

ERGO

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle

ERGO vispārīgie universālās dzīvības apdrošināšanas noteikumi Nr. UL4-08-2024



SATURS

1.	Apdrošināšanas līguma vispārīgo noteikumu termini	2
2.	Apdrošinātāja uzraudzības iestāde	3
3.	Apdrošināšanas līguma noteikumu piemērošanas kārtība	3
4.	Apdrošināšanas līgumam piemērojamais likums	3
5.	Apdrošināšanas līguma noslēgšana	3
6.	Apdrošināšanas līguma noslēgšana	4
7.	Apdrošināšanas objekts dzīvības apdrošināšanā	4
8.	Apdrošinājuma summa un apdrošināšanas atlīdzības	4
9.	Apdrošināšanas prēmijas	5
10.	Apdrošināšanas atskaitījumi	6
11.	Apdrošināšanas līguma izbeigšana un spēkā neesība	7
12.	Ieguldījumu programma	7
13.	Apdrošināšanas līguma darbība	8
14.	Līgumslēdzēju pušu tiesības un pienākumi apdrošināšanas līguma darbības laikā	8
15.	Apdrošināšanas atlīdzības noteikšana	10
16.	Apdrošināšanas atlīdzības saņemšana	10
17.	Apdrošināšanas līguma pirmstermiņa izbeigšana	11
18.	Apdrošināšanas līguma grozījumi	12
19.	Informācijas konfidencialitāte un personas datu apstrāde	12
20.	Sūdzību un strīdu izskatīšanas kārtība	13
21.	Distances apdrošināšanas līguma noteikumi	13
22.	Starptautisko sankciju izņēmumi	14

1. Apdrošināšanas līguma vispārīgo noteikumu termini

Apdrošinātājs – ERGO Life Insurance SE, reģistrēta Lietuvas Republikas Juridisko personu reģistrā ar reģistrācijas Nr.110707135, juridiskā adrese Geležinio Vilko 6A, LT-03507, Viļņa, Lietuva, kuru Latvijas Republikā pārstāv ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle, reģistrācijas Nr.40103336441, juridiskā adrese: Skanstes iela 50, Rīga, LV-1013.

Apdrošinājumaņēmējs – persona, kura noslēdz apdrošināšanas līgumu savā vai citas personas labā.

Līgumslēdzējas puses – Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs, kuri noslēguši apdrošināšanas līgumu.

Apdrošinātais (apdrošinātā persona) – apdrošināšanas polisē norādītā fiziskā persona, vai saskaņā ar apdrošināšanas līgumu nosakāmā fiziskā persona, kuras dzīvība, veselība vai fiziskais stāvoklis ir apdrošināts un kurai izmaksājama apdrošināšanas atlīdzība šajos noteikumos paredzētajā kārtībā.

Galvenais apdrošinātais – apdrošinātā persona, kuras dzīvība ir apdrošināta un kuras vārdā tiek uzkrāts kapitāls.

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 līgumā norādītajai personai apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši apdrošināšanas līgumam, kā arī izpildīt citas līgumā noteiktās saistības. Par apdrošināšanas līguma priekšmetu ir uzskatāms apdrošināšanas līgumā noteiktais apdrošināšanas objekts, apdrošināto risku kopums un noteiktie izņēmumi, apdrošinājuma summa. Apdrošināšanas līguma sastāvdaļas ir norādītas Noteikumu 5.7. punktā.

Labuma guvējs – apdrošināšanas līgumā norādītā persona, kas iegūst tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību apdrošināšanas līgumā norādītajos gadījumos.

Apdrošināšanas pieteikums – Apdrošinātāja noteikts dokuments(-i) vai jebkura cita informācija, kuru Apdrošinājumaņēmējs iesniedz Apdrošinātājam, lai informētu to par apdrošināšanas objektu (personas dzīvību, veselību, fizisko stāvokli), faktiem, apstākļiem, kas nepieciešami apdrošināšanas riska novērtēšanai un apdrošināšanas līguma noslēgšanai.

Apdrošināšanas polise – Apdrošinātāja izsniegts apliecinājums par apdrošināšanas līguma noslēgšanu.

Apdrošināšanas periods – laika posms, par kuru saskaņā ar apdrošināšanas līgumu tiek maksāta apdrošināšanas prēmija un kurā ir spēkā apdrošināšana.

Apdrošināšanas gads – apdrošināšanas līguma darbības ietvaros noteikts divpadsmit mēnešus ilgs laika posms, kas tiek aprēķināts, sākot ar apdrošināšanas perioda sākuma datumu.

Apdrošināšanas prēmija – Apdrošināšanas polisē noteiktais maksājums par apdrošināšanu.

Apdrošinājuma summa – apdrošināšanas līgumā noteiktā naudas summa (Apdrošinātāja saistību apmērs naudas izteiksmē vai tā aprēķināšanas noteikumi).

Apdrošināšanas segums – Apdrošinātāja saistība izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar noslēgto apdrošināšanas līgumu par apdrošināšanas gadījumiem, kuru iestāšanās saistīta ar apdrošināto risku.

Apdrošināšanas gadījums – ar apdrošināto risku cēloniski saistīts notikums, kuram iestājoties paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši apdrošināšanas līgumam, vai apdrošināšanas termiņa beigās dzīvības apdrošināšanas līgumam ar līdzekļu uzkrāšanu, ja apdrošināšanas periodā nav iestājies ar apdrošināto risku cēloniski saistīts notikums (Galvenā apdrošinātā nāve).

Apdrošināšanas atlīdzība – par apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā naudas summa atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

Ieguldījumu programma – Apdrošinājumaņēmēja izvēlēti ieguldījumu fondi, un tajos ieguldīto apdrošināšanas prēmiju procentuālais sadalījumus.

Fondi – ieguldījumu fondi naudas līdzekļu investēšanai saskaņā ar apdrošināšanas līgumu.

Ieguldījumu vienība – ieguldījumu fonda nosacītā vienība.

Uzkrātā kapitāla struktūra – uzkrātā kapitāla sadalījums (izteikts ieguldījumu vienībās) starp ieguldījumu fondiem.

Uzkrātais kapitāls – saskaņā ar apdrošināšanas līgumu noteikta ieguldījumu vienību vērtība, kas tiek aprēķināta ņemot vērā ieguldījumu vienībām piemērojamo pirkuma cenu to pārdošanas brīdī.

Atpirkuma summa – naudas summa, kuras apmērs vai aprēķināšanas kārtība noteikta apdrošināšanas līgumā un kuru Apdrošinātājs izmaksā Apdrošinājumaņēmējam, ja pēc viņa iniciatīvas apdrošināšanas līgumu izbeidz pirms termiņa vai arī atzīst par spēkā neesošu. Tā tiek aprēķināta no Uzkrātā kapitāla vērtības, kas izveidojusies uz apdrošināšanas līguma izbeigšanas brīdī, atskaitot līguma izbeigšanas maksu.

Ieguldījumu vienības cena – fonda uzskaites vienības tīrā aktīvu vērtība (NAV – net asset value), kuru fondu pārvaldes sabiedrība nosaka un publicē katras darba dienas beigās. Apdrošinātājs savā vietnē www.ergo.lv norāda saiti uz tīmekļvietni, kur var sekot līdzi ieguldījumu vienību cenām.

Cenrādis – saistībā ar apdrošināšanas līgumu Apdrošinātāja noteiktās minimālās summas un komisijas maksas par papildu pakalpojumiem. Piemērojamais cenrādis, kas attiecas uz noslēgto apdrošināšanas līgumu, tiek publicēts Apdrošinātāja tīmekļvietnē www.ergo.lv.

Speciālie noteikumi – katram Apdrošinātāja apdrošināšanas segumam speciāli izstrādātie apdrošināšanas noteikumi.
Distances apdrošināšanas līgums – apdrošināšanas līgums, kas noslēgts, izmantojot distances saziņas līdzekļu starpniecību (internetu, elektronisko pastu, tālruni vai citus informācijas nosūtīšanas un pārraidīšanas līdzekļus).

2. Apdrošinātāja uzraudzības iestāde

2.1. Apdrošinātāja darbības uzraudzību Latvijas Republikā veic Latvijas Banka.

3. Apdrošināšanas līguma noteikumu piemērošanas kārtība

3.1. Šie apdrošināšanas līguma vispārīgie noteikumi un apdrošināšanas līguma speciālie noteikumi ir apdrošināšanas līguma sastāvdaļas. Apdrošināšanas noteikumi, kas ir saistoši apdrošināšanas līgumam, tiek norādīti Apdrošināšanas piedāvājumā un Apdrošināšanas polisē.

3.2. Apdrošinājuma ņēmējs un Apdrošinātājs rakstiski var vienoties par izmaiņām apdrošināšanas līguma noteikumos.

4. Apdrošināšanas līgumam piemērojamais likums

4.1. Apdrošināšanas līguma noslēgšanā un izpildē puses vadās pēc Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.

4.2. Ja tiek ieviestas izmaiņas spēkā esošajos normatīvajos aktos, kā rezultātā apdrošināšanas līguma noteikumi kļūst pretrunā ar spēkā esošo tiesību normu, apdrošināšanas līguma un no tā izrietošo saistību izpildei tiek piemērota spēkā esošā tiesību norma, ja normatīvajos aktos nav noteikts citādi.

5. Apdrošināšanas līguma noslēgšana

5.1. Apdrošināšanas līguma noslēgšanai Apdrošinājuma ņēmējs iesniedz Apdrošinātājam Apdrošināšanas pieteikumu. Pieteikuma iesniegšana un prēmijas iemaksas veikšana pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas, neuzliek Apdrošinātājam pienākumu noslēgt apdrošināšanas līgumu. Apdrošinājuma ņēmējs un Apdrošinātās personas aizpilda Apdrošinātāja noteikto pieteikuma veidlapu, ja to pieprasa Apdrošinātājs. Pieteikums apdrošināšanas līguma noslēgšanai zaudē spēku, ja Apdrošinājuma ņēmējam nav izsniegta Apdrošināšanas polise 3 mēnešu laikā no šā pieteikuma parakstīšanas dienas.

5.2. Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt pirmsapdrošināšanas veselības pārbaudes veikšanu. Šajā gadījumā izdevumus, kas radušies saistībā ar pirmsapdrošināšanas veselības pārbaudēm, sedz Apdrošinātājs.

5.3. Ja 15 dienu laikā no Apdrošināšanas pieteikuma saņemšanas dienas Apdrošinātājs nav rakstveidā paziņojis Apdrošināšanas pieteikuma iesniedzējam apdrošināšanas noteikumus, saskaņā ar kuriem tas ir gatavs noslēgt apdrošināšanas līgumu, vai nav paziņojis par nepieciešamību veikt Apdrošinātā riska padziļinātu izpēti, uzskatāms, ka Apdrošinātājs ir atteicies noslēgt apdrošināšanas līgumu. Ja Apdrošināšanas prēmija ir tikusi samaksāta saskaņā ar iesniegto Apdrošināšanas pieteikumu pirms apdrošināšanas riska novērtējuma un Apdrošinātāja atteikšanās noslēgt apdrošināšanas līgumu, tad Apdrošināšanas prēmija tiek atmaksāta personai, kas to samaksājusi. Par Apdrošināšanas gadījumiem, kas ietverti šajos apdrošināšanas noteikumos un notikuši šajā laika periodā, Apdrošinātājam nav jāmaksā Apdrošināšanas atlīdzība.

- 5.4. Apdrošināšanas līguma noslēgšanu apliecina Apdrošinātāja izsniegta Apdrošināšanas polise un tajā norādītais Apdrošināšanas polises izsniegšanas datums ir uzskatāms par apdrošināšanas līguma noslēgšanas datumu. Apdrošināšanas polisē ir norādīti Apdrošināšanas segumi, termiņi un Apdrošinājuma summas, par kurām Līgumslēdzēja puses ir vienojušās.
- 5.5. Ja Apdrošinājuma ņēmējs izbeidz apdrošināšanas līgumu saskaņā ar šo noteikumu 17.2. punktu, vai ir atteicies no apdrošināšanas līguma noslēgšanas, nesamaksājot prēmijas pirmo iemaksu, Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt, lai Apdrošinājuma ņēmējs kompensē Apdrošinātās personas pirmsapdrošināšanas medicīniskās pārbaudes, kuras Apdrošinātājs veicis par saviem līdzekļiem.
- 5.6. Noslēdzot apdrošināšanas līgumu, kā arī tā darbības laikā, Apdrošinājuma ņēmējam jāsniedz Apdrošinātājam informācija pēc Apdrošinātāja pieprasījuma saistībā ar apdrošināšanas līgumu.
- 5.7. Apdrošināšanas līgums sastāv no šādiem dokumentiem:
 - 5.7.1. Apdrošināšanas pieteikuma;
 - 5.7.2. Apliecinājuma;
 - 5.7.3. Apdrošinātā (-o) anketas (-ām);
 - 5.7.4. Apdrošināšanas polises un tās pielikumiem;
 - 5.7.5. ERGO vispārīgajiem universālās dzīvības apdrošināšanas noteikumiem un speciālajiem apdrošināšanas noteikumiem;
 - 5.7.6. citiem Apdrošinājuma ņēmēja iesniegtiem dokumentiem un pieteikumiem, kas attiecas uz apdrošināšanas līguma noslēgšanu, grozīšanu un izpildi.

6. Apdrošināšanas gadījumi

- 6.1. Apdrošināšanas gadījums ir:
 - a) Apdrošinātā nāve apdrošināšanas līguma darbības laikā (izņemot gadījumus, kas paredzēti ERGO dzīvības apdrošināšanas noteikumos);
 - b) apdrošināšanas līguma termiņa beigas, ja līdz tam neiestājās Galvenā apdrošinātā nāve.
- 6.2. Ja tiesa vai cita institūcija normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā pasludina Apdrošināto par mirušu, to uzskata par Apdrošināšanas gadījumu, ja Apdrošinātā nāves datums, ko paziņojusi attiecīgā iestāde, atbilst Apdrošināšanas seguma derīguma termiņam.

7. Apdrošināšanas objekts dzīvības apdrošināšanā

- 7.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā veselība un dzīvība.

8. Apdrošinājuma summa un apdrošināšanas atlīdzības

- 8.1. Galvenā apdrošinātā dzīvības apdrošināšanas Apdrošinājuma summa ir norādīta Apdrošināšanas polisē. Apdrošinātājs var noteikt Apdrošinātā minimālo dzīvības Apdrošinājuma summu un minimālo vai maksimālo Apdrošinātās personas vecumu.

- 8.2. Galvenā apdrošinātā nāves gadījumā Apdrošināšanas atlīdzības summa ir atkarīga no apdrošināšanas līgumā izvēlētajām apdrošināšanas iespējām (A vai B) un Apdrošinājuma summas. Ja apdrošināšanas līgumā ir paredzēta apdrošināšanas iespēja A, tad Galvenā apdrošinātā nāves gadījumā tiek izmaksāta lielākā no divām summām - Apdrošinātā dzīvības Apdrošinājuma summa vai Uzkrātais kapitāls. Ja apdrošināšanas līgumā ir paredzēta apdrošināšanas iespēja B, tad Galvenā apdrošinātā nāves gadījumā tiek izmaksāta Apdrošinātā dzīvības Apdrošinājuma summa un Uzkrātais kapitāls.
- 8.3. Pēc apdrošināšanas līguma Līgumslēdzēju pušu vienošanās papildapdrošināšanā var iekļaut dzīvības apdrošināšanu papildu Apdrošinātajam. Apdrošināšanas līgumā norāda Apdrošinājuma summas par katru Apdrošināto. Ja Apdrošinātajai personai iestājas nāves gadījums, kas ir apdrošināts, tad tiek izmaksāta šīs Apdrošinātās personas dzīvības Apdrošinājuma summa.
- 8.4. Gadījumā, ja Galvenajam apdrošinātajam iestājas nāves gadījums, kas nav apdrošināts, Labuma guvējam tiek izmaksāta Atpirkuma summa. Ja Apdrošinātajai personai iestājas nāves gadījums, kas nav apdrošināts, tad šīs personas apdrošināšana tiek izbeigta, un Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.
- 8.5. Ja neiestājas Galvenā apdrošinātā nāves gadījums līdz apdrošināšanas termiņa beigām, tad Apdrošinātājs izmaksā Galvenajam apdrošinātajam Uzkrāto kapitālu, saskaņā ar šo noteikumu 16.7. punktu.

9. Apdrošināšanas prēmijas

- 9.1. Apdrošināšanas prēmijas apmērs un samaksas kārtība (vienreizējs vai regulārs maksājums) ir norādīta Apdrošināšanas polisē. Apdrošinājuma ņēmējam ir pienākums maksāt Apdrošināšanas prēmiju apdrošināšanas līgumā noteiktā veidā, termiņos un apmērā, norādot maksājuma uzdevumā attiecīgo polises numuru, veicot Apdrošināšanas prēmijas pārskatījumu par katru Apdrošināšanas polisi atsevišķi.
- 9.2. Apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības veikt papildu Apdrošināšanas prēmiju maksājumus, kas nav paredzēti Apdrošināšanas polisē, iesniedzot Apdrošinātajam pieteikumu. Papildu Apdrošināšanas prēmiju maksājums neatbrīvo Apdrošinājuma ņēmēju no apdrošināšanas līgumā paredzētās regulārās Apdrošināšanas prēmijas maksājuma.
- 9.3. Papildu Apdrošināšanas prēmijas maksājums nedrīkst būt mazāks par minimālo Apdrošināšanas prēmiju. Apdrošinātājs nosaka minimālās Apdrošināšanas prēmijas apmēru.
- 9.4. Apdrošinājuma ņēmēja samaksātā Apdrošināšanas prēmija pēc atskaitījumu piemērošanas tiek pārrēķināta Ieguldījumu vienībās Apdrošinājuma ņēmēja izvēlētajā Ieguldījumu programmas ietvaros saskaņā ar Cenrādi, ja vien apdrošināšanas līgumā nav norādīts citādi.
- 9.5. Apdrošināšanas prēmijas, kas tiek apmaksātas līdz Apdrošināšanas polises izsniegšanas dienai, pēc Apdrošinātāja noteikto atskaitījumu piemērošanas, tiek konvertētas Ieguldījumu vienībās saskaņā ar Cenrādi. Ja Cenrādī norādīto Ieguldījumu vienību konvertācijas termiņu nav iespējams ievērot no Apdrošinātāja neatkarīgu apstākļu dēļ, tad samaksātā Apdrošināšanas prēmija, pēc Apdrošinātāja noteikto atskaitījumu piemērošanas, tiek pārvērsta Ieguldījumu vienībās vēlāk, tiklīdz tas ir iespējams.
- 9.6. Par Apdrošināšanas prēmijas apmaksas datumu uzskata datumu, kurā attiecīgā naudas summa ir ieskaitīta Apdrošinātāja norādītā norēķinu kontā bankā. Ja nevar noteikt sasaisti starp ieskaitīto naudas summu un apdrošināšanas līgumu atbilstoši šo noteikumu 9.1. punktam, par Apdrošināšanas prēmijas apmaksas datumu tiek uzskatīts datums, kurā ienākošā naudas summa ir identificēta un sasaistīta ar attiecīgo apdrošināšanas līgumu.
- 9.7. Apdrošinājuma ņēmējs sedz ar Apdrošināšanas prēmijas maksājumiem saistīto bankas komisiju.
- 9.8. Apmaksātā apdrošināšanas prēmija tiek konvertēta Apdrošināšanas polisē norādītajā valūtā saskaņā ar Cenrādi.

- 9.9. Apdrošinājuma ņēmējs var noslēgt Apdrošināšanas līgumu ar Apdrošināšanas prēmijas indeksāciju. Indeksācija ir automātiska, ikgadēja Apdrošināšanas prēmijas palielināšana, kas tiek veikta apdrošināšanas gada sākumā. Apdrošinājuma ņēmējs var izvēlēties Apdrošināšanas prēmijas indeksācijas veidu procentos vai kā noteiktu summu. Papildus Apdrošinājuma ņēmējs var noteikt maksimālo Apdrošināšanas prēmijas apmēru, līdz kuram tiek veikta indeksācija.

10. Apdrošināšanas atskaitījumi

- 10.1. Apdrošinātājs ietur Apdrošināšanas polisē norādītos atskaitījumus no Apdrošināšanas prēmijas un Uzkrātā kapitāla šajos noteikumos paredzētajā kārtībā.
- 10.2. Apdrošināšanas prēmijas atskaitījumi tiek ieturēti no vienreizējā Apdrošināšanas prēmijas (iemaksas) maksājuma, kā arī no papildu Apdrošināšanas prēmiju maksājumiem, kas nav norādīti apdrošināšanas līgumā.
- 10.3. Zemāk norādīti Apdrošinātāja noteiktie apdrošināšanas līguma atskaitījumi, kas tiek ieturēti no Uzkrātā kapitāla katra mēneša pēdējā dienā:
- 10.3.1. līguma noslēgšanas atskaitījums, lai segtu apdrošināšanas līguma noslēgšanas izmaksas. Šo atskaitījumu nepiemēro, ja apdrošināšanas līgums ir noslēgts tikai ar vienreizēju Apdrošināšanas prēmiju;
- 10.3.2. administratīvais atskaitījums, lai segtu apdrošināšanas līguma uzturēšanas izmaksas. Šis atskaitījums sastāv no mainīgās un fiksētās daļas;
- 10.3.3. apdrošināšanas riska atskaitījumi, lai segtu izvēlēta Apdrošināšanas seguma izmaksas.
- 10.4. Atskaitījumi, kas piemērojami apdrošināšanas līgumam, un to piemērošanas procedūra tiek norādīti apdrošināšanas līgumā. Apdrošinātājam ir tiesības mainīt atskaitījumu apmērus, kas piemērojami apdrošināšanas līgumam, šo noteikumu 14.12. punktā noteiktajā kārtībā, ja tiek mainīti Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktie obligātie atskaitījumi.
- 10.5. Izmaksājot daļu no Apdrošinājuma ņēmēja Uzkrātā kapitāla saskaņā ar šo noteikumu 16.5. punktu, tiek ieturēts atskaitījums par daļēji Uzkrātā kapitāla izmaksu saskaņā ar Cenrādi.
- 10.6. Apdrošinātājs nosaka apdrošināšanas riska atskaitījumus ņemot vērā Apdrošinātās personas datus.
- 10.7. Apdrošināšanas risku atskaitījumu izmaiņu gadījumā Apdrošinātājs informē Apdrošinājuma ņēmēju par šādām izmaiņām 3 mēnešus pirms jauno risku atskaitījumu spēkā stāšanās dienas. Ja Apdrošinājuma ņēmējs nepiekrīt risku atskaitījumu maiņai, tad viņam ir tiesības ar Apdrošinātāja piekrišanu bez maksas mainīt apdrošināšanas līguma nosacījumus, kas ietekmē šo atskaitījumu summu pirms jauno atskaitījumu spēkā stāšanās dienas, vai izbeigt apdrošināšanas līgumu saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzēto kārtību.
- 10.8. Ja saskaņā ar šo noteikumu 8.2. punktu apdrošināšanas līgumā ir izvēlēta apdrošināšanas iespēja A, tad Galvenā apdrošinātā dzīvības apdrošināšanas atskaitījumus aprēķina ņemot vērā starpību starp Apdrošinājuma summu un Uzkrāto kapitālu un saskaņā ar risku atskaitījumiem, kas noteikti Apdrošināšanas polisē. Ja saskaņā ar šo apdrošināšanas līgumu Uzkrātais kapitāls ir vienāds vai lielāks par Apdrošinājuma summu, tad šāds apdrošināšanas riska atskaitījums Galvenajam apdrošinātājam netiek piemērots.
- 10.9. Ja apdrošināšanas līguma darbības laikā izveidojas Apdrošināšanas prēmiju pārmaxsa, kas rodas no iemaksātajām Apdrošināšanas prēmijām, kas pārsniedz apdrošināšanas līguma noteikto Apdrošināšanas prēmiju kopsummu, tad šī pārmaxsa tiek uzskatīta par papildu Apdrošināšanas prēmiju, no kuras tiek ieturēts Apdrošināšanas prēmijas atskaitījums saskaņā ar Cenrādi.

11. Apdrošināšanas līguma izbeigšana un spēkā neesība

- 11.1. Apdrošināšanas līgums izbeidzas šādu iemeslu dēļ:
 - 11.1.1. ja nav samaksāta Apdrošināšanas prēmija;
 - 11.1.2. ja Uzkrātais kapitāls nav pietiekams, lai segtu atskaitījumus.
- 11.2. Apdrošināšanas līgums var tikt izbeigts arī citos Latvijas Republikas likuma "Apdrošināšanas līguma likums" noteiktajos gadījumos.
- 11.3. Ja apdrošināšanas līguma laikā Uzkrātais kapitāls kļūst mazāks par piemērojamo apdrošināšanas līguma atskaitījumu summu, Apdrošinātājs rakstveidā informē Apdrošinājuma ņēmēju par apdrošināšanas līguma izbeigšanu, paziņojumā norādot obligātās Apdrošināšanas prēmijas apmēru, kas nepieciešams, lai turpinātu apdrošināšanas līguma darbību. Ja Apdrošinājuma ņēmējs nav samaksājis norādīto summu termiņā, kas noteikts Apdrošinātāja paziņojumā, Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji izbeigt apdrošināšanas līgumu.

12. Ieguldījumu programma

- 12.1. Apdrošinājuma ņēmējs apdrošināšanas līguma noslēgšanas laikā izvēlas Ieguldījumu programmu, savā pieteikumā norādot Ieguldījumu programmu vai ieguldījumu fondus un iemaksāto Apdrošināšanas prēmijas daļu sadalījumu.
- 12.2. Apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības izvēlēties ieguldījumu fondu no saraksta, kuru piedāvā Apdrošinātājs. Apdrošinātājam ir tiesības mainīt Ieguldījumu programmu un ieguldījumu fondu sarakstu.
- 12.3. Ja Apdrošinātājs pārtrauc piedāvāt kādu no Ieguldījumu programmā esošajiem ieguldījumu fondiem vai veic izmaiņas Ieguldījumu programmā, Apdrošinātājs paziņo par to Apdrošinājuma ņēmējam vismaz 30 dienas iepriekš. Apdrošinājuma ņēmējam rakstveidā ir jāpaziņo savs lēmums par turpmāko rīcību pirms ieguldījumu fonda darbības slēgšanas dienas. Ja Apdrošinājuma ņēmējs šajā laikā nesniedz savu lēmumu, Apdrošinātājs pēc saviem ieskatiem izmaina Ieguldījumu programmu un/vai pārdala Apdrošinājuma ņēmēja Uzkrāto kapitālu, kas izveidojās ieguldījumu fondā, kas vairs netiek piedāvāts, starp citiem ieguldījumu fondiem. Šajā gadījumā Apdrošinātājs nav atbildīgs par Apdrošinājuma ņēmēja zaudējumiem, ja vien tādi ir radušies, saistībā ar veikto ieguldījumu fondu maiņu.
- 12.4. Ieguldījumu fondu apraksti tiek publicēti Apdrošinātāja tīmekļvietnē www.ergo.lv.
- 12.5. Apdrošinājuma ņēmējam nav tiesību iesniegt pretenziju attiecībā uz Apdrošinātāja lēmumu par ieguldījumu fondiem, ja Apdrošinājuma ņēmēja Uzkrātais kapitāls būtu jāsadala un apdrošināšanas iemaksas pēc ieguldījumu fonda darbības slēgšanas būtu jānovirza vai arī jāmaina ieguldījumu stratēģija ieguldījumu fondiem, ja Apdrošinājuma ņēmējs noteiktajā termiņā un norādītajos veidos nav sniedzis šādu informāciju.
- 12.6. Ieguldījumu vienības cenas vai saites uz fondu vērtībām tiek publicētas Apdrošinātāja tīmekļvietnē www.ergo.lv.

