

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI Nr. ML02

I. NODAĻA. VISPĀRĪGIE NOTEIKUMI

1. Izmantotie termini

- 1.1. **Apdrošinātājs** - "BALVA" Apdrošināšanas akciju sabiedrība
- 1.2. **Apdrošinājumaņēmējs** - juridiska vai fiziska persona, kura ir noslēgusi apdrošināšanas līgumu ar Apdrošinātāju.
- 1.3. **Apdrošinātais** - fiziska persona, kuras veselība tiek apdrošināta pēc apdrošināšanas līguma un kurai ir paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās.
- 1.4. **Apdrošinātais risks** - iespējams, neatkarīgs no apdrošinājumaņēmēja un apdrošinātā gribas notikums, pret kura iestāšanās sekām tiek noslēgts apdrošināšanas līgums.
- 1.5. **Apdrošinājuma summa** - apdrošināšanas līgumā noteiktā naudas summa, par kuru ir apdrošināta personas veselība un fiziskais stāvoklis.
- 1.6. **Apdrošināšanas prēmija** - apdrošināšanas līgumā noteiktais maksājums par apdrošināšanā ietvertajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.
- 1.7. **Apdrošināšanas gadījums** - ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts notikums, kuram iestājoties paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši apdrošināšanas noteikumiem un līgumam.
- 1.8. **Apdrošināšanas atlīdzība** - par apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā naudas summa par apdrošinātā ārstēšanas izdevumiem apdrošināšanas līgumā noteiktās apdrošināšanas summas ietvaros.
- 1.9. **Apdrošināšanas termiņš** - apdrošināšanas periods, kurā darbojas veselības drošināšanas līgums.
- 1.10. **Līgumorganizācija** - medicīnas, ārstniecības iestāde, kura ir noslēgusi līgumu ar apdrošinātāju par medicīnas pakalpojumu sniegšanu un kura ir uzrādīta apdrošināšanas polises pielikumā.
- 1.11. **Individuālā apdrošināšanas polise** - dokuments, kas izsniegts Apdrošinātājai personai un apliecina, ka Apdrošinātā persona ir tiesīga saņemt Apdrošinātāja apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, saskaņā ar Apdrošinātāja un Apdrošinājumaņēmēja noslēgto Veselības apdrošināšanas (turpmāk tekstā - VA) līgumu.
- 1.12. **Apdrošināšanas līgums** - nosaka Apdrošinātāja un Apdrošinājumaņēmēja pienākumus un tiesības; līgums sastāv no apdrošināšanas pieteikuma, individuālas polises, apdrošināšanas noteikumiem un īpašiem nosacījumiem, ja tādi ir nepieciešami.
- 1.13. **Veselības apdrošināšanas programma** - veselības aprūpes pakalpojumi, kuri ietverti veselības apdrošināšanas programmā un par kuriem Apdrošinājumaņēmējs ir samaksājis prēmiju.

2. Vispārējie noteikumi

2.1. Apdrošināšanas priekšmets ir tiesiskās attiecības, kuras balstās uz pušu savstarpēju vienošanos - apdrošināšanas līgumu, saskaņā ar kuru apdrošinājumaņēmējs uzņemas pienākumu samaksāt apdrošināšanas prēmiju un izpildīt pārējos noteiktos pienākumus veselības apdrošināšanā, bet apdrošinātājs uzņemas pienākumu, iestājoties paredzētajam apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, apmaksājot medicīnas iestādēm apdrošinātā ārstēšanas izdevumus saskaņā ar attiecīgo veselības programmu un pakalpojumu apjomu.

2.2. Gadījumā, ja par apdrošināto pēc apdrošināšanas līguma kļūst nevis apdrošinājumaņēmējs, bet cita persona, tad ar apdrošināšanas līguma stāšanās spēkā brīdī daļa pienākumu par tā izpildi pāriet uz apdrošināto. Šajā gadījumā apdrošinājumaņēmējam ir pienākums pienācīgā veidā informēt apdrošināto par apdrošināšanas līguma noslēgšanu viņa labā, kā arī iepazīstināt pēdējo ar izsniegtās polises nosacījumiem, apdrošināšanas seguma apjomu un šiem apdrošināšanas noteikumiem.

2.3. Apdrošināšanas līgums darbojas Latvijas Republikas teritorijā vai apdrošinātās personas mītnes zemē, ja to paredz apdrošināšanas līgums.

3. Apdrošinātās personas

3.1. Apdrošinājumaņēmējs šajā apdrošināšanas veidā var būt juridiskas vai fiziskas personas. Juridisko personu apdrošinātās personas var būt Apdrošinājumaņēmēja darbinieki, ar kuriem noslēgts darba līgums un par kuriem tiek veikti nodokļu maksājumi, kā arī darbinieku radnieki - vīrs, sieva, bērni.

3.2. Apdrošināto personu vecums ir no 3 līdz 75 gadiem.

3.3. Netiek apdrošinātas personas, kurām ir veselības traucējumi, kuri tiek minēti šo noteikumu 4.2. punktā, kā arī tādas personas, kuras sirgst ar psihiskām saslimšanām, smagiem nervu sistēmas traucējumiem, pilnīgi paralizētas personas, personas ar iedzimtām anomālijām un I grupas invalīdi. Attiecībā uz bērniem netiek apdrošināti invalīdi kopš bērnības.

4. Apdrošināšanas objekts un apdrošinātie riski

4.1. Veselības apdrošināšanā apdrošina fiziskas personas veselības stāvokli pret iespējamiem veselības traucējumiem (slimībām un miesas bojājumu izraisītiem orgānu funkcijas traucējumiem), kurus apdrošinātais nevarēja paredzēt, lai tos novērstu vai arī izvairītos no tiem un kuru rezultātā radās nepieciešamība apmaksāt.

4.2. Apdrošināšanas segumā netiek iekļauti šādi apdrošinātā veselības traucējumi:

4.2.1. valsts garantētā medicīniskā palīdzība, izņemot pacienta maksājamā daļa

4.2.2. par medicīniskiem pakalpojumiem, kuri saņemti medicīnas iestādēs, kuras nav reģistrētas LR ārstniecības iestāžu reģistrā;

4.2.3. medicīniskās manipulācija, kas saistīta ar hronisko slimību izmeklēšanu, kuras bija reģistrētas pirms apdrošināšanas noslēgšanas, izņemot šo saslimšanu paasinājuma gadījumus.

4.2.4. onkoloģiskas, psihiskas, izmeklējumus uz seksuāli transmisīvām infekcijām (gonokoki, bālā spiroheta, trihomonas, gardnerellas, hlamīdijas, mikoplazma, ureaplazma) un to ārstēšanu; aptaukošanās ārstēšanu; svāra vērošanas pasākumus;

4.2.5. ādas slimības, (psoriāze, sēnītes, ekzēma, acne vulgaris un citas hroniskas ādas slimības), dzimumzīmju noņemšana, ja nav nepieciešama neatliekama ārstēšana;

4.2.6. endokrinopātijas, cukura diabēts;

4.2.7. iedzimtas patoloģijas;

4.2.8. arodslimības, starojuma slimības;

4.2.9. gēnu inženērija, terapija

4.2.10. sirds slimības, kas saistītas ar sirds operācijām un transplantācijām;

4.2.11. alkoholisms un toksikomānija vai cita narkomānija;

4.2.12. sakarā ar iegūto imūndeficīta sindromu (AIDS) vai uz to attiecināmo kompleksu (ARC);

4.2.13. psiholoģisko, psihoterapeitisko, psihiatrisko un seksopatoloģisko izmeklēšanu un ārstēšanu

4.2.14. homeopātiskā, seksoloģiskā ārstēšana, mākslīgā apaugļošana;

4.2.15. kosmētiskie pakalpojumi, plastiskās operācijas;

4.2.16. ločītavu protezēšana, ja līgumā nav atrunāts citādi;

4.2.17. orgānu transplantācija, imūnterapiju, t.sk. imunglobulīnu terapiju

4.2.18. ģimenes plānošanas pasākumus, legālu grūtniecības pārtraukšanu, izmeklējumus un ārstēšanu saistībā ar neauglību, mākslīgo apaugļošanu;

4.2.19. osteoporozes diagnostiku un ārstēšanu;

4.2.20. zobārstniecībā - ortodontiju, protezēšanas veikšanu, inleju un onleju, inplantu ievietošanu;

4.2.21. ar lāzeru saistītas terapeitiskas un ķirurģiskas manipulācijas, skleroterapijas manipulācijas, ja līgumā nav atrunāts citādi;

4.2.22. par sociālo aprūpi, rehabilitāciju hronisku saslimšanu gadījumos, uzturēšanās izdevumi (viesnīca), SPA pakalpojumi.

4.3. Apdrošināto risku izņēmumi, ja apdrošināšanas līgumā nav norādīts citādi, par kuriem apdrošinātājs neapmaksā apdrošinātā zaudējumus, kuri radušies zemāk sekojošu apstākļu dēļ vai ir saistīti ar sekojošiem ārstēšanas veidiem:

4.3.1. sakarā ar kara darbību vai masu nemieriem (apdrošinātajam piedaloties streikos, mītiņos un citos pasākumos, kuriem ir sociāls vai politisks raksturs);

4.3.2. radioaktīvā piesārņojuma, kodolenerģijas vai jonizējošā starojuma iedarbības dēļ;

4.3.3. apdrošinātajam piedaloties jūras, sauszemes vai gaisa karaspēka mācībās vai operācijās;

4.3.4. apdrošinātajam vadot transporta līdzekli alkohola, narkotisko, toksisko vielu vai medikamentu ietekmē, kā arī vadot šo transporta līdzekli bez tiesībām kā arī tos veselības traucējumus, kuri radušies apdrošinātajam esot alkohola, toksisko vai narkotisko vielu ietekmē;

4.3.5. sakarā ar apdrošinātā miesas bojājumiem, darbojoties profesionālajā sportā;

4.3.6. apdrošinātajam piedaloties niršanā ar elpošanas aparātiem, klinšu kāpšanā vai alpīnismā ar virvēm un drošināšanu, līšanā apakšzemes alās, medībās jāšus;

4.3.7. apdrošinātajam pārvietojoties gaisa balonā, planierī, deltaplānā, bezmotora lidmašīnā vai lecot ar izpletņi;

4.3.8. apdrošinātajam piedaloties lidmašīnas vadīšanā lidojuma laikā;

4.3.9. apdrošinātā pašnāvība vai tās mēģinājums;

4.3.10. sakarā ar apdrošinātā miesas bojājumu tīšu pašnodarīšanu;

4.3.11. apdrošinātajam labprātīgi pakļaujot sevi ārkārtīgiem apstākļiem, izņemot gadījumus, ja tas saistīts ar citas personas dzīvības glābšanu;

4.3.12. sakarā ar paša apdrošinātā rīcībām, kurās policijas iestāde, prokuratūra vai tiesa konstatē nozieguma vai administratīva pārkāpuma pazīmes;

4.3.13. apdrošinātā ar iepriekšēju nodomu veiktās rīcības rezultātā ar mērķi iegūt apdrošināšanas atlīdzību, ko konstatējuši policijas iestāde, prokuratūra vai tiesa;

4.4. Veselības aprūpes pakalpojumu pamatprogrammas var paplašināt ar papildus apdrošināšanas riskiem pēc pušu savstarpējas vienošanās:

4.4.1. zobārstniecība, zobu higiēnas pasākumi un parodonta ārstēšana;

4.4.2. medikamentu iegāde;

4.4.3. ambulatora, stacionāra rehabilitācija;

4.4.4. vakcinācija;

4.4.5. optisko stiklu un kontaktlēcu iegāde;

4.4.6. ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos;

4.4.7. slimības lapas apmaksā;

4.4.8. ārstēšanās ārzemēs.

4.4.9. maksas grūtniecības novērošana un maksas dzemdību pakalpojumi.

5. Apdrošinājuma summa

5.1. VA programmu kopējā apdrošinājuma summa vienai Apdrošinātajai personai veidojas no attiecīgo pamatprogrammu un papildprogrammu apdrošinājuma summām.

5.2. VA programmu kopējā apdrošinājuma summa var ietvert apakšlimitus par veselības aprūpes pakalpojumiem.

6. Apdrošināšanas prēmija

6.1. Apdrošināšanas prēmija ir VA līgumā/polisē noteiktais maksājums par Veselības apdrošināšanu, ko nosaka saskaņā ar VA programmu tarifu un papildprogrammu piemaksām. VA prēmiju nosaka veselības aprūpes pakalpojumu klāsts, apdrošināto personu skaits, rentabilitāte par iepriekšējo apdrošināšanas periodu, ja VA pagarina nākošajam apdrošināšanas periodam.

6.2. Apdrošināšanas prēmiju nosaka par vienu kalendāro gadu. Ja Apdrošināšanas līgums noslēgts uz nepilnu kalendāro gadu, tad apdrošināšanas prēmijas apmērs tiek aprēķināts procentos no gada prēmijas likmes sekojošā kārtībā:

Mēnešu skaits	Apdrošināšanas prēmija
3	55%
4	60%
5	65%
6	70%
7	75%
8	80%
9	85%
10	90%
11	95%

II. NODAĻA. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA DARBĪBAS NOTEIKUMI

7. Apdrošināšanas līguma forma

7.1. Apdrošināšanas līgums tiek noslēgts starp apdrošinājumaņēmēju un apdrošinātāju rakstiskā veidā, noformējot apdrošināšanas līgumu/polisi.

7.2. Apdrošināšanas polise ir vienīgais dokuments, kas apliecina apdrošināšanas līguma noslēgšanu starp apdrošinātāju un apdrošinājumaņēmēju un satur apdrošināšanas līguma noteikumus, kā arī visus turpmākos apdrošināšanas līguma papildinājumus un izmaiņas, par kuriem apdrošinātājs un apdrošinājumaņēmējs ir vienojušies tā darbības laikā.

7.3. Apdrošināšanas līgumu/polisi, visas tās izmaiņas un papildinājumus paraksta apdrošinātāja un apdrošinājumaņēmēja pilnvarotas personas divos eksemplāros, no kuriem viens eksemplārs tiek nodots apdrošinājumaņēmējam, bet otrs paliek pie apdrošinātāja.

7.4. Apdrošināšanas polises nozaudēšanas gadījumā, apdrošinājumaņēmējam vai apdrošinātajam ir nekavējoties jāgriežas pie apdrošinātāja vai arī jāpaziņo pēdējam par polises nozaudēšanas faktu, ja nav iespējams uzreiz griezties pie tā. Apdrošināšanas polises nozaudēšanas gadījumā apdrošinātājs izsniedz apdrošināšanas polises dublikātu, pamatojoties uz apdrošinājumaņēmēja vai apdrošinātā rakstisku iesniegumu.

7.5. Par apdrošināšanas līguma neatņemamu sastāvdaļu tiek uzskatīti šie apdrošināšanas noteikumi. Šie apdrošināšanas noteikumi papildina un izskaidro tos noteikumus, kuri ir norādīti apdrošināšanas līgumā/polisē un, noslēdzot apdrošināšanas līgumu, pusēm tie ir obligāti jāpilda. Gadījumā, ja rodas pretrunas starp apdrošināšanas polises noteikumiem un šiem

apdrošināšanas noteikumiem, par noteicošajiem tiks uzskatīti apdrošināšanas līguma noteikumi. Pusēm ir pienākums vadīties pēc šiem noteikumiem tādā gadījumā, ja apdrošināšanas polises noteikumi ir pretrunā ar Latvijas Republikas likumdošanu.

7.6. Šo noteikumu teksta neesamība apdrošinājumaņēmējam vai apdrošinātajam nevar būt par iemeslu noslēgtā apdrošināšanas līguma nepildīšanai vai nepienācīgai pildīšanai.

7.7. Par apdrošināšanas līguma neatņemamu sastāvdaļu bez šiem apdrošināšanas noteikumiem tiek uzskatīts apdrošināto saraksts, kuru apstiprina apdrošinājumaņēmējs, juridiskās personas atbildīgā persona.

8. Apdrošināšanas līguma darbības termiņš

8.1. Apdrošināšanas līgums stājas spēkā pēc tam, kad apdrošinātājs un apdrošinājumaņēmējs ir parakstījuši atbilstošu apdrošināšanas līgumu, pēc pilnas apdrošināšanas prēmijas summas vai tās daļas samaksas, ja puses ir vienojušās par apdrošināšanas prēmijas samaksu pa daļām, bet ne agrāk par datumu, kurš uzrādīts apdrošināšanas līgumā.

8.2. Pusēm ir tiesības vienoties par citiem apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās noteikumiem, izdarot atbilstošu atrunu apdrošināšanas līgumā.

8.3. Apdrošināšanas līguma kopējais darbības termiņš ir viens kalendārais gads, bet līguma noslēgšanu uz nepilnu gadu pieļauj gadījumā, ja tas saistīts ar apdrošināto darbinieku palielināšanos.

8.4. Apdrošināšanas līgums stājas spēkā no plkst. 00.00 spēkā stāšanās dienā un tiek pārtraukts plkst. 24.00 tā darbības izbeigšanas dienā.

9. Apdrošināšanas prēmijas samaksas noteikumi un līguma spēkā esamība atkarībā no prēmijas samaksas

9.1. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums samaksāt apdrošināšanas prēmiju vai tās pirmo daļu apdrošinātajam apdrošināšanas līgumā noteiktajos termiņos.

9.2. Ja apdrošinātājs nav saņēmis apdrošināšanas prēmiju vai prēmijas pirmo maksājumu apdrošināšanas līgumā norādītajā termiņā, apdrošināšanas līgums nestājas spēkā.

9.3. Ja apdrošināšanas prēmija vai tās pirmā daļa ir samaksāta pēc apdrošināšanas līgumā noteiktā termiņa apdrošinātajam ir tiesības atmaksāt iemaksāto apdrošināšanas prēmiju vai tās pirmo daļu. Šajā gadījumā apdrošinātajam 10 darba dienu laikā apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas samaksas dienas vai jāatmaksā iemaksātā apdrošinātā prēmija vai tās pirmā daļa, vai jānosūta apdrošinājumaņēmējam lūgumu paziņot apdrošinātajam apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas atmaksas veidu.

9.4. Ja apdrošinātās 9.3. punktā noteiktajā termiņā neveic apdrošināšanas prēmija vai tās pirmās daļas atmaksu, vai nenosūta apdrošinājumaņēmējam 9.3. punktā minēto lūgumu, apdrošināšanas līgums ir spēkā ar apdrošināšanas līgumā norādīto spēkā stāšanās datumu.

9.5. Ja apdrošināšanas prēmija vai tās pirmā daļa ir samaksāta pēc apdrošināšanas līgumā noteiktā samaksas termiņa un līdz šai dienai ir iestājies apdrošināšanas gadījums, uzskatāms, ka apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā un apdrošinātajam ir pienākums paziņot apdrošinājumaņēmējam par šī līguma spēkā neesamību un atmaksāt samaksāto apdrošināšanas prēmiju vai tās pirmo daļu 10 darba dienu laikā, vai nosūtīt lūgumu paziņot apdrošinātajam apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas atmaksas veidu.

9.6. Puses ir tiesīgas, savstarpēji vienojoties, noteikt apdrošināšanas prēmijas samaksu pa daļām tādos termiņos, kas noteikti apdrošināšanas līgumā vai arī speciālā dokumentā, kurš regulē apdrošināšanas prēmijas samaksu par noslēgto apdrošināšanas līgumu.

10. Apdrošināšanas līguma izbeigšana sakarā ar nepilnu apdrošināšanas prēmijas samaksu

10.1. Gadījumā, ja apdrošinājumaņēmējs nesavlaicīgi vai arī nepilnā apmērā samaksā kārtējo apdrošināšanas prēmijas maksājuma summu, tad apdrošinātajam ir tiesības izbeigt apturēt apdrošināšanas līguma darbību, nosūtot apdrošinājumaņēmējam attiecīgu rakstveida paziņojumu.

10.2. Apdrošināšanas līguma darbība tiek atjaunota no tā brīža, kad apdrošinājumaņēmējs ir samaksājis trūkstošo apdrošināšanas prēmijas daļu. Ja 15 kalendāro dienu laikā, skaitot no tās dienas, kad apdrošinātājs nosūtījis paziņojumu par apdrošināšanas līguma izbeigšanu, apdrošinājumaņēmējs nav veicis trūkstošās apdrošināšanas prēmijas daļas samaksu, tad apdrošinātajam ir tiesības vienpusēji kārtā lauzt apdrošināšanas līgumu un neizmaksāt apdrošinājumaņēmējam agrāk samaksāto apdrošināšanas prēmijas summu.

11. Informācijas sniegšana par apdrošināšanas objektu un apdrošinātajiem riskiem

11.1. Noslēdzot apdrošināšanas līgumu, apdrošinājumaņēmējam un apdrošinātajam ir pienākums sniegt apdrošinātajam visu tā pieprasīto informāciju par visiem apstākļiem, kuriem ir nozīme apdrošinātā veselības stāvokļa novērtēšanā un apdrošinātā riska iestāšanās varbūtības noteikšanā.

11.2. Apdrošināšanas līguma darbības laikā apdrošinājumaņēmējam un apdrošinātajam ir pienākums paziņot apdrošinātajam par visiem tam zināmajiem apstākļiem, kuri var ietekmēt apdrošinātā riska varbūtējo iestāšanos.

11.3. Apdrošinātājs 15 kalendāro dienu laikā no tās dienas, kad viņam kļuvis zināms par apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības paaugstināšanos, ir tiesīgs vienpusēji kārtā izbeigt apdrošināšanas līgumu vai arī rakstveidā piedāvāt apdrošinājumaņēmējam izdarīt izmaiņas noslēgtajā apdrošināšanas līgumā.

11.4. Gadījumā, ja apdrošinājumaņēmējs noraida apdrošinātāja piedāvājumu izdarīt izmaiņas apdrošināšanas līgumā, vai arī ir pagājis 15 dienu termiņš no apdrošinātāja piedāvājuma saņemšanas dienas, apdrošinātajam ir tiesības izbeigt apdrošināšanas līgumu, par to rakstiski paziņojot apdrošinājumaņēmējam.

11.5. Izbeidzot apdrošināšanas līgumu augstāk minēto iemeslu dēļ, apdrošinātajam ir pienākums izmaksāt apdrošinājumaņēmējam iepriekš samaksāto apdrošināšanas prēmijas summu par apdrošināšanas līguma atlikušo darbības laiku, atskaitot ne vairāk par 25% par pierādāmajiem apdrošinātāja izdevumiem. Apdrošināšanas prēmija netiek izmaksāta tādos gadījumos, kad apdrošinājumaņēmējs vai apdrošinātais ar iepriekšēju nodomu vai rupjas neuzmanības dēļ nav paziņojis apdrošinātajam patiesu sākotnējo informāciju vai par izmaiņām tā apdrošināšanas līguma darbības laikā.

11.6. Ja apdrošināšanas gadījums noticis pirms izmaiņu izdarīšanas apdrošināšanas līgumā vai pirms tā izbeigšanas apdrošinātajam ir tiesības veikt sekojošus pasākumus attiecībā uz apdrošinājumaņēmēju un apdrošināto:

11.6.1. ja apdrošinājumaņēmējs vai apdrošinātais ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ nav paziņojis apdrošinātajam par apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības paaugstināšanos, tad apdrošinātājs atsaka apdrošinātajam izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, izbeidz ar apdrošinājumaņēmēju apdrošināšanas līgumu un neizmaksā agrāk samaksāto apdrošināšanas prēmijas summu;

11.6.2. ja apdrošinājumaņēmējs vai apdrošinātais vieglas neuzmanības dēļ nav paziņojis apdrošinātajam par apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības paaugstināšanos, tad apdrošinātājs aprēķina un izmaksā apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar šo noteikumu 12.9. punkta noteikumiem "Apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšana gadījumos, kad pieļauta viegla neuzmanība no apdrošinājumaņēmēja vai apdrošinātā puses".

12. Pušu tiesiskās attiecības, iestājoties apdrošināšanas gadījumam

12.1. Par apdrošināšanas gadījuma iestāšanos tiek atzīts apdrošinātā griešanās fakts jebkurā veselības aprūpes iestādē, lai saņemtu medicīnisko palīdzību par iegūto veselības traucējumu. Šajā sakarā apdrošinātajam jāveic sekojoši pasākumi:

12.1.1. veikt visus nepieciešamos un saprātīgos pasākumus, lai neitralizētu un samazinātu iegūto veselības traucējumu sekas apdrošinātā veselības stāvoklim, tajā skaitā, neatliekot, griežoties pēc primārās medicīniskās palīdzības medicīnas iestādēs, kā arī pēc iespējas pārtraucot būt klāt tādos apstākļos, kuri var ietekmēt veselības stāvokļa pasliktināšanos pēc iegūtajiem miesas bojājumiem;

12.1.2. griežoties veselības aprūpes iestādēs, kuras nav apdrošinātāja līgumiestādes, apdrošinātā persona veic apmaksu no personīgiem līdzekļiem pilnā apmērā saskaņā ar veselības aprūpes iestādes cenrāža un apdrošinātajam iesniedz finanšu dokumentu par veselības pakalpojuma apmaksu, bet apdrošinātājs atlīdzina saskaņā ar apdrošinātā apdrošināšanas programmu;

12.1.3. griežoties medicīnas iestādē, uzrādīt apdrošināšanas polisi, veselības apdrošināšanas programmu un apdrošinātāja servisa kartiņu, ja tāda tiek izdota apdrošinātajam;

12.1.4. stingri ievērot ārsta un apdrošinātāja norādījumus;

12.1.5. nodrošināt apdrošinātajam iespējas īstenot regresa prasības tiesības pret personu, kura ir atbildīga par apdrošināšanas gadījuma iestāšanos, sakarā ar kuru apdrošinātajam radās vai atjaunojas veselības traucējums.

12.2. Ja apdrošinātājs ārstējas vai ir saņēmis papildus medicīnas pakalpojumus līgumorganizācijās, apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību, apmaksājot iesniegtos rēķinus tieši tām līgumorganizācijām.

12.3. Apdrošinātā nosūtīšana uz rehabilitācijas iestādi notiek tikai ar ārstējošā ārsta nosūtījumu, 3 mēnešu laikā pēc izrakstīšanās no stacionāra vai ārstēšanās, ko apliecina darba nespējas lapa, saskaņojot ar apdrošinātāju. Zobārstniecības pakalpojumu realizēšana, ja šo pakalpojumu veids ir norādīts apdrošināšanas polisē, notiek apdrošinātāja līgumorganizācijās, ja apdrošināšanas līgumā nav atrunāts citādi.

12.4. Ārstējoties veselības aprūpes iestādēs, kuras nav apdrošinātāja līgumorganizācijas, apdrošinātajam jāgriežas pie apdrošinātāja ar rakstveida iesniegumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, iesniedzot sekojošu dokumentu oriģinālus:

12.4.1. apdrošināšanas polise;

12.4.2. izraksts no slimības vēstures vai ambulatorās kartes;

12.4.3. izziņa no medicīnas iestādes, kur tika konstatēti veselības traucējumi un sniegta medicīniskā palīdzība;

12.4.4. finanšu dokumentu oriģināli par medicīnas iestādes pakalpojumu apmaksu.

Apmaksas dokuments –

• elektroniskā kases aparāta (EKA) čeks, kas satur sekojošu informāciju:

- pakalpojuma sniedzēja nosaukums, vienotais reģistrācijas Nr, juridiskā adrese,

- pakalpojuma saņēmēja vārds, uzvārds, personas kods,

- saņemtā pakalpojuma nosaukums, un daudzums, cena, datums

• vai stingrās uzskaites kvīts, kas satur augstāk minēto informāciju un kurā norādīts VID rīkojuma datums, numurs un punkts, saskaņā ar kuru ārstniecības iestāde ir atļauts neizmanto EKA.

12.4.5. ārstniecības iestādes izziņa vai Valsts darba ekspertīzes ārstu komisijas (VDEĀK) izziņa par invaliditāti, ja apdrošinātais ir ieguvis invaliditāti;

12.4.6. ja apdrošinātājs uzņemas papildus saistības apmaksāt apdrošinātā slimības lapu, tā tiek apmaksāta, apdrošinātajam vai apdrošinājumaņēmējam iesniedzot attiecīgas slimības lapas "A" oriģinālu, kā arī izziņu par apdrošinātā vidējo mēnešalgu un darba grafiku.

12.5. Apdrošinātājs pieņem lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai par atteikumu tās izmaksā 30 kalendāra dienu laikā pēc dienas, kad tiek saņemts rēķins par ārstniecisko izdevumu apmaksu no līgumorganizācijas vai arī, kad apdrošinātais ir piedāvājis visus nepieciešamos dokumentus, kuri ir norādīti šo noteikumu 12.4. punktā:

12.5.1. izskatīt rēķinu no līgumorganizācijas vai pieteikumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, apdrošinātajam ir tiesības pārbaudīt pieteikto informāciju, veicot zemāk sekojošus pasākumus:

- pieprasīt no medicīnas iestādes papildus izmeklēšanas rezultātus;

- pieprasīt tiesu medicīnas ekspertīzes protokolus;

- nosūtīt pieprasījumus valsts un pašvaldību dienestiem, kuri ir konstatējuši apdrošināšanas gadījuma iestāšanās faktu un apstākļus;

- patstāvīgi noskaidrot apdrošināšanas gadījuma iestāšanās cēloņus un apstākļus, griežoties medicīnas iestādēs, kurās tika sniegta medicīniskā palīdzība apdrošinātajam, kā arī veicot atkārtotās ārstnieciskās ekspertīzes par apdrošinātā veselības stāvokli apdrošināšanas gadījuma iestāšanās brīdī.

12.5.2. pieņemot pieteikumu, par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu izskatīšanai, apdrošinātajam ne vēlāk, kā viena mēneša laikā no dienas, kad saņemts iesniegums par apdrošināšanas atlīdzību, rakstveidā jāinformē apdrošinātais par papildu dokumentiem, kas nepieciešami, lai pieņemtu galīgo lēmumu.

12.5.3. apdrošinātājs lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu pieņem viena mēneša laikā no visu nepieciešamo apdrošināšanas līgumā noteikto dokumentu saņemšanas dienas;

12.5.4. ja apdrošinātajam objektīvu iemeslu dēļ nav iespējams ievērot šo termiņu, to var pagarināt uz laiku, kas nav ilgāks par sešiem mēnešiem no dienas, kad saņemts iesniegums par apdrošināšanas atlīdzību.

12.6. Veicot augstāk minētos pasākumus, kā arī tādā gadījumā, kad apdrošinātajam rodas šaubas par apdrošinātā tiesībām saņemt apdrošināšanas atlīdzību, apdrošinātājs ir tiesīgs apturēt pieteikuma izskatīšanu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu līdz brīdim, kad būs saņemti pietiekoši pierādījumi.

12.7. Apdrošinātajam ir tiesības atteikt apdrošinātajam apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanā zemāk sekojošos gadījumos:

12.7.1. kad apdrošinātais vai apdrošinājumaņēmējs ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ ir sniedzis apdrošinātajam nepatiesas vai nepilnas ziņas par apdrošinātā veselības stāvokli, noslēdzot apdrošināšanas līgumu, kā arī par izmaiņām apdrošinātā veselības stāvoklī apdrošināšanas līguma darbības laikā, ja šī informācija ir tiešais vai netiešais apdrošināšanas gadījuma iestāšanās cēlonis;

12.7.2. kad apdrošinātais vai apdrošinājumaņēmējs ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ nav ziņojis apdrošinātajam par apdrošinātā darba rakstura izmaiņām, ja šādas izmaiņas ir tiešais vai netiešais apdrošināšanas gadījuma iestāšanās cēlonis;

12.7.3. kad apdrošinātais ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ nav pienācīgi izpildījis šo apdrošināšanas noteikumu 12.1.-12.4. punktus noteikto;

12.7.4. citos gadījumos saskaņā ar šiem apdrošināšanas noteikumiem un attiecīgajiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.

12.8. Apdrošināšanas atlīdzības aprēķins:

12.8.1. apdrošināšanas atlīdzības summa tiek aprēķināta pēc piedāvātajiem maksājuma dokumentiem, kurus iesniegusi līgumorganizācija vai apdrošinātais;

12.8.2. jebkurā gadījumā izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības summa nevar pārsniegt esošo apdrošinājuma summas apmēru.

12.9. Ja apdrošināšanas gadījums iestāties vieglas neuzmanības dēļ no apdrošinājumaņēmēja vai apdrošinātā puses, tad apdrošinātajam ir tiesības apmaksāt pakalpojumus, samazinot atlīdzības summu par 50%.

12.10. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība:

12.10.1. apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību 15 kalendāra dienu laikā pēc attiecīgā lēmuma pieņemšanas;

12.10.2. ja apdrošinātais ir saņēmis atlīdzību par zaudējumiem no trešām personām, tad apdrošinātājs samaksā tikai starpību starp summu, kura ir jāatlīdzina, pamatojoties uz apdrošināšanas noteikumiem, un summu, kuru apdrošinātais saņēmis no trešām personām. Šajā gadījumā apdrošinātāja pienākums ir nekavējoties paziņot par to apdrošinātājam.

12.11. Tiesības uz regresa prasībām:

12.11.1. pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas apdrošinātājam izmaksātās summas robežās pāriet regresa tiesības, kas ir apdrošinātājam pret personu, kura ir atbildīga par apdrošināšanas gadījuma iestāšanos, sakarā ar kuru radās vai atjaunojās veselības traucējumi apdrošinātājam;

12.11.2. saņemot apdrošināšanas atlīdzību apdrošinātais atsakās par labu apdrošinātājam no savu pirmprasības tiesību īstenošanas pret personu, kura ir atbildīga par apdrošināšanas gadījuma iestāšanos, piekrītot tam, ka apdrošinātājs veic izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības summas regresa piedzīšanu vispārējā kārtībā, kas ir paredzēts Latvijas Republikas civillikumdošanā. Apdrošinātājam ir pienākums nodot apdrošinātājam visus pie viņa esošos dokumentus un citus pierādījumus, kā arī veikt citas formalitātes, kas ir nepieciešamas apdrošinātāja regresa prasību tiesību īstenošanai;

12.11.3. ja regresa prasības pret atbildīgo personu īstenošana izrādīsies neiespējama apdrošinātā ļauna nolūka vai rupjas neuzmanības dēļ, tad pēdējam ir pienākums atmaksāt apdrošinātājam agrāk izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību tajā tās daļā, par kuru nav iespējama sekmīga regresa prasības īstenošana apdrošinātāja labā.

13. Apdrošināšanas līguma izbeigšanas gadījumi

13.1. Apdrošināšanas līgums tiek izbeigts sekojošos gadījumos:

13.1.1. apdrošināšanas līguma darbības termiņa izbeigšanās;

13.1.2. ja apdrošinātājs ir izpildījis savas saistības pēc apdrošināšanas līguma pilnā apmērā;

13.1.3. apdrošinājuma ņēmējs, slēdzot apdrošināšanas līgumu, ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ ir sniedzis nepatiesu informāciju;

13.1.3. apdrošinātās fiziskās personas nāves gadījumā vai apdrošinātās juridiskās personas likvidācijas gadījumā, ja nav tiesību pārņēmuši no viņu puses;

13.1.4. apdrošinājuma ņēmēja - juridiskās personas likvidācijas gadījumā;

13.1.5. pēc apdrošinājuma ņēmēja un apdrošinātāja savstarpējas vienošanās;

13.1.6. pēc apdrošinātāja iniciatīvas pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas pilna limita apmērā;

13.1.7. ja apdrošinājuma ņēmējs atbrīvo apdrošināto darbinieku no darba, ja līgumā nav noteikts citādi;

13.1.8. citos gadījumos, kurus paredz šie apdrošināšanas noteikumi un Latvijas

Republikā spēkā esošie normatīvie akti.

13.2. Apdrošināšanas līguma izbeigšanas noteikumi apdrošinājuma ņēmēja - fiziskās personas nāves gadījumā:

13.2.1. apdrošināšanas līgums tiek izbeigts apdrošinājuma ņēmēja nāves gadījumā, ja viņam nav mantinieku. Mantojot apdrošinājuma ņēmēja tiesības un pienākumus, tā mantinieks ir tiesīgs vienpusējā kārtībā lauzt apdrošināšanas līgumu 15 kalendāra dienu laikā no brīža, kad tiek apstiprinātas viņa mantojuma tiesības. Apdrošinātājam ir tiesības vienpusējā kārtībā lauzt apdrošināšanas līgumu, rakstiski par to paziņojot apdrošinājuma ņēmēja mantiniekam, 15 kalendāra dienu laikā no brīža, kad apdrošinātājs ir uzzinājis par apdrošinātā mantnieka mantojuma tiesību apstiprināšanu.

13.2.2. ja apdrošināšanas līgums tiek izbeigts pēc vienas puses iniciatīvas, tad apdrošinātājs izmaksā apdrošinājuma ņēmēja mantiniekam agrāk iemaksāto apdrošināšanas prēmijas daļu,

kas tiek aprēķināta, no polisē norādītās apdrošināšanas prēmijas kopējās summas atskaitot: (1) apdrošināšanas prēmijas daļu, kas proporcionāli atbilst apdrošināšanas līguma faktiskajam darbības laikam attiecībā pret polisē noteikto apdrošināšanas līguma darbības termiņu; (2) visus pierādāmos apdrošinātāja izdevumus; (3) ar apdrošināšanas polises noslēgšanu saistītos apdrošinātāja izdevumus, bet ne vairāk kā 25% apmērā no kopējās apdrošināšanas prēmijas. Ja prēmija nav apmaksāta pilnā apjomā līdz polises pārtraukšanas brīdim, tad vēl atskaita pienākošos neapmaksātās prēmijas daļu

13.3. Apdrošināšanas līguma izbeigšanas noteikumi apdrošinājuma ņēmēja - juridiskās personas likvidācijas gadījumā:

13.3.1. likvidējamās juridiskās personas administratoram vai likvidatoram ir tiesības vienpusējā kārtībā lauzt apdrošināšanas līgumu 1 mēneša laikā pēc tā iecelšanas attiecīgajā amatā, par to rakstiski paziņojot apdrošinātājam. Apdrošinātājam ir tiesības vienpusējā kārtībā, bet ne ātrāk par 1 kalendāra mēnesi pēc administratora vai likvidatora iecelšanas dienas, lauzt apdrošināšanas līgumu;

13.3.2. lauzot apdrošināšanas līgumu, apdrošinātājs izmaksā likvidējamai juridiskajai personai agrāk iemaksāto apdrošināšanas prēmijas daļu, kas tiek aprēķināta, no polisē norādītās apdrošināšanas prēmijas kopējās summas atskaitot: (1) apdrošināšanas prēmijas daļu, kas proporcionāli atbilst apdrošināšanas līguma faktiskajam darbības laikam attiecībā pret polisē noteikto apdrošināšanas līguma darbības termiņu; (2) ar apdrošināšanas polises noslēgšanu saistītos apdrošinātāja izdevumus, bet ne vairāk kā 25% apmērā no kopējās apdrošināšanas prēmijas. Ja prēmija nav apmaksāta pilnā apjomā līdz polises izbeigšanas brīdim, tad vēl atskaita pienākošos neapmaksātās prēmijas daļu

13.4. Apdrošināšanas līgums tiek izbeigts pēc 15 kalendāra dienām, skaitot no tā brīža, kad apdrošinātājs ir nosūtījis rakstisku paziņojumu par apdrošināšanas līguma laušanu:

13.4.1. ja apdrošinātājs vienpusējā kārtībā lauzt apdrošināšanas līgumu, tad viņam ir pienākums izmaksāt apdrošinājuma ņēmējam agrāk iemaksāto apdrošināšanas prēmijas summu par atlikušo apdrošināšanas līguma darbības termiņu, atskaitot ne vairāk par 25% par pierādāmajiem apdrošinātāja izdevumiem;

13.4.2. apdrošināšanas prēmija apdrošinājuma ņēmējam netiek maksāta gadījumos, kad apdrošināšanas gadījums noticis apdrošinājuma ņēmēja vai apdrošinātā ļauna nolūka vai rupjas neuzmanības dēļ.

13.5. Apdrošināšanas līguma izbeigšanas gadījumā, apdrošinātājs izmaksā apdrošinājuma ņēmējam agrāk iemaksāto apdrošināšanas prēmijas daļu par atlikušo apdrošināšanas līguma darbības termiņu pie nosacījuma:

13.5.1. ja apdrošinātā persona nav saņēmusi izmaksas par veselības apdrošināšanas gadījumiem;

13.5.2. ja apdrošinātā persona ir saņēmusi izmaksas par veselības apdrošināšanas gadījumiem, bet ir saglabājusies pozitīva starpība starp prēmijas apmēru un izmaksāto atlīdzību.

14. Vispārējie pušu savstarpējo norēķinu noteikumi

14.1. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa, ja apdrošināšanas prēmija samaksāta nepilnā apmērā:

14.1.1. ja apdrošinājuma ņēmējam ir parāds par apdrošināšanas prēmijas samaksu vai arī, ja apdrošināšanas prēmija nav samaksāta pilnā apmērā, kad puses bija vienojušās par apdrošināšanas prēmijas samaksu pa daļām, tad apdrošinātājam ir tiesības, neapurot apdrošināšanas līguma darbību, atrēķināt no izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības summas naudas summu nesamaksātās apdrošināšanas prēmijas summas apmērā.

14.1.2. šis noteikums tiek piemērots arī apdrošināšanas prēmijas nepilnas samaksas gadījumos par citiem apdrošināšanas līgumiem un līgumiem par starpniecību apdrošināšanā, kurus noslēdzis apdrošinātājs ar apdrošinājuma ņēmēju vai apdrošināto.

14.2. Gadījumos, kad apdrošināšanas līgums tiek izbeigts vai atzīts par spēkā neesošu, tajā skaitā, arī apdrošinājuma ņēmēja vai apdrošinātā vainas dēļ, apdrošinātājs ir tiesīgs atskaitīt no izmaksājamās apdrošināšanas prēmijas summas tādu naudas summu, kuras apmērs atbilst neizmaksātajām apdrošināšanas prēmijām par citiem apdrošināšanas līgumiem un līgumiem par starpniecību apdrošināšanā, kuri ir noslēgti starp apdrošinājuma ņēmēju un apdrošinātāju.

15. Nobeiguma noteikumi

15.1. Pārējos gadījumos apdrošinātāja, apdrošinājuma ņēmēja un apdrošinātā (labuma guvēja) tiesiskās attiecības par noslēgtā apdrošināšanas līguma izpildi nosaka tie Latvijas Republikas normatīvie akti, kuri ir spēkā uz apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās brīdi.

15.2. Visus strīdus un domstarpības, kas saistīti ar noslēgtā apdrošināšanas līguma izpildi, puses regulē pārrunu ceļā. Gadījumā, ja strīdu nav iespējams noregulēt pārrunu ceļā, tas tiek nodots izskatīšanai tiesā saskaņā ar Latvijas Republikas likumdošanu.

15.3. Lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu var pārsūdzēt Apdrošinātāja atbilstošas struktūrvienības vadītājam 30 (trīsdesmit) dienu laikā no tā saņemšanas dienas.