

ĀRZEMNIEKU CEĻOJUMU APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI

I DAĻA - Noteikumos lietotie termini

Apdrošinātājs – AAS “BALTA”.

Apdrošinājuma ņēmējs – fiziska vai juridiska persona, kura noslēdz apdrošināšanas līgumu apdrošinātā labā.

Apdrošinātais – fiziska persona, kurai ir apdrošināmā interese un kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas līgums, par ko liecina attiecīga norāde apdrošināšanas polisē.

Mītnes zeme – valsts, kura ir apdrošinātā pilsonības vai pastāvīgās dzīvesvietas valsts, vai valsts, kura izsniegusi Apdrošinātajam pastāvīgās uzturēšanās vai termiņuzturēšanās atļauju, ja tā nav Latvijas Republika.

Apdrošinājuma summa – apdrošināšanas līgumā noteikta naudas summa, par kuru ir apdrošināta katra apdrošinātā interese neciest zaudējumus, un kuras ietvaros, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību.

Apdrošināšanas prēmija – apdrošināšanas līgumā noteiktais apdrošinājuma ņēmēja maksājums apdrošinātajam par apdrošināšanu.

Apdrošināšanas atlīdzība – apdrošinājuma summa, tās daļa vai cita par apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā summa vai pakalpojumu apmaksa atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

Apdrošināšanas polise – dokuments, kas apliecina, ka apdrošinājuma ņēmējs un apdrošinātais ir noslēguši šo apdrošināšanas līgumu.

Apdrošināšanas līgums – līguma noslēgšanas apliecinājums ir apdrošināšanas polise, kas ietver apdrošināšanas līguma noteikumus, kā arī visus šī apdrošināšanas līguma grozījumus.

Apdrošināšanas gadījums – ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts notikums, kuram iestājoties paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

Apdrošinātais risks – apdrošināšanas polisē paredzētais no apdrošinātā gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē.

Paša risks – naudas summā izteikta daļa no apdrošināšanas atlīdzības apmēra, kas apdrošināšanas līgumā noteiktajos gadījumos tiek atskaitīta no apdrošināšanas atlīdzības un apdrošinātājs to neatlīdzina.

Neatliekamā medicīniskā palīdzība – medicīniskā palīdzība, kuras nesniegšanas gadījumā ir apdraudēta apdrošinātā dzīvība.

Pēkšņa saslimšana – iepriekš nepastāvējusi, neparedzama un pirms apdrošināšanas perioda neizpauzies saslimšana, kuras dēļ apdrošinātajam ir nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība.

Hroniskas slimības paasinājums – hroniskas slimības raksturīgo simptomu parādīšanās vai norises strauja pasliktināšanās apdrošināšanas periodā, kā rezultātā apdrošinātajam ir nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība.

Nelaiemes gadījums – pēkšņs, no Apdrošinātā gribas neatkarīgs, cēloniskā sakarībā ar ārēju spēku iedarbību apdrošināšanas līguma darbības laikā radies notikums, kura rezultātā Apdrošinātā veselībai vai dzīvībai ir nodarīts kaitējums, kā rezultātā Apdrošinātajam ir nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība.

II DAĻA - Vispārīgie noteikumi

1. Apdrošināšanas līguma noslēgšana un spēkā esamība

1.1. Apdrošināšanas līgums ir spēkā Latvijas Republikā un pārējās Šengenas līguma dalībvalstīs (Austrijā, Beļģijā, Dānijā, Somijā, Francijā, Vācijā, Itālijā, Grieķijā, Luksemburgā, Nīderlandē, Portugālē, Spānijā, Zviedrijā, Norvēģijā, Īslandē,

Čehijā, Igaunijā, Lietuvā, Maltā, Polijā, Slovēnijā, Slovākijā, Ungārijā, Šveicē).

1.2. Apdrošināšanas līguma darbības periods, ko norāda apdrošināšanas polisē, tiek noteikts apdrošinātajam un apdrošinājuma ņēmējam savstarpēji vienojoties.

1.3. Apdrošināšanas līgums stājas spēkā apdrošināšanas polisē norādītajā sākuma datumā pēc Latvijas laika un ja apdrošinājuma ņēmējs apdrošināšanas prēmiju ir samaksājis līdz polisē norādītajam datumam.

1.4. Ja laikā, kad stājas spēkā apdrošināšanas līgums, apdrošinātā riska iestāšanās iespējamība vai apdrošināmā interese nepastāv, vai apdrošinātais risks jau ir iestājies, apdrošināšanas līgums nav spēkā no tā noslēgšanas brīža.

2. Apdrošinātie riski

2.1. Saskaņā ar apdrošināšanas līgumu tiek apdrošināti šādi apdrošināšanas noteikumu III daļā noteiktie un polisē atzīmētie apdrošinātie riski:

2.1.1. medicīniskie izdevumi;

2.1.2. medicīniskais transports;

2.1.3. zobārstniecība;

2.1.4. slimnieka repatriācija;

2.1.5. repatriācija nāves gadījumā.

3. Apdrošinājuma summa un limiti

3.1. Apdrošinājuma summa ir noteikta katram apdrošinātajam riskam atsevišķi un kopēja apdrošinājuma summa periodā vienam apdrošinātajam. Kopējā apdrošinājuma summa vienam apdrošinātajam apdrošināšanas periodā ir EUR 45 000. Katram apdrošinātajam riskam atsevišķi ir noteikti šādi limiti:

3.1.1. limits medicīniskiem izdevumiem ir EUR 30 000 apdrošināšanas periodā;

3.1.2. limits par zobārstniecības palīdzību ir EUR 100 apdrošināšanas periodā;

3.1.3. limits izdevumiem par medicīnisko transportu ir EUR 5 000 apdrošināšanas periodā;

3.1.4. limits izdevumiem par slimnieka repatriāciju uz mītnes zemi smagas slimības gadījumā ir EUR 5 000 apdrošināšanas periodā;

3.1.5. limits izdevumiem par repatriāciju uz mītnes zemi nāves gadījumā ir EUR 5 000;

3.1.6. kopējais limits par vienu apdrošināšanas gadījumu šo noteikumu punktos 3.1.1., 3.1.2. un 3.1.3. minētajiem izdevumiem ir EUR 750;

3.1.7. no apdrošināšanas atlīdzības par šo noteikumu punktos 3.1.1., 3.1.2. un 3.1.3. minētajiem izdevumiem tiek atskaitīts paša risks EUR 50 par vienu apdrošināšanas gadījumu.

3.2. Kopējā izmaksājamā apdrošināšanas atlīdzība vienai personai par vienu vai vairākiem apdrošināšanas gadījumiem, kas notikuši apdrošināšanas līguma darbības periodā, nedrīkst pārsniegt apdrošinājuma summu konkrētajam apdrošināšanas riskam un kopējo apdrošinājuma summu vienai personai EUR 45 000. Līgums pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas paliek spēkā starpības apmērā starp konkrētā apdrošināšanas riska sākotnējo apdrošinājuma summu un izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību.

4. Apdrošinātāja tiesības un pienākumi

Apdrošinājuma ņēmējs savā un apdrošināto vārdā ar apdrošināšanas līguma noslēgšanas brīdi pilnvaro apdrošinātāju, kā personu datu apstrādes sistēmas pārziņi un personu datu operatoru, apstrādāt apdrošinājuma ņēmēja

datus, kā arī apdrošinātā datus, arī sensitīvus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus ar mērķi

ĀRZEMNIEKU CEĻOJUMU APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI

nodrošināt līguma izpildi, iepazīties ar iesniegto informāciju, tai skaitā medicīnisko dokumentāciju, nepieciešamības gadījumā pieprasīt papildus dokumentus un pieaicināt ekspertu komisiju, kā arī apdrošinātais piekrist ekspertīzei pie apdrošinātāja izvēlēta ārsta eksperta veselības stāvokļa pārbaudei sakarā ar apdrošināšanas gadījumu. Apdrošinātājam ir tiesības sniegt apdrošināšanas gaitā iegūto informāciju par apdrošināto un/vai apdrošināšanas ņēmēju saistībā ar apdrošināšanas līguma noslēgšanu un izpildi Apdrošinātāja mātes uzņēmuma grupas sastāvā ietilpstošiem uzņēmumiem. Ja apdrošinājuma ņēmējs un apdrošinātais nav viena un tā pati persona, apdrošinājuma ņēmējs apliecina, ka ir saņēmis un nepieciešamības gadījumā uzrādīs apdrošinātā rakstisku atļauju šajos noteikumos noteiktajai personas datu apstrādei.

4.1. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt papildus dokumentāciju, kas nepieciešama apdrošinātā riska izvērtēšanai un tā izraisīto zaudējumu novērtēšanai.

4.2. Apdrošinātājam ir pienākums, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, veikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu atbilstoši polisē norādītajiem apdrošinātajiem riskiem, ja apdrošināšanas gadījums saskaņā ar apdrošināšanas līgumu ir noticis apdrošināšanas līguma darbības laikā un teritorijā.

4.3. Ja, slēdzot apdrošināšanas līgumu, tā darbības laikā vai pēc zaudējuma iestāšanās apdrošinājuma ņēmējs vai apdrošinātais ļaunā nolūkā vai rupjas neuzmanības dēļ sniedz apdrošinātājam nepatiesu informāciju vai atsakās iesniegt apdrošinātāja pieprasīto informāciju, apdrošinātājs ir tiesīgs atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību un izbeigt apdrošināšanas līgumu.

4.4. Apdrošinātājam ir tiesības atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, ja zaudējumi vai izdevumi ir radušies apdrošinātā vai apdrošinājuma ņēmēja ļauna nolūka, rupjas neuzmanības vai noziedzīgās darbības dēļ.

4.5. Apdrošinātājam ir tiesības samazināt apdrošināšanas atlīdzību līdz 50 procentiem, ja apdrošinātais vieglas neuzmanības dēļ:

4.5.1. nav paziņojis apdrošinātājam nekavējoties, tiklīdz tas bija iespējams, par apdrošinātā riska iestāšanos un/vai

4.5.2. nav veicis visus iespējamus saprātīgos pasākumus, lai samazinātu zaudējumus un/vai

4.5.3. iebilda pret apdrošinātāja prasību konstatēt un novērtēt zaudējumu apjomu, to rašanās apstākļus vai

4.5.4. nav iesniedzis apdrošinātājam visus pie apdrošinātā esošos dokumentus, kas raksturo apdrošinātā riska iestāšanos un tā izraisītos zaudējumus vai

4.5.5. nav sniedzis apdrošinātājam arī citu tā rīcībā esošo informāciju, kuru pieprasījis apdrošinātājs.

4.6. Apdrošinātā nāves gadījumā apdrošinātājam saskaņā ar spēkā esošajiem tiesību aktiem ir tiesības pieprasīt līķa sekciju, kuras atteikuma gadījumā ir tiesīgs samazināt apdrošināšanas atlīdzības apmēru vai atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību.

5. Apdrošinājuma ņēmēja pienākumi

5.1. Sniegt apdrošinātājam precīzu un patiesu informāciju, kurai ir nozīme apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai un kas ir svarīga apdrošinātā riska izvērtēšanā, slēdzot apdrošināšanas līgumu, kā arī apdrošināšanas līguma darbības laikā.

5.2. Paziņot apdrošinātājam par citiem tam zināmiem spēkā esošiem apdrošināšanas līgumiem, kuri attiecas uz apdrošinātiem riskiem saskaņā ar šo apdrošināšanas līgumu.

5.3. Informēt apdrošināto par to, ka viņš ir apdrošināts un iepazīstināt to ar apdrošināšanas līguma noteikumiem. Pretējā gadījumā apdrošinājuma ņēmējs atbild par neinformētības

sekām un sedz tos izdevumus, kas apdrošinātājam radušies apdrošināto neinformētības rezultātā.

5.4. Samaksāt apdrošinātājam apdrošināšanas prēmiju apdrošināšanas līgumā noteiktajos termiņos un kārtībā.

5.5. Citi šajā apdrošināšanas līgumā noteiktie apdrošinājuma ņēmēja pienākumi.

6. Apdrošinātā pienākumi

6.1. Sniegt apdrošinātājam precīzu un patiesu informāciju, kurai ir nozīme apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai un kas ir svarīga apdrošinātā riska izvērtēšanā, slēdzot apdrošināšanas līgumu, kā arī apdrošināšanas līguma darbības laikā.

6.2. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, veikt visus iespējamus saprātīgos pasākumus, lai iespēju robežās samazinātu zaudējumu apjomu un izvairītos no liekiem izdevumiem.

6.3. Iestājoties pēkšņam saslimšanas vai nelaimes gadījumam, kad apdrošinātājam ir nepieciešama neatliekama medicīniskā palīdzība, tā pienākums ir nekavējoties, bet ne vēlāk kā 24 stundu laikā, vērsties pie kvalificēta praktizējoša ārsta un saņemt nepieciešamo medicīnisko palīdzību.

6.4. Nekavējoties, tiklīdz tas kļūst iespējams, paziņot apdrošinātājam vai tā pārstāvim par apdrošinātā riska iestāšanos.

6.5. Tiklīdz tas kļūst iespējams, bet ne vēlāk kā 30 dienu laikā pēc polises darbības beigām, paziņot apdrošinātājam par paša apdrošinātā apmaksātajiem izdevumiem un/vai zaudējumiem, kas ir radušies apdrošinātā riska iestāšanās rezultātā, kā arī iesniegt apdrošinātājam dokumentus, kas apstiprina apdrošinātā riska iestāšanos, tā apstākļus, zaudējumu apjomu un citus apdrošinātāja pieprasītos dokumentus.

III DAĻA - Apdrošinātie riski

7. Medicīniskie izdevumi

7.1. Medicīniskie izdevumi šo noteikumu izpratnē ir neparedzēti medicīniskie izdevumi, kas radušies Latvijas Republikas vai citu Šengenas līguma dalībvalstu teritorijā par neatliekamo medicīnisko palīdzību sakarā ar akūtu, dzīvībai bīstamu veselības stāvokļa pasliktināšanos pēkšņas saslimšanas, hroniskas slimības paasinājuma vai nelaimes gadījuma rezultātā.

7.2. Apdrošinātājs apmaksā pamatotus, dokumentāli pierādāmus medicīniskos izdevumus, saņemot neatliekamo medicīnisko palīdzību dzīvībai bīstama kritiskā stāvokļa novēršanai - ambulatori un/vai stacionāri atkarībā no saslimšanas rakstura vistuvāk nelaimes gadījuma vai saslimšanas vietai.

7.3. Apdrošinātājs apmaksā neatliekamus zobārstniecības pakalpojumus, kas sniegti, lai novērstu akūtas zobu sāpes (zoba saknes ārstēšanas uzsākšana ar pagaidu pildījuma ielikšanu vai zoba izraušanu) pirmā apmeklējuma laikā. Turpmāko ārstēšanu apdrošinātājs neapmaksā.

8. Medicīniskais transports

8.1. Ja neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai sakarā ar akūtu, dzīvībai bīstamu veselības stāvokļa pasliktināšanos saslimšanas vai nelaimes gadījuma rezultātā apdrošināto nepieciešams nogādāt medicīnas iestādē, apdrošinātājs apmaksā izdevumus par apdrošinātā transportēšanu ar neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta transportu līdz tuvākai medicīnas iestādei saskaņā ar ārstniecības personas medicīnisko atzinumu.

ĀRZEMNIEKU CEĻOJUMU APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI

9. Repatriācijas izdevumi

9.1. Repatriācijas izdevumi šo noteikumu izpratnē ir neparedzēti transportēšanas izdevumi, kas radušies sakarā ar akūtu, dzīvībai bīstamu veselības stāvokļa pasliktināšanos saslimšanas vai nelaimes gadījuma rezultātā un kā dēļ nepieciešama apdrošinātā vai tā mirstīgo atlieku transportēšanu uz mītnes zemi.

9.1.1. Apdrošinātājs atlīdzina ar apdrošinātāju iepriekš rakstiski saskaņotus izdevumus par:

9.1.1.1. apdrošinātā transportēšanu uz mītnes zemi, pamatojoties uz ārstniecības personas rakstiski sniegtām rekomendācijām;

9.1.1.2. apdrošinātā mirstīgo atlieku transportēšanu uz mītnes zemes lidostu (pārvadot tās ar lidmašīnu) vai līdz mītnes zemes robežai (pārvadot tās ar cita veida transportu).

10. Izņēmumi

10.1. Apdrošinātājs neatlīdzina zaudējumus, kuru cēlonis ir:

10.1.1. karadarbība, invāzija, ārvalstu ienaidnieku darbība (ar vai bez kara pieteikšanas), dumpis, pilsoņu karš, militāra vai uzurpēta vara, masu nemieri, terorisms, streiks, revolūcija, sacelšanās, demonstrācija;

10.1.2. jonizējošais starojums, radioaktīvais piesārņojums;

10.1.3. apdrošinātā, apdrošinājuma ņēmēja vai citas apdrošināšanas atlīdzības saņemšanā ieinteresētās personas ļauns nolūks, rupja neuzmanība vai noziedzīga darbība; apdrošinātā tīšas darbības rezultāts, apdrošinātā pašnāvība, pašnāvības mēģinājums; apdrošinātā prettiesiska rīcība; neievērota apdrošinātā piesardzība un nav veikti visi nepieciešamie pasākumi, lai novērstu un mazinātu zaudējumus; apdrošinātā nepiemērota rīcība paaugstinātas bīstamības un traumatisma apstākļos un sevis pakļaušana ārkārtējām briesmām vai traumatismam, izņemot cilvēka dzīvības glābšanas gadījumu;

10.1.4. apstākļi, kurus puses nav varējušas paredzēt, novērst saprātīgas rīcības rezultātā un par kurām tās nenes atbildību.

10.2. Apdrošinātājs neatlīdzina zaudējumus:

10.2.1. kas radušies Pasaules Veselības Organizācijas apstiprināto pandēmiju iestāšanās rezultātā (Epidēmija – kādas infekciju slimības izplatīšanās noteiktā apvidū, kura stipri pārsniedz parasto saslimstības līmeni. Ja epidēmija aptver vairākas valstis, kontinentus vai pat visu pasauli – tā ir pandēmija.);

10.2.2. sakarā ar ārstēšanos un/vai repatriāciju, ja nav ņemtas vērā Pasaules Veselības Organizācijas noteiktās prasības ceļotājiem attiecībā uz vakcināciju un profilaksi (<http://www.sva.lv/>, <http://www.who.int/>), LR Ārlietu Ministrijas rekomendācijas apmeklējot bīstamu infekciju skartos reģionus (<http://www.mfa.gov.lv/>);

10.2.3. ja apdrošinātajam uz apdrošināšanas gadījuma brīdi nav izsniegta un spēkā esoša vīza vai pastāvīgās uzturēšanās vai termiņuzturēšanās atļauja;

10.2.4. kurus saskaņā ar spēkā esošajiem tiesību aktiem paredzēts segt ar jebkāda veida obligāto apdrošināšanu.

10.3. Par apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmi gadījumi, kuru rezultātā apdrošinātais ir cietis zaudējumus vai tam radušies izdevumi:

10.3.1. apdrošinātajam esot alkoholisko, narkotisko, psihotoksisko vai citu apreibinošo vielu iespaidā;

10.3.2. apdrošinātajam esot likumīgi aizturētam vai atrodoties apcietinājumā;

10.3.3. apdrošinātajam iesaistoties vai piedaloties aktīvā militārā dienesta operācijās vai apmācībās;

10.3.4. lidojot ar lidaparātu citādi nekā pasažierim licencētai aviosabiedrībai piederošajā lidmašīnā, kas reģistrēta kā pasažieru pārvadāšanas līdzeklis pa noteiktu maršrutu;

10.3.5. braucot ar motocikliem, kvadricikliem, ūdens motocikliem, kartingiem, kalnu divriteņiem;

10.3.6. kuģojot citādi nekā pasažierim ar kuģi, kurš reģistrēts kā pasažieru pārvadāšanas peldlīdzeklis pa noteiktu maršrutu, t.sk., burājot;

10.3.7. piedaloties sporta sacensībās un treniņos, t.sk., izmantojot motorizētu sauszemes, ūdens vai gaisa transporta līdzekli;

10.3.8. nodarbojoties ar klinšu kāpšanu, alpīnismu, kāpšanu no kalnos (augstums virs 2500 metri), izpletņlēcšanu, lēcšanu no augstuma gumijas atsaitē, lidojot ar deltaplānu, paraplānu, planieri, niršanu ar elpošanas aparātiem, speleoloģiju, parkūru, frīstailu, šorttreku, lēcšanu ar slēpēm no trampolīna, skeletonu, bobsleju, kamaniņu sportu, snovbordū, hokeju, slalomu, kalnu slēpošanu, skioringu, beisbolu, regbiju, cīņas sporta veidiem, jāšanu ar zirgiem, sērfošanu, airēšanu, kaitbordingu un citiem ekstrēmām sporta veidiem neatkarīgi no tā, vai tā ir individuāla vai organizēta nodarbība, treniņi, sacensības, vai jebkāda cita veida laika pavadīšana.

10.4. Apdrošinātājs neatlīdzina zaudējumus:

10.4.1. ja apdrošinātais nav saglabājis un nevar iesniegt apmaksātos čekus un citus dokumentus, kas pierāda notikuma faktu un zaudējuma apmēru;

10.4.2. ja apdrošinātais nav pieteicis par paša apdrošinātā apmaksātajiem izdevumiem apdrošināšanas atlīdzību 30 dienu laikā pēc polises darbības beigu termiņa.

10.4.3. par anonīmi veiktu ārstniecību, netradicionālās ārstniecības pakalpojumiem, par pakalpojumiem, kas sniegti neatbilstoši tās valsts tiesību aktiem, kur saņemts pakalpojums;

10.4.4. ja apdrošinātais nav ievērojis ārstniecības personas norādījumus;

10.4.5. par medicīnisko palīdzību, kas saistīta ar slimību (tai skaitā hronisku slimību), ar kuru Apdrošinātais saslimis vai tā sākusies pirms apdrošināšanas līguma darbības sākuma (neatkarīgi no tā, vai tā tika diagnosticēta un ārstēta vai nē), diagnostiku un ārstēšanu, izņemot neatliekamo medicīnisko palīdzību apdrošinātā dzīvības glābšanai;

10.4.6. par medicīnisko palīdzību, kas nav neatliekamā medicīniskā palīdzība dzīvības glābšanai vai sniegta pēc akūtā veselības stāvokļa un dzīvības apdraudējuma novēršanas, kā arī kuru nav dokumentāli nozīmējis ārsts vai nav medicīnisku indikāciju;

10.4.7. hronisku slimību ārstniecību, izņemot gadījumu, ja tā ir pirmreizēja neatliekamā medicīniskā palīdzība polises darbības laikā;

10.4.8. par atkārtotām vizītēm ārstniecības iestādēs tās pašas saslimšanas vai traumas dēļ, kam netiek piemērota jauna vai mainīta esošā ārstēšana vai vizītēm saistībā ar izmeklējumu rezultātu kontroli;

10.4.9. par slimībām vai veselības stāvokļiem, kurus izsaucis pozitīvs HIV tests vai iegūtais imūndeficīta sindroms (AIDS);

10.4.10. par medicīnisko palīdzību, kas saistīta ar iedzimtu, pārmantotu, pirms apdrošināšanas līguma iegūtu anomāliju un onkoloģisku slimību ārstniecību neatkarīgi no slimības stadijas;

10.4.11. kas saistīti ar grūtniecību, tās pārtraukšanu, dzemdībām, to sarežģījumiem un pēcdzemdību aprūpi;

10.4.12. par zobu plānveida ārstēšanu – plombēšanu, zobu kanālu pildīšanu, zobu kroņu/stūru atjaunošanu ar plombējamo materiālu, zobu protezēšanu, t.sk. inlejas, onlejas, zobu higiēnu, ortodontiju un paradonta slimību ārstēšanu, ortopantomogrammas u.c.;

10.4.13. par seksuāli transmisīvo slimību diagnostiku un ārstēšanu, plastisko ķirurģiju, medicīnisko ekspertīzi, alkoholisma, narkomānijas, toksikomānijas vai šo vielu lietošanas rezultātā radušos veselības kaitējumu, to diagnostiku un ārstēšanu;

10.4.14. veselības traucējumiem, kas radušies sakarā ar apdrošinātā psihiskā stāvokļa traucējumiem vai psihisku

ĀRZEMNIEKU CEĻOJUMU APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI

saslimšanu, epilepsiju vai citiem apziņas traucējumiem, jebkādu psihiatrisko, psihoterapeitisko un seksopatoloģisko ārstēšanu, sirds un asinsvadu operācijām, redzes korekcijas, neiroķirurģiskām, rekonstruktīvām operācijām; audu un orgānu transplantāciju, protezēšanu, patoloģiskiem kaulu lūzumiem vai iepriekš notikušu traumu dēļ; rehabilitāciju, bojātu protēžu labošanu vai aizvietošanu; par tehniskajiem un medicīniskajiem palīg līdzekļiem, medikamentiem, medicīniskajiem un homeopātiskajiem līdzekļiem, medicīniskām ierīcēm, medicīnas precēm; brillēm, lēcām, dzirdes aparātiem; ārstu honorāriem;

10.4.15. par jebkuriem repatriācijas izdevumiem, kas nav saskaņoti ar apdrošinātāju vai pārsniedz minimāli nepieciešamos, lai nodrošinātu apdrošinātā vai tā mirstīgo atlieku transportēšanu uz mītnes zemi, kā arī kas radušies šo noteikumu izņēmumos minēto veselības traucējumu dēļ;

10.4.16. par izdevumiem saistībā ar paaugstināta komforta apstākļiem.

IV DAĻA - Apdrošināšanas atlīdzība

11. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa

11.1. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, apdrošinātajam vai tā pārstāvim par saņemtajiem pakalpojumiem sākotnēji jānorēķinās pašam no personīgajiem līdzekļiem.

11.2. Apdrošināšanas atlīdzību apdrošinātājs izmaksā apdrošinātajam, tā pilnvarotai personai vai citai personai, kura ir tiesīga saņemt apdrošināšanas atlīdzību.

11.3. Lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību pieņem 30 dienu laikā pēc visu apdrošinātāja pieprasīto dokumentu saņemšanas dienas.

11.4. Pēc pušu vienošanās, pirms veikta pilnīga apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšana, apdrošinātājs var izmaksāt apdrošināšanas atlīdzības daļu tādā apjomā, kādu neapstrīd neviena no pusēm.

11.5. Ja apdrošinātā persona pret tiem pašiem riskiem ir apdrošinājusies citās apdrošināšanas sabiedrībās, apdrošināšanas atlīdzības izmaksa tiek sadalīta proporcionāli apdrošinājuma summām starp visiem apdrošinātajiem tā, lai kopējā atlīdzība nepārsniegtu apdrošinātā zaudējumus.

12. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai nepieciešamie dokumenti

12.1. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai apdrošinātajam vai tā pārstāvim ir pienākums iesniegt apdrošinātajam sekojošus dokumentus:

12.1.1. pieteikums apdrošināšanas atlīdzības izmaksai par notikušo apdrošināšanas gadījumu;

12.1.2. pēc apdrošinātāj pieprasījuma - vīza vai uzturēšanās atļauja;

12.1.3. visi čeku vai rēķinu oriģināli, kuros ir norādītas ziņas par pakalpojuma saņēmēju (vārds, uzvārds, dzimšanas dati) un pakalpojuma sniedzēju (nosaukums, reģistrācijas numurs, bankas rekvizīti), pakalpojuma precīzs nosaukums un apmērs, pakalpojuma sniegšanas sākuma un beigu datums;

12.1.4. medicīnas iestādes izziņa, kas apstiprina nelaimes vai saslimšanas gadījumu, kur norādīta pilna diagnoze, pielietotā ārstēšana, izmeklējumu rezultāti, kas apstiprina diagnozi un citi ar apdrošināšanas gadījumu saistītie saņemtie ārstnieciskie pakalpojumi, repatriācijas gadījumā – ārsta atzinums par medicīniski pamatotu un nepieciešamu repatriāciju;

12.1.5. dokuments, kas apliecina atlīdzības saņēmēja tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību – dzimšanas apliecība, pase, notariāli apliecināta pilnvara, bāriņtiesas vai pagasttiesas lēmums.

V DAĻA - Citi noteikumi

13. Apdrošināšanas līguma izbeigšana

13.1. Apdrošinātājs ir tiesīgs vienpusēji, bez tiesas starpniecības izbeigt apdrošināšanas līguma darbību šādos gadījumos:

13.1.1. ja apdrošināšanas izdevumi radušies apdrošinājuma ņēmēja vai apdrošinātā, vai citu apdrošināšanas atlīdzības saņemšanā ieinteresētu personu ļauna nolūka vai rupjas neuzmanības dēļ;

13.1.2. ja apdrošinājuma ņēmējs vai apdrošinātais, slēdzot apdrošināšanas līgumu vai tā darbības laikā, ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ ir sniedzis apdrošinātājam nepatiesu informāciju vai atsakās sniegt apdrošinātāja pieprasīto informāciju;

13.1.3. apdrošinājuma ņēmējs kā juridiska persona ir likvidēta un tai nav tiesību un/vai saistību pārņēmēja;

13.1.4. citos Latvijas Republikas tiesību aktos noteiktajos gadījumos.

13.2. Apdrošināšanas līguma darbība iepriekšminētajos gadījumos tiek izbeigta, izsūtot apdrošinājuma ņēmējam rakstisku paziņojumu uz apdrošināšanas polisē norādīto adresi, ja Latvijas Republikas tiesību aktos nav noteikta cita apdrošināšanas līguma izbeigšanas kārtība. Apdrošināšanas līgums ir izbeigts pēc 15 dienām no rakstveida paziņojuma nosūtīšanas dienas.

13.3. Pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas par apdrošinātā nāvi apdrošināšanas līguma darbība attiecībā uz šo apdrošināto izbeidzas.

13.4. Apdrošinājuma ņēmējam un apdrošinātajam vienojoties apdrošināšanas līgums var tikt izbeigts pirms termiņa.

13.5. Ja apdrošināšanas līguma darbība tiek izbeigta saskaņā ar 13.1.1., 13.1.2., 13.1.3. vai 13.1.4. punktiem, tad apdrošināšanas prēmijas daļa netiek atmaksāta.

14. Regresa prasība, piemērojamie tiesību akti, strīdu izšķiršanas kārtība un citi noteikumi

14.1. Apdrošinātājs, izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību, pārņem apdrošinātā prasījuma tiesības pret personu, kura ir atbildīga par nodarītajiem zaudējumiem un izdevumiem izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības apmērā. Apdrošinātājs nevar vērsties ar regresa prasību pret apdrošinātā bērniem, vecākiem vai laulāto, ja vien zaudējumi nodarīti vai izdevumi radušies ar šādas personas ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ.

14.2. No apdrošināšanas līguma izrietošo attiecību regulēšanai tiek piemēroti Latvijas Republikas tiesību akti – Likums “Par apdrošināšanas līgumu”, Latvijas Republikas Civillikums un citi Latvijas Republikas tiesību akti.

14.3. Apdrošinājuma ņēmēja vai apdrošinātā sūdzības vai pretenzijas, kas iesniegtas rakstiski, apdrošinātājs izskata un sniedz rakstisku atbildi 30 (trīsdesmit) kalendāro dienu laikā no sūdzības vai pretenzijas saņemšanas dienas.

14.4. Visi strīdi apdrošināšanas līguma sakarā tiek risināti sarunu ceļā. Ja vienošanās netiek panākta, strīds tiek izskatīts Latvijas Republikas tiesā Latvijas Republikas tiesību aktos noteiktajā kārtībā.