13. Apdrošināšanas līguma darbība

- 13.1. Apdrošinājuma ņēmēja apdrošināšanas līguma noslēgšanas pieteikumā norādīto vēlamo apdrošināšanas sākuma datumu Apdrošinātājs var mainīt, ņemot vērā visu nepieciešamo informāciju Apdrošināšanas polises izsniegšanai. Apdrošināšanas periods ir norādīts Apdrošināšanas polisē. Apdrošināšana stājas spēkā apdrošināšanas līgumā norādītā apdrošināšanas perioda pirmajā dienā, bet ne agrāk kā ar brīdi, kad Apdrošināšanas prēmija (t.sk. papildu vienreizēja prēmija) ir samaksāta pilnā apmērā, izņemot gadījumus, kad apdrošināšanas līgumā ir noteikts citādi. Gadījumā, ja pirmā vai vienreizējā Apdrošināšanas prēmija netiek samaksāta 3 mēnešu laikā no apdrošināšanas līguma noslēgšanas dienas, uzskatāms, ka apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā.
- 13.2. Veicot pirmo regulāro Apdrošināšanas prēmiju maksājumu vai samaksājot to vienreizējā maksājumā, Apdrošinājuma ņēmējs apliecina, ka piekrīt apdrošināšanas līguma nosacījumiem un apdrošināšanas līgums uzskatāms par noslēgtu.
- 13.3. Apdrošināšanas līgums izbeidzas, ja:
- 13.3.1. iestājās Galvenā apdrošinātā Apdrošinājuma ņēmēja (fiziskas personas) nāve, apdrošināšanas līgumā norādītais Labuma guvējs ir miris un nav pieteikušies mantinieki. Ja Apdrošinājuma ņēmēja (fiziskas personas) nāve nav Apdrošināšanas gadījums saskaņā ar šiem apdrošināšanas noteikumiem, apdrošināšanas līgumu var turpināt pēc Apdrošinātāja piekrišanas, saņemot Apdrošinātās personas iesniegumu mainīt Apdrošinājuma ņēmēju;
- 13.3.2. visas Apdrošināšanas atlīdzības ir izmaksātas;
- 13.3.3. Apdrošinājuma ņēmējs un Labuma guvējs, kas ir juridiska persona, ir likvidēts, un viņa saistības netiek pārņemtas;
- 13.3.4. Šo noteikumu 11. punkta apakšpunktos noteiktajos gadījumos.
- 13.4. Speciālie noteikumi var paredzēt citus apdrošināšanas līguma izbeigšanas gadījumus. Apdrošināšanas segums ir spēkā tikai kopā ar spēkā esošu ERGO Vispārīgo universālo dzīvības apdrošināšanas segumu.
- 13.5. Apdrošinātā nāves gadījumā izbeidzas Apdrošināšanas segums, ko šī persona ir tiesīga saņemt saskaņā ar apdrošināšanas līgumu.

14. Līgumslēdzēju pušu tiesības un pienākumi apdrošināšanas līguma darbības laikā

- 14.1. Apdrošinājuma ņēmējam ir pienākums iepazīties ar šiem apdrošināšanas noteikumiem, Apdrošinātāja piedāvāto Ieguldījumu programmu aprakstiem, Apdrošināšanas prēmiju summām.
- 14.2. Apdrošinātājam ir pienākums noslēdzot apdrošināšanas līgumu, izsniegt apliecinājumu par apdrošināšanas līguma noslēgšanu - Apdrošināšanas polisi. Apdrošinātājs sniedz arī citu ar apdrošināšanas līgumu saistītu informāciju, kuru Apdrošinātājam ir pienākums sniegt saskaņā ar Latvijas Republikas normatīviem aktiem.
- 14.3. Apdrošinājuma ņēmējam vai Apdrošinātājam apdrošināšanas līguma noslēgšanas un darbības laikā ir pienākums, tiklīdz tas iespējams, paziņot Apdrošinātājam par visiem tam zināmajiem apstākļiem, kuri var ievērojami palielināt apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību vai iespējamo zaudējumu apmēru.
- 14.4. Apdrošinātājs nodrošina Apdrošināšanas segumu, pieņemot, ka Apdrošinājuma ņēmējs un Apdrošinātais ir pilnīgi un pareizi atbildējuši uz visiem jautājumiem, kas minēti Apdrošināšanas pieteikumā un anketās, jo īpaši uz tiem jautājumiem, kas saistīti ar Apdrošināto personu pašreizējām vai iepriekšējām slimībām, veselības traucējumiem, kaitīgiem ieradumiem, iedzimtām slimībām, darba aktivitātēm un vaļaspriekiem. Apdrošinājuma ņēmējs un Apdrošinātās personas rakstveidā paziņo Apdrošinātājam par Apdrošināšanas pieteikumā norādītās informācijas izmaiņām.

- 14.5. Apdrošinājumaņēmējs informē Apdrošināto, tā likumīgo pārstāvi un Labuma guvēju par noslēgto apdrošināšanas līgumu un iepazīstina tos ar viņu tiesībām un pienākumiem, kas noteikti apdrošināšanas līgumā. Apdrošināšanas līguma grozīšanas gadījumā Apdrošinājumaņēmējs sniedz šajā punktā uzskaitītajām personām informāciju par apdrošināšanas līguma grozījumiem.
- 14.6. Labuma guvējam ir tiesības:
- 14.6.1. saņemt informāciju par Apdrošināšanas gadījuma izmeklēšanas gaitu;
- 14.6.2. pieprasīt Apdrošināšanas atlīdzību apdrošināšanas līgumā noteiktajā kārtībā.
- Labuma guvējam ir jāiesniedz Apdrošinātājam visi pieejamie dokumenti un/vai informācija par Apdrošināšanas gadījuma cēloņiem, apstākļiem un sekām, kas nepieciešama Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanai un kuru tam ir tiesības saņemt Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētajā kārtībā.
- 14.7. Paziņojumi, kas saistīti ar apdrošināšanas līgumu, tiek iesniegti Apdrošinātājam šajos noteikumos paredzētajā kārtībā saskaņā ar šo noteikumu 14.8. punktu, par ko ir vienojušās Līgumslēdzēja puses. Šādi paziņojumi Apdrošinātājam ir saistoši no to saņemšanas brīža.
- 14.8. Gadījumos, kad Latvijas Republikas normatīvie akti un/vai šie apdrošināšanas noteikumi Apdrošinātājam paredz rakstisku informācijas sniegšanu, šī prasība uzskatāma par izpildītu, ja informācija Apdrošinājumaņēmējam (Apdrošinātājam) ir sniegta, izmantojot saziņai Apdrošinātāja klientu pašapkalpošanās portālu, kas ir pieejams Apdrošinātāja tīmekļvietnē www.ergo.lv, vai citā Apdrošinājumaņēmēja pieprasītā veidā saskaņā ar Cenrādi.
- 14.9. Apdrošinājumaņēmējam ir nekavējoties jāziņo Apdrošinātājam par korespondences adreses, nodokļu rezidences, viņa vārda, uzvārda vai informācijas par politiski nozīmīgas personas statusu maiņu. Ja Apdrošinājumaņēmējs plāno uzturēties ārpus Latvijas Republikas ilgāk par 3 mēnešiem, tad Apdrošinātājam ir jānorāda Latvijā dzīvojoša persona, kas pilnvarota Apdrošinājumaņēmēja vārdā, saņemt Apdrošinātāja paziņojumus, vai arī jānorāda sava e-pasta adrese korespondencei.
- 14.10. Apdrošinātājs var arī sniegt citus papildu apdrošināšanas līguma administrēšanas pakalpojumus, kas nav iekļauti atskaitāmajās maksās, saskaņā ar Cenrādi.
- 14.11. Apdrošinātājs informē Apdrošinājumaņēmēju par viņa Uzkrātā kapitāla vērtību, kā arī sniedz Apdrošinājumaņēmējam citu informāciju, kas pieejama Apdrošinātāja klientu pašapkalpošanās portālā tīmekļvietnē www.ergo.lv.
- 14.12. Apdrošinātājam ir jāinformē Apdrošinājumaņēmējs par apdrošināšanas līguma atskaitījumiem un Cenrāža izmaiņām ne vēlāk kā 30 dienas pirms izmaiņas spēkā stāšanās datuma. Ja ir paredzēti lielāki apdrošināšanas līguma atskaitījumi, izņemot Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktos obligātos atskaitījumus, Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības izbeigt apdrošināšanas līgumu pirms šo izmaiņu spēkā stāšanās dienas Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētajā kārtībā.
- 14.13. Visus paziņojumus, iesniegumus, prasības un pieteikumus saistībā ar apdrošināšanas līgumu un no tā izrietošajām saistībām (tajā skaitā apdrošināšanas pieteikumu, informāciju par apdrošināšanas objektu, faktiem un apstākļiem, kas nepieciešami apdrošinātā riska novērtēšanai, par izmaiņām kontaktinformācijā) Apdrošinājumaņēmējs iesniedz Apdrošinātājam rakstiski, nosūtot uz Apdrošinātāja filiāles juridisko adresi vai elektroniski, izmantojot Apdrošinātāja klientu pašapkalpošanās portālu, kas pieejams Apdrošinātāja tīmekļvietnē www.ergo.lv, vai arī Apdrošinātāja norādīto elektroniskā pasta adresi.
- 14.14. Apdrošinājumaņēmējs vai Apdrošinātais visus paziņojumus, iesniegumus, prasības un pieteikumus saistībā ar apdrošināšanas līgumu un no tā izrietošajām saistībām iesniedz Apdrošinātājam tādā formā un veidā, lai Apdrošinātājs nepārprotami varētu identificēt Apdrošinājumaņēmēju vai Apdrošināto kā dokumenta iesniedzēju.

- 14.15. Apdrošināšanas līgumā noteiktos paziņojumus, iesniegumus un prasības (tajā skaitā apdrošināšanas polisi u. c. dokumentus) Apdrošinātājs sniedz rakstiski uz Apdrošinājuma ņēmēja un/vai Apdrošinātā norādīto pasta vai e-pasta adresi vai portālā mansergo.lv. Apdrošinātājs ir tiesīgs nosūtīt nepieciešamo informāciju Apdrošinājuma ņēmējam un/vai Apdrošinātajam uz tā norādīto elektroniskā pasta adresi, ja Apdrošinājuma ņēmējs/Apdrošinātais to norādījis apdrošināšanas līgumā minētās informācijas saņemšanai.
- 14.16. Par izmaiņām Apdrošinātāja kontaktinformācijā, apdrošināšanas noteikumos vai apdrošināšanas līgumam piemērojamajos normatīvajos aktos Apdrošinātājs informē Apdrošinājuma ņēmēju Apdrošinātāja tīmekļvietnē www.ergo.lv vai nosūta informāciju par minētajām izmaiņām Apdrošinājuma ņēmējam uz tā norādīto adresi.

15. Apdrošināšanas atlīdzības noteikšana

- 15.1. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksai Apdrošinātā nāves gadījumā pieprasa šādus dokumentus:
- 15.1.1. miršanas apliecības kopija, uzrādot oriģinālu, vai tās notariāli apstiprinātu kopiju;
- 15.1.2. ārsta vai attiecīgās institūcijas izsniegts dokuments par nāves cēloni;
- 15.1.3. tiesas vai citas institūcijas izdoti dokumenti, kas apliecina Labuma guvēja tiesības uz Apdrošināšanas atlīdzību (mantiniekiem - mantojuma apliecība, spēkā stāties tiesas spriedums).
- 15.2. Par Apdrošinātā nāves gadījumu jāpaziņo Apdrošinātajam tiklīdz tas ir iespējams.
- 15.3. Visus ar apliecinošo dokumentu saņemšanu saistītos izdevumus, kā arī izdevumus, kas saistīti ar pierādījumu iegūšanu, sedz persona, kura ir pieprasījusi Apdrošināšanas atlīdzību.
- 15.4. Lai pieņemtu lēmumu par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, Apdrošinātājs ir tiesīgs pieprasīt vēl citus nepieciešamos dokumentus, kā arī ievākt vajadzīgos pierādījumus.

16. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšana

- 16.1. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksā apdrošināšanas līgumā norādītajiem Labuma guvējiem/Galvenajam apdrošinātajam. Ja apdrošināšanas līgumā nav norādīti Labuma guvēji, tad Apdrošinātā nāves gadījumā Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta Apdrošinājuma ņēmēja mantiniekiem Latvijas Republikas Civillikumā noteiktajā kārtībā. Citus maksājumus (atpirkuma summu, daļu no Uzkrātā kapitāla u.c.) Apdrošinātājs izmaksā Apdrošinājuma ņēmējam, viņa pilnvarotajām personām, mantiniekiem vai viņa tiesību pārņēmējiem saskaņā ar apdrošināšanas līgumu, ja tas nav pretrunā ar šo noteikumu 16.2. punktu.
- 16.2. Ja Apdrošinātā persona ir nepilngadīga vai rīcībnespējīga persona, Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā vienīgi norēķinu kontā bankā, kas atvērts uz šīs personas vārda. Nepilngadīgas vai rīcībnespējīgas personas nāves gadījumā Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta viņa mantiniekiem Latvijas Republikas Civillikumā noteiktajā kārtībā.
- 16.3. Apdrošinātājs Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā Labuma guvējam/Galvenajam apdrošinātajam pēc apdrošināšanas līguma darbības termiņa beigām, pārskaitot to uz Labuma guvēja/Galvenā apdrošinātā norādīto norēķinu kontu bankā. Ja ir jāveic Apdrošināšanas atlīdzību pārskaitījums ārpus Latvijas, ar pārskatījumu saistītas izmaksas sedz un riskus uzņemas Labuma guvējs/Galvenais apdrošinātais (piemēram, valūtas maiņa, pārskaitījumu maksas, zaudējumi, kavējumi utt.).
- 16.4. Apdrošinātājs veic Apdrošināšanas atlīdzības maksājumu nacionālajā valūtā, kas ir spēkā Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas brīdī, 30 dienu laikā no dienas, kad visa informācija, kas ir nepieciešama, lai noteiktu Apdrošināšanas gadījuma faktu, apstākļus, sekas un Apdrošināšanas atlīdzības apmēru, ir saņemta (ieskaitot papildu informāciju no tiesībaizsardzības iestādēm, veselības aprūpes iestādēm, utt.).

- 16.5. Sākot ar otro Apdrošināšanas gadu, Apdrošinājuma ņēmējs, informējot Apdrošinātāju par to 30 dienas iepriekš, ir tiesīgs izņemt daļu no Uzkrātā kapitāla, neizbeidzot apdrošināšanas līgumu. Uzkrāta kapitāla atlikums pēc Uzkrāto kapitāla daļu izmaksāšanas nevar būt mazāks par minimālo summu, ko noteicis Apdrošinātājs un kas norādīta Centrālā. Daļa no Uzkrāta kapitāla tiek izmaksāta, kad Apdrošinājuma ņēmējs samaksā nodevu par Uzkrātā kapitāla daļas izņemšanu tādā apmērā, kādu nosaka Apdrošinātājs. Šo maksu var ieturēt no Uzkrātā kapitāla saskaņā ar šo noteikumu 10.5. punktu.
- 16.6. Pēc apdrošināšanas līguma termiņa beigām Apdrošinātājs izmaksā līguma darbības laikā Uzkrāto kapitālu 30 darba dienu laikā no šī termiņa beigām, bet ne vēlāk kā 30 darba dienu laikā pēc Apdrošinājuma ņēmēja vai Labuma guvēja rakstveida pieteikuma vai citu dokumentu, kas nepieciešami Apdrošināšanas atlīdzības noteikšanai, iesniegšanas. Gadījumos, kad pieteikums ir iesniegts pirms apdrošināšanas līgumā norādītā termiņa beigām, Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta ne vēlāk kā 30 darba dienu laikā pēc apdrošināšanas līgumā noteiktā termiņa beigām.
- 16.7. Uzkrātais kapitāls tiek konvertēts naudas izteiksmē saskaņā ar Ieguldījumu vienību cenām. Apdrošinātājam ir tiesības atskaitīt no Apdrošināšanas atlīdzības summas apdrošināšanas atskaitījumus, kas nav samaksāti apdrošināšanas līguma darbības laikā.
- 16.8. Galvenā apdrošinātā nāves gadījumā Apdrošinājuma ņēmēja Uzkrātais kapitāls tiek konvertēts naudas izteiksmē saskaņā ar Centrāli, un vairs netiek ieguldīts. Ja šo termiņu nav iespējams ievērot no Apdrošinātāja neatkarīgu apstākļu dēļ, Apdrošinājuma ņēmēja Uzkrātais kapitāls tiek konvertēts naudas izteiksmē vēlāk, bet tiklīdz tas ir iespējams.
- 16.9. Ja objektīvu iemeslu dēļ nav iespējams ievērot Apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas nosacījumus, izmaksāšanas termiņu var pagarināt. Šajā gadījumā Apdrošinātājs informē personu, kas ir tiesīga saņemt Apdrošināšanas atlīdzību, par Apdrošināšanas atlīdzības pieteikuma izskatīšanas termiņa pagarināšanu un termiņa pagarināšanas iemesliem.
- 16.10. Nepamatoti saņemtie Apdrošināšanas atlīdzības maksājumi ir jāatmaksā Apdrošinātājam.

17. Apdrošināšanas līguma pirmstermiņa izbeigšana

- 17.1. Apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības izbeigt apdrošināšanas līgumu pirms termiņa, par to rakstiski informējot Apdrošinātāju 30 dienas pirms apdrošināšanas līguma izbeigšanas.
- 17.2. Apdrošinājuma ņēmējam - fiziskajai personai - ir tiesības izbeigt apdrošināšanas līgumu 15 dienu laikā no apdrošināšanas līguma noslēgšanas dienas, par to informējot Apdrošinātāju. Šādā gadījumā Apdrošinātājs atmaksā visu Apdrošinājuma ņēmēja iemaksāto Apdrošināšanas prēmiju.
- 17.3. Apdrošinātājs un Apdrošinājuma ņēmējs var vienpusēji izbeigt apdrošināšanas līgumu Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētajos gadījumos.
- 17.4. Ja Apdrošinātā persona nav norādījusi Labuma guvēju vai prasības celšanas brīdī to nav iespējams noteikt, Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta Apdrošinātā mantiniekiem pēc mantojumu apliecināšanu dokumentu uzrādīšanas saskaņā ar šiem noteikumiem.

18. Apdrošināšanas līguma grozījumi

- 18.1. Apdrošinājumaņēmējs rakstiski ne vēlāk kā 30 dienas pirms paredzēto grozījumu spēkā stāšanās datuma paziņo Apdrošinātājam par vēlamajiem apdrošināšanas līguma grozījumiem, izņemot gadījumus, kas minēti šo noteikumu 18.3. un 18.4. punktā.
- 18.2. Apdrošinātais var mainīt Labuma guvēju jebkurā laikā pirms Apdrošināšanas gadījuma, rakstveidā informējot par to Apdrošinātāju.
- 18.3. Apdrošinājumaņēmējs, informējot Apdrošinātāju rakstveidā vai citā ar Apdrošinātāju saskaņotā saziņas veidā, ir tiesīgs mainīt Ieguldījumu programmu. Mainīto Ieguldījumu programmu piemēro vienīgi Apdrošināšanas prēmijām, kas samaksātas no Ieguldījumu programmas maiņas dienas. Apdrošinātājs var noteikt ierobežojumus Ieguldījumu programmu maiņai un piemērot papildu apdrošināšanas līgumu administrēšanas pakalpojumu Cenrādī noteiktos tarifus.
- 18.4. Apdrošināšanas līguma spēkā esības laikā Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības mainīt Uzkrātā kapitāla struktūru, nepārkāpjot Apdrošinātāja noteiktos ierobežojumus noteiktajā Ieguldījumu programmā, rakstveidā informējot par to Apdrošinātāju un saņemot Apdrošinātāja piekrišanu. Mainot Uzkrātā kapitāla struktūru, esošas Ieguldījumu vienības pārveido par jaunizveidoto Ieguldījumu programmu Ieguldījumu vienībām saskaņā ar Ieguldījumu vienību cenām. Apdrošinātāja piekrišanas gadījumā pārrēķins jāveic saskaņā ar Cenrādī. Ja ievērot šos nosacījumus nav iespējams tādu iemeslu dēļ, kas nav Apdrošinātāja kontrolē, tad Uzkrātā kapitāla struktūra tiek mainīta vēlāk, tiklīdz kā tas kļūst iespējams.
- 18.5. Ja apdrošināšanas līgums ir ar regulāro Apdrošināšanas prēmiju maksājumiem, Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības pieprasīt pilnīgu atbrīvojumu no Apdrošināšanas prēmijas maksāšanas pienākuma, sākot ar 3. (trešo) Apdrošināšanas gadu. Lai izveidotu bezprēmiju apdrošināšanu nepieciešams Apdrošinātājam iesniegt Apdrošinājumaņēmēja rakstisku iesniegumu. Katrs iesniegums par bezprēmiju apdrošināšanu tiks izskatīts individuālajā kārtībā. Uzkrāta kapitāla vērtība uz brīdi, kad tiek noteikta atbrīvošana no Apdrošināšanas prēmiju maksāšanas, nevar būt mazāka par minimālo summu, ko noteicis Apdrošinātājs un kas norādīta Cenrādī. Apdrošinājumaņēmējs samaksā nodevu par apdrošināšanas līguma pārveidošanu bezprēmiju apdrošināšanā tādā apmērā, kādu nosaka Apdrošinātājs. Šo maksu var ieturēt no Uzkrātā kapitāla.

19. Informācijas konfidencialitāte un personas datu apstrāde

- 19.1. Apdrošinātājs saskaņā ar apdrošināšanas līgumu un spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem nodrošina par Apdrošinājumaņēmēju un Apdrošināto saņemtās informācijas konfidencialitāti, izņemot gadījumus, kad normatīvajos aktos paredzēta šādas konfidencialas informācijas nodošana trešajām personām.
- 19.2. Apdrošinātājs veic personas datu apstrādi saskaņā ar apdrošināšanas līgumu, spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem un Apdrošinātāja Privātuma politiku, kas ir pieejama Apdrošinātāja tīmekļvietnē www.ergo.lv, sadaļā Privātuma politika, un Apdrošinātāja pārdošanas vietās. Apdrošinātāja Privātuma politika var tikt nosūtīta Apdrošinājumaņēmējam pēc tā pieprasījuma. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums informēt par Apdrošinātāja Privātuma politiku tās personas, kuru datus Apdrošinājumaņēmējs nodod Apdrošinātājam.
- 19.3. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas iepazīties ar Apdrošinātāja Privātuma politiku, kā arī informēt par tās saturu personas, kuru datus Apdrošinājumaņēmējs nodod Apdrošinātājam.

20. Sūdzību un strīdu izskatīšanas kārtība

- 20.1. Sūdzību par apdrošināšanas līguma noteikumiem neatbilstošu pakalpojumu, ko Apdrošinājuma ņēmējs, Apdrošinātais vai cita persona, kurai ir tiesības pretendēt uz apdrošināšanas atlīdzību, sagatavo un iesniedz Apdrošinātājam atbilstoši šo noteikumu 14.14. un 14.15. punktā noteiktajām prasībām, Apdrošinātājs izskata un sniedz atbildi 30 (trīsdesmit) dienu laikā no tās saņemšanas dienas.
- 20.2. Ar apdrošināšanas līgumu saistītie strīdi tiek risināti sarunu ceļā.
- 20.3. Ja strīdu nav iespējams atrisināt, savstarpēji vienojoties, Apdrošinājuma ņēmējam, Apdrošinātājam vai Labuma guvējam – fiziskām personām – noteiktajos gadījumos ir tiesības vērsties ar iesniegumu ārpusstiesas izskatīšanai šādās iestādēs:
 - 20.3.1. Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombuds – apdrošināšanas veidi, par kuriem var vērsties Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombudā, ir norādīti Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombuda tīmekļvietnē, sadaļā: <https://www.laa.lv/ombuds/>. Kārtība, kādā Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombuds izskata apdrošinātāju klientu sūdzības, kā arī sūdzības pieteikuma veidlapa ir pieejama Latvijas Apdrošinātāju asociācijas oficiālajā tīmekļa vietnē www.laa.lv.
 - 20.3.2. Patērētāju tiesību aizsardzības centrs (PTAC) – par patērētāja tiesību pārkāpumiem, par kuriem nav paredzēts iesniegt sūdzību ombudā. Papildinformācija ir pieejama Patērētāju tiesību aizsardzības centra oficiālajā tīmekļvietnē www.ptac.gov.lv.
- 20.4. Par Apdrošinātāja pieņemtā lēmuma atbilstību normatīvo aktu prasībām sūdzību var iesniegt Latvijas Bankai.
- 20.5. Ja vienošanās netiek panākta, strīdi tiek nodoti izskatīšanai Latvijas Republikas tiesu instancēs Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

21. Distances apdrošināšanas līguma noteikumi

- 21.1. Apdrošināšanas līgums var tikt noslēgts klātienē vai izmantojot distances saziņas līdzekli. Ja apdrošināšanas līgums tiek slēgts, izmantojot distances saziņas līdzekli, Apdrošinājuma ņēmējs, izmantojot Apdrošinātāja norādītu distances saziņas līdzekļa elektroniskā pasta adresi vai formu, iesniedz Apdrošinātājam aizpildītu elektronisku apdrošināšanas pieteikumu.
- 21.2. Distances apdrošināšanas līgums uzskatāms par noslēgtu ar brīdi, kad Apdrošinātājs uz Apdrošinājuma ņēmēja norādīto elektroniskā pasta adresi ir nosūtījis sagatavotu apdrošināšanas polisi, apdrošināšanas noteikumus un rēķinu un Apdrošinājuma ņēmējs noteiktajā termiņā ir veicis apdrošināšanas prēmijas samaksu.
- 21.3. Ja Apdrošinājuma ņēmējs ir fiziska persona, kas noslēdzis apdrošināšanas līgumu ar distances saziņas līdzekļa starpniecību kā patērētājs, un apdrošināšanas pakalpojuma saņemšana nav saistīta ar šīs fiziskās personas profesionālo vai saimniecisko darbību, tam 14 (četrpadsmit) dienu laikā no apdrošināšanas līguma noslēgšanas dienas ir tiesības izmantot atteikuma tiesības un vienpusēji atkāpties no noslēgtā apdrošināšanas līguma, par to rakstiski informējot Apdrošinātāju.
- 21.4. Par atteikuma tiesību izmantošanu Apdrošinājuma ņēmējs informē Apdrošinātāju, iesniedzot Apdrošinātājam paziņojumu par atteikuma tiesību izmantošanu personīgi vai nosūtot to pa pastu uz Apdrošinātāja filiāles juridisko adresi. Apdrošinātājs pieņem lēmumu par apdrošināšanas līguma izbeigšanu, pamatojoties uz minēto Apdrošinājuma ņēmēja pieteikumu par atteikuma tiesību izmantošanu.

22. Starptautisko sankciju izņēmumi

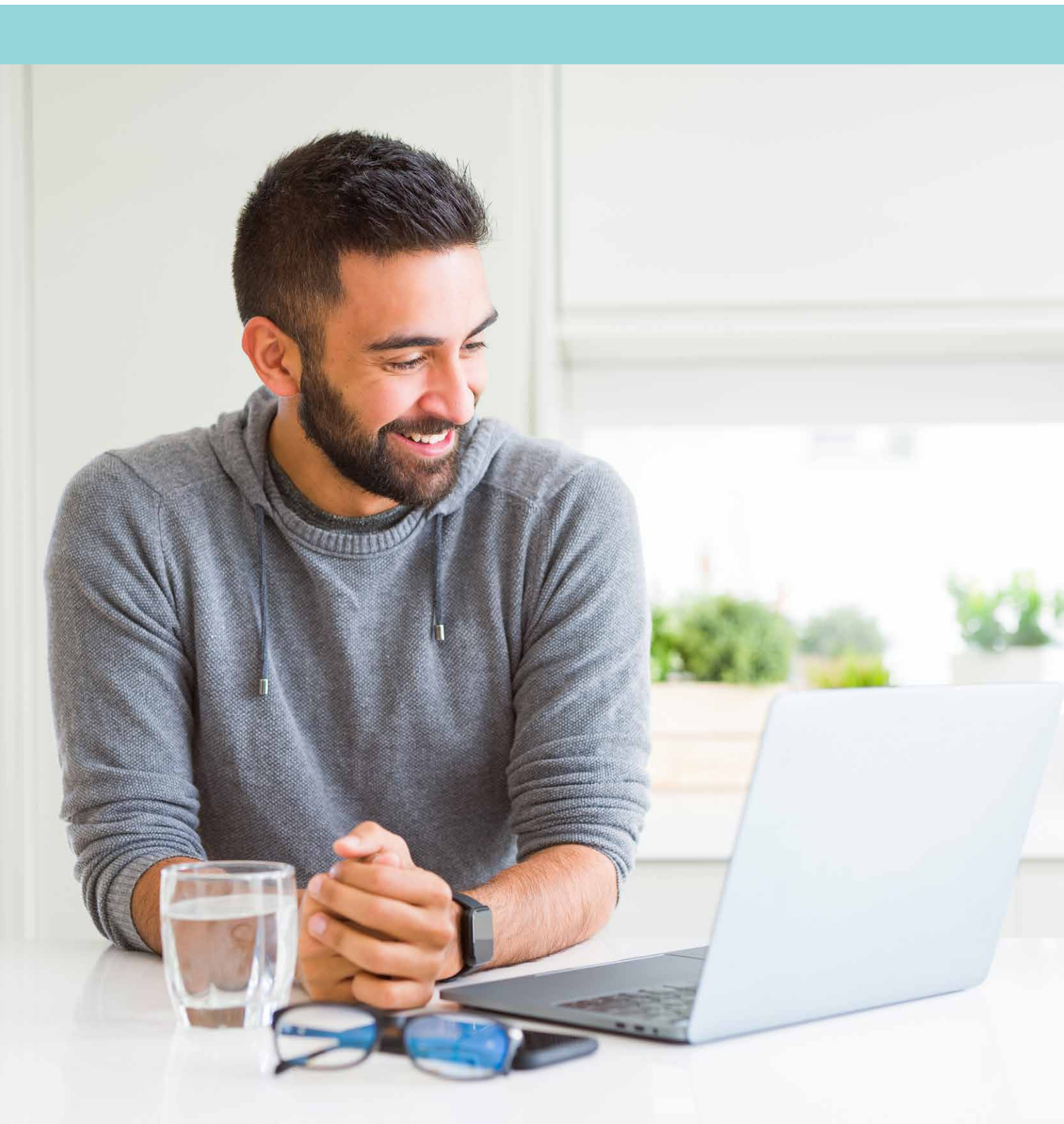
- 22.1. Apdrošinātājs nesedz zaudējumus, kā arī apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta gadījumā, ja tas ir pretrunā ar jebkādam, tajā skaitā tirdzniecības un ekonomiskām sankcijām, aizliegumiem vai ierobežojumiem, kas noteikti ar Apvienoto Nāciju Organizācijas rezolūcijām vai Eiropas Savienības tiesību aktiem, vai atbilstoši Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem noteiktām nacionālām sankcijām. Minētais izņēmums attiecināms arī uz tirdzniecības vai ekonomiskām sankcijām, normatīvajiem aktiem vai tiesisko regulējumu, kas ieviests Apvienotajā Karalistē vai Amerikas Savienotajās Valstīs, ja vien tas nepārkāpj Latvijas Republikā piemērojamās tiesību normas.
- 22.2. Iestājoties jebkuram no šo noteikumu 22.1. punktā minētajiem gadījumiem apdrošināšanas līguma darbības laikā, Apdrošinātājs ir tiesīgs vienpusēji izbeigt apdrošināšanas līgumu, rakstiski informējot par to Apdrošinājuma ņēmēju.

ERGO

ERGO

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle

ERGO dzīvības apdrošināšanas noteikumi Nr. SDZ-08-2024



SATURS

1.	Apdrošināšanas objekts	2
2.	Apdrošināšanas gadījums	2
3.	Gadījumi, kas netiek apdrošināti (izņēmumi)	2
4.	Apdrošinājuma summa un apdrošināšanas atlīdzība	2
5.	Apdrošināšanas gadījuma pieteikšanas kārtība	2

Šie ERGO dzīvības apdrošināšanas noteikumi Nr. SDZ-08-2024 tiek piemēroti kopā ar ERGO vispārīgajiem apdrošināšanas noteikumiem un ERGO vispārīgajiem universālās dzīvības apdrošināšanas noteikumiem.

1. Apdrošināšanas objekts

- 1.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā dzīvība.

2. Apdrošināšanas gadījums

- 2.1. Apdrošināšanas gadījums ir Apdrošinātās personas nāve, kas iestājas apdrošināšanas līguma darbības laikā, izņemot gadījumus, kas paredzēti šo noteikumu nodaļas 3.1. punktā.
- 2.2. Ja tiesa vai cita institūcija pasludina Apdrošināto par mirušu, to uzskata par apdrošināšanas gadījumu, ja Apdrošinātā nāves datums, ko paziņojusi attiecīgā institūcija, ietilpst apdrošināšanas līguma darbības laikā. Ja tiesa vai cita institūcija paziņo, ka Apdrošinātais ir bez vēsts pazudis, tas netiek uzskatīts par apdrošināšanas gadījumu.

3. Gadījumi, kas netiek apdrošināti (izņēmumi)

- 3.1. Gadījumi, kas netiek apdrošināti un apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta:
 - a) ja apdrošināšanas līguma darbības pirmo divu gadu laikā Apdrošinātais izdara pašnāvību;
 - b) ja Apdrošinātā nāve iestājas saistībā ar karadarbību, kara vai ārkārtas stāvokļa ieviešanu, iekšējiem nemieriem vai radioaktīvo saindēšanos, radioaktīvo piesārņojumu, kodolenerģijas ietekmē.

4. Apdrošinājuma summa un apdrošināšanas atlīdzība

- 4.1. Apdrošinājuma summas apmērs ir norādīts apdrošināšanas polisē un tas var būt mainīgs katrā apdrošināšanas gadā.
- 4.2. Ja apdrošināšanas līguma darbības laikā iestājas Apdrošinātā nāve, kas ir apdrošināšanas gadījums, tad polisē norādītajam Labuma guvējam tiek izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība. Apdrošināšanas atlīdzība ir apdrošinājuma summa, kas ir noteikta apdrošināšanas līgumā apdrošināšanas gadījuma iestāšanās brīdī. Iestājoties apdrošināšanas līguma beigu termiņam, apdrošināšanas atlīdzības izmaksa nav paredzēta.
- 4.3. Ja apdrošinājuma summa tiek palielināta, bet Apdrošinātā persona izdara pašnāvību pirmajos divos gados pēc apdrošinājuma summas palielināšanas, tad, izņemot šo noteikumu 3.1. nodaļas a) apakšpunktā paredzēto gadījumu, maksājamā apdrošinājuma summa ir vienāda ar apdrošinājuma summu, kas bija spēkā pirms tās palielināšanas.

5. Apdrošināšanas gadījuma pieteikšanas kārtība

- 5.1. Lai pieņemtu lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu Apdrošinātā nāves gadījumā, Apdrošinātājam ir jāiesniedz šādi dokumenti:
 - 5.1.1. labuma guvēja atlīdzības pieteikums dzīvības apdrošināšanā;
 - 5.1.2. Apdrošinātā miršanas apliecības kopija, uzrādot oriģinālu vai tās notariāli apstiprinātu kopiju;
 - 5.1.3. ārsta vai attiecīgās institūcijas izsniegts dokuments par Apdrošinātā nāves cēloni;
 - 5.1.4. tiesas vai citas institūcijas izdoti dokumenti, kas apliecina Labuma guvēja tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību (mantiniekiem – mantojuma apliecība, spēkā stāties tiesas spriedums);

- 5.1.5. labuma guvēja personas apliecinoša dokumenta kopiju (pase vai ID karte);
- 5.1.6. citi dokumenti pēc Apdrošinātāja pieprasījuma.
- 5.2. Par Apdrošinātā nāves gadījumu jāpaziņo Apdrošinātājam nekavējoties, tiklīdz tas ir iespējams.
- 5.3. Visus ar apliecinošo dokumentu saņemšanu saistītos izdevumus, kā arī izdevumus, kas saistīti ar pierādījumu iegūšanu, dokumentu tulkošanu, sedz persona, kura ir pieprasījusi apdrošināšanas atlīdzību.
- 5.4. Apdrošinātājam ir tiesības samazināt par 50% vai neizmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas, kā arī, veicot izmaiņas Apdrošinājuma segumā polises darbības laikā, Apdrošinātais sniedzis nepilnīgu vai nepatiesu informāciju par savu veselības stāvokli.

ERGO

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle

ERGO invaliditātes apdrošināšanas noteikumi Nr. SNI-08-2024



SATURS

1.	Apdrošināšanas objekts	2
2.	Apdrošināšanas gadījums	2
3.	Gadījumi, kas netiek apdrošināti (izņēmumi)	2
4.	Apdrošinājuma summa	3
5.	Apdrošināšanas gadījuma pieteikšanas un izskatīšanas kārtība	3

Šie ERGO invaliditātes apdrošināšanas noteikumi Nr. SNI-08-2024 tiek piemēroti kopā ar ERGO vispārīgajiem apdrošināšanas noteikumiem un ERGO vispārīgajiem universālās dzīvības apdrošināšanas noteikumiem.

1. Apdrošināšanas objekts

- 1.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā pilnīgs un neatgriezenisks darbaspēju zudums (invaliditāte).

2. Apdrošināšanas gadījums

- 2.1. Apdrošināšanas gadījums ir I invaliditātes grupas piešķiršana dažādu organisma funkciju traucējumu rezultātā (pilnīgs darbaspēju zudums), ja tā iestājusies apdrošināšanas perioda darbības laikā un tā piešķirta uz periodu, kas ilgst nepārtraukti vismaz 12 mēnešus. Invaliditātes grupu nosaka Latvijas Republikas Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija.
- 2.2. Gadījumā, ja mainās darbaspēju noteikšanas metodoloģija Latvijas Republikā, novērtējot apdrošināšanas gadījumu, Apdrošinātājs vadās pēc grozītās metodoloģijas.

3. Gadījumi, kas netiek apdrošināti (izņēmumi)

- 3.1. Darbaspēju zudums netiek uzskatīts par apdrošināšanas gadījumu un Apdrošinātājam nav pienākuma maksāt apdrošināšanas atlīdzību, ja slimību un/vai negadījumu sekas radījušas Apdrošinātā darbaspēju zudumu, kad:
- a) tas noticis karadarbības, karastāvokļa vai kritiska stāvokļa ieviešanas, iekšēju nemieru, sacelšanās, dumpju, darbinieku streiku, lokautu, apcietinājumu un aizturēšanas rezultātā, ko radījušas valsts iestādes un amatpersonas, veicot kaujas uzdevumus (izņemot mācības) dienestā militārā vai citādā formējumā vai piedalīšanās miera uzturēšanas misijā;
 - b) tas radies laikā, kad Apdrošinātais iesaistījies noziedzīgā nodarījumā vai gatavojies tajā iesaistīties, un/vai iesaistījies citās darbībās, kas ir pretrunā ar tiesību aktiem;
 - c) tas radies saistībā ar Apdrošinātā iesaistīšanos bīstamos sporta veidos vai aktīvajā atpūtā: ekstrēmie sporta veidi, cīņas sports, aviācijas sporta veidi gaisā (tajā skaitā lēcieni ar izpletņiem, planēšana, gaisa baloni, mazi lidaparāti, lidojumi ar paraplānu utt.), niršana dziļāk par 40 m un niršana citos ekstrēmos apstākļos, alpīnisms, kāpšana kalnos, ārpustašu slēpošana un snovbords, bobslejs, auto un motociklu sacikstes (tajā skaitā ātrumsacikstes, ūdensmotospors), gumijlēcšana, lidošana ar deltaplānu utt., ja vien apdrošināšanas līgumā puses nav vienojušās citādi;
 - d) tas radies apzināti izraisot slimības vai spēku zudumu, apzināti sevi sakropļojot, veicot pašnāvības mēģinājumu;
 - e) tas radies Apdrošinātā bezdarbības rezultātā, kas apzināti ir izraisījis Apdrošinātā pilnīgu un neatgriezenisku darbaspēju zudumu vai savlaicīgu nevēršanos pie sertificēta un reģistrēta ārsta un/vai neievērojot nozīmēto atveseļošanās kursu;
 - f) to izraisījis radioaktīvs starojums (izņemot, ja apstarošana tiek veikta ārstēšanās nolūkā, kuru nozīmējis sertificēts ārsts vai tā notiek ārsta uzraudzībā);
 - g) kuru izraisījusi alkohola, narkotisko vai citu psihotropo vielu vai medikamentu lietošana intoksikācijas nolūkos pretēji ārsta vai ražotāja noteiktajai maksimālajai diennakts devai;
 - h) to izraisījusi HIV infekcija, AIDS.
- 3.2. Darbaspēju zudums netiek uzskatīts par apdrošināšanas gadījumu, ja darbaspēju zudums noteikts pirmajos 6 mēnešos no Apdrošināšanas perioda sākuma (ja Apdrošinājumaņēmējs ir juridiska persona, kas apdrošina savus darbiniekus, tad pirmajos 3 mēnešos pēc grupas līguma noslēgšanas, ja līgumā nav paredzēts citādi), izņemot gadījumus, kas notikuši nelaimes gadījuma rezultātā (ar nosacījumu, ka nelaimes gadījums ir noticis Apdrošināšanas līguma darbības laikā). Nelaimes gadījums ir notikums, kurā Apdrošinātājam pret viņa gribu tiek nodarīts kaitējums, ārējam spēkam negaidīti iedarbojoties uz viņa ķermeni.

4. Apdrošinājuma summa

- 4.1. Apdrošinājuma summa par darbaspēju zuduma apdrošināšanu ir norādīta apdrošināšanas polisē.
- 4.2. Ja ir izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība par Apdrošinātā darbaspēju zudumu kā apdrošināšanas gadījumu, šis Apdrošinātās personas darbaspēju zuduma apdrošināšana tiek pārtraukta.

5. Apdrošināšanas gadījuma pieteikšanas un izskatīšanas kārtība

- 5.1. Par pilnīgu Apdrošinātā darbaspēju zudumu jāziņo Apdrošinātājam 30 (trīsdesmit) dienu laikā kopš dienas, kad Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija ir pieņēmusi lēmumu par invaliditātes piešķiršanu.

Pieprasot apdrošināšanas atlīdzību, jāiesniedz Apdrošinātājam sekojoši dokumenti, kuru sagatavošanas izdevumus apmaksā apdrošināšanas atlīdzības pieprasītājs:

- rakstisks Atlīdzības pieteikums par apdrošināšanas gadījuma iestāšanos;
 - invaliditātes apliecības kopija;
 - Latvijas Republikas Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas lēmums par piešķirto invaliditāti;
 - citi dokumenti pēc Apdrošinātāja pieprasījuma.
- 5.2. Ja tiek noteikta Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, Apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātājam, ja vien apdrošināšanas līgumā abas puses nav vienojušās citādi.
 - 5.3. Ja Apdrošinājuma ņēmējs ir fiziska persona un Apdrošinājuma summa tiek palielināta, un Apdrošinātājam personai darbaspēju zudums tiek noteikts pirmajos 6 mēnešos pēc Apdrošinājuma summas palielinājuma dienas (ja Apdrošinājuma ņēmējs ir juridiska persona, kas apdrošina savus darbiniekus, tad pirmajos 3 mēnešos pēc grupas līguma noslēgšanas, ja līgumā nav paredzēts citādi), Apdrošināšanas atlīdzības apmērs būs Apdrošinājuma summa, kas bija spēkā līdz tās palielinājumam.
 - 5.4. Ja tiesībsardzības iestādes veic izmeklēšanu saistībā ar apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un ir ierosināts kriminālprocess vai pastāv strīds par Labuma guvēja tiesībām, kurš tiek izskatīts civilprocesa kārtībā, Apdrošinātājam ir tiesības atlikt lēmumu attiecībā uz apdrošināšanas atlīdzību līdz šo procesu beigām.
 - 5.5. Apdrošinātājam ir tiesības samazināt par 50% vai neizmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas, kā arī, veicot izmaiņas Apdrošinājuma segumā polises darbības laikā, Apdrošinātais sniedzis nepilnīgu vai nepatiesu informāciju par savu veselības stāvokli.

ERGO

ERGO

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle

ERGO vēža apdrošināšanas noteikumi Nr. SNV-08-2024



SATURS

1.	Apdrošināšanas objekts	2
2.	Apdrošinātā persona	2
3.	Apdrošināšanas gadījums	2
4.	Gadījumi, kas netiek apdrošināti	3
5.	Apdrošinājuma summa un apdrošināšanas nosacījumi	4
6.	Apdrošināšanas gadījuma paziņošanas procedūra	5
7.	Apdrošināšanas atlīdzības noteikšanas procedūra	5
8.	Apdrošināšanas līguma nosacījumu maiņa	5

Šie ERGO vēža apdrošināšanas noteikumi Nr. SNV-08-2024 tiek piemēroti kopā ar ERGO vispārīgajiem apdrošināšanas noteikumiem un ERGO vispārīgajiem universālās dzīvības apdrošināšanas noteikumiem.

1. Apdrošināšanas objekts

- 1.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātās personas veselība, kas saistīta ar ļaundabīgu audzēju - vēzi. Vēzis šo noteikumu izpratnē ir jebkurš ļaundabīgs audzējs.

2. Apdrošinātā persona

- 2.1. Apdrošinātā persona ir Apdrošināšanas līgumā norādītā persona.
- 2.2. Apdrošināšanas aizsardzība tiek nodrošināta (bet ne ilgāk kā līdz 18 gadu vecuma sasniegšanai) arī Apdrošināšanas līgumā nenorādītajiem Apdrošinātās personas nepilngadīgajiem un/vai adoptētajiem bērniem, ja vienam no vecākiem vai likumīgajiem aizbildņiem Apdrošināšanas līguma darbības laikā ir spēkā esoša vēža apdrošināšana.

3. Apdrošināšanas gadījums

- 3.1. Apdrošinātās personas saslimšana ar vēzi, ja diagnoze tiek apstiprināta medicīniskajā dokumentācijā - histoloģiskā izmeklējuma slēdzienā ir konstatēts ļaundabīgs process (preinvazīva/invazīva augšana audos). Diagnozi apstiprina onkologs-ķīmijterapeits, hematologs vai patologs, tā atbilst Apdrošināšanas gadījuma aprakstam, kurš ir minēts Apdrošināšanas līgumā un šo noteikumu 3.2. līdz 3.3. apakšpunktos, izņemot gadījumus, kas norādīti šo noteikumu 4. punktā.
- 3.2. Preinvazīvs/agrīnas stadijas vēzis.
 - 3.2.1. Vēzis, kura diagnoze ir histoloģiski apstiprināta un kuru raksturo ļaundabīgu šūnu augšana audzēja primārajā vietā, nešķērsojot bazālo membrānu un neizplatoties audu dziļākajos slāņos. Šāds vēzis ir:
 - visas primārās karcinomas *in situ* saskaņā ar TNM klasifikāciju (AJCC), ko apstiprinājusi Amerikas Apvienotā vēža komiteja, un kas ir spēkā uz apdrošināšanas gadījuma datumu;
 - ādas melanoma *in situ*, izņemot citas ādas vēža formas;
 - primāra prostatas vēža T1aN0M0, T1bN0M0 vai T2aN0M0 stadijas – tikai radikālas prostatektomijas gadījumā;
 - papillāra vai folikulāra vairogdziedzera vēža T1 stadija (t.sk. T1aN0M0 un T1bN0M0).
 - 3.2.2. Preinvazīvs/agrīnas stadijas vēzis neietver:
 - labdabīgus audzējus, displāziju vai pirmsvēža slimības;
 - jebkādu ādas vēzi, izņemot preinvazīvu melanomu *in situ*.
- 3.3. Invazīvs vēzis
 - 3.3.1. Invazīvs ādas vēzis (izņemot melanomu *in situ*) – ādas bazālo šūnu un plakanšūnu karcinoma un dermatofibrosarkoma (šajos gadījumos tiek izmaksāti 10% no Apdrošinājuma summas).
 - 3.3.2. Invazīvs vēzis – tam raksturīga nekontrolēta ļaundabīgo šūnu augšana, izplatīšanās audos, asinīs, asinsrades orgānos un limfātiskajā sistēmā, t.sk. ļaundabīga limfoma, ļaundabīgas kaulu smadzeņu slimības, leukēmija, ļaundabīga ģeneralizēta melanoma, Hodžkina slimība un mielodisplastiskais sindroms.
 - 3.3.3. Invazīvs vēzis neietver:
 - labdabīgus audzējus, displāziju vai pirmsvēža slimības;

- ādas bazālo šūnu un plakanšūnu karcinomu un dermatofibrosarkomu;
- karcinomu *in situ*;
- neinvazīvu ļaundabīgu vēzi;
- prostatas vēzi zemākā stadijā par T2bNOMO;
- papillāru vai folikulāru vairogdziedzera vēzi – zemākā stadijā par T2NOMO;
- īsto policitēmiju un primāro trombocitēmiju, nenoteiktas nozīmes monoklonālu gammopātiju.

4. Gadījumi, kas netiek apdrošināti

4.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem, ja diagnoze ir:

- 4.1.1. noteikta pirmo 6 mēnešu laikā pēc Apdrošinātās personas vēža apdrošināšanas līguma sākuma, ja Apdrošinājuma ņēmējs ir fiziska persona;
- 4.1.2. noteikta pirmo 3 mēnešu laikā pēc vēža Apdrošināšanas līguma sākuma, ja Apdrošinājuma ņēmējs ir juridiska persona, kas apdrošina savus darbiniekus;
- 4.1.3. neatbilstoša šajos noteikumos minētajiem diagnostiskajiem kritērijiem audzēja šūnu un/vai vēža marķieru noteikšana asinīs, siekalās, fekālijās, urīnā vai citos ķermeņa šķidrumos, ja nav citu diagnostisku un klīniski apstiprinātu pierādījumu par ļaundabīgu onkoloģisku procesu;
- 4.1.4. radusies alkohola, narkotisko, toksisko, psihotropo vai citu psihoaktīvo vielu lietošanas rezultātā, kā arī medikamentu lietošanas intoksikācijas rezultātā, kurus nav izrakstījis ārsts;
- 4.1.5. radusies ar militārām darbībām saistītu notikumu rezultātā, kodolenerģijas, radioaktīvā starojuma dēļ (izņemot radioterapijas sekas);
- 4.1.6. ja Apdrošinātais ir inficēts ar HIV un/vai ir diagnosticēts AIDS;
- 4.1.7. Apdrošinātajai personai pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas jau ir bijis diagnosticēts jebkura veida ļaundabīgs audzējs, leukēmija, limfoma, asiņojošs, sāpīgs, krāsu mainījis ādas veidojums vai dzimumzīme, resnās zarnas polipoze, iekaisīgās zarnu slimības (Krona slimība vai čūlains kolīts), ģimenes adenomatoza polipoze, policistiskā nieru slimība, labdabīgi krūts audzēji, azbestoze, jebkura veida hepatīts (izņemot A hepatītu), aknu ciroze (arī tad, ja Apdrošinātā persona pirms līguma noslēgšanas jau ir konsultējusies saistībā ar iepriekšminētajām slimībām). Ja apdrošinātā persona ir konsultējusies un slimība nav konstatēta, vai remisijas periods ir pagājis un Apdrošinātā persona ir izvēlējusies un iesniegusi Apdrošinātājam rakstisku informāciju (medicīnisko atzinumu un analīžu datus) pirms līguma noslēgšanas, tad šis punkts neattiecas uz stāvokli pēc līguma tiesību piešķiršanas.

5. Apdrošinājuma summa un apdrošināšanas nosacījumi

- 5.1. Apdrošinājuma summas ir norādītas Apdrošināšanas polisē.
- 5.2. Apdrošināšanas gadījuma rezultātā, atkarībā no noteiktās diagnozes, tiek izmaksāta līgumā noteiktā Apdrošinājuma summa vai daļa no Apdrošinājuma summas saskaņā ar tabulu:

Tabula Nr.1

Apdrošināšanas gadījums	Atlīdzības % no Apdrošinājuma summas
Invazīvs ādas vēzis (saskaņā ar sarakstu 3.3.1. punktā)	10%
Preinvazīvs/agrīnas stadijas vēzis (saskaņā ar sarakstu 3.2.1. punktā)	
Melanoma <i>in situ</i>	
Primāras karcinomas <i>in situ</i>	20%
Primārs prostatas vēzis	
Papillārs vai folikulārs vairogdziedzera vēzis	
Invazīvs vēzis (saskaņā ar sarakstu 3.3.2. punktā), t.sk. Ģeneralizēta melanoma	100%

Apdrošinātās personas nepilngadīgs apgādājamais ir apdrošināts 50% apmērā no vecāku Apdrošinājuma summas, nepārsniedzot 25 000 EUR.

- 5.3. Gadījumā, ja Apdrošinātās personas (nepilngadīgās personas abi vecāki) katrs ir apdrošināts ar individuālajiem Apdrošināšanas līgumiem un līguma darbības laikā iestājas apdrošināšanas gadījums nepilngadīgajai personai, Apdrošinājuma summa ir 50% apmērā no katra vecāka apdrošināšanas līgumā norādītās apdrošinājuma summas, nepārsniedzot 25 000 EUR.
- 5.4. Katrai Apdrošinātajai personai vienu reizi tiek izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība par preinvazīvu/agrīnas stadijas vēzi un vienu reizi par invazīvu ādas vēzi.
- 5.5. Ja iestājas Apdrošināšanas gadījums un tiek veikta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa par invazīvu vēzi (saskaņā ar 3.3.2. punktu), tad Apdrošināšanas līgums tiek pārtraukts. Šajā gadījumā vairs nav spēkā vēža apdrošināšana Apdrošinātās personas nepilngadīgajiem apgādājamajiem.
- 5.6. Ja Apdrošinājumaņēmējs ir fiziska persona un Apdrošinājuma summa tiek palielināta, un Apdrošinātajai personai vēzis tiek diagnosticēts pirmajos 6 mēnešos pēc Apdrošinājuma summas pieauguma dienas, Apdrošināšanas atlīdzības apmērs būs Apdrošinājuma summa, kas bija spēkā līdz tās palielinājumam, ja Apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.
- 5.7. Ja Apdrošinājumaņēmējs ir juridiska persona, kas apdrošina savus darbiniekus, un Apdrošinājuma summa tiek palielināta un Apdrošinātajai personai vēzis tiek diagnosticēts pirmajos 3 mēnešos pēc Apdrošinājuma summas palielināšanas dienas, Apdrošināšanas atlīdzības apmērs būs Apdrošināšanas summa, kas bija spēkā līdz tās palielināšanai, ja Apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.
- 5.8. Ja vēzis tiek diagnosticēts pirmajos 6 mēnešos (ja Apdrošinājumaņēmējs ir juridiska persona, kas apdrošina savus darbiniekus, tad pirmajos 3 mēnešos pēc grupas līguma noslēgšanas, ja līgumā nav norādīts citādi) pēc Apdrošinātās personas Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās un atbilstoši uzstādītajām diagnozēm personu nevar apdrošināt, Apdrošinātajam jāatmaksā par šo Apdrošināto personu samaksātā prēmijas summa un šīs personas Apdrošināšanas aizsardzība zaudē spēku.
- 5.9. Ja Apdrošinātā persona nomirst, tad attiecībā uz šo personu un tās nepilngadīgajiem apgādājamajiem, ar Apdrošinātās personas nāves brīdi beidzas visa Apdrošināšanas aizsardzība, kuru paredzēja Apdrošināšanas līgums.

6. Apdrošināšanas gadījuma paziņošanas procedūra

- 6.1. Noteikumos minēto diagnožu gadījumā, Apdrošinātajai personai jāiesniedz:
 - 6.1.1. atlīdzības pieteikums par noteikto diagnozi, izmantojot Apdrošinātāja apstiprinātu veidlapu;
 - 6.1.2. veselības aprūpes iestāžu dokumenti ar apstiprinātu vēža diagnozi, apraksts ar anamnēzi, veiktajiem izmeklējumiem un operācijām, un nepieciešamās ārstēšanās apraksts;
 - 6.1.3. citi Apdrošinātāja pieprasīti dokumenti, kas saistīti ar Apdrošināšanas gadījuma apstākļu noskaidrošanu un/ vai kas saistīti ar izmaksājamās Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanu.
- 6.2. Saskaņā ar 6.1. punktu nepieciešamās Apdrošināšanas gadījuma dokumentācijas izmaksas sedz persona, kura pretendē uz Apdrošināšanas atlīdzību.
- 6.3. Par noteikto diagnozi Apdrošinātājam rakstiski jāpaziņo 30 dienu laikā no tās diagnosticēšanas dienas.

7. Apdrošināšanas atlīdzības noteikšanas procedūra

- 7.1. Vēža apdrošināšanas gadījumā, Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātajai personai, ja vien Apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādi.
- 7.2. Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību 30 dienu laikā no dienas, kad saņemta visa informācija, kas ir nepieciešama Apdrošināšanas gadījuma fakta, tā apstākļu un seku noskaidrošanai (t.sk. papildus informācija no tiesībsardzības iestādēm, veselības aprūpes iestādēm utt.). Gadījumos, kad notiek tiesībsardzības iestāžu izmeklēšana vai ir uzsākta tiesas procedūra, Apdrošinātājam jāatliek lēmums par Apdrošināšanas atlīdzību līdz izmeklēšanas vai tiesas procedūras beigām un citos likumā noteiktos gadījumos.
- 7.3. Apdrošinātājam ir tiesības samazināt par 50% vai neizmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas, kā arī veicot izmaiņas Apdrošinājuma segumā polises darbības laikā, Apdrošinātais sniedzis nepilnīgu vai nepatiesu informāciju par savu veselības stāvokli.

8. Apdrošināšanas līguma nosacījumu maiņa

- 8.1. Ņemot vērā medicīnas zinātnes attīstību un saslimstības biežuma izmaiņas, Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji mainīt slimību definīcijas un/vai diagnostiskos kritērijus. Apdrošinātājam ir tiesības grozīt apdrošināšanas nosacījumus, brīdinot par to Apdrošinājumaņēmēju ne vēlāk kā 30 dienas pirms plānotā apdrošināšanas nosacījumu maiņas datuma. Ja Apdrošinājumaņēmējs 30 dienu laikā nepiekrīt šiem apdrošināšanas nosacījumu grozījumiem, pēc plānotā apdrošināšanas nosacījumu maiņas datuma, apdrošināšana tiek izbeigta.

ERGO

ERGO

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle

**ERGO kritisko saslimšanu
apdrošināšanas noteikumi
Nr. SKS-08-2024**



SATURS

1.	Apdrošināšanas objekts	2
2.	Apdrošinātā persona	2
3.	Apdrošināšanas gadījums	2
4.	Gadījumi, kas netiek apdrošināti, un personas, kuras nav apdrošināmas	2
5.	Apdrošinājuma summa	3
6.	Kritisko slimību saraksts un diagnosticēšanas kritēriji	4
7.	Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība	21
8.	Apdrošināšanas līguma grozījumi	21

Šie ERGO kritisko saslimšanu apdrošināšanas noteikumi Nr. SKS-08-2024 tiek piemēroti kopā ar ERGO vispārīgajiem apdrošināšanas noteikumiem un ERGO vispārīgajiem universālās dzīvības apdrošināšanas noteikumiem.

1. Apdrošināšanas objekts

- 1.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā veselība, kas saistīta ar kritisko saslimšanu.
- 1.2. Kritisko saslimšanu saraksts ir pieejams šo noteikumu 6. punktā. Apdrošināšanas polise norāda, kurš kritisko saslimšanu Apdrošināšanas variants attiecas uz Apdrošināto un uz kādu Apdrošināšanas periodu ir spēkā Apdrošinājuma segums.

2. Apdrošinātā persona

- 2.1. Apdrošinātā persona ir Apdrošināšanas līgumā norādītā persona no 18 gadu vecuma, ja vien Apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.

3. Apdrošināšanas gadījums

- 3.1. Apdrošināšanas gadījums ir Apdrošinātā kritiskā saslimšana, kas diagnosticēta un apstiprināta apdrošināšanas darbības laikā un atbilst kritisko saslimšanu sarakstam, kurš norādīts Apdrošināšanas līgumā un šo noteikumu 6. punktā, un kritērijiem šo slimību diagnosticēšanai.

4. Gadījumi, kas netiek apdrošināti, un personas, kuras nav apdrošināmas

- 4.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja:
 - a) diagnoze neatbilst visiem kritiskās saslimšanas diagnosticēšanas kritērijiem, kas ir norādīti šo noteikumu 6. punktā;
 - b) kritiskā saslimšana diagnosticēta pirmajās 90 dienās no kritisko saslimšanu apdrošināšanas sākuma datuma, kas ir norādīts Apdrošināšanas polisē;
 - c) kritiskā saslimšana parādījās kodolenerģijas seku dēļ (izņemot staru terapijas sekas);
 - d) kritisko saslimšanu izraisīja Apdrošinātā trauma, kas saistīta ar Apdrošinātā apzinātu, tīšu sava veselības stāvokļa pasliktināšanu vai sevis pašsakarpošanu, vai viņam mēģinot izdarīt pašnāvību;
 - e) kritisko saslimšanu izraisīja Apdrošinātā trauma, kas saistīta ar Apdrošinājuma ņēmēja vai Labuma guvēja apzinātām, tīšām darbībām (rīcībām, kas veiktas tieši vai netieši) Apdrošinātā veselības stāvokļa pasliktināšanai vai sakropļojumam;
 - f) kritiskās saslimšanas cēlonis ir Apdrošinātā iesaistīšanās noziedzīgā nodarījumā vai gatavojoties to veikt, vai no citām darbībām, kas ir pretrunā ar tiesību aktiem;
 - g) kritiskā saslimšana radās militāru darbību, karastāvokļa vai kritiska stāvokļa ieviešanas, iekšēju nemieru, sacelšanās, dumpju, darbinieku streiku, lokautu, apcietinājumu un aizturēšanas rezultātā, ko radījušas valsts iestādes un amatpersonas, militārais dienests vai piedalīšanās miera uzturēšanas misijā;
 - h) kritiskā saslimšana radās alkohola, narkotiku, toksisko, psihotropo vai citu psihoaktīvo vielu vai zāļu lietošanas intoksikācijas rezultātā, kuras nebija nozīmējis ārsts;
 - i) kritiskā saslimšana radās pēc Apdrošinātā iesaistīšanās bīstamos sporta veidos vai aktīvā atpūtā: ekstrēmie sporta veidi, cīņas sports, aviācijas sporta veidi gaisā (tajā skaitā lēcieni ar izpletņiem, planēšana, gaisa baloni, mazi lidaparāti, lidojumi ar paraplānu u.c.), niršana dziļāk par 40 m un niršana citos ekstrēmās apstākļos, alpinisms, kalnos kāpšana, ārpustrašu slēpošana un snowboards, bobslejs, auto un motociklu sacīkstes (tajā skaitā ātrumsacīkstes, ūdensmotospors), gumijlēcšana, lidošana ar deltaplānu u.c., ja vien Apdrošināšanas līgumā puses nav vienojušās citādi;

- j) Apdrošinātajam diagnosticēts jebkurš audzējs, ja Apdrošinātais ir inficēts ar HIV un/vai ir diagnosticēts AIDS;
- k) Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas nogaidīšanas periodā, kas ir 90 dienas no Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās brīža, iestājas Apdrošinātās personas nāve, šie saslimšanas gadījumi netiek uzskatīti par Apdrošināšanas gadījumu. Šis punkts attiecas uz 6.4.2.–6.4.39. punktā minētajām kritiskajām slimībām.

4.2. Šādas personas nav apdrošināmas ar kritisko saslimšanu apdrošināšanu:

- personas, kas slimo vai slimoja ar šajos noteikumos 6. punktā minētajām kritiskām saslimšanām;
- personas, kas ir inficētas ar HIV un/vai kurām ir diagnosticēts AIDS;
- personas, kas slimo ar aterosklerozi, cukura diabētu, hroniski smagām asins, aknu, nieru vai plaušu slimībām;
- personas ar garīgās veselības traucējumiem un personas ar hroniski smagiem nervu sistēmas traucējumiem;
- personas, kas izmanto apreibinošas, toksiskas, narkotiskas, psihotropas vielas, prekursorus vai zāles bez medicīniskām indikācijām un ārsta norādījuma;
- personas, kas apmeklē speciālās izglītības iestādes¹, vai personas, kas izcieš sodu ieslodzījuma vietā, un personas, kas pakļautas piespiedu medicīniskajai palīdzībai.

¹Speciālās izglītības iestādes

Iestādes, kas piedāvā speciālo izglītības programmu izglītojamajiem ar redzes traucējumiem, dzirdes traucējumiem, garīgās veselības traucējumiem, garīgās attīstības traucējumiem, smagiem garīgās attīstības traucējumiem vai vairākiem smagiem attīstības traucējumiem un jauktiem attīstības traucējumiem.

5. Apdrošinājuma summa

- 5.1. Kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summām, par kurām Līgumslēdzēja puses vienojušās Apdrošināšanas līgumā, jābūt norādītām Apdrošināšanas polisē.
- 5.2. Paziņojot par Apdrošinātā kritisko saslimšanu kā Apdrošināšanas gadījumu, šai personai jāizmaksā kritiskās saslimšanas Apdrošinājuma summa. Apdrošinājuma summa saskaņā ar katras Apdrošinātās personas apdrošināšanu ir jāizmaksā tikai vienreiz neatkarīgi no kritisko saslimšanu skaita un to atkārtotības. Saskaņā ar Apdrošinātāja atzinumu par Apdrošinātā kritisko saslimšanu šīs personas kritisko saslimšanu apdrošināšana tiek izbeigta.
- 5.3. Šo noteikumu 5.2. punkts ir spēkā, izņemot Apdrošināšanas gadījumu sakarā ar 6.4.1. punktā minēto kritisko saslimšanu.

6. Kritisko slimību saraksts un diagnosticēšanas kritēriji

6.1. Apdrošināšanas segums ir atkarīgs no Apdrošināšanas līgumā izvēlētajiem Apdrošināšanas variantiem (A1, B4 vai C39).

6.2. Apdrošināšanas segums atkarībā no Apdrošināšanas varianta:

A1 – vēža apdrošināšana saskaņā ar šo noteikumu 6.4.1. punktu;

B4 – vēža apdrošināšana un 3 (trīs) kritiskās saslimšanas saskaņā ar šo noteikumu 6.4.1.–6.4.4. punktu;

C39 - vēža apdrošināšana un 38 (trīsdesmit astoņas) kritiskās saslimšanas saskaņā ar šo noteikumu 6.4.1.–6.4.39. punktu.

6.3. Kritisko slimību saraksts:

- vēzis;
- miokarda infarkts (sirdslēkme);
- galvas smadzeņu insults;
- multiplā skleroze;
- koronāro artēriju šuntēšanas operācija;
- termināla nieru mazspēja;
- ekstremitāšu funkciju zaudēšana;
- pilnīgs redzes zudums;
- orgānu vai kaulu smadzeņu transplantācijas operācija;
- sirds vārstuļa operācija;
- aortas operācija;
- Alcheimera slimība (pirms 65 gadu vecuma);
- labdabīgs galvas smadzeņu audzējs;
- kurlums;
- runas spēju zudums;
- trešās pakāpes apdegumi;
- idiopātiskā Parkinsona slimība (pirms 65 gadu vecuma);
- pastāvīgs veģetatīvs stāvoklis;
- aplastiska anēmija;
- primāra kardiomiopātija;
- aknu mazspēja;

- hroniska plaušu slimība;
- smaga galvas trauma;
- ekstremitāšu zudums;
- akūts virāls encefalīts;
- fulminants virāls hepatīts;
- motoro neironu slimība;
- bakteriāls meningīts;
- muskulārā distrofija;
- primāra pulmonāla hipertensija;
- nekrotizējošs fascīts;
- smags reimatoīdais artrīts;
- koma;
- sporādiska Kreicfelda-Jakoba slimība;
- sistēmiskā sarkanā vilkēde;
- sistēmiskā skleroze (sklerodermija);
- HIV infekcija, kas radusies asins transfūzijas rezultātā;
- HIV infekcija, kas iegūta darbā atbilstošā profesijā;
- hronisks pankreatīts.

6.4. Kritisko slimību definīcijas un to diagnosticēšanas kritēriji:

6.4.1. Vēzis

Apdrošināšanas nosacījumi ir saskaņā ar “ERGO vēža apdrošināšanas noteikumiem”.

6.4.2. Miokarda infarkts (sirdslēkme)

Miokarda infarkts ir sirds audu bojāeja ilgstoša asinsrites nosprostojumā (išēmijas) dēļ. Saskaņā ar šo definīciju par miokarda infarktu liecina sirds biomarkieru (troponīna vai CKMB) līmeņa paaugstināšanās un/vai pazemināšanās līdz miokarda infarkta diagnostiskam līmenim un vismaz divi no šiem kritērijiem:

- išēmijas simptomi (piemēram, persistējošas sāpes krūškurvī, elpas trūkums, galvas reibonis, auksti sviedri u.c.);
- pārmaiņas elektrokardiogrammā (EKG), kas liecina par jaunu išēmiju (jaunas ST-T segmenta pārmaiņas vai jauna Hisa kūlīša kreisā zara blokāde);
- patoloģiski Q zobi EKG.

Diagnoze jāapstiprina konsultantam – kardiologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- akūts koronārs sindroms (stabila vai nestabila stenokardija);
- troponīna līmeņa paaugstināšanās bez atklātām išēmiskas sirds slimības izpausmēm (piemēram, miokardīts, stresa izraisīta kardiomiopātija, sirds kontūzija, plaušu embolija, zāļu toksicitāte);
- miokarda infarkts normālu koronāro artēriju gadījumā vai koronāru vazospazmu dēļ, miokarda “tiltiņš” vai ļaunprātīga zāļu lietošana;
- miokarda infarkts 14 dienu laikā pēc koronārās angioplastijas vai šuntēšanas operācijas.

6.4.3. Galvas smadzeņu insults

Galvas smadzeņu audu bojāeja akūtu cerebrovaskulāru traucējumu dēļ, ko izraisa intrakraniāla tromboze vai asiņošana (arī subarahnoidāla asiņošana), vai embolija no ekstrakraniāla avota ar:

- akūtu jaunu neiroloģisku simptomu rašanos;
- jauniem objektīviem neiroloģiskiem traucējumiem, kas konstatēti klīniskās izmeklēšanas laikā. Neiroloģiskajiem traucējumiem jā saglabājas ilgāk nekā trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma.

Diagnoze jāapstiprina konsultantam – neirologam – un jāapliecina ar attēldiagnostikas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- tranzitora išēmijas lēkme (TIL) un ilgstošs atgriezenisks išēmisks neiroloģisks deficīts (IAIND);
- traumatisks galvas smadzeņu audu vai asinsvadu bojājums;
- neiroloģisks deficīts vispārējas hipoksijas, infekcijas, iekaisuma slimības, migrēnas vai medicīniskas iejaukšanās dēļ;
- nejaušas attēldiagnostikas atrades (DT vai MR izmeklējumā) bez pārliecinošiem klīniskajiem simptomiem;
- redzes nerva vai tīklenes, vai vestibulārā aparāta audu nāve.

6.4.4. Multiplā skleroze

Noteikta multiplās sklerozes diagnoze, kuru ir apstiprinājis konsultants – neirologs – un kura atbilst visiem tālāk uzskaitītajiem kritērijiem:

- esoši motorās vai jušanas funkcijas traucējumi, kam ir jābūt nepārtrauktiem vismaz 6 mēnešus;
- veicot magnētiskās rezonanses izmeklēšanu (MRI), jābūt konstatētiem vismaz diviem izkaisītajai sklerozei raksturīgiem un ar galvas vai muguras smadzeņu demielinizāciju saistītiem bojājumiem.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- iespējama multiplā skleroze un klīniski vai radioloģiski izolēti sindromi, kas liecina par izkaisīto sklerozi, bet neapstiprina tās diagnozi;
- izolēts redzes nerva neirīts un optisks neiromielīts.

6.4.5. Koronāro artēriju šuntēšanas operācija

Vairāku koronāro artēriju slimības ārstēšana. Sirds operācija divu vai vairāku koronāro artēriju sašaurinājuma vai nosprostojuma novēršanai, izmantojot šuntus. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par sirds operāciju ar pilnīgu sternotomiju (vertikālu krūškaula pārdalīšanu) un minimāli invazīvām procedūrām (veicot daļēju sternotomiju vai torakotomiju). Operācijas medicīniskā nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – kardiologam vai kardiokirurgam – un jāaplicina ar koronarogrāfijas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- šuntēšanas operācija, lai ārstētu vienas koronārās artērijas sašaurinājumu vai nosprostojumu;
- koronārā angioplastija vai stenta ievietošana.

6.4.6. Termināla nieru mazspēja

Hroniska un neatgriezeniska abu nieru mazspēja, kuras dēļ uzsākta regulāra hemodialīze vai peritoneālā dialīze. Dialīzei jābūt medicīniski nepieciešamai, un tās nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – nefrologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- akūta atgriezeniska nieru mazspēja, kad tiek veikta īslaicīga nieru dialīze.

6.4.7. Ekstremitāšu funkciju zaudēšana

Pilnīgs un neatgriezenisks muskuļu spēka un funkcijas zudums kādā no divām ekstremitātēm traumas vai muguras vai galvas smadzeņu slimības rezultātā. Ekstremitāte tiek definēta kā visa roka vai visa kāja. Paralīzei jāilgst vairāk nekā 3 mēnešus, un tā jāapstiprina konsultantam – neirologam – un jāaplicina ar klīniskajām un diagnostiskajām atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- paškaitējuma vai psihisku traucējumu rezultātā izraisīta paralīze;
- Gijēna-Barē sindroms;
- periodiska vai iedzimta paralīze.

6.4.8. Pilnīgs redzes zudums

Pilnīgs un neatgriezenisks redzes zudums abās acīs slimības vai traumas rezultātā, ko nav iespējams koriģēt ar refrakcijas korekcijas pasākumiem, konservatīvu vai operatīvu terapiju. Par pilnīgu redzes zudumu liecina redzes asums 3/60 vai mazāks (0,05 vai mazāks decimāldaļskaitļa veidā) labākajā acī pēc vislabākās korekcijas, vai redzes lauks, kas mazāks par 10° diametrā labākajā acī pēc vislabākās korekcijas. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – oftalmologam.

6.4.9. Orgānu vai kaulu smadzeņu transplantācijas operācija

Pacientam tiek veikta viena vai vairāku minēto orgānu allotransplantācija vai izotransplantācija:

- sirds;
- niere;
- aknas (arī aknu daļas transplantācija vai aknu transplantācija no dzīva donora);
- plaušas (arī plaušu daivas transplantācija no dzīva donora vai vienas plaušas transplantācija);

- kaulu smadzenes (allogēna asinsrades cilmes šūnu transplantācija, pirms kuras veic kaulu smadzeņu pilnīgu ablāciju);
- tievā zarna;
- aizkuņģa dziedzeris.

Šīs definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par daļēju vai pilnīgu sejas, plaukstu, rokas un kājas transplantāciju (salikta audu allotransplantācija). Stāvoklim, kura dēļ jāveic transplantācija, jābūt tādām, kuru saskaņā ar speciālista vērtējumu nevar ārstēt ar citiem līdzekļiem.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- citu orgānu, ķermeņa daļu vai audu transplantācija (ietverot radzeni un ādu);
- citu šūnu transplantācija (arī saliņu šūnas un citas, nevis asinsrades cilmes šūnas).

6.4.10. Sirds vārstuļa operācija

Ieskaitot minimāli invazīvas un caur katetru veiktas procedūras. Operācija viena vai vairāku bojātu sirds vārstuļu nomaiņai vai labošanai. Operācijas medicīniskā nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – kardiologam vai kardiokirurgam – un jāapliecina ar ehokardiogrāfijas vai sirds katetrizācijas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par šādām procedūrām:

- sirds vārstuļa nomaiņa vai labošana, veicot pilnīgu sternotomiju (vertikālu krūškaula pārdalīšanu), daļēju sternotomiju vai torakotomiju;
- Rosa procedūra;
- valvuloplastija, izmantojot katetru;
- transkatetrāla aortālā vārstuļa implantācija (TAVI).

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- transkatetrāla mitrālā vārstuļa skavošana.

6.4.11. Aortas operācija

Ieskaitot minimāli invazīvas procedūras. Sirds operācija, lai ārstētu aortas sašaurināšanos, nosprostošanos, aneirismu vai atslāņošanos. Šīs definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par minimāli invazīvām procedūrām, piemēram, endovaskulāru labošanu. Operācijas medicīniskā nepieciešamība jānosaka konsultantam – ķirurgam – un jāapliecina ar attēldiagnostikas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- krūšu vai vēdera aortas zaru operācija (ietverot aortofemorālus vai aortoiliakālus šuntus);
- aortas operācija saistībā ar iedzimtiem saistaudu bojājumiem (piemēram, Marfāna sindromu, Ēlera-Danlosa sindromu);
- operācija pēc traumatiska aortas bojājuma.

6.4.12. Alcheimera slimība (pirms 65 gadu vecuma)

Pierādīta Alcheimera slimības diagnoze, kuru apstiprina visi turpinājumā uzskaitītie faktori:

- intelektuālo spēju zudums, ieskaitot atmiņas un rīcībspējas traucējumus (rīcības pēctecība, organizēšana, rezumēšana un plānošana), kā rezultātā ievērojami kritas garīgās un sociālās funkcionēšanas spēja;
- personības izmaiņas;
- pakāpenisks kognitīvo funkciju traucējumu sākums un traucējumu attīstība;
- nav apziņas traucējumu;
- raksturīgas neiropsiholoģiskas un neuroattēlveidošanas diagnostikas atrades (piemēram, DT).

Slimības gadījumā jābūt nepieciešamai nepārtrauktai (24 stundu) uzraudzībai (pirms 65 gadu vecuma). Diagnoze un uzraudzības nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – neirologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- citas demences formas, kas radušās smadzeņu vai sistēmisko traucējumu vai psihiatrisko stāvokļu dēļ.

6.4.13. Labdabīgs galvas smadzeņu audzējs

Pierādīta labdabīga galvas smadzeņu audzēja diagnoze, kura ir definēta kā labdabīga galvaskausa velvē esošo audu augšana, kas skar tikai galvas smadzenes, galvas smadzeņu mīkstos apvalkus vai kraniālos nervus. Audzēja ārstēšanai jāizmanto vismaz viena no šīm metodēm:

- pilnīga vai daļēja rezekcija;
- stereotaktiskā radioķirurģija;
- ārēja apstarošana.

Ja medicīnisku iemeslu dēļ nav iespējams izmantot nevienu no šiem ārstēšanas veidiem, audzējam jāizraisa pastāvīgi neiroloģiski traucējumi, kuriem jābūt dokumentētiem vismaz trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – neirologam vai neiroķirurgam – un jāapliecina ar attēldiagnostikas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- cistas, granulomas, hamartomas vai galvas smadzeņu artēriju vai vēnu malformācijas diagnostika vai ārstēšana;
- hipofīzes audzēji.

6.4.14. Kurlums

Apstiprināts pastāvīgs un neatgriezenisks dzirdes zudums abās ausīs slimības vai traumas rezultātā. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – ORL speciālistam – un jāapliecina ar datiem, kas norāda, ka vidējais dzirdes sliekšnis labākajā ausī ir lielāks par 90 db pie 500, 1000 un 2000 herciem, izmantojot tīra toņa audiogrammu.

6.4.15. Runas spēju zudums

Apstiprināts pilnīgs un neatgriezenisks runas spēju zudums balss saišu fiziskas traumas vai slimības rezultātā. Traucējumam jābūt nepārtrauktam vismaz 6 mēnešus. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – ORL speciālistam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- runas spēju zudums psihisku traucējumu rezultātā.

6.4.16. Trešās pakāpes apdegumi

Trešās pakāpes apdegumi, kas izraisa ādas bojājumu visā tās biezumā līdz pat zemādas audiem (trešās pakāpes apdegumi) un skar vismaz 20% ķermeņa virsmas laukuma, vērtējot saskaņā ar “Devītnieka likumu” vai “Lunda un Braudera shēmu”. Diagnoze jāapstiprina speciālistam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- trešās pakāpes apdegumi, kas ir tīši vai apzināti radīti;
- jebkuri pirmās vai otrās pakāpes apdegumi.

6.4.17. Idiopātiskā Parkinsona slimība (pirms 65 gadu vecuma)

Rezultējas pastāvīgā fizisko spēju zudumā. Noteikta primārās idiopātiskās Parkinsona slimības diagnoze, kuru apstiprina vismaz divas no uzskaitītajām klīniskajām izpausmēm:

- muskuļu rigiditāte;
- tremors;
- bradikinēzija (patoloģisks kustību lēnums, fizisko un garīgo atbildes reakciju lēnums).

Idiopātiskajai Parkinsona slimībai (pirms 65 gadu vecuma) jārezultējas nespējā patstāvīgi veikt vismaz 3 (trīs) no 6 (sešām) ikdienas aktivitātēm nemitīgi vismaz 3 (trīs) mēnešus ilgā laikposmā par spīti adekvātai ārstēšanai ar medikamentiem.

Ikdienas aktivitātes ir šādas:

- mazgāšanās – spēja mazgāties vannā vai dušā (kas ietver iekļūšanu vannā vai dušā un izkļūšanu no tās), vai mazgāšanās apmierinošā veidā ar citiem līdzekļiem;
- apģērbšanās un noģērbšanās – spēja uzvilkt, novilkt, aiztaisīt un attaisīt visus apģērba gabalus un, ja nepieciešams, stiprinājumus, ekstremitāšu protēzes vai citas ķirurģiskas palīgierīces;
- ēšana – spēja patstāvīgi uzņemt pārtiku, ja ēdiens ir pagatavots un pasniegts;
- personīgās higiēnas uzturēšana – spēja uzturēt apmierinošu personīgās higiēnas līmeni, apmeklējot tualeti vai citādi kontrolējot vēdera izeju un urināciju;
- pārvietošanās starp telpām – spēja nokļūt no vienas telpas citā pa līdzenu grīdu;
- iekāpšana gultā un izkāpšana no tās – spēja izkāpt no gultas, apsēsties uz stāvus novietota krēsla vai ratiņkrēslā un nokļūt atpakaļ gultā.

Diagnoze jāapstiprina konsultantam – neirologam.

Neatkarīgi no ikdienas aktivitātēm šīs definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par neirostimulatora ievietošanu, lai kontrolētu simptomus, dziļi stimulējot galvas smadzenes. Ievietošanas medicīniskā nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – neirologam vai neiroķirurgam. Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- sekundārais parkinsonisms (ieskaitot medikamentu vai toksīnu izraisītu parkinsonismu);

- izteikts tremors;
- parkinsonisms, kas saistīts ar citiem neurodeģeneratīviem traucējumiem.

6.4.18. Pastāvīgs veģetatīvs stāvoklis

Veģetatīvs stāvoklis ir atbildes un izpratnes trūkums galvas smadzeņu pusložu disfunkcijas dēļ, kad smadzeņu stumbra funkcijas, kas kontrolē respiratoriskās un kardiālās funkcijas, ir saglabātas. Diagnoze jāpierāda ar visiem turpmāk minētajiem apstākļiem:

- pilnīgs apziņas trūkums par sevi un apkārtējo vidi;
- nespēja komunicēt ar citiem;
- nav pierādījumu par ilgstošām vai atkārtojamām uzvedības reakcijām uz ārējiem stimuliem;
- saglabātas smadzeņu stumbra funkcijas;
- citu ārstējamu neiroloģisku vai psihisku traucējumu izslēgšana ar atbilstošiem neurofizioloģiskiem vai neiropsiholoģiskiem testiem vai attēldiagnostiskiem izmeklējumiem.

Diagnoze ir jāapstiprina neirologam, slimnieka stāvoklim ir jābūt dokumentētam vismaz vienu mēnesi, bez jebkādiem klīniskajiem uzlabojumiem.

6.4.19. Aplastiska anēmija

Aplastiska anēmija ir asinsrades traucējumi kaulu smadzenēs, kas rezultējas ar anēmiju, neitropēniju un trombocitopēniju. Slimnieks jāārstē ar asins transfūziju, papildus izmantojot vismaz vienu no turpmāk minētajiem veidiem:

- kaulu smadzenes stimulējošus aģentus;
- imūnsupresantus;
- kaulu smadzeņu transplantāciju.

Diagnoze ir jāapstiprina hematologam un histoloģiski jāpierāda.

6.4.20. Primāra kardiomiopātija

Noteikta kāda no šīm primārās kardiomiopātijas diagnostikām:

- dilatācijas kardiomiopātija;
- hipertrofiskā kardiomiopātija (obstruktīva vai neobstruktīva);
- restriktīvā kardiomiopātija;
- aritmogēnā labā kambara kardiomiopātija.

Slimībai jāizpaužas vismaz ar vienu no šādiem simptomiem:

- kreisā kambara izviedes frakcija (KKIF) ir mazāka par 40%, noteikta divas reizes vismaz ar triju mēnešu intervālu;

- izteikts fizisko aktivitāšu ierobežojums, ja vismaz sešu mēnešu laikā slimniekam, veicot mazāk par parastajām fiziskajām aktivitātēm, rodas nogurums, sirdsklauves, elpas trūkums vai sāpes krūtīs (sirds mazspējas III vai IV klase pēc Ņujorkas Sirds asociācijas klasifikācijas (NYHA));
- implantējama kardiovertera-defibrilatora (ICD) ievietošana pēkšņas kardiālas nāves riska novēršanai.

Diagnoze jāapstiprina kardiologam atbilstoši ehokardiogrāfijas vai sirds magnētiskās rezonanses izmeklējuma rezultātiem. Kardiologam ir jāapstiprina, ka implantējama kardiovertera-defibrilatora (ICD) ievietošana ir medicīniski nepieciešama.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- sekundāra (išēmiska, valvulāra, metaboliska, toksiska vai hipertensīva) kardiomiopātija;
- miokardīta izraisīta pārejoša kreisā kambara mazspēja;
- sistēmisku slimību izraisīta kardiomiopātija;
- implantējama kardiovertera-defibrilatora (ICD) ievietošana primārās aritmijas dēļ (piemēram, Brugadas sindroms vai garā QT-intervāla sindroms).

6.4.21. Aknu mazspēja

Noteikta aknu mazspējas diagnoze, par kuru liecina vismaz septiņi punkti pēc Child-Pugh klasifikācijas (Child-Pugh B vai C klase).

Rezultāts jāaprēķina, ņemot vērā visus turpmāk minētos mainīgos:

- kopējais bilirubīna līmenis;
- seruma albumīna līmenis;
- ascīta smaguma pakāpe;
- INR (International normalized ratio);
- hepātiska encefalopātija.

Diagnoze ir jāapstiprina hepatologam vai infektologam un jāpamato ar radioloģiski iegūtiem datiem. Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- sekundāra aknu mazspēja, ko izraisījusi alkohola vai narkotisku vielu lietošana (tajā skaitā B vai C hepatīta infekcija, kas iegūta intravenozu narkotiku lietošanas rezultātā).

6.4.22. Hroniska plaušu slimība

Noteikta smagas plaušu slimības diagnoze, kuru izraisa hronisku respiratoru mazspēju un kuru apliecina visi turpmāk minētie apstākļi:

- FEV1 (forsētās izelpas tilpums pirmajā sekundē) ir mazāks par 40% no gaidītā divos mērījumos ar vismaz mēneša intervālu;
- skābekļa terapija vismaz 16 stundas dienā vismaz triju mēnešu periodā;
- pastāvīga parciālā skābekļa spiediena mērījumu samazināšanās (PaO₂) zem 55 mmHg (7,3 kPa) arteriālo asins gāzu rādījumos, kas noteikta laikā, kad nenotiek skābekļa terapija.

Diagnoze jāapstiprina ārstam – speciālistam.

6.4.23. Smaga galvas trauma

Noteikta smadzeņu darbības traucējumu diagnoze, kas ir galvas traumas rezultāts. Galvas traumas rezultātā jābūt pilnīgai nespējai pašam veikt vismaz trīs no sešām ikdienas dzīves aktivitātēm nepārtraukti vismaz trīs mēnešus bez pamatotas iespējas izveseļoties.

Ikdienas aktivitātes ir šādas:

- mazgāšanās – spēja mazgāties vannā vai dušā (kas ietver iekļūšanu vannā vai dušā un izkļūšanu no tās) vai mazgāšanās apmierinošā veidā ar citiem līdzekļiem;
- apģērbšanās un noģērbšanās – spēja uzvilkt, novilkt, aiztaisīt un attaisīt visus apģērba gabalus un, ja nepieciešams, stiprinājumus, ekstremitāšu protēzes vai citas ķirurģiskas palīgierīces;
- ēšana – spēja patstāvīgi uzņemt pārtiku, kad ēdiens ir pagatavots un pasniegts;
- personīgās higiēnas uzturēšana – spēja uzturēt apmierinošu personīgās higiēnas līmeni, apmeklējot tualeti vai citādi kontrolējot vēdera izeju un urināciju;
- pārvietošanās starp telpām – spēja nokļūt no vienas telpas citā pa līdzenu grīdu;
- iekāpšana gultā un izkāpšana no tās – spēja izkāpt no gultas, apsēsties uz stāvus novietota krēsla vai ratiņkrēslā un nokļūt atpakaļ gultā.

Diagnoze jāapstiprina neirologam vai neiroķirurgam un jāpamato ar radioloģisku izmeklējumu rezultātiem (DT vai smadzeņu MRI).

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- smaga galvas trauma, kas iegūta paškaitējuma, alkohola vai narkotiku lietošanas rezultātā.

6.4.24. Ekstremitāšu zudums

Divu vai vairāku ekstremitāšu pilnīgs zudums plaukstas vai potītes locītavas līmenī vai virs tās nelaimes gadījuma vai medicīniski nepieciešamas amputācijas rezultātā. Diagnoze jāapstiprina ārstam – speciālistam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- ekstremitāšu zaudējums paškaitējuma rezultātā.

6.4.25. Akūts virāls encefalīts

Noteikta akūta virāla encefalīta diagnoze, kas rezultējas pastāvīgā neiroloģiskā deficītā², kas ir dokumentēts vismaz trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma.

Diagnoze jāapstiprina neirologam un jāpamato ar tipiskiem klīniskajiem simptomiem un cerebrospīnālā šķidruma vai smadzeņu biopsijas analīzēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- encefalīts, kas koeksistē ar HIV;
- baktēriju vai protozoju izraisīts encefalīts;
- mialģiskais vai paraneoplastisks encefalomiēlīts.

6.4.26. Fulminants virāls hepatīts

Noteikta fulminanta virālā hepatīta diagnoze, ko pierāda visi turpmāk minētie apstākļi:

- akūta virālā hepatīta tipiska seroloģiskā gaita;
- hepātiskas encefalopātijas rašanās;
- aknas samazināšanās izmēros;
- bilirubīna līmeņa paaugstināšanās;
- koagulopātija ar INR, lielāku par 1,5;
- aknu mazspējas rašanās septiņu dienu laikā pēc simptomu parādīšanās;
- anamnēzē nav aknu patoloģiju.

Diagnoze jāapstiprina gastroenterologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- citiem akūtas aknu mazspējas izraisītiem stāvokļiem (ieskaitot paracetamola vai aflatoksīna radītu intoksikāciju);
- fulminants virālais hepatīts, kas saistīts ar intravenozu narkotisko vielu lietošanu.

6.4.27. Motoro neironu slimība

Noteikta viena no šo motoro neironu slimību diagnozēm:

- amiotrofā laterālā skleroze (ALS vai Lū-Gēriga slimība);
- primāra laterālā skleroze (PLS);
- progresējošā muskulārā atrofija (PMA);
- progresējošā bulbārā paralīze (PBP).

Slimībai ir jārada pilnīga nespēja pašam slimniekam veikt vismaz trīs no sešām ikdienas dzīves aktivitātēm nepārtraukti vismaz trīs mēnešus bez pamatotām izredzēm uz izveseļošanos.

Šīs ikdienas dzīves aktivitātes ir:

- mazgāšanās – spēja nomazgāties vannā vai dušā (kas ietver iekļūšanu vannā vai dušā un izkļūšanu no tās), vai mazgāšanās apmierinošā veidā ar citiem līdzekļiem;
- apģērbšanās un noģērbšanās – spēja uzvilkt, novilkt, aiztaisīt un attaisīt visus apģērba gabalus un, ja nepieciešams, stiprinājumus, ekstremitāšu protēzes vai citas ķirurģiskas palīgierīces;
- ēšana – spēja patstāvīgi uzņemt pārtiku, ja ēdiens ir pagatavots un pasniegts;
- personīgās higiēnas uzturēšana – spēja uzturēt apmierinošu personīgās higiēnas līmeni, izmantojot tualeti vai citādi kontrolējot vēdera izeju un urināciju;
- pārvietošanās pa telpām – spēja nokļūt no vienas telpas citā pa līdzenu grīdu;

- iekāpšana gultā un izkāpšana no tās – spēja izkāpt no gultas, apsēsties uz stāvus novietota krēsla vai ratiņkrēslā, un nokļūt atpakaļ gultā.

Diagnoze jāapstiprina neirologam un jāpamato ar nervu vadīšanas spēju izpētes rezultātiem (NCS) un elektromiogrāfiju (EMG).

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- multifokāla motora neiropātija (MMN) un inklūzijas ķermeņa miozīts;
- pēcpoliomielīta sindroms;
- spināla muskulārā atrofija;
- polimiozīts un dermatomiozīts.

6.4.28. Bakteriāls meningīts

Noteikta bakteriālā meningīta diagnoze, kura rezultējas pastāvīgā neiroloģiskā deficītā², kas ir dokumentēts vismaz trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma.

Diagnoze jāapstiprina neirologam un jāpamato ar patogēnu baktēriju augšanu no cerebrospīnālā šķidrums uzņēmuma.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- aseptisks, virāls, parazitisks vai neinfekciozs meningīts.

6.4.29. Muskulārā distrofija

Noteikta viena no turpmāk minēto muskulāro distrofiju diagnozēm:

- Dišēna muskuļu distrofija (DMD);
- Bekera muskuļu distrofija (BMD);
- Emerī-Dreifusa muskuļu distrofija (EDMD);
- plecu, iegurņa joslas muskuļu distrofija (LGMD);
- sejas, plecu muskuļu distrofija (FSHD) jeb Landuzī-Dežerina slimība;
- 1. tipa miotoniskā distrofija (MMD vai Steinertes slimība);
- okulofaringeālā muskuļu distrofija (OPMD).

Slimībai ir jārada pilnīga nespēja pašam slimniekam veikt vismaz trīs no sešām ikdienas dzīves aktivitātēm nepārtraukti vismaz trīs mēnešus bez pamatotām izredzēm uz izveseļošanu.

Šīs ikdienas dzīves aktivitātes ir:

- mazgāšanās – spēja mazgāties vannā vai dušā (kas ietver iekļūšanu vannā vai dušā un izkļūšanu no tās) vai mazgāšanās apmierinošā veidā ar citiem līdzekļiem;
- apģērbšanās un noģērbšanās – spēja uzvilkt, novilkt, aiztaisīt un attaisīt visus apģērba gabalus un, ja nepieciešams, stiprinājumus, ekstremitāšu protēzes vai citas ķirurģiskas palīgierīces;
- ēšana – spēja patstāvīgi uzņemt pārtiku, ja ēdiens ir pagatavots un pasniegts;

- personīgās higiēnas uzturēšana – spēja uzturēt apmierinošu personīgās higiēnas līmeni, apmeklējot tualeti vai citādi kontrolējot vēdera izeju un urināciju;
- pārvietošanās starp telpām – spēja nokļūt no vienas telpas citā pa līdzenu grīdu;
- iekāpšana gultā un izkāpšana no tās – spēja izkāpt no gultas, apsēsties uz stāvus novietota krēsla vai ratiņkrēslā un nokļūt atpakaļ gultā.

Diagnoze jāapstiprina neirologam un jāpamato ar elektromiogrāfijas (EMG) un muskuļa biopsijas analīzēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- 2. tipa miotoniskā distrofija (PROMM) un visi miotonijas veidi.

6.4.30. Primāra pulmonāla hipertensija

Noteikta primāras pulmonālās hipertensijas diagnoze, ko pamato turpmāk minētie simptomi:

- izteikts fizisko aktivitāšu ierobežojums, kad fiziskās aktivitātes, kas mazākas par ierastajām ikdienas aktivitātēm, izraisa nogurumu, sirdsklauves, aizdusu vai sāpes krūtīs (III vai IV klase pēc Ņujorkas Sirds asociācijas klasifikācijas (NYHA)) vismaz sešu mēnešu periodā;
- vidējais pulmonālo artēriju spiediens ir lielāks par 25 mmHg miera stāvoklī, mērot ar labās sirds puses katetrizāciju.

Diagnoze jāapstiprina kardiologam vai pulmonologam (pneimologam).

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- pulmonālā hipertensija, kas ir sekundāra plaušu, sirds vai sistēmiskajai slimībai;
- hroniska trombemboliska pulmonālā hipertensija (CTEPH);
- narkotisko vielu vai toksīnu inducēta pulmonālā hipertensija.

6.4.31. Nekrotizējošs fascīts

Nekrotizējoša fascīta diagnoze jāpamato ar visiem turpmāk minētajiem apstākļiem:

- progresīva, bakteriāla infekcija, kas strauji izplatās un atrodas dziļajā fascijā ar sekundāru ekstremitāšu vai rumpja subkutāno audu nekrozi;
- paaugstināta ķermeņa temperatūra un strauji augošs C reaktīvā proteīna (CRP) līmenis;
- visu nekrotisko audu ķirurģiska rezekcija.

Furnjē gangrēna ir iekļauta šajā definīcijā. Diagnoze jāapstiprina ķirurgam un jāpierāda ar mikrobioloģiskām vai histoloģiskām analīzēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- gāzu gangrēna;
- diabēta, neiropātiju vai vaskulāru patoloģiju izraisīta gangrēna.

6.4.32. Smags reimatoīdais artrīts

Smaga reimatoīdā artrīta diagnoze jāpierāda ar:

- tipiskiem iekaisuma simptomiem (artralģija, tūska, jutīgums) vismaz 20 locītavās sešu nedēļu periodā diagnozes noteikšanas laikā, kā arī ievērojami paaugstinātu C reaktīvā proteīna (CRP) līmeni;
- pozitīvu reimatoīdo faktoru (vismaz divkārt virs augšējās normas) un/vai anticitrulīna antivielu klātesamību;
- nepārtrauktu ārstēšanu ar kortikosteroīdiem;
- ārstēšanu ar slimību modificējošu antireimatoīdo medikamentu kombināciju (piemēram, metotreksāts + sulfasalazīns/leflunomīds) vai ANF (audzēja nekrozes faktora) inhibitoru vismaz sešu mēnešu periodā.

Diagnoze jāapstiprina reimatologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- reaktīvais artrīts;
- psoriātiskais artrīts;
- osteoartrīts.

6.4.33. Koma

Noteikta bezsamaņas stāvokļa diagnoze bez reakcijas vai atbildes uz ārējiem stimuliem vai iekšējām vajadzībām:

- 8 vai mazāk pēc Glāzgovas komas skalas vismaz 96 stundas;
- ir jāizmanto dzīvības uzturēšanas sistēmas;
- rezultējas pastāvīgā neiroloģiskā deficītā², kas ir jānovērtē vismaz 30 dienas pēc komas iestāšanās.

Diagnoze jāapstiprina neirologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- medicīniski inducēta koma;
- koma, kas radusies pēc paškaitējuma, alkohola vai narkotisko vielu lietošanas.

6.4.34. Sporādiska Kreicfelda-Jakoba slimība

Noteikta sporādiskas Kreicfelda-Jakoba slimības (sCJD) diagnoze, kas jāklasificē kā "iespējama" pēc visiem šiem kritērijiem:

- progresējoša demence;
- vismaz divas no četrām klīniskajām pazīmēm: mioklonuss, vizuālas vai cerebellāras pazīmes, piramidālas, ekstrapiramidālas pazīmes, akinētisks mutisms;
- elektroencefalogramma (EEG), kas uzrāda asu zobu kompleksus, un/vai 14-3-3 proteīna klātesamība cerebrospīnālajā šķīdumā;
- neviena standarta izmeklēšana neliecina par alternatīvu diagnozi. Diagnoze jāapstiprina neirologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- jatrogēna vai mantota Kreicfelda-Jakoba slimība;
- Kreicfelda-Jakoba slimības variants (vCJD).

6.4.35. Sistēmiskā sarkanā vilkēde

Noteikta sistēmiskās sarkanās vilkēdes diagnoze, ko pierāda visi turpmāk minētie apstākļi:

- tipiski laboratoriski dati, piemēram, antinukleāro antivielu (ANA) vai anti-dsDNS antivielu klātbūtne;
- simptomi, kas saistīti ar sarkano vilkēdi (tauriņveida izsitumi, fotosensitivitāte, serozīts);
- nepārtraukta ārstēšana ar kortikosteroīdiem vai citiem imūnsupresantiem. Papildus ir jābūt iesaistītam vienam no šādiem orgāniem:
- vilkēdes izraisīts nefrīts ar proteinūriju vismaz 0,5 g/dienā un glomerulārās filtrācijas ātrumu, kas mazāks par 60 ml/min (MDRD formula);
- Lībmaņa-Saksa endokardīts vai miokardīts;
- neiroloģisks deficīts² vai krampji vismaz triju mēnešu periodā, ko pierāda EEG vai cerebrospinālā šķidruma izmeklējumu rezultāti;
- galvassāpes, kognitīvie un psihiskie simptomi šajā kontekstā netiek uzskatīti par tipisku neiroloģisku deficītu.

Diagnoze jāapstiprina ārstam – speciālistam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- diskveida sarkanā (diskoīda) vilkēde vai subakūta ādas sarkanā vilkēde;
- medikamentu izraisīta sarkanā vilkēde.

6.4.36. Sistēmiskā skleroze (sklerodermija)

Noteikta sistēmiskās sklerozes diagnoze, ko pierāda visi turpmāk minētie apstākļi:

- tipiski laboratoriski dati (piemēram, anti-Scl-70 antivielas);
- tipiskas klīniskās pazīmes (piemēram, Reino sindroms, ādas skleroze, erozija);
- nepārtraukta ārstēšana ar kortikosteroīdiem vai citiem imūnsupresantiem. Papildus ir jābūt iesaistītam vienam no šādiem orgāniem:
- plaušu fibroze, kad difūzās spējas (DCO) ir mazākas par 70% no paredzētajām;
- pulmonālā hipertensija ar vidējo pulmonālās artērijas spiedienu, kas ir augstāks par 25 mmHg miera stāvoklī un mērīts, lietojot labās sirds puses katetrizāciju;
- hroniska nieru slimība ar glomerulāro filtrācijas ātrumu, kas mazāks par 60 ml/min (MDRD-formula);
- ehokardiogrāfiski konstatēta ievērojama labā kambara diastoliskā disfunkcija. Diagnoze jāapstiprina ārstam – speciālistam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- lokalizēta sklerodermija bez orgānu iesaistes;
- eozinofila fascīts;
- CREST sindroms.

6.4.37. HIV infekcija, kas radusies asins transfūzijas rezultātā

Noteikta cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas diagnoze, kas radusies asins transfūzijas rezultātā. HIV infekcija jāpamato ar visiem turpmāk minētajiem kritērijiem:

- infekciju izraisījusi medicīniski nepieciešama asins transfūzija, kas veikta pēc polises stāšanās spēkā;
- iestāde, kas nodrošināja asins transfūzijas pakalpojumu, ir oficiāli reģistrēta un atzīta ārstniecības iestāde;
- iestāde, kas nodrošināja asins transfūzijas pakalpojumu, atzīst savu atbildību;
- HIV serokonversijai jānotiek 12 mēnešu laikā pēc asins pārļiešanas;
- kontaminēto asiņu transfūzija jāveic Eiropas Savienībā vai Šveicē.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- HIV infekcija, kas radusies no citiem transmisijas veidiem, ieskaitot seksuālo kontaktu ceļā vai narkotisko vielu lietošanas rezultātā;
- HIV infekcija, kas radusies asins transfūzijas rezultātā hemofilijas vai smagas talasēmijas (thalassaemia major) dēļ.

6.4.38. HIV infekcija, kas iegūta darbā atbilstošā profesijā

Noteikta cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas diagnoze, kura izriet no incidenta, kas radies normālu darba pienākumu izpildes laikā šādās profesijās:

- ārsts vai zobārsts;
- medicīnas māsa vai vecmāte;
- ārsta palīgs vai zobārsta asistents, māsa;
- laboratorijas darbinieks (laborants) vai laboratorijas tehniķis;
- ugunsdzēsības un glābšanas dienesta darbinieks;
- neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta darbinieks;
- apkopēja vai tehniskās apkopes darbinieks slimnīcā;
- policists;
- ieslodzījuma vietas darbinieks.

HIV infekcija jāpamato ar visiem turpmāk minētajiem kritērijiem:

- incidentam jābūt notikušam pēc polises stāšanās spēkā;

- par incidentu jāziņo, tam jābūt izmeklētam un dokumentētam saskaņā ar pašreizējām atbilstošo iestāžu vadlīnijām;
- HIV negatīvs asins tests, kas veikts piecu dienu laikā pēc incidenta;
- HIV serokonversijai jānotiek 12 mēnešu laikā pēc incidenta;
- incidentam jābūt notikušam, veicot darba pienākumus Eiropas Savienībā vai Šveicē.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- HIV infekcija, kas radusies no jebkādiem citiem transmisijas veidiem, ieskaitot seksuālo kontaktu ceļā vai narkotisku vielu lietošanas rezultātā.

6.4.39. Hronisks pankreatīts

Noteikta smaga hroniska pankreatīta diagnoze, ko pierāda visi turpmāk minētie apstākļi:

- eksokrīna pankreatiska mazspēja ar svara zudumu un steatoreju;
- endokrīna pankreatiska mazspēja ar pankreatisku diabētu;
- nepieciešamība pēc perorālas pankreatisko enzīmu aizstāšanas.

Šiem apstākļiem jāilgst vismaz trīs mēnešus. Diagnoze jāapstiprina gastroenterologam un jāpierāda ar attēldiagnostisko izmeklējumu un laboratoriskajām (piemēram, fekālā elastāze) analīzēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- alkohola vai narkotisko vielu lietošanas izraisīts hronisks pankreatīts;
- akūts pankreatīts.

6.5. Ja Apdrošināšanas gadījums nav iestājies līdz Apdrošināšanas līguma termiņa beigām, Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.

6.6. Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta, ja Apdrošinātais mirst 30 dienu laikā pēc kritiskās saslimšanas diagnosticēšanas un nāves cēlonis ir šo noteikumu 6. punktā minētā kritiskā saslimšana.

6.7. Šo noteikumu 6.6. punkts ir spēkā, izņemot Apdrošināšanas gadījumu sakarā ar 6.4.1. punktā minēto kritisko saslimšanu.

²Neiroloģisks deficīts

Nervu sistēmas disfunkcijas simptomi, kas ir konstatēti klīniskās izmeklēšanas laikā. Iekļautie simptomi ir nejutīgums, hiperestēzija (paaugstināta ādas jutība), paralīze, lokalizēts vājums, dizartrijs (runas grūtības), afāzija (nespēja runāt un saprast dzirdēto un uzrakstīto), disfāģija (apgrūtināta rīšana), redzes traucējumi, grūtības staigāt, koordinācijas trūkums, trīce, krampji, letarģija, demence, delīrijs un koma.

Iepriekš minētā definīcija neattiecas uz:

- CT, MR vai citos attēldiagnostiskos izmeklējumos konstatētu anomāliju bez noteiktiem saistītiem klīniskajiem simptomiem;
- neiroloģiskām pazīmēm, kas rodas bez simptomātiskām novirzēm, piemēram, paātrināts reflekss bez citiem simptomiem;
- psiholoģiskas vai psihiatriskas izcelsmes simptomiem.

7. Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība

- 7.1. Apdrošinātājs ir rakstiski jāinformē par kritisko saslimšanu 30 dienu laikā no dienas, kad tā diagnosticēta.
- 7.2. Pieprasot Apdrošināšanas atlīdzību, jāiesniedz šādi dokumenti, kuru sagatavošanas un saņemšanas izdevumus apmaksā atlīdzības pieprasītājs:
 - atlīdzības pieteikums kritisku saslimšanu apdrošināšanā;
 - izziņa(-as) no ārstiem, kas ārstē vai ir ārstējuši, izmeklējuši Apdrošināto par slimības cēloni, tās sākumu, veidu un ilgumu. Izziņā ir jābūt norādītai diagnozei, kuru apstiprina klīniskie, radioloģiskie, histoloģiskie vai laboratoriskie izmeklējumi.
- 7.3. Lai noteiktu, vai ir iestājies Apdrošināšanas gadījums, Apdrošinātājs var pieprasīt iesniegt papildu dokumentāciju Apdrošināšanas gadījuma apstākļu precizēšanai. Visus izdevumus, kas saistīti ar iesniedzamo dokumentu sagatavošanu un saņemšanu, apmaksā Apdrošināšanas atlīdzības pieprasītājs.
- 7.4. Apdrošinātājs ir tiesīgs pārbaudīt Apdrošinātā sniegtās ziņas par tā veselības stāvokli pie ārstiem, slimnīcās vai citās ārstniecības iestādēs, kurās Apdrošinātais ir aprūpēts vai ārstēts.
- 7.5. Apdrošinātājam ir tiesības neatzīt Apdrošināšanas gadījumu tik ilgi, kamēr Apdrošinājuma ņēmējs, Apdrošinātais vai cita persona, kas vēlas saņemt Apdrošināšanas atlīdzību, tiši vai nolaidības dēļ nav iesniedzis Apdrošinātājam pieprasītos dokumentus.
- 7.6. Ja kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summa tika palielināta, tad, diagnosticējot Apdrošinātajam kritisko slimību 90 dienu laikā no Apdrošinājuma summas palielināšanas dienas, kritisko saslimšanu Apdrošināšanas atlīdzībai ir jābūt kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summas apmērā, kas norādīts līdz palielinājumam. Šo noteikumu 6.4.1. punktā minētās kritiskās saslimšanas gadījumā Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta saskaņā ar "ERGO vēža apdrošināšanas noteikumiem".
- 7.7. Kritisko saslimšanu Apdrošināšanas gadījumā Apdrošinātājam jāizmaksā Apdrošināšanas atlīdzība Apdrošinātajam, ja vien apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.
- 7.8. Apdrošinātājam ir tiesības samazināt vai neizmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas, kā arī veicot izmaiņas Apdrošinājuma segumā polises darbības laikā Apdrošinātais sniedzis nepilnīgu vai nepatiesu informāciju par savu veselības stāvokli.
- 7.9. Ja Apdrošināšanas atlīdzības saņēmējs (Apdrošinātais) ir miris pēc Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, tad mirušā mantiniekiem ir tiesības pieteikt atlīdzības gadījumu Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai.

8. Apdrošināšanas līguma grozījumi

- 8.1. Ņemot vērā medicīnas zinātnes attīstību un izmaiņas saslimstībā, Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji mainīt kritisko saslimšanu definīcijas un/vai diagnosticējošos kritērijus. Apdrošinātājam ir tiesības grozīt kritiskās saslimšanas apdrošināšanas noteikumus, brīdinot Apdrošinājuma ņēmēju ne vēlāk kā 30 dienas pirms plānotā apdrošināšanas noteikumu izmaiņu datuma. Ja Apdrošinājuma ņēmējs nepiekrīt šiem apdrošināšanas noteikumu grozījumiem, kritisko saslimšanu apdrošināšana tiek izbeigta no plānotā apdrošināšanas noteikumu izmaiņu datuma.

ERGO

ERGO

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle

ERGO kritisko saslimšanu apdrošināšanas noteikumi bērniem Nr. SKB-08-2024



SATURS

1.	Apdrošināšanas objekts	2
2.	Apdrošinātā persona	2
3.	Apdrošināšanas gadījums	2
4.	Gadījumi, kas netiek apdrošināti un personas, kuras nav apdrošināmas	2
5.	Apdrošinājuma summa	3
6.	Kritisko slimību saraksts un diagnosticēšanas kritēriji	4
7.	Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība	9
8.	Apdrošināšanas līguma grozījumi	10

Šie ERGO kritisko saslimšanu apdrošināšanas noteikumi bērniem Nr. SKB-08-2024 tiek piemēroti kopā ar ERGO vispārīgajiem apdrošināšanas noteikumiem un ERGO vispārīgajiem universālās dzīvības apdrošināšanas noteikumiem.

1. Apdrošināšanas objekts

- 1.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā veselība, kas saistīta ar kritisko saslimšanu.
- 1.2. Kritisko saslimšanu saraksts ir pieejams šo noteikumu 6. punktā. Apdrošināšanas polisē ir norāde, kurš kritisko saslimšanu Apdrošināšanas variants attiecas uz Apdrošināto un uz kādu Apdrošināšanas periodu ir spēkā Apdrošināšanas segums.

2. Apdrošinātā persona

- 2.1. Apdrošinātā persona ir Apdrošināšanas līgumā norādītā persona no 2 līdz 17 gadu vecumam (ieskaitot), ja vien Apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.

3. Apdrošināšanas gadījums

- 3.1. Apdrošināšanas gadījums ir Apdrošinātā kritiskā saslimšana, kas diagnosticēta un apstiprināta apdrošināšanas darbības laikā un atbilst kritisko saslimšanu sarakstam, kurš norādīts Apdrošināšanas līgumā un šo noteikumu 6. punktā, un kritērijiem šo slimību diagnosticēšanai.

4. Gadījumi, kas netiek apdrošināti, un personas, kuras nav apdrošināmas

- 4.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta, ja:
 - a) diagnoze neatbilst visiem kritiskās saslimšanas diagnosticēšanas kritērijiem, kas ir norādīti šo noteikumu 6. punktā;
 - b) kritiskā saslimšana diagnosticēta pirmajās 90 dienās no kritisko saslimšanu apdrošināšanas sākuma datuma, kas ir norādīts Apdrošināšanas polisē;
 - c) kritiskā saslimšana parādījās kodolenerģijas seku dēļ (izņemot radioterapijas sekas);
 - d) kritisko saslimšanu izraisīja Apdrošinātā trauma, kas saistīta ar Apdrošinātā apzinātu, tīšu sava veselības stāvokļa pasliktināšanu vai sevis pašsākropļošanu, vai viņam mēģinot izdarīt pašnāvību;
 - e) kritisko saslimšanu izraisīja Apdrošinātā trauma, kas saistīta ar Apdrošinājuma ņēmēja vai Labuma guvēja apzinātām, tīšām darbībām (rīcībām, kas veiktas tieši vai netieši) Apdrošinātā veselības stāvokļa pasliktināšanai vai sākropļojumam;
 - f) kritiskās saslimšanas cēlonis ir Apdrošinātā iesaistīšanās noziedzīgā nodarījumā vai gatavojoties to veikt, vai no citām darbībām, kas ir pretrunā tiesību aktiem;
 - g) kritiskā saslimšana radās militāru darbību, karastāvokļa vai kritiska stāvokļa ieviešanas, iekšēju nemieru, sacelšanās, dumpju, darbinieku streiku, lokautu, apcietinājumu un aizturēšanas rezultātā, ko radījušas valsts iestādes un amatpersonas, militārais dienests vai piedalīšanās miera uzturēšanas misijā;
 - h) kritiskā saslimšana radās alkohola, narkotiku, toksisko, psihotropo vai citu psihoaktīvo vielu vai zāļu lietošanas intoksikācijas rezultātā, kuras nebija izrakstījis ārsts;
 - i) kritiskā saslimšana radās pēc Apdrošinātā iesaistīšanās bīstamos sporta veidos vai aktīvā atpūtā: ekstrēmie sporta veidi, cīņas sports, aviācijas sporta veidi gaisā (tajā skaitā lēcieni ar izpletņiem, planēšana, gaisa baloni, mazi lidaparāti, lidojumi ar paraplānu u.c.), niršana dziļāk par 40 m un citas ekstrēmas niršanas, alpīnisms, kalnos kāpšana, ārpustrašu slēpošana un snovbords, bobslejs, auto un motociklu sacīkstes (tajā skaitā ātrumsacīkstes, ūdensmotospors), gumijlēcšana, lidošana ar deltaplānu u.c., ja vien Apdrošināšanas līgumā puses nav vienojušās citādi;

- j) Apdrošinātajam diagnosticēts jebkurš audzējs, ja Apdrošinātais ir inficēts ar HIV un/vai ir diagnosticēts AIDS;
- k) Apdrošinātajam diagnosticēts iedzimts defekts;
- l) ja Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas nogaidīšanas periodā, kas ir 90 dienas no Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās brīža, iestājas Apdrošinātās personas nāve, šie saslimšanas gadījumi netiek uzskatīti par Apdrošināšanas gadījumu. Šis punkts attiecas uz 6.2.2.–6.2.14. punktā minētajām kritiskajām slimībām.

4.2. Šādas personas nav apdrošināmas ar kritisko saslimšanu apdrošināšanu:

- personas, kas slimo vai slimoja ar šajos noteikumos 6. punktā minētajām kritiskām saslimšanām;
- personas, kas ir inficētas ar HIV un/vai kam ir diagnosticēts AIDS;
- personas, kas slimo ar aterosklerozi, cukura diabētu, hroniski smagām asins, aknu, nieru vai plaušu slimībām;
- personas ar garīgās veselības traucējumiem un personas ar hroniski smagiem nervu sistēmas traucējumiem;
- personas, kas izmanto apdullinošas, toksiskas, narkotiskas, psihotropas vielas, prekursorus vai zāles bez medicīniskām indikācijām un ārsta norādījuma;
- personas, kas apmeklē speciālās izglītības iestādes¹, vai tie, kas izcieš sodu ieslodzījuma vietā, un personas, kas pakļautas piespiedu medicīniskajai palīdzībai.

¹Speciālās izglītības iestādes

Iestādes, kas piedāvā speciālo izglītības programmu izglītojamiem ar redzes traucējumiem, dzirdes traucējumiem, garīgās veselības traucējumiem, garīgās attīstības traucējumiem, smagiem garīgās attīstības traucējumiem vai vairākiem smagiem attīstības traucējumiem un jauktiem attīstības traucējumiem.

5. Apdrošinājuma summa

- 5.1. Kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summām, par kurām Līgumslēdzēja puses vienojušās Apdrošināšanas līgumā, jābūt norādītām Apdrošināšanas polisē.
- 5.2. Paziņojot par Apdrošinātā kritisko saslimšanu kā Apdrošināšanas gadījumu, šai personai jāizmaksā kritiskās saslimšanas Apdrošinājuma summa. Apdrošinājuma summa saskaņā ar katras Apdrošinātās personas apdrošināšanu ir jāizmaksā tikai vienreiz neatkarīgi no kritisko saslimšanu skaita un to atkārtotības. Saskaņā ar Apdrošinātāja atzinumu par Apdrošinātā kritisko saslimšanu šīs personas kritisko saslimšanu apdrošināšana beidzas.
- 5.3. Šo noteikumu 5.2. punkts ir spēkā, izņemot Apdrošināšanas gadījumu sakarā ar 6.2.1. punktā minēto kritisko saslimšanu.

6. Kritisko slimību saraksts un diagnosticēšanas kritēriji

6.1. Bērnu kritisko slimību saraksts:

- vēzis;
- ekstremitāšu funkciju zaudēšana;
- pilnīgs redzes zudums;
- orgānu vai kaulu smadzeņu transplantācijas operācija;
- kurlums;
- smaga galvas trauma;
- termināla nieru slimība;
- labdabīgs galvas smadzeņu audzējs;
- koma;
- akūts virāls encefalīts;
- ekstremitāšu zudums;
- bakteriāls meningīts;
- insulīnkarīgs diabēts (1. tips);
- smags astmas paasinājums.

6.2. Kritisko slimību definīcijas un to diagnosticēšanas kritēriji

6.2.1. Vēzis

Apdrošināšanas nosacījumi ir saskaņā ar “ERGO vēža apdrošināšanas noteikumiem”.

6.2.2. Ekstremitāšu funkciju zaudēšana

Pilnīgs un neatgriezenisks muskuļu funkcijas zudums kādā no divām ekstremitātēm traumas vai muguras, vai galvas smadzeņu slimības rezultātā. Ekstremitāte tiek definēta kā visa roka vai visa kāja. Paralīzei jāilgst vairāk nekā 3 mēnešus, un tā jāapstiprina konsultantam – neirologam – un jāapliecina ar klīniskajām un diagnostiskajām atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- paškaitējuma vai psihisku traucējumu izraisīta paralīze;
- Gijēna-Barē sindroms un tā komplikācijas un sekas (t.sk. paralīze);
- periodiska vai iedzimta paralīze.

6.2.3. Pilnīgs redzes zudums

Pilnīgs un neatgriezenisks redzes zudums abās acīs slimības vai traumas rezultātā, ko nav iespējams koriģēt ar refrakcijas korekcijas pasākumiem, zālēm vai operāciju. Par pilnīgu redzes zudumu liecina redzes asums 3/60 vai mazāks (0,05 vai mazāks decimāldaļskaitļa veidā) labākajā acī pēc vislabākās korekcijas, vai redzes lauks, kas mazāks par 10° diametrā labākajā acī pēc vislabākās korekcijas. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – oftalmologam.

6.2.4. Orgānu vai kaulu smadzeņu transplantācijas operācija

Pacientam tiek veikta viena vai vairāku minēto orgānu allotransplantācija vai izotransplantācija:

- sirds;
- niere;
- aknas (arī aknu daļas transplantācija vai aknu transplantācija no dzīva donora);
- plaušas (arī plaušu daivas transplantācija no dzīva donora vai vienas plaušas transplantācija);
- kaulu smadzenes (allogēna asinsrades cilmes šūnu transplantācija, pirms kuras veic kaulu smadzeņu pilnīgu ablāciju);
- tievā zarna;
- aizkuņģa dziedzeris.

Šīs definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par daļēju vai pilnīgu sejas, plaukstu, rokas un kājas transplantāciju (salikta audu allotransplantācija). Stāvoklim, kura dēļ jāveic transplantācija, jābūt tādām, kuru saskaņā ar speciālista vērtējumu nevar ārstēt ar citiem līdzekļiem.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- citu orgānu, ķermeņa daļu vai audu transplantācija (ietverot radzeni un ādu);
- citu šūnu transplantācija (arī saliņu šūnas un citas, nevis asinsrades cilmes šūnas).

6.2.5. Kurlums

Apstiprināts pastāvīgs un neatgriezenisks dzirdes zudums abās ausīs slimības vai traumas rezultātā. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – ORL speciālistam – un jāapliecina ar datiem, kas norāda, ka vidējais dzirdes sliekšnis labākajā ausī ir lielāks par 90 db pie 500, 1000 un 2000 herciem, izmantojot tīra toņa audiogrammu.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- jebkāda veida kurlums, kas ir iedzimts vai pārmantots, tajā skaitā grūtniecības laikā infekcijas dēļ iegūts kurlums.

6.2.6. Smaga galvas trauma

Noteikta smadzeņu funkciju traucējumu diagnoze, kas ir galvas traumas rezultāts. Galvas traumas rezultātā jābūt noteiktām 3–5 ballēm pēc Glāzgova komas skalas bērniem un:

- pastāvīgs neiroloģisks deficīts², kas dokumentēts vismaz 3 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma (attiecas uz jebkuru vecumu);

- pilnīgs motorās, kognitīvās un valodas attīstības pārtraukums vismaz 12 mēnešus (attiecas tikai uz vecumu līdz 6 gadiem).

Diagnoze un neiroloģiskais deficīts bez pamatotas iespējas izvesēloties ir jāapstiprina ārstam – speciālistam – un jāpamato ar radioloģisko izmeklējumu rezultātiem (DT vai smadzeņu MRI).

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- jebkāda nopietna galvas trauma, kas radusies vardarbības vai uzbrukuma bērnam dēļ;
- jebkāda nopietna galvas trauma, kas iegūta paškaitējuma, alkohola vai narkotiku lietošanas rezultātā.

6.2.7. Termināla nieru slimība

Hroniska un neatgriezeniska abu nieru mazspēja, kā rezultātā tiek sākota regulāra hemodialīze vai peritoneālā dialīze, vai tiek veikta nieru transplantācija. Dialīzei jābūt medicīniski nepieciešamai, un tās nepieciešamība jāapstiprina konsultantam – nefrologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- akūta atgriezeniska nieru mazspēja ar pagaidu nieru dialīzi;
- hroniska nieru slimība (nieru mazspēja) iedzimtu nieru un/vai iedzimtu urīnceļu patoloģiju dēļ;
- hroniska nieru slimība (nieru mazspēja) nieru perfūzijas traucējumu dēļ perinatālajā periodā.

6.2.8. Labdabīgs galvas smadzeņu audzējs

Pierādīta labdabīga galvas smadzeņu audzēja diagnoze, kura ir definēta kā labdabīga galvaskausa velvē esošo audu augšana, kas skar tikai galvas smadzenes, galvas smadzeņu mīksto apvalku vai kraniālos nervus. Audzēja ārstēšanai jāizmanto vismaz viena no šīm metodēm:

- pilnīga vai daļēja izoperēšana;
- stereotaktiskā radioķirurģija;
- ārēja apstarošana.

Ja medicīnisku iemeslu dēļ nav iespējams izmantot nevienu no šiem ārstēšanas veidiem, audzējam jāizraisa pastāvīgi neiroloģiski traucējumi, kuriem jābūt dokumentētiem vismaz trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma. Diagnoze jāapstiprina konsultantam – neirologam vai neiroķirurgam un jāaplicina ar attēldiagnostikas atradēm.

Minētās definīcijas ietvaros apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- cistas, granulomas, hamartomas vai galvas smadzeņu artēriju vai vēnu malformācijas diagnostika vai ārstēšana;
- hipofīzes audzēji;
- iedzimti audzēji.

6.2.9. Koma

Noteikta bezsamaņas stāvokļa diagnoze bez reakcijas vai atbildes uz ārējiem stimuliem vai iekšējām vajadzībām:

- 8 vai mazāk pēc Glāzgovas komas skalas vismaz 96 stundas;
- ir jāizmanto dzīvības uzturēšanas sistēmas;
- rezultējas pastāvīgā neiroloģiskā deficītā², kas ir jānovērtē vismaz 30 dienas pēc komas iestāšanās. Diagnoze jāapstiprina neirologam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- medicīniski inducēta koma;
- koma, kas radusies pēc paškaitējuma, alkohola vai narkotisko vielu lietošanas;
- jebkura koma vardarbības vai uzbrukuma bērnam dēļ;
- jebkura koma dzemdību komplikāciju vai iedzimtu patoloģiju dēļ.

6.2.10. Akūts virāls encefalīts

Noteikta akūta virālā encefalīta diagnoze, kura rezultējas pastāvīgā neiroloģiskā deficītā², kas ir dokumentēts vismaz trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma. Pilnīgs motorās, kognitīvās un valodas attīstības pārtraukums vismaz 12 mēnešus (attiecas tikai uz vecumu līdz 6 gadiem).

Diagnoze jāapstiprina ārstam – neirologam – un jāpamato ar tipiskiem klīniskajiem simptomiem un cerebrospinālā šķidrums vai smadzeņu biopsijas analīzēm.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- encefalīts, kas koeksistē ar HIV;
- baktēriju vai protozoju izraisīts encefalīts;
- mialģiskais vai paraneoplastisks encefalomiēlīts.

6.2.11. Ekstremitāšu zudums

Divu vai vairāku ekstremitāšu pilnīgs zudums plaukstas vai potītes locītavas līmenī vai virs tās nelaimes gadījuma vai medicīniski nepieciešamas amputācijas rezultātā. Diagnoze jāapstiprina ārstam – speciālistam.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- ekstremitāšu zaudējums paškaitējuma rezultātā.

6.2.12. Bakteriāls meningīts

Noteikta bakteriālā meningīta diagnoze, kura rezultējas:

- pastāvīgā neiroloģiskā deficītā², kas ir dokumentēts vismaz trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma;
- pilnīgs motorās, kognitīvās un valodas attīstības pārtraukums vismaz 12 mēnešus (attiecas tikai uz vecumu līdz 6 gadiem).

Diagnoze jāapstiprina ārstam – neirologam – un jāpamato ar patogēnu baktēriju augšanu no cerebrospinalā šķidrums uzskējuma.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādu gadījumu:

- aseptisks, virāls, parazitisks vai neinfekciozs meningīts.

6.2.13. Insulīnkarīgs diabēts (1. tips)

Noteikta 1. tipa cukura diabēta diagnoze, kurai raksturīga aizkuņģa dziedzera nespēja saražot pietiekami daudz insulīna, tādējādi visa mūža garumā ir nepieciešamība pēc eksogēna insulīna.

Diagnoze jāapstiprina speciālistam un jāpamato ar tipiskām klīniskajām izpausmēm un laboratoriskajiem izmeklējumiem.

Laboratoriskajos izmeklējumos jāpierāda vismaz viena no šīm pazīmēm:

- pankreātiskās autoantivielas;
- tāds insulīna un C-peptīda līmenis, kas nepieciešams 1. tipa cukura diabēta diagnozes noteikšanai.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- eksokrīnās sistēmas patoloģijas (piemēram, cistiskā fibroze, iedzimta hemohromatoze, hronisks pankreatīts);
- citi endokrīni glikozes regulācijas traucējumi (piemēram, Kušinga sindroms);
- medikamentu izraisīts diabēts;
- 2. tipa cukura diabēts.

6.2.14. Smags astmas paasinājums

Diagnosticēta akūta smagas astmas paasinājuma epizode, kuras rezultātā pēdējo 12 mēnešu laikā pacients uzņemts stacionārā vismaz divas reizes, un par to liecina plaušu indeksa rādītājs (PIS) ≥ 12 vai līdzvērtīgs alternatīvs rādītājs.

Minētās definīcijas ietvaros Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- gastroezofageālā refluksa slimība (GERS);
- medikamentu izraisīta astma;
- astma kā respiratoriskas infekcijas komplikācija.

6.3. Ja Apdrošināšanas gadījums nav iestājies līdz Apdrošināšanas līguma termiņa beigām, Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.

6.4. Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta, ja Apdrošinātais mirst 30 dienu laikā pēc kritiskas saslimšanas diagnosticēšanas un nāves cēlonis ir šo noteikumu 6. punktā minētā kritiskā saslimšana.

- 6.5. Šo noteikumu 6.4. punkts ir spēkā, izņemot Apdrošināšanas gadījumu sakarā ar 6.2.1. punktā minēto kritisko saslimšanu.

²Neiroloģisks deficīts

Nervu sistēmas disfunkcijas simptomi, kas ir konstatēti klīniskās izmeklēšanas laikā. Iekļautie simptomi ir nejutīgums, hiperestēzija (paaugstināta ādas jutība), paralīze, lokalizēts vājums, dizartrijs (runas grūtības), afāzija (nespēja runāt), disfāgija (apgrūtināta rīšana), redzes traucējumi, grūtības staigāt, koordinācijas trūkums, trīce, krampji, letarģija, demence, delīrijs un koma.

Iepriekš minētā definīcija neattiecas uz:

- CT, MR vai citos attēldiagnostiskos izmeklējumos konstatētu anomāliju bez noteiktiem saistītiem klīniskajiem simptomiem;
- neiroloģiskām pazīmēm, kas rodas bez simptomātiskām novirzēm, piemēram, paātrināts reflekss bez citiem simptomiem;
- psiholoģiskas vai psihiatriskas izcelsmes simptomiem.

7. Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība

- 7.1. Apdrošinātājs ir rakstiski jāinformē par kritisko saslimšanu 30 dienu laikā no dienas, kad tā diagnosticēta.
- 7.2. Pieprasot Apdrošināšanas atlīdzību, jāiesniedz šādi dokumenti, kuru sagatavošanas un saņemšanas izdevumus apmaksā atlīdzības pieprasītājs:
- atlīdzības pieteikums kritisku saslimšanu apdrošināšanā;
 - izziņa(-as) no ārstiem, kas ārstē vai ir ārstējuši, izmeklējuši Apdrošināto par slimības cēloni, tās sākumu, veidu un ilgumu. Izziņā ir jābūt norādītai diagnozei, kuru apstiprina klīniskie, radioloģiskie, histoloģiskie vai laboratoriskie izmeklējumi.
- 7.3. Lai noteiktu, vai ir iestājies Apdrošināšanas gadījums, Apdrošinātājs var pieprasīt iesniegt papildu dokumentāciju Apdrošināšanas gadījuma apstākļu precizēšanai. Visus izdevumus, kas saistīti ar iesniedzamo dokumentu sagatavošanu un saņemšanu, apmaksā Apdrošināšanas atlīdzības pieprasītājs.
- 7.4. Apdrošinātājs ir tiesīgs pārbaudīt Apdrošinātā sniegtās ziņas par tā veselības stāvokli pie ārstiem, slimnīcās vai citās ārstniecības iestādēs, kurās Apdrošinātais ir aprūpēts vai ārstēts.
- 7.5. Apdrošinātājam ir tiesības neatzīt Apdrošināšanas gadījumu tik ilgi, kamēr Apdrošinājuma ņēmējs, Apdrošinātais vai cita persona, kas vēlas saņemt Apdrošināšanas atlīdzību, tieši vai nolaidības dēļ nav iesniedzis Apdrošinātājam pieprasītos dokumentus.
- 7.6. Ja kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summa tika palielināta, diagnosticējot Apdrošinātājam kritisko slimību 90 dienu laikā no Apdrošinājuma summas palielināšanas dienas, kritisko saslimšanu Apdrošināšanas atlīdzībai ir jābūt kritisko saslimšanu Apdrošinājuma summas nodrošinājumam, kas norādīts līdz palielinājumam. Šo noteikumu 6.2.1. punktā minētās kritiskās saslimšanas gadījumā Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta saskaņā ar "ERGO vēža apdrošināšanas noteikumiem".
- 7.7. Kritisko saslimšanu Apdrošināšanas gadījumā Apdrošinātājam jāizmaksā Apdrošināšanas atlīdzība Apdrošinātājam, ja vien Apdrošināšanas līgums nenosaka citādi.

- 7.8. Apdrošinātājam ir tiesības samazināt vai neizmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas, kā arī veicot izmaiņas Apdrošinājuma segumā polises darbības laikā Apdrošinātais sniedzis nepilnīgu vai nepatiesu informāciju par savu veselības stāvokli.
- 7.9. Ja Apdrošināšanas atlīdzības saņēmējs (Apdrošinātais) ir miris pēc Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, tad mirušā mantiniekiem ir tiesības pieteikt atlīdzības gadījumu Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai.

8. Apdrošināšanas līguma grozījumi

- 8.1. Ņemot vērā medicīnas zinātnes attīstību un izmaiņas saslimstībā, Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji mainīt kritisko saslimšanu definīcijas un/vai diagnosticējošos kritērijus. Apdrošinātājam ir tiesības grozīt kritiskās saslimšanas apdrošināšanas noteikumus, brīdinot Apdrošinājuma ņēmēju ne vēlāk kā 30 dienas pirms plānotā apdrošināšanas noteikumu izmaiņu datuma. Ja Apdrošinājuma ņēmējs nepiekrīt šiem apdrošināšanas noteikumu grozījumiem, kritisko saslimšanu apdrošināšana tiek izbeigta no plānotā apdrošināšanas noteikumu izmaiņu datuma.

ERGO

ERGO

ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle

ERGO nelaimes gadījumu apdrošināšanas noteikumi Nr. SNG-08-2024



SATURS

Termini	2
1. Apdrošināšanas objekts	2
2. Apdrošināšanas gadījums	2
3. Gadījumi, kas netiek apdrošināti, un personas, kuras nav apdrošināmas (izņēmumi)	3
4. Apdrošināšanas atlīdzību veidi un Apdrošinājuma summas	5
5. Apdrošinājuma ņēmēja un Apdrošinātāja tiesības un pienākumi apdrošināšanas līguma darbības laikā	14
6. Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība	14
7. Apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšana	16
8. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība	17
9. Apdrošināšanas atlīdzības samazināšana un tās neizmaksāšanas pamats	18

Šie ERGO nelaimes gadījumu apdrošināšanas noteikumi Nr. SNG-08-2024 tiek piemēroti kopā ar ERGO vispārīgajiem apdrošināšanas noteikumiem un ERGO vispārīgajiem universālās dzīvības apdrošināšanas noteikumiem.

Termini

Traumas un kaulu lūzumi – nelaimes gadījuma rezultātā radies audu, kaulu vai orgānu akūts traumatiskais bojājums tiešas ārējas īslaicīgas iedarbības dēļ, kas ir norādīts Apdrošināšanas pilnajā atlīdzību Izmaksu tabulā (Pielikums Nr. 1), kura ir šo Apdrošināšanas noteikumu neatņemama sastāvdaļa. Šo noteikumu izpratnē, nejauša akūta saindēšanās ar ķīmiskām, toksiskām vielām, indīgiem augiem, apsaldējumu un apdegumu sekas, saslimšana ar ērcu encefalītu vai poliomiēlītu, esot vakcinētam pret attiecīgajām slimībām, arī ir uzskatāma par Traumu.

Stresa lūzums – lūzums, kas radies atkārtotas, pārmērīgas vai ilgstošas slodzes iedarbības dēļ.

Atkārtots kaula lūzums – kaula lūzums, kurš ir radies 12 mēnešu laikā iepriekšējā kaula lūzuma vietā.

Ieraduma mežģījums – traumatiskais regulārs bojājums, kas veidojas kādā no locītavām dažādas intensitātes fiziskās traumatizācijas/slodzes rezultātā.

KomPLICĒTS KAULA LŪZUMS – kaula lūzuma ietekmē skarti apkārtesošie audi (asinsvadi, nervi, muskuļi, locītavas kapsula), kad terapijā izmantota osteosintēze.

PATOĻĪS KAULA LŪZUMS – kaula lūzums, kas radies kaula struktūras izmaiņu dēļ, kuru cēlonis ir saslimšana, piemēram, osteoporoze, audzēji un to metastāzes, infekcijas (osteomiēlīts), reimatoīdais artrīts, ģenētiskas saslimšanas (*osteogenesis imperfecta*) u.c.

Ekstrēms sporta veids vai hobijs – augstas bīstamības sporta veids, kura ātruma, augstuma sasniegšanai nepieciešams motorizēts aprīkojums vai kurš tiek praktizēts ekstrēmās apstākļos. Ekstrēmo sporta veidu uzskaitījums:

- a) autosports (t.sk. autošoseja, rallijkross, minirallijs, autokross u.c.), motosports (motokross, enduro u.c.) un citu mehānisko transportlīdzekļu sports, BMX, Downhill un braukšana ar specializētiem kalnu velosipēdiem, velotriāls; braukšana ar kvadraciklu; braukšana ar skrituļdēli un skrituļslidām pa rampām;
- b) lidošana ar paraplānu/deltaplānu/planieri un citiem motora un bezmotora lidaparātiem, lēkšana ar izpletņi, gumijlēkšana, gaisa balonu sacensības, akrobātiskie lidojumi;
- c) jāšanas sports, cīņas sporta veidi un kontakta sporta veidi (piemēram, bokss, karatē, džudo, džiu džitsu, paukošana u.c.); alpīnisms, klinšu kāpšana, kāpšana alās un kanjonos, ultramaratona skriešana kalnos, parkūrs, ekspedīcijas un pārgājieni ekstrēmās vietās un klimatiskajos apstākļos (piemēram, polārā zona, džungļi, tuksnesis, atklāta jūra u.c.);
- d) slēpošana un snobords šim nolūkam nepiemērotās vietās (ārpus pielāgotām trasēm, lēkšana pa rampām) vai izmantojot paraplānu/helikopterus; ekstrēmie sporta veidi ar triku elementiem uz specializētām rampām;
- e) smaiļošana ar kajaku vai kanoe laivām pa kalnu upēm, krācēm; sērfošana; burāšana; niršana > 40 m dziļumā, niršana dziļumā bez niršanas aprīkojuma, lēkšana ūdenī no augstuma, kaitbords, veikbords, vindsērffings, braukšana ar ūdens/sniega motociklu;
- f) kamaniņu sports, bobslejs, skeletons, skijorings, spēkavīru sacensības.

Profesionālais sports – nodarbošanās ar sportu ir pamatnodarbošanās vai viens no ienākumu avotiem, kā arī valsts izlases vai jebkura cita valstī reģistrēta sporta kluba vai komandas sastāva dalībnieks; piedalīšanās Eiropas vai Pasaules čempionātos.

VDEĀVK – Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija.

1. Apdrošināšanas objekts.

- 1.1. Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā dzīvība un veselība, kas saistīta ar nelaimes gadījumiem.

2. Apdrošināšanas gadījums.

- 2.1. Apdrošināšanas gadījums ir nelaimes gadījums, kurš ir norādīts Apdrošināšanas līgumā (izņemot šo noteikumu 3. punktā minētos gadījumus, kas netiek apdrošināti) un, par kura iestāšanos Labuma guvējam ir tiesības uz Apdrošināšanas atlīdzību.
- 2.2. Notikums, kurā Apdrošinātajam pret viņa gribu tiek nodarīts kaitējums vai iestājas nāve, ārējam spēkam negaidīti iedarbojoties uz viņa ķermeni, tiek uzskatīts par nelaimes gadījumu.
- 2.3. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā Apdrošināšanas polises darbības laikā 24 stundas diennaktī visā pasaulē, izņemot, ja Apdrošināšanas polisē nav minēts citādi.

- 2.4. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā līdz apdrošināšanas termiņa beigām vai Apdrošinātā nāvei, vai, ja saskaņā ar šo noteikumu 3.3. punktu, Apdrošinātais kļūst neapdrošināms.
- 2.5. Apdrošināšana ir spēkā uz vienu gadu un tiek automātiski pagarināta uz katru nākamo gadu, nepārsniedzot polisē norādīto apdrošināšanas periodu, izņemot gadījumus, ja:
 - 2.5.1. Apdrošinātājs ne vēlāk kā 30 dienas pirms Apdrošināšanas automātiskas pagarināšanas nav paziņojis par Apdrošināšanas izbeigšanu, nosūtot Apdrošinājumaņēmējam rakstisku paziņojumu, vai
 - 2.5.2. Apdrošinājumaņēmējs līdz Apdrošināšanas automātiskai pagarināšanai iesniedz paziņojumu par atteikšanos no Apdrošināšanas automātiskas pagarināšanas, vai
 - 2.5.3. Apdrošinājumaņēmējs neveic Apdrošināšanas prēmijas maksājumu par nākamo Apdrošināšanas gadu.
- 2.6. Apdrošinātājs ir tiesīgs piedāvāt Apdrošinājumaņēmējam pagarināt Apdrošināšanu, veicot tajā grozījumus. Šādā gadījumā Apdrošinātājs par izmaiņām paziņo, Apdrošinājumaņēmējam nosūtot paziņojumu ne vēlāk kā 30 dienas pirms Apdrošināšanas pagarināšanas dienas. Ja Apdrošinājumaņēmējs neiesniedz paziņojumu par Apdrošināšanas izbeigšanu līdz pagarināšanas dienai, uzskatāms, ka Apdrošinājumaņēmējs ir piekritis Apdrošināšanas grozījumiem.

3. Gadījumi, kas netiek apdrošināti, un personas, kuras nav apdrošināmas (izņēmumi).

- 3.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par:
 - 3.1.1. kaitējumu veselībai, kura cēlonis ir ārstēšana vai ievainojums, ko sev veic vai liek veikt Apdrošinātais, izņemot gadījumus, kad ievainojums vai ārstniecības pasākumi, ieskaitot staru diagnostiku vai staru terapiju, bijuši nepieciešami sakarā ar nelaimes gadījumu, uz ko, pēc Apdrošināšanas līguma noteikumiem, attiecas Apdrošināšanas aizsardzība, un tos ir nozīmējis ārsts;
 - 3.1.2. kaitējumu veselībai infekcijas dēļ, izņemot gadījumus, kad slimības ierosinātājs iekļuvis ķermenī caur ievainojumu nelaimes gadījuma rezultātā, uz kuru, pēc Apdrošināšanas līguma noteikumiem, attiecas Apdrošināšanas aizsardzība;
 - 3.1.3. nelaimes gadījumā iegūtiem miesas – ādas vai gļotādas – bojājumiem, kuri paši par sevi ir nenozīmīgi, bet caur kuriem slimības ierosinātājs tūlī vai vēlāk iekļuvis ķermenī; šis ierobežojums nav spēkā stingumkrampju un trakumsērgas gadījumā;
 - 3.1.4. saindēšanos, uzņemot cietas vai šķidrās vielas caur barības traktu, izņemot barības trakta smagus lokālus bojājumus un smagas intoksikācijas gadījumus; Apdrošināšanas aizsardzība nav spēkā, ja intoksikācijas cēlonis ir alkohols un/vai citas apreibinošas vielas;
 - 3.1.5. vēdera un vēdera lejasdaļas trūci, izņemot gadījumus, kad tā radusies pret Apdrošinātā gribu tāda ārēja mehāniska spēka rezultātā, uz kuru, saskaņā ar Apdrošināšanas līguma noteikumiem, attiecas Apdrošināšanas aizsardzība;
 - 3.1.6. mugurkaula starpskriemeļu disku bojājumiem, iekšējo orgānu asiņošanu un asins izplūdumiem smadzenēs, izņemot gadījumus, kad ir iestājies nelaimes gadījums, kurš, saskaņā ar šiem noteikumiem un noslēgto Apdrošināšanas līgumu, ir uzskatāms par Apdrošināšanas gadījumu;
 - 3.1.7. nodarīto kaitējumu veselībai, kura cēlonis ir deģeneratīvu procesu vai vecuma izraisītas izmaiņas organismā; atkārtotu (refraktūra) vai patoloģisku kaula lūzumu; stresa lūzumu; spondilozī; spondilolistēzi; osteoporozī; ieraduma mežģījumu; muskuļa, cīpslas, saites bojājumu, kas radies iepriekšējā bojājumu vietā vai ir saistīts ar iepriekš gūto traumu;

- 3.1.8. nodarīto kaitējumu veselībai, kura cēlonis ir svara celšana, smagumu pārvietošana, kā arī par to sekām (radikulopātiju, neiropātiju, mugurkaula kompresiju u. tml.);
- 3.1.9. audu aizstājējamateriālu un transplantātu (piemēram, locītavu protēžu, osteosintēzes konstrukciju, zobu restaurējošo kompozītmateriālu, plombes) lūzumu, dislokāciju, plīsumu, zudumu.
- 3.2. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par veselības traucējumiem un bojājumiem, kuri radušies nelaimes gadījuma rezultātā:
- 3.2.1. kurus izraisījuši Apdrošinātā garīgi, psihiski vai apziņas traucējumi, infarkts, insults, epilepsija vai citas krampju lēkmes. Apdrošināšanas atlīdzība tomēr tiek izmaksāta, ja šos veselības traucējumus vai lēkmes izraisījis nelaimes gadījums, kurš, saskaņā ar šiem noteikumiem un noslēgto Apdrošināšanas līgumu, ir uzskatāms par Apdrošināšanas gadījumu;
- 3.2.2. Apdrošinātajam esot narkotisko, psihotropo vai citu apreibinošo vielu ietekmē vai esot alkohola reibumā, izņemot gadījumu, ja Apdrošinātajam ir veikta izelpotā gaisa vai asins pārbaude un konstatētā alkohola koncentrācija asinīs nepārsniedz 0,5 promiles;
- 3.2.3. kuri notikuši, ja Apdrošinātais uzsāk dienestu vai atrodas aktīvajā dienestā militārā vai citādā formējumā, t.sk. atrodoties valsts aizsardzības dienestā, dalība miera uzturēšanas misijās, izņemot gadījumus, kad puses par to rakstiski vienojušās un ir izdarītas atzīmes polisē; vai, kuru tiešs vai netiešs cēlonis ir karš, pilsoņu karš un terorisms; nelaimes gadījumiem, kuri notikuši iekšēju nekārtību rezultātā, ja Apdrošinātais tajās piedalījies nekārtību izraisītāju pusē;
- 3.2.4. kurus izraisījusi pašnāvība, pašnāvības mēģinājums un tā sekas;
- 3.2.5. kuri notikuši ar Apdrošināto, veicot vai cenšoties veikt krimināli sodāmu darbību;
- 3.2.6. kuri notikuši ar Apdrošināto, tā apzinātas tīšas darbības rezultātā;
- 3.2.7. ja tie ir iestājušies hronisku neiroloģisku slimību ar koordinācijas traucējumiem vai muskuļu vājuma rezultātā;
- 3.2.8. kuri notikuši ar Apdrošināto:
- a) viņam izmantojot bezmotora lidmašīnas (lidaparātus), žiroplānus, planierus (ar motoru vai bez tā), kā arī lecot ar izpletņi, gumiju;
 - b) viņam esot lidmašīnas pilotam vai citam apkalpes loceklim;
 - c) viņam vadot transportlīdzekli bez tiesībām vadīt attiecīgās kategorijas transportlīdzekli vai atrodoties alkohola reibumā vai citā intoksikācijas stāvoklī, ja tā koncentrācija organismā pārsniedz valsts, kurā noticis satiksmes negadījums, normatīvajos aktos noteikto pieļaujamo koncentrāciju;
 - d) viņam esot kā motorizēta zemes, gaisa vai ūdens transportlīdzekļa vadītājam, stūrmanim vai pasažierim, piedaloties sacensībās un treniņos;
 - e) viņam piedaloties visu veidu profesionālā sporta sacensībās vai treniņos vai viņam esot sporta skolas, kluba, komandas vai federācijas biedram. Ja nelaimes gadījums iestājies, Apdrošinātajam nodarbojoties ar fiziskām aktivitātēm atpūtas nolūkos, tajā skaitā apmeklējot sporta zāli, Apdrošināšanas aizsardzības ir spēkā. Šo noteikumu punkts neattiecas uz apdrošinātajām personām vecumā līdz 18 gadiem (neieskaitot);
 - f) viņam nodarbojoties ar jebkādu ekstrēmu sporta veidu vai hobiju;
 - g) viņam rupji pārkāpjot ceļu satiksmes noteikumus (radot draudus savai un citu ceļu satiksmes dalībnieku veselībai un dzīvībai) tajā skaitā, pārsniedzot ceļu satiksmes noteikumu prasībām atbilstošo maksimāli atļauto braukšanas ātrumu par 30 km/h un vairāk;

h) viņam pārkāpjot darba drošības noteikumus.

Šo noteikumu 3.2.8. punkts netiek piemērots, ja Līgumslēdzējas puses par to rakstiski vienojušās un ir izdarītas attiecīgas atzīmes Apdrošināšanas polisē;

- 3.2.9. kuri notikuši dabas katastrofu, kodolenerģijas tiešas vai netiešas iedarbības rezultātā vai kurus izraisījis starojums (radioaktīvais, elektromagnētiskais, gaismas vai karstuma);
- 3.2.10. kuriem par iemeslu ir ērcu encefalīts, izņemot gadījumus, kad Apdrošinātais ir saņēmis pilnu encefalīta vakcinācijas kursu noteiktajos termiņos, kā arī AIDS un HIV neatkarīgi no inficēšanās iemesla un veida.
- 3.3. Personas, kuras nav apdrošināmas:
- 3.3.1. garīgi slimas, kā arī pastāvīgi kopjamas personas. Pastāvīgi kopjamas personas ir tādas, kurām nepieciešama citas personas uzraudzība un/vai palīdzība ikdienas aktivitāšu veikšanā un pašaprūpē;
- 3.3.2. personas, kuras atrodas apcietinājumā vai tiek apcietinātas Apdrošināšanas līguma darbības laikā, vai atrodas speciālajā izglītības iestādē un personas, kurām piemēro piespiedu medicīnisko palīdzību/ārstniecību. Apdrošināšanas aizsardzība nav spēkā pirmstiesas aizturēšanas (apcietinājuma) un aresta laikā.
- 3.4. Apdrošināšanas aizsardzība beidzas brīdī, kad Apdrošinātais kļūst par personu, uz kuru attiecināms šo noteikumu 3.3. punkts. Vienlaikus, Apdrošināšanas līgums ar Apdrošināto tiek izbeigts.
- 3.5. Iemaksātās Apdrošināšanas prēmijas personām, kuras ir vai kļūst neapdrošināmas, atmaksājamas pēc Apdrošinājuma ņēmēja pieprasījuma par laika posmu kopš Apdrošināšanas līguma noslēgšanas vai kļūšanas par neapdrošināmu personu. Apdrošinātājs var ieturēt līdz 25% no atmaksājamās Apdrošināšanas prēmijas.

4. Apdrošināšanas atlīdzību veidi un Apdrošinājuma summas.

- 4.1. Apdrošinājuma summa tiek noteikta katram Apdrošinātajam un katram apdrošināšanas atlīdzības veidam atsevišķi un tiek norādīta Apdrošināšanas polisē.
- 4.2. Apdrošināti ir tikai tie Apdrošināšanas atlīdzību veidi, kuri ir atzīmēti Apdrošināšanas polisē un par kuriem ir apmaksāta Apdrošināšanas prēmija. Katra Apdrošināšanas gadījuma kopējais maksimālais lielums Apdrošināšanas līguma darbības laikā (Apdrošinājuma summa) ir noteikts Apdrošināšanas līgumā.
- 4.3. Apdrošināšanas atlīdzība nāves gadījumā.**
- 4.3.1. Ja iegūtās Traumas un/vai kaulu lūzuma rezultātā viena gada laikā iestājas Apdrošinātā nāve, tiek izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība nāves gadījumam Apdrošināšanas polisē paredzētās Apdrošinājuma summas apmērā.
- 4.3.2. Ja kompetentā institūcija izsludina Apdrošināto par mirušu, Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā tikai tādos gadījumos, kad ar attiecīgās institūcijas lēmumu, kas stāties spēkā, konstatēts, ka Apdrošinātais tiek atzīts par mirušu un tas cēloņsakarīgi saistīts ar Apdrošināšanas gadījumu, un minētais fakts noticis Apdrošināšanas līguma darbības laikā.
- 4.3.3. Ja nelaimes gadījuma rezultātā ir iestājusies Apdrošinātā nāve un, ja Apdrošināšanas polisē nav norādīts Labuma guvējs, Apdrošināšanas atlīdzību nāves gadījumā saņem Apdrošinātā mantinieki.

4.4. Apdrošināšanas atlīdzība paliekošas invaliditātes gadījumā.

- 4.4.1. Invaliditāte ir paliekošs kaitējums Apdrošinātā fiziskajām vai garīgajām darbaspējām, kurš ir iestājies nelaimes gadījuma rezultātā, ja persona pilnīgi vai daļēji nespēj rūpēties par savu privāto un sociālo dzīvi, īstenot savas tiesības un pildīt savus sadzīves un profesionālos pienākumus. Ja nelaimes gadījuma rezultātā ir iestājusies Apdrošinātā invaliditāte, Apdrošinātajam ir tiesības pieprasīt Apdrošināšanas atlīdzību, kura tiek noteikta no invaliditātes gadījumā paredzētās Apdrošinājuma summas, saskaņā ar šo noteikumu 4.4.2. punkta nosacījumiem. Apdrošināšanas atlīdzības apmērs tiek noteikts saskaņā ar VDEĀVK lēmumu par invaliditātes noteikšanu.
- 4.4.2. Apdrošināšanas atlīdzība paliekošas invaliditātes gadījumā tiek maksāta, ja ir izpildīti visi tālāk minētie nosacījumi:
- invaliditātei ir jāiestājas nelaimes gadījuma rezultātā, kas tika atzīts par Apdrošināšanas gadījumu;
 - invaliditātei ir jāiestājas gada laikā pēc nelaimes gadījuma, 3 (trīs) kalendāro mēnešu laikā pēc invaliditātes iestāšanās par to jāpaziņo Apdrošinātajam, kā arī jāapliecina invaliditātes iestāšanās ar attiecīgiem medicīniskiem dokumentiem;
 - invaliditāte ir apstiprināta ar VDEĀVK lēmumu par invaliditātes noteikšanu.
- 4.4.3. Apdrošināšanas atlīdzības apmērs tiek izteikts procentos no Apdrošinājuma summas paliekošas invaliditātes gadījumā un ir atkarīgs no invaliditātes pakāpes:
- a) par konstatētu invaliditātes pakāpi, ja netiek pierādīta lielāka vai mazāka invaliditāte, uzskatāms funkcionālo spēju zudums vai gadījums, kad persona zaudējusi (kreiļiem % dalījums ir pretējs):

Tabula Nr. 1

Ekstremitāte/orgāns	% no Apdrošinājuma summas	
	Labā*	Kreisā*
Roku:		
pleca locītavas līmenī	80	70
virs elkoņa locītavas	75	65
zem elkoņa locītavas	65	55
plauksta locītavas līmenī	50	40
1. pirkstu	20	15
1. pirksta naga falangu	10	8
2., 3., 4. un 5. pirkstu (par katru)	13	8
2., 3., 4. un 5. pirksta naga falangu	5	3
Kāju virs ceļa locītavas		70
Kāju zem ceļa locītavas		60
Pēdu pēdas locītavas līmenī		50
Kājas īkšķi		10
Jebkuru citu kājas pirkstu (par katru)		5
Redzi ar vienu aci		50
Dzirdi ar vienu ausi		25
Ožas sajūtu		10
Garšas sajūtu		5
Vienīgās ekstremitātes, pilnīgs redzes, dzirdes vai runas spēju zudums		100

*Kreiļiem procentu dalījums ir pretējs

- b) ja daļēji zaudēta kāda no minētajām ķermeņa daļām vai pasliktinājusies kāda no minētajām ķermeņa daļu vai maņu orgānu funkcijām, Apdrošināšanas atlīdzības procentu likme ir proporcionāla, bet nepārsniedz šo noteikumu 4.4.3. a) punktā noteikto;
- c) ja nelaimes gadījums radījis kaitējumu vairākām fiziskām vai garīgām funkcijām, tad, saskaņā ar šo noteikumu 4.4.3. punktu, noteiktās invaliditātes pakāpes summējas, tomēr nepārsniedzot Apdrošinājuma summu.

4.4.4. Ja nelaimes gadījuma rezultātā ir iestājusies paliekošā invaliditāte, kas ir Apdrošināšanas gadījums, bet nav paredzēts tabulā Nr. 1, Apdrošināšanas atlīdzība tiek aprēķināta šādā kārtībā:

personām vecumā no 18 gadiem:

I invaliditātes grupa – 100% apmērā no Apdrošinājuma summas;

II invaliditātes grupa – 50% apmērā no Apdrošinājuma summas;

III invaliditātes grupa – 25% apmērā no Apdrošinājuma summas;

personām vecumā līdz 18 gadiem (neieskaitot):

- ja saskaņā ar VDEĀVK lēmumu, invaliditāte tiek piešķirta uz periodu līdz 2 (diviem) gadiem (ieskaitot) – 25% apmērā no Apdrošinājuma summas;
- ja saskaņā ar VDEĀVK lēmumu, invaliditāte tiek piešķirta uz 5 (pieciem) gadiem – 50% apmērā no Apdrošinājuma summas;
- ja saskaņā ar VDEĀVK lēmumu, invaliditāte tiek piešķirta uz periodu, kas ilgāks par 5 (pieciem) gadiem – 100% apmērā no Apdrošinājuma summas.

4.4.5. Ja ir radies paliekošs kaitējums Apdrošinātā darbspējām, kas atbilst gan 4.4.3., gan 4.4.4. punktā minētajiem nosacījumiem, Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai, saskaņā ar vienu no minētajiem šo noteikumu punktiem, kurš paredz lielāko Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu.

4.4.6. Ja nelaimes gadījuma rezultātā radies kaitējums fiziskai vai garīgai funkcijai, kura jau bijusi paliekoši traucēta, paredzētā Apdrošināšanas atlīdzība tiek samazināta proporcionāli darbspējas procenta izmaiņām.

4.4.7. Lai saņemtu Apdrošināšanas atlīdzību par redzes vai dzirdes pasliktināšanos, jāiesniedz ārsta slēdziens par redzes un/vai dzirdes stāvokli pirms traumas.

4.4.8. Ja tā paša nelaimes gadījuma rezultātā gada laikā iestājas Apdrošinātā nāve, tiesības uz Apdrošināšanas atlīdzību par invaliditāti tiek zaudētas.

4.4.9. Ja ir izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība, sakarā ar kaulu lūzumiem vai traumām, un šī paša nelaimes gadījuma rezultātā ir iestājusies invaliditāte, Apdrošināšanas atlīdzību samazina par summu, kas iepriekš izmaksāta par kaulu lūzumu vai traumas faktu.

4.4.10. Ja Apdrošinātā nāve iestājas 1 (vienu) kalendārā gada laikā pēc nelaimes gadījuma un nāves cēlonis nav saistīts ar nelaimes gadījumu, vai arī nāve iestājas vēlāk nekā gadu pēc nelaimes gadījuma un ir bijusi pieteikta prasība par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu invaliditātes gadījumā, Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā saskaņā ar šiem noteikumiem un atbilstoši invaliditātes pakāpei, kuru konstatējusi pēdējā medicīniskā izmeklēšana.

4.4.11. Apdrošinātajam ir tiesības pieprasīt Apdrošināšanas atlīdzību paliekošas invaliditātes gadījumā pirms ārstēšanas kursa beigām 1 (vienu) kalendārā gada laikā pēc nelaimes gadījuma iestāšanās.

4.5. Apdrošināšanas atlīdzība kaulu lūzumu gadījumos.

4.5.1. Kaulu lūzumu gadījumā Apdrošinātais saņem Apdrošināšanas atlīdzību par lūzuma faktu saskaņā ar šo noteikumu pilno atlīdzību Izmaksu tabulu (Pielikums Nr. 1) un kaulu lūzumiem paredzēto Apdrošinājuma summu.

4.5.2. Apdrošināšanas atlīdzību par kaulu lūzumiem izmaksā, pamatojoties uz licencētas ārstniecības iestādes vai ārstējošā ārsta izdotu izziņu un radioloģiskā izmeklējuma apstiprinājumu.

4.5.3. Kaulu lūzumu Apdrošināšanas saīsinātā atlīdzību tabula:

Tabula Nr.2

Kauli	% no Apdrošinājuma summas
Galvaskausa velves kauli	20
Galvaskausa pamatnes kauli	25
Augšžokļa un apakšžokļa kauli	5-10
Deguns	3-5
Lāpstiņa un atslēgas kauls	5-15
Krūšu kauls	9
1 riba	3
par katru nākamo ribu, bet ne vairāk kā	2 10
Mugurkaula skriemeļa loka, ķermeņa un izaugumu lūzums (līdz 2 skriemeļiem)	10
par katru nākamo mugurkaula skriemeļa loka, ķermeņa un izaugumu lūzumu, bet ne vairāk kā	5 40
Mugurkaula skriemeļa šķērsizauguma vai smailā izauguma lūzums	5
Iegurņa kauli	5-40
Kāja virs ceļa locītavas	20-25
Gūžas locītava	5-25
Krusta kaula lūzums	10
Astes kauls	5
Kāja zem ceļa locītavas	4-15
Ceļa locītava	1-15
Pēdas kauli	3-15
Kājas pirksts	2
par katru nākamo kājas pirkstu, bet ne vairāk kā	2 10
Roka virs elkoņa locītavas	7-10
Roka zem elkoņa locītavas	7-12
Plaukstas kauli	5-10
Rokas pirksti	2-7

Apdrošināšanas pilno atlīdzību Izmaksu tabulu kaulu lūzumu gadījumiem skatīt Pielikumā Nr. 1.

- 4.5.4. Ja lūzumi atbilst Atlīdzību tabulas vairākiem punktiem, Apdrošināšanas atlīdzības summējas, nepārsniedzot Apdrošināšanas polisē norādīto Apdrošinājuma summu kaulu lūzumu gadījumiem.
- 4.5.5. Ja vienam Atlīdzību tabulas punktam atbilst vairāki lūzumi, Apdrošināšanas atlīdzība tiek aprēķināta tikai par kaulu lūzumu, par kuru ir paredzēta lielākā apdrošināšanas atlīdzība saskaņā ar Atlīdzību tabulu.
- 4.5.6. Apdrošināšanas atlīdzība netiek aprēķināta un izmaksāta par atkārtotiem lūzumiem un, ja iepriekšējie lūzumi vai to ārstēšana ir ietekmējuši kaulu struktūru.
- 4.5.7. KomPLICĒTU kaulu lūzumu gadījumā, Apdrošināšanas atlīdzība var tikt paaugstināta vienreizēji 25% apmērā no aprēķinātās Apdrošināšanas atlīdzības summas par vienu Apdrošināšanas gadījumu.
- 4.5.8. Apdrošināšanas atlīdzību par kaulu lūzumiem neizmaksā par patoloģiskiem lūzumiem, kā arī gadījumos, ja tā pašā nelaimes gadījuma rezultātā, Apdrošinātais iegūst invaliditāti vai iestājas Apdrošinātā nāve.

4.6. Apdrošināšanas atlīdzība traumu gadījumos (izņemot kaulu lūzumus).

- 4.6.1. Apdrošināšanas atlīdzība traumu gadījumos tiek izmaksāta saišu, cīpslu, mīksto audu u. c. bojājumu gadījumos, kuros nav paredzēta Apdrošināšanas atlīdzība saskaņā ar šo noteikumu 4.5. punktu. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta saskaņā ar šo noteikumu pilno atlīdzību Izmaksu tabulu (Pielikums Nr. 1) un traumu gadījumiem paredzēto Apdrošinājuma summu.

4.6.2. Traumu Apdrošināšanas saīsinātā atlīdzību tabula:

Tabula Nr.3

Trauma	% no Apdrošinājuma summas
Galvas smadzeņu satricinājums (ar darbnespēju, ne mazāku par 11 diennaktīm)	5-10
Cīpslu un saišu plisumi, mežģījumi, menisku bojājums	1-20
Miksto audu bojājumi (brūce, sākot ar 2 cm)	3-50
Apdegumi (sākot ar 2. pakāpes apdegumiem)	2-70
Nervu sistēmas bojājumi, neirīti	5-100
Iekšējo orgānu bojājumi, tajā skaitā sirds un asinsvadu sistēmas bojājumi	3-100

Apdrošināšanas pilno atlīdzību Izmaksu tabulu traumu gadījumiem skatīt Pielikumā Nr. 1.

- 4.6.3. Apdrošināšanas atlīdzību par traumu izmaksā gadījumā, ja ārstēšanās laiks ir ne mazāks par 7 (septiņām) diennaktīm un to apliecina ārsta speciālista vai ģimenes ārsta izziņa.
- 4.6.4. Ja traumas atbilst Atlīdzību tabulas vairākiem punktiem, Apdrošināšanas atlīdzības summējas, nepārsniedzot Apdrošināšanas polisē norādīto Apdrošinājuma summu traumu gadījumiem.
- 4.6.5. Apdrošināšanas atlīdzība par traumām netiek izmaksāta gadījumos, ja to cēlonis ir patoloģija, kā arī gadījumos, ja tā paša nelaimes gadījuma rezultātā Apdrošinātais iegūst invaliditāti vai iestājas Apdrošinātā nāve.
- 4.6.6. Ja nelaimes gadījumā gūtās traumas rezultātā (kaitējums veselībai, kas ir norādīts pilnajā atlīdzību Izmaksu tabulā, nepieciešama operācija, izņemot šuvju uzlikšanu u. c. nelielu ķirurģisko iejaukšanos (primārā ķirurģiskā brūču apstrāde, virspusēja svešķermeņa izņemšana u. tml.), Apdrošināšanas atlīdzība var tikt vienreizēji paaugstināta līdz 15% no aprēķinātās Apdrošināšanas atlīdzības summas par vienu Apdrošināšanas gadījumu.

4.7. Pamata medicīniskā palīdzība.

Ja Apdrošinātā Apdrošināšanas līgums ietver Apdrošināšanas atlīdzību nāves, paliekošas invaliditātes, kaulu lūzumu un traumu gadījumā, Apdrošinātais iegūst tiesības uz šo noteikumu 4.7.1.–4.7.3. punktā norādīto Apdrošināšanas atlīdzību.

- 4.7.1. Apdrošinātajam ir tiesības saņemt ārstēšanās izdevumu kompensāciju par nelaimes gadījuma rezultātā gūto sejas vai kakla daļas traumu dēļ radušos kosmētisko defektu vai izkropļojumu korekciju. Maksimālā Apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt 1500 EUR.
- 4.7.2. Apdrošinātajam ir tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību par izdevumiem, kuri radušies rehabilitācijas laikā veselības aprūpes iestādē, ekstremitāšu, locītavu un orgānu protezēšanu, protēžu un tehnisko ortopēdisko ierīču iegādi, ja šādi izdevumi radušies sakarā ar 25% (darbaspēju zudumu) vai lielāku invaliditātes pakāpi, kas noteikta saskaņā ar šo noteikumu 4.4. punktu un, kurus nav iespējams pilnībā vai daļēji atlīdzināt no Valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem vai veselības apdrošināšanas polises. Rehabilitācijas izdevumi veidojas no Apdrošinātā samaksātajām naudas summām par šiem medicīniskajiem pakalpojumiem: fizioterapijas procedūrām, kinezioterapijas nodarbībām un 10 masāžu kursu. Maksimālā Apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt 1000 EUR.
- 4.7.3. Apdrošinātajam ir tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību par psiholoģiskās palīdzības izdevumiem (psihologs, psihiatrs, psihoterapeita konsultācijas), ja minētā palīdzība Apdrošinātajam ir sniegta sakarā ar vismaz 25% invaliditātes pakāpi, kas noteikta saskaņā ar šo noteikumu 4.4. punktu. Maksimālā Apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt 1000 EUR.
- 4.7.4. Ja Apdrošinātajam tiek iesniegts Apdrošināšanas atlīdzības pieteikums kompensēt psiholoģiskās palīdzības izdevumus, Labuma guvējam vai tā pilnvarotajai personai jāiesniedz ārstniecības iestādes vai ārstniecības personas izsniegts nosūtījums uz konsultāciju pie psihologa, psihiatra vai psihoterapeita.

- 4.7.5. Pamata medicīniskās palīdzības Apdrošināšanas gadījumā, Labuma guvējam vai tā pilnvarotajai personai jāiesniedz medicīniskās palīdzības izdevumus pamatojošu samaksu apliecinājošu dokumentu oriģināli.
- 4.7.6. Apdrošināšanas atlīdzība par medicīniskās palīdzības izdevumiem netiek maksāta, ja Apdrošinātāja rīcībā ir informācija, ka šos izdevumus ir segušas par zaudējumiem atbildīgās personas vai tos sedz citi apdrošināšanas veidi. Ja minētie izdevumi ir segti daļēji, Labuma guvējam ir tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību par izdevumu nesegto daļu.
- 4.7.7. Apdrošinātājs maksā Apdrošināšanas atlīdzību par medicīnisko pakalpojumu izdevumiem, ja Apdrošinātais šos pakalpojumus saņem 24 (divdesmit četru) mēnešu laikā pēc nelaimes gadījuma. Pēc šī termiņa Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta.

4.8. Apdrošināšanas atlīdzība darbnespējas gadījumā.

4.8.1. Slimnīcas dienas nauda.

- 4.8.1.1. Slimnīcas dienas nauda ir Apdrošināšanas atlīdzība, ko saņem Apdrošinātais, ja tas Traumu un kaulu lūzumu rezultātā veselības kaitējumu dēļ, kas ir norādīti pilnajā atlīdzību Izmaksu tabulā, nokļūst stacionārā un atrodas tur kā pacients vismaz 24 stundas.
- 4.8.1.2. Apdrošinātais saņem Apdrošināšanas atlīdzību (slimnīcas dienas naudu) par katrām 24 stundām, kas pavadītas slimnīcā, Apdrošināšanas polisē noteiktajā apmērā.
- 4.8.1.3. Kopējā slimnīcas dienas naudas Apdrošināšanas atlīdzība ir ierobežota ar 100 (simts) dienām 1 (vienu) apdrošināšanas gada laikā.
- 4.8.1.4. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā pēc ārstēšanas kursa pabeigšanas, pamatojoties uz ārstniecības iestādes izsniegto izrakstu, kurā norādīts stacionārā pavadītais laiks.

4.8.2. Dienas nauda.

- 4.8.2.1. Dienas nauda ir Apdrošināšanas atlīdzība, ja Traumu un kaulu lūzumu rezultātā ir radusies pārejoša darbnespēja veselības kaitējumu dēļ, kas ir norādīti pilnajā atlīdzību Izmaksu tabulā.
- 4.8.2.2. Darbnespējas gadījumā, Apdrošinātais saņem Apdrošināšanas atlīdzību (dienas naudu) par katrām 24 darbnespējas stundām Apdrošināšanas polisē noteiktajā apmērā.
- 4.8.2.3. Kopējā dienas naudas Apdrošināšanas atlīdzība ir ierobežota ar 50 (piecdesmit) darbnespējas dienām vienā Apdrošināšanas gadījumā un 100 (simts) darbnespējas dienām apdrošināšanas gada laikā.
- 4.8.2.4. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā pēc ārstēšanas kursa pabeigšanas, pamatojoties uz ārstējošā ārsta izziņu un noslēgtām darbnespējas lapām, kurās norādīts darbnespējas laiks. Par darbnespēju apliecinājošu dokumentu tiek uzskatītas tikai Latvijas Republikā izdotās darbnespējas lapas.
- 4.8.2.5. Gadījumos, kad Apdrošinātais nelaimes gadījuma rezultātā ir guvis smadzeņu satricinājumu, cīpslu (saišu) sastiepumus un/vai sasitumus, mīksto audu saspiedumus, ķermeņa nobrāzumus, durtas brūces, šūtas brūces, dzīvnieku kodienus, naga plātnītes atrāvumu, hiperekstensijas traumu, dienas naudas Apdrošināšanas atlīdzību maksā, sākot ar 9. (devīto) darbnespējas dienu.

4.9. Papildu medicīniskā palīdzība.

4.9.1. Ārkārtējā medicīniskā palīdzība.

- 4.9.1.1. Ja Apdrošinātais ir cietis nelaimes gadījumā, kas tiek atzīts par Apdrošināšanas gadījumu, Apdrošinātājam ir jāatlīdzina nepieciešamie izdevumi, nepārsniedzot Apdrošinājuma summu 10 000 EUR apmērā:
- a) cietušā Apdrošinātā meklēšana un glābšanas operācijas, ko veicis valsts vai privāto pakalpojumu sniedzējs;
 - b) cietušā Apdrošinātā transportēšana līdz tuvākajai ārstniecības iestādei ar apstiprinātu ārsta norīkojumu;
 - c) cietušā Apdrošinātā transportēšana līdz pastāvīgajai dzīvesvietai, ja tas ir nepieciešams saskaņā ar apstiprinātu ārsta slēdzienu;
 - d) Apdrošinātā mirstīgo atlieku transportēšana līdz viņa/viņas pastāvīgajai dzīvesvietai, ja Apdrošinātais ir miris ārzemēs, vai nepieciešamās apbedīšanas izmaksas ārzemēs, kas nepārsniedz transportēšanas izdevumus.
- 4.9.1.2. Iestājoties Apdrošinātās personas nāvei vai invaliditātei/darbspēju zudumam nelaimes gadījuma rezultātā, tiek segtas psiholoģiskās palīdzības izmaksas cietušajai personai vai cieši saistītajiem ar Apdrošināto (vecākiem/likumiskajiem aizbildņiem, bērniem, brāļiem, māsām vai laulātajam). Maksimālā Apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt 300 EUR.
- 4.9.1.3. Ja nelaimes gadījuma rezultātā radies Apdrošinātā invaliditātes vai darbspēju zudums, tiek segtas Apdrošinātā pastāvīgās dzīvesvietas pielāgošanas izmaksas (ratiņkrēsla pacelēja vai kāpņu lifta uzstādīšana; uzbrauktuves vai margas uzstādīšana; sanitāro mezglu un darba virsmu pielāgošana). Maksimālā Apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt 600 EUR.
- 4.9.1.4. Iestājoties Apdrošinātās personas nāvei nelaimes gadījuma rezultātā, tiek segti izdevumi par Latvijas Republikā saņemtajiem apbedīšanas pakalpojumiem (zārka iegāde, pakalpojumi kapos, krematorijā; morga pakalpojumi). Apdrošināšanas atlīdzība tiks izmaksāta fiziskai personai, kura apmaksājusi apbedīšanas pakalpojumus. Maksimālā Apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt 600 EUR.
- 4.9.1.5. Ārkārtējās medicīniskās palīdzības Apdrošināšanas gadījumā, Labuma guvējam vai tā pilnvarotajai personai jāiesniedz ārkārtas medicīniskās palīdzības izdevumus pamatojošu samaksu apliecināšanu dokumentu oriģināli. Ja tiek pieprasīts segt cietušās personas meklēšanas un glābšanas izdevumus, jāiesniedz meklēšanas un glābšanas dienesta izsniegts dokuments, kas apliecina meklēšanas un/vai glābšanas darbu faktu un šādus izdevumus apliecinājošs maksājuma dokuments. Cietušā transportēšanas uz pastāvīgo dzīvesvietu gadījumā jāiesniedz ārsta izziņa, kas apliecina nepieciešamību cietušo turpmākai ārstēšanai pārvest uz pastāvīgo dzīvesvietu.
- 4.9.1.6. Apdrošināšanas atlīdzība par ārkārtas medicīniskās palīdzības izdevumiem netiek maksāta, ja Apdrošinātāja rīcībā ir informācija, ka šos izdevumus ir segušas par zaudējumiem atbildīgās personas vai tos sedz citi apdrošināšanas veidi. Ja minētie izdevumi ir segti daļēji, Labuma guvējam ir tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību par izdevumu nesegto daļu.
- 4.9.1.7. Apdrošinātājs maksā Apdrošināšanas atlīdzību par ārkārtas medicīnisko pakalpojumu izdevumiem, ja Apdrošinātais šos pakalpojumus saņem 24 (divdesmit četrus) mēnešu laikā pēc nelaimes gadījuma. Pēc šī termiņa Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta.

4.9.2. Medicīniskie izdevumi.

- 4.9.2.1. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai par Latvijas Republikas teritorijā saņemtajiem ārstniecības pakalpojumiem. Izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību, tiek piemērots kompensācijas princips.

4.9.2.2. Tiek atlīdzināti šādi ārstēšanās izdevumi, kas ir saistīti ar nelaimes gadījumā gūto traumu, atbilstoši Apdrošināšanas līgumam saistošajai Nelaimes gadījumu apdrošināšanas pilnajai atlīdzībai Izmaksu tabulai (Pielikums Nr. 1):

- a) pacienta iemaksas, kas veiktas par ambulatorajiem vai stacionārajiem ārstniecības pakalpojumiem;
- b) maksas ambulatorie pakalpojumi:
 - ārstu – speciālistu konsultācijas;
 - ārstējošā ārsta nozīmēti diagnostiskie izmeklējumi (t. sk. rentgenogrāfijas, magnētiskās rezonanses, ultrasonogrāfijas, datortomogrāfijas izmeklējums);
 - ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumi (ārstnieciskā vingrošana, fizikālās procedūras u. c.) – 10 ārstējošā ārsta nozīmētas procedūras par vienu apdrošināšanas gadījumu ar limitu 15 EUR par vienu procedūru;
 - Latvijas Republikas Zāļu reģistrā reģistrētu medikamentu iegāde;
 - ģipša uzlikšana, brūces apdare, pārsiešana, kā arī traumas ārstēšanai nepieciešamo pārsienamo materiālu iegāde;
 - zobu traumatisku bojājumu ārstniecības izdevumi (piemēram, zobārsta konsultācija, rentgenogrāfijas izmeklējums, lokāla anestēzija, ķirurģiska vai medikamentoza terapija);
 - tehnisko palīg līdzekļu iegāde vai noma (piemēram, kruķi, ortozes);
- c) maksas stacionārie pakalpojumi – maksas operācijas traumas ķirurģiskai ārstēšanai;
- d) kosmētiskās operācijas (ja Nelaimes gadījuma rezultātā viena gada laikā no negadījuma tiek veikta kosmētiskā operācija).

4.9.2.3. Apdrošināšanas atlīdzības atlīdzināšana:

- a) tiek atlīdzināti ārstēšanās izdevumi, kas saņemti ne vēlāk kā 6 (sešu) mēnešu laikā pēc nelaimes gadījumā gūtās traumas (izņemot kosmētiskās operācijas) un medicīnisko izdevumu segums ir bijis spēkā nelaimes gadījuma brīdī;
- b) Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, nepārsniedzot Medicīnisko izdevumu riska Apdrošinājuma summu vai Apdrošināšanas atlīdzības apmēru par vienu Apdrošināšanas gadījumu, kas ir norādīts Apdrošināšanas polisē;
- c) Apdrošinātajai personai nepieciešams iesniegt personificētu maksājumu apliecināšu dokumentu ar saņemtā pakalpojuma atšifrējumu un ārstējošā ārsta izrakstu ar diagnozi un informāciju par nozīmēto terapiju (rekomendācijām turpmākai ārstēšanai), apliecinot, ka saņemtie medicīniskie izdevumi ir saistīti ar gūto traumu.

4.9.2.4. Netiek segti izdevumi par:

- a) paaugstināta servisa pakalpojumiem;
- b) uzturēšanos stacionārā (gultas dienu nauda);
- c) papildinošās jeb komplementārās medicīnas pakalpojumiem (netradicionālās medicīnas metodes), piemēram, homeopātiju, adatu terapiju, ājurvēdas medicīnu u. c.;
- d) zobu protezēšanas pakalpojumiem;

- e) mājas aprūpi, t. sk. ārstniecības personu mājas vizītēm;
- f) transportēšanas pakalpojumiem;
- g) psihoterapeitiskās palīdzības saņemšanu.

4.9.3. Akūtas slimības.

4.9.3.1. Akūtas slimības gadījumā, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja Apdrošinātā persona sava veselības stāvokļa dēļ tiek ievietota stacionārā un slimību apstiprina ārsta slēdziens un medicīnisko pārbaūžu veikšana. Akūtai slimībai jābūt diagnosticētai Apdrošināšanas polises darbības laikā. Apdrošināšanas atlīdzības apmērs ir 500 EUR par vienu apdrošināšanas gadījumu, nepārsniedzot 1000 EUR viena apdrošināšanas gada laikā.

4.9.3.2. Akūto slimību saraksts:

4.9.3.2.1. Eholas vīrusslimība, malārija, difterija, garais klepus, stingumkrampji, botulisms;

4.9.3.2.2. akūts apendicīts;

4.9.3.2.3. meningokoku infekcija meningīta, encefalīta, meningoencefalīta, meningokoku sepses vai meningokoku slimības gadījumā;

4.9.3.2.4. gāzes gangrēna;

4.9.3.2.5. pneimokoku infekcija;

4.9.3.2.6. hospitālā infekcija, sepse;

4.9.3.2.7. ārpusdzemdes grūtniecības operācija;

4.9.3.2.8. trauslo kaulu slimība (*osteogenesis imperfecta*) bērniem, kas pirmo reizi diagnosticēta apdrošināšanas līguma darbības laikā;

4.9.3.2.9. ērcu encefalīts, ērcu mielīts, ērcu encefalomielīts;

4.9.3.2.10. trihineloze, legioneloze (Leģionāru slimība);

4.9.3.2.11. kuņģa vai divpadsmitpirkstu zarnas čūlas perforācija;

4.9.3.2.12. sistēmiskā sarkanā vilkēde, kas pirmo reizi diagnosticēta apdrošināšanas līguma darbības laikā;

4.9.3.2.13. žultsakmeņu slimība, kuras dēļ tika veikta žultspūšļa izņemšanas operācija;

4.9.3.2.14. nierakmeņi, kuri tika izņemti litotripsijas vai ķirurģiskas procedūras veidā ne vairāk kā 2 (divas) reizes apdrošināšanas līguma darbības laikā;

4.9.3.2.15. tuberkuloze, kas pirmo reizi diagnosticēta apdrošināšanas līguma darbības laikā, personām, kas jaunākas par 18 gadiem;

4.9.3.2.16. 1. tipa cukura diabēts, kas pirmo reizi diagnosticēts apdrošināšanas līguma darbības laikā.

4.9.3.3. Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā par 4.9.3.2.8.–4.9.3.2.16. punktā minētajām slimībām un to paasinājumiem, ja tās tika diagnosticētas pirms apdrošināšanas līguma stāšanās spēkā vai pirmo 30 dienu laikā no apdrošināšanas līguma sākuma.

5. Apdrošinājumaņēmēja un Apdrošinātāja tiesības un pienākumi apdrošināšanas līguma darbības laikā.

- 5.1. Apdrošinātā pienākums ir veikt visus iespējamus pasākumus, lai iespēju robežās mazinātu nelaimes gadījuma sekas.
- 5.2. Apdrošinājumaņēmēja pienākums ir informēt Apdrošinātāju, tiklīdz tas iespējams, par visiem tam zināmajiem apstākļiem, kuri radušies apdrošināšanas līguma darbības laikā un var ievērojami palielināt apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību vai iespējamo zaudējumu apjomu. Apdrošināšanas riska palielinājums ir gadījums, kad Apdrošinātā darba raksturs vai nodarbošanās ir mainījušies vai kāds no Apdrošinājumaņēmēja Apdrošināšanas pieteikumā norādītajiem apstākļiem ir mainījies citu iemeslu dēļ. Apdrošinātājam, kuram tika paziņots par apdrošināšanas riska palielināšanu, ir tiesības grozīt apdrošināšanas līguma nosacījumus un palielināt apdrošināšanas prēmiju.
- 5.3. Ja apdrošināšanas līguma darbības laikā apdrošināšanas līgumā norādītie apstākļi, kuru rezultātā apdrošināšanas risks ir samazinājies vai var potenciāli samazināties, būtiski mainās, Apdrošinājumaņēmējs var informēt Apdrošinātāju par to, iesniedzot Apdrošināšanas pieteikumu apdrošināšanas līguma noteikumu grozīšanai vai apdrošināšanas prēmijas samazināšanai.
- 5.4. Apdrošinātājam ir tiesības mainīt nelaimes gadījumu apdrošināšanas noteikumus, brīdinot par to Apdrošinājumaņēmēju ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) dienas pirms apdrošināšanas noteikumu plānotā maiņas datuma. Ja Apdrošinājumaņēmējs nepiekrīt šiem apdrošināšanas noteikumu grozījumiem, nelaimes gadījumu apdrošināšana tiks izbeigta, sākot ar apdrošināšanas noteikumos paredzēto maiņas datumu.

6. Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība.

- 6.1. Apdrošinājumaņēmēja (Apdrošinātā) pienākums, iestājoties nelaimes gadījumam, ir:
 - a) nekavējoties, bet ne vēlāk kā 48 stundu laikā, doties uz veselības aprūpes iestādi;
 - b) sniegt precīzus datus par nelaimes gadījuma iestāšanās apstākļiem ārstējošajam ārstam;
 - c) sekot ārsta norādījumiem un veikt visus iespējamus pasākumus, lai iespēju robežās mazinātu nelaimes gadījuma sekas;
 - d) informēt Apdrošinātāju par katru Apdrošināšanas gadījumu nekavējoties, bet ne vēlāk kā 30 dienu laikā, un izpildīt Apdrošinātāja norādījumus. Ja informācija par nelaimes gadījumu ir aizkavēta, Apdrošinātājs var pieprasīt Apdrošinājumaņēmējam atlīdzināt izdevumus, kas nepieciešami, lai noteiktu Apdrošināšanas gadījumu;
 - e) aizpildīt no Apdrošinātāja saņemto paziņojuma veidlapu par nelaimes gadījumu, sniedzot patiesas ziņas, un nekavējoties nodot to Apdrošinātājam, kā arī sniegt jebkuru citu pieprasīto informāciju, kas saistīta ar šo gadījumu;
 - f) palīdzēt Apdrošinātājam noskaidrot Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās apstākļus, un iesniegt dokumentus, kas apstiprina Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās faktu, vietu, laiku un zaudējumu apjomu:
 - akts par nelaimes gadījumu darbā, ja nelaimes gadījums ir iestājies, pildot darba pienākumus;
 - ārstniecības iestādes vai ārstējošā ārsta izziņa par nelaimes gadījumu;
 - citu valsts vai pašvaldības institūciju izziņas par nelaimes gadījumu;
 - personificēti maksājumu apliecinājoši dokumenti (elektroniskā kases aparāta čeks vai stingrās uzskaites kvīts (oriģināls)), ja ir saņemta medicīniskā palīdzība saskaņā ar šo noteikumu 4.7. un 4.9. punktu;

- g) Apdrošinātajam jāatļauj sevi izmeklēt ārstam, ko šajā nolūkā norīkojis Apdrošinātājs. Ar to saistītos izdevumus sedz Apdrošinātājs;
- h) Apdrošinātajam ir tiesības pārbaudīt tā saistību izpildei nepieciešamo informāciju saistībā ar apdrošināšanas līgumu, pieprasot ziņas no valsts un pašvaldības iestādēm vai citām personām, kuru rīcībā var būt šāda informācija.
- 6.2. Ja dokumentu ir izsniegusi ārvalsts iestāde, Apdrošinātajam ir tiesības pieprasīt dokumenta tulkojumu latviešu valodā ar sertificēta tulkošanas biroja vai notāra apliecinājumu. Apdrošinātājs nesedz minētos izdevumus.
- 6.3. Apdrošinājumaņēmējam, Apdrošinātajam un Labuma guvējam jāievēro šīs noteikumu nodaļas 6. punkta nosacījumi.
- 6.4. Apdrošinājumaņēmējs un/vai Apdrošinātais atbild uz Apdrošinātāja anketas jautājumiem pēc iespējas visaptveroši un iesniedz to Apdrošinātajam. Apdrošinājumaņēmējam un/vai Apdrošinātajam arī jāsniedz visi citi pieejamie dokumenti un informācija par Apdrošināšanas gadījuma apstākļiem un sekām, kas nepieciešami, lai noteiktu Apdrošināšanas atlīdzības apmēru. Apdrošinājumaņēmējam un/vai Apdrošinātajam ir tiesības iegūt šos dokumentus saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteikto kārtību.
- 6.5. Saņemot sākotnējo informāciju, Apdrošinātajam ir tiesības veikt Apdrošināšanas gadījuma izmeklēšanu, pārbaudot saņemto informāciju attiecīgajās iestādēs, Apdrošinātājs nolīgst attiecīgās nozares iestādes ekspertus, speciālistus un zinātniekus, lai pārbaudītu Apdrošināšanas gadījumu.
- 6.6. Apdrošinātāja atlīdzību speciālists nosaka Apdrošināšanas atlīdzības apmēru saskaņā ar šo apdrošināšanas noteikumu Apdrošināšanas pilno atlīdzību Izmaksu tabulu (Pielikums Nr. 1) un, ņemot vērā medicīniskajā dokumentācijā norādīto informāciju par traumas rezultātā gūtajiem bojājumiem.
- 6.7. Atlīdzības par plastiskās vai rekonstruktīvās ķirurģijas izdevumiem tiek izmaksāta, ja tie radušies saistībā ar nelaimes gadījumu, par kuru ir veikta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa saskaņā ar šo noteikumu 6.6. punktu.
- 6.8. Apdrošinātājs var novērtēt un noteikt Apdrošinātā ilgtermiņa vai pastāvīgu fizisko stāvokli, vai garīgās spējas (invaliditāti) un to līmeni vismaz 12 mēnešu laikā pēc negadījuma, ar nosacījumu, ka invaliditāti apstiprina attiecīgs medicīniskais atzinums. Ja neārstējama fiziskā stāvokļa vai garīgo spēju (invaliditātes) zudums ir neapšaubāms, Apdrošinātajam ir tiesības izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, neņemot vērā šajā punktā noteiktos termiņus.
- 6.9. Apdrošināšanas atlīdzību kopsumma viena apdrošināšanas gada laikā nedrīkst pārsniegt 100% no invaliditātes un traumu un kaulu lūzumu apdrošinājuma summas.
- 6.10. Apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību tikai tajā gadījumā, ja iesniegti visi pieprasītie dokumenti, kas apliecina apdrošināšanas gadījumu.
- 6.11. Apdrošinātā pienākumu nepildīšanas sekas:
- 6.11.1. Apdrošinātājs var atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību un pieprasīt atlīdzināt jau veiktās izmaksas, ja Apdrošinātais ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ nav izpildījis kādu no šajā punktā noteiktajiem pienākumiem.
- 6.11.2. Apdrošinātājs var samazināt apdrošināšanas atlīdzību, bet ne vairāk kā par 50 (piecdesmit) %, ja Apdrošinātais vieglas neuzmanības dēļ nav izpildījis kādu no šajos noteikumos noteiktajiem pienākumiem.
- 6.11.3. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, 4 (četrus) nedēļu laikā no brīža, kad Apdrošinātājs ir vai nu atzinis zaudējumu atlīdzības prasību, vai izmaksājis apdrošināšanas atlīdzību, abām Līgumslēdzējām pusēm ir tiesības izbeigt apdrošināšanas līgumu. Apdrošināšanas līgums izbeidz savu darbību pēc 15 (piecpadsmit) dienām, skaitot no dienas, kad attiecīgā Līgumslēdzēja puse nosūta rakstisku paziņojumu par apdrošināšanas līguma izbeigšanu.

7. Apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšana.

- 7.1. Apdrošināšanas atlīdzības apmērs par noteiktu invaliditāti ir atkarīgs no invaliditātes pakāpes. Nosakot invaliditātes pakāpi, netiek ņemta vērā iepriekšējo slimību saasināšanās, medicīniskās palīdzības sniegšanas neesamība vai rekonstruktīvā ķirurģija.
- 7.2. Pilnīga ķermeņa daļas vai orgāna zuduma vai funkcionālo traucējumu izpausmes gadījumā, invaliditātes pakāpe tiek noteikta saskaņā ar šo noteikumu 4.4. punktu, pēc kura nosaka invaliditāti negadījumu situācijās.
- 7.3. Daļēja zaudējuma vai neārstējama ķermeņa daļu vai maņu orgānu funkciju bojājumu gadījumā, invaliditātes pakāpei jābūt noteiktai no ķermeņa daļu vai maņu orgānu pilnīga trūkuma vai bojājuma procentuālās izteiksmes.
- 7.4. Ja ķermeņa daļa, iekšējie vai maņu orgāni, to zaudējums nav iekļauti noteikumu Apdrošināšanas atlīdzības tabulā, bet tikuši ievainoti negadījuma dēļ, tad fiziskā vai garīgā bojājuma ķermeņa funkciju pakāpe jānosaka medicīniski saskaņā ar citiem kritērijiem, kas noteikti šo noteikumu 4.4.4. punktā.
- 7.5. Ja vairākas fiziskas vai garīgas funkcijas tika bojātas negadījuma dēļ, invaliditātes pakāpe jānosaka saskaņā ar šo noteikumu 4.4. punktu, pievienojot šo funkciju pakāpes, bet šī summa nepārsniedz 100%. Apdrošināšanas atlīdzība, kas izmaksāta par visām vienas ķermeņa daļas traumām, nepārsniedz Apdrošināšanas atlīdzību, kas izmaksāta par šīs ķermeņa daļas zaudēšanu.
- 7.6. Ja garīgā vai fiziskā funkcija, kas tikusi neatgriezeniski bojāta slimības vai piedzīvotas traumas dēļ pirms Apdrošināšanas gadījuma, tikusi bojāta negadījuma dēļ, funkciju (invaliditātes) bojājuma pakāpe tiek aprēķināta saskaņā ar šo noteikumu 4.4. punktu, atskaitot atbilstošu orgāna funkcijas zuduma iepriekšējo pakāpi.
- 7.7. Ja gada laikā kopš negadījuma, šī paša negadījuma dēļ iestājas Apdrošinātā, kam ir nelaimes gadījumu apdrošināšana, nāve, tad Apdrošināšanas atlīdzības apmērs par nāves gadījumu tiek samazināts par iepriekš izmaksātām Apdrošināšanas atlīdzībām par invaliditāti, kaulu lūzumiem, traumām saistībā ar šo pašu nelaimes gadījumu, ja tādas ir veiktas.
- 7.8. Ja Apdrošinātā nāve iestājas viena gada laikā no negadījuma dienas un Apdrošinātā nāve nav saistīta ar negadījuma iemesliem vai, ja Apdrošinātā nāve iestājas vēlāk nekā gadu pēc negadījuma neatkarīgi no iemesla un ir iesniegts Apdrošināšanas atlīdzības pieteikums invaliditātes gadījumā, Apdrošināšanas atlīdzība par invaliditāti tiek izmaksāta saskaņā ar invaliditātes pakāpi.
- 7.9. Ja Līgumslēdzēja puses vienojušās par apdrošināšanu kaulu lūzumu un traumu gadījumos, Apdrošināšanas atlīdzība jānosaka saskaņā ar Apdrošināšanas atlīdzību tabulu (Pielikums Nr. 1).
- 7.10. Ja Līgumslēdzēja puses vienojušās par apdrošināšanu neatgriezeniskas invaliditātes gadījumā, Apdrošināšanas atlīdzība jānosaka saskaņā ar Apdrošināšanas atlīdzību tabulu par neatgriezenisku invaliditāti, kas izklāstītas šajos noteikumos, aprēķinot procentus no Apdrošinājuma summas neatgriezeniskas invaliditātes gadījumā.
- 7.11. Apdrošināšanas atlīdzība saskaņā ar šo noteikumu 4.7. un 4.9. punktu Apdrošinātajam netiek izmaksāta gadījumos, ja Apdrošinātāja rīcībā ir informācija, ka šīs izmaksas kompensējušas personas, kas atbildīgas par kaitējumu, vai tās tikušas kompensētas saistībā ar obligāto vai brīvprātīgo apdrošināšanu. Ja minētās medicīniskās palīdzības izmaksas tikušas atlīdzinātas tikai daļēji, Apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību par neatlīdzināto daļu.
- 7.12. Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzības saskaņā ar šo noteikumu 4.7. un 4.9.1. punktu, ja Apdrošinātais saņem šādas medicīniskās palīdzības pakalpojumu 24 (divdesmit četrus) mēnešu laikā no negadījuma datuma. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par saņemtajiem minētajiem medicīniskās palīdzības pakalpojumiem, nokavējot šajā punktā minēto termiņu.

8. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība.

- 8.1. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta Apdrošinātajam, ja vien apdrošināšanas līgums nenosaka citādi. Apdrošinātā nāves gadījumā Apdrošināšanas atlīdzība jāizmaksā Labuma guvējam. Ja Labuma guvējs apdrošināšanas līgumā nav norādīts, Apdrošināšanas atlīdzība jāizmaksā Apdrošinātā likumīgajiem mantiniekiem.
- 8.2. Ja noticis negadījums, Apdrošināšanas atlīdzība var tikt izmaksāta pa daļām, izvērtējot Apdrošinātā ārstējošo ārstu slēdzienus.
- 8.3. Ja iestājies Apdrošināšanas gadījums, bet Apdrošinājumaņēmējs un Apdrošinātājs nav panākuši vienošanos par Apdrošināšanas atlīdzības apmēru, Apdrošinātājs izmaksā summu, kas ir vienāda ar Apdrošināšanas atlīdzības summu, kuru puses apdrošināšanas līgumā nav apstrīdējušas, ja ir nepieciešami vairāk nekā 3 (trīs) mēneši, lai noteiktu precīzu kaitējuma summu.
- 8.4. Atlīdzības saņemšanai nepieciešamie dokumenti:
- pieteikums Atlīdzības izmaksai;
- Atkarībā no apdrošinātā riska, papildu jāiesniedz šādi dokumenti:
- 8.4.1. nāves gadījumā:
- miršanas apliecības kopija;
 - medicīniskā apliecība par nāves cēloni kopija;
 - mantojuma apliecības kopija, ja līgumā nav norādīts labuma guvējs;
 - labuma guvēja personu apliecinošs dokuments – pase/personas apliecība (ID karte);
- 8.4.2. invaliditātes gadījumā:
- ārstniecības iestādes vai ārstējošā ārsta izziņu par nelaimes gadījumu ar noteiktu diagnozi, traumas gūšanas datumu, vietu un laiku un apstākļiem;
 - VDEĀVK lēmuma kopija par invaliditātes noteikšanu;
- 8.4.3. kaulu lūzumu un traumu gadījumā:
- ārstniecības iestādes vai ārstējošā ārsta izziņu par nelaimes gadījuma faktu ar ietvertu informāciju par diagnozi, traumas gūšanas datumu, vietu, laiku un apstākļiem;
 - diagnostisko izmeklējumu slēdzienus, kas apliecina ārsta izziņā noteikto diagnozi;
 - traumas darbā gadījumā – akta par nelaimes gadījumu darbā kopija vai darba devēja izziņa;
- 8.4.4. ja Apdrošināšanas atlīdzību saņem Apdrošinātā pilnvarota persona – notariāli apliecināta pilnvara;
- 8.4.5. tiesībaizsardzības iestāžu un citi Apdrošinātāja pieprasītie dokumenti Apdrošināšanas gadījuma izvērtēšanai un Apdrošināšanas atlīdzības apmēra noteikšanai.

9. Apdrošināšanas atlīdzības samazināšana un tās neizmaksāšanas pamats.

- 9.1. Ja veselības traucējumi radušies negadījuma rezultātā, kam par iemeslu bija iepriekšējās slimības un/vai iepriekšējās traumas, Apdrošināšanas atlīdzība var tikt samazināta par 50%, ņemot vērā iepriekšējo slimību un/vai traumu.
- 9.2. Apdrošinātājam ir tiesības neizmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību vai samazināt Apdrošināšanas atlīdzības summu par 50%, ja Apdrošinājuma ņēmējs neizpilda saistības, kas noteiktas šo noteikumu 6.1. punkta a), c), d) vai f) apakšpunktā, izņemot gadījumus, kad iesniegti pierādījumi par Apdrošināšanas gadījumu un Apdrošinātājs savlaicīgi uzzinājis par Apdrošināšanas gadījumu, un neziņošana par Apdrošināšanas gadījumu nav ietekmējusi Apdrošinātāja pienākumu maksāt Apdrošināšanas atlīdzību.
- 9.3. Apdrošinātājam ir tiesības neizmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību vai samazināt Apdrošināšanas atlīdzības summu par 50%, ja:
 - a) braucot mehāniskajā transportlīdzeklī, kas aprīkots ar drošības jostām, Apdrošinātