrošinātājs Latvijas Republikā vai jebkurā citā Šengenas līguma dalībvalstī nodarbojas ar paaugstināta riska hobijiem, sportu un/vai sporta aktivitātēm, piedalās sacensībās, spēlēs vai treniņos, t.sk. izmantojot motorizētu sauszemes, ūdens vai gaisa transporta līdzekli;
- 15.2.26. par ārstēšanas kūrortos un/vai sanatorijās, par ambulatoru balneoloģisko ārstēšanu un/vai kūrorterapiju, par pakalpojumiem, kuri saistīti ar medicīnisko tūrismu;
- 15.2.27. par ārstēšanos no alkoholisma, narkomānijas, toksikomānijas, smēķēšanas, seksuāli transmisīvajām slimībām utt.;
- 15.2.28. par Laima slimības ārstēšanu;
- 15.2.29. par ērcu encefalīta ārstēšanu, izņemot gadījumus, ja Apdrošinātājs ir saņēmis pilnu vakcinācijas kursu pret ērcu encefalītu;
- 15.2.30. par profilaktiskām apskatēm.
- 15.3. Apdrošinātājs neatlīdzina Apdrošinātajam radušos izdevumus par:
- 15.3.1. medicīniskajiem pakalpojumiem, kas saņemti Latvijas Republikā vai jebkuras citas Šengenas līguma dalībvalsts teritorijā neregistrētā ārstniecības iestādē, kas nesniedz pakalpojumus normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā;
- 15.3.2. medicīniskajiem pakalpojumiem, kas saņemti Latvijas Republikā vai jebkuras citas Šengenas līguma dalībvalsts teritorijā reģistrētā privātā ārstniecības iestādē;

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

15.3.4. medicīnisko tehnoloģiju valsts reģistrā neregistrētu ārstniecības metožu;

15.3.5. veselības veicināšanas pakalpojumiem, kas saņemti iestādē, kura nav reģistrēta Latvijas Republikā vai jebkuras citas Šengenas līguma dalībvalsts teritorijā un kura nesniedz pakalpojumus normatīvajos aktos noteiktā kārtībā;

15.3.6. pakalpojumiem, kurus saņemot nav ievēroti apdrošināšanas programmā norādītie nosacījumi;

15.3.7. izmeklēšanu, ārstēšanu un/vai medikamentiem, kas zinātniski nav pārbaudīti (tajā skaitā arī homeopātiskie preparāti);

15.3.8. pašārstēšanos, ārstējot sevi ar zālēm, medikamentiem un/vai narkotiskajām vielām, ja to lietošana nav paredzēta no medicīniskā viedokļa vai ārsts tos nav izrakstījis;

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

15.3.10. ārsta nozīmētām procedūrām, kas saistītas ar rehabilitāciju (piemēram, fizikālā terapija, ārstnieciskā vingrošana);

15.3.11. braukšanu kā pilotam vai pasažierim, izmantojot bezmotora lidmašīnu, planieri vai deltaplānu; lecot ar izpletni;

15.3.12. kuģošanu kā pasažierim ar ūdens transporta līdzekli, kurš nav reģistrēts kā pasažieru pārvadāšanas līdzeklis pa noteiktu maršrutu (piemēram, jahta, ūdens motocikls utt.);

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

15.4. Apdrošinātājs neatlīdzina Apdrošinātajam radušos izdevumus par zobārstniecības pakalpojumiem, kas nav saistīti ar noteikumu punktā 16.1.5. norādītajiem, kā arī par zobu protezēšanu un zobu higiēnu.

15.5. Apdrošinātājs neatlīdzina Apdrošinātajam vai Apdrošinājumaņēmējam radušos izdevumus par Apdrošinātā reparāciju, ja tā nav medicīniski pamatota un to nav rakstiski rekomendējis ārstējošais ārsts.

15.6. Atlīdzība par transporta izdevumiem radniekam netiek izmaksāta, ja Apdrošinātais stacionārā uzturējies mazāk nekā 21 (divdesmit vienu) dienu;

15.7. Atlīdzība netiek izmaksāta, ja Apdrošinātais atrodas aktīvajā karadienē vai mācībās jebkurā no armijas daļām vai citā militārā formējumā.

16. Apdrošinātie riski

16.1. Izdevumi par medicīniskajiem pakalpojumiem

16.1.1. Apdrošinātājs apmaksā tikai tos izdevumus par medicīniskajiem pakalpojumiem, kuri saņemti Latvijas Republikā vai jebkurā citā Šengenas līguma dalībvalstī reģistrētās valsts medicīnas iestādēs un/vai medicīnas iestādēs, kuras norādītas Apdrošinātāja mājaslapā sadaļā "Privātpersonas" -> "Ārzemnieku veselības apdrošināšana" -> "Līgumorganizāciju saraksts CA/VA17".

16.1.2. Apdrošinātājs apmaksā izdevumus par:

16.1.2.1. pirmo, neatliekamo medicīnisko palīdzību, kas radušies Apdrošinātajam apdrošināšanas līguma darbības teritorijā, kas norādīta apdrošināšanas līgumā, sakarā ar Apdrošinātā pēkšņu akūtu saslimšanu vai nelaimes gadījumu;

16.1.2.2. ambulatori un stacionāri saņemtajiem medicīniskajiem pakalpojumiem, ieskaitot akūtas operācijas;

16.1.2.3. rentģenu, radioizotopisko diagnostiku un terapiju;

16.1.2.4. ārsta izrakstītajiem medikamentiem (izņemot medikamentus, uztura bagātinātājus un vitamīnus, kuri apdrošinātajam bija jālieto regulāri jau esošu slimību ārstēšanai un/vai ja diagnoze tika noteikta pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas) un par pārsienamajiem materiāliem;

16.1.2.5. ārsta nozīmētajām procedūrām, tikai ārstējoties stacionārā (inhālijas, fizikālās medicīnas procedūras) 10 (desmit) reizes apdrošināšanas periodā;

16.1.2.6. uzturēšanos (netiek apmaksāts paaugstināts serviss), ēdināšanu un aprūpi stacionārā.

16.1.3. Ja, uzturoties Latvijas Republikā vai jebkuras citas Šengenas līguma dalībvalsts teritorijā, Apdrošinātais tiek steidzami hospitalizēts sakarā ar akūtu veselības stāvokļa pasliktināšanos, kas izpaudusies kā pēkšņa, iepriekš nediagnostiķēta hroniskas slimības lēkme, Apdrošinātājs apmaksā izdevumus par Apdrošinātajam sniegtajiem pirmās neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumiem lēkmes mazināšanai, bet ne vairāk kā par 3 (trīs) stacionēšanas dienām.

16.1.4. Ja Apdrošinātais pēkšņi saslimis vai cietis nelaimes gadījumā, viņam nekavējoties jāvēršas ārstniecības iestādē vai jāizsauc ārsts, jāuzrāda ārstniecības iestādes darbiniekam vai ārstam, kurš sniedz medicīnisko palīdzību, Apdrošinātāja izsniegta apdrošināšanas polise kā apstiprinājums spēkā esošajai veselības apdrošināšanai.

16.1.5. Apdrošinātājs atlīdzina izdevumus par Apdrošinātajam sniegtajiem neatliekamajiem zobārstniecības pakalpojumiem akūtas saslimšanas vai traumas gadījumā pirmā apmeklējuma laikā ar limitu 100 (viens simts) EUR apdrošināšanas periodā par:

16.1.5.1. ārsta konsultāciju;

16.1.5.2. rentģena izmeklējumiem diagnozes precizēšanai;

16.1.5.3. zobu kanālu atvēršanu un tīrīšanu;

16.1.5.4. plombu ielikšanu;

16.1.5.5. zobu ekstrakciju akūtu sāpju un/vai zobu traumu gadījumā.

Turpmāko zobu ārstēšanu Apdrošinātājs neapmaksā.

16.1.6. Apdrošinātājs apmaksā izdevumus par neatliekamo medicīnisko palīdzību Apdrošinātajam Latvijas Republikas teritorijā vai jebkuras citas Šengenas līguma dalībvalsts teritorijā tikai līdz tam brīdim, kad Apdrošinātā dzīvībai briesmas vairs nedraud un/vai Apdrošinātais var turpināt ārstēšanos ambulatori. Par ārstēšanos un tās ilgumu, par operācijām un to nepieciešamību, kā arī par Apdrošinātā transportēšanu un/vai reparāciju, ja Apdrošinātā veselības stāvoklis ir smags, vienojas Apdrošinātājs un attiecīgās ārstniecības iestādes speciālists.

16.1.7. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa var tikt atteikta tad, ja Apdrošinātais ir vienpersoniski izlēmis veikt izmeklēšanu, diagnosticēšanu, ārstēšanu vai operāciju, vai arī tad, ja Apdrošinātais pats ir izlēmis par ārstēšanos paaugstināta servisa medicīnas iestādē, kā arī tad, ja Apdrošinātais ir mainījis ārstniecības iestādi, to iepriekš nesaskaņojot ar Apdrošinātāju.

16.2. Medicīniskais transports

Gadījumā, ja Apdrošinātais ir cietis nelaimes gadījumā vai, sakarā ar pēkšņu saslimšanu, ir nepieciešams Apdrošināto nogādāt tuvākajā medicīnas iestādē (ko ir noteicis Apdrošinātājs), lai sniegtu Apdrošinātajam neatliekamo medicīnisko palīdzību, Apdrošinātājs 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 (reparācija)

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, Apdrošinātājs, sadarbībā ar vietējo ārstējošo ārstu, veic visus nepieciešamos pasākumus, lai Apdrošinātais varētu atgriezties mītnes zemē.

16.3.2. 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 (reparāciju) var tikt samazināta vai atteikta.

16.3.3. Ja situācijas nopietnība to prasa, Apdrošinātājs nodrošina Apdrošinātā veselības stāvoklim atbilstošu medicīniskā personāla pavadību (viens medicīniskā personāla darbinieks), kad Apdrošinātais atgriežas mītnes zemē. Tiesības pieņemt lēmumu par transporta veidu, kas būtu vispiemērotākais Apdrošinātā veselības stāvoklim, ir tikai Apdrošinātajam, sadarbojoties ar Apdrošināto ārstējošo vietējo ārstu.

16.3.4. Ja pirms reparācijas uzsākšanas Apdrošinātais vai Apdrošinātā pārstāvis nav saskaņojis ar Apdrošinātāju reparācijas kārtību un izmaksas, Apdrošinātājs atlīdzina izdevumus robežās, par kādu reparāciju varēja nodrošināt Apdrošinātājs.

16.4. Apdrošinātā reparācija nāves gadījumā

16.4.1. Ja ceļojuma laikā Apdrošinātais nomirst, Apdrošinātājs organizē Apdrošinātā mirstīgo atlieku transportēšanu līdz mītnes zemei, nepārsniedzot apdrošināšanas polisē norādīto apdrošinājuma summu attiecīgajam reparācijas riskam.

16.4.2. Ja pirms reparācijas uzsākšanas Apdrošinātā pārstāvis nav saskaņojis ar Apdrošinātāju reparācijas kārtību un izmaksas, Apdrošinātājs atlīdzina izdevumus robežās, par kādu reparāciju varēja nodrošināt Apdrošinātājs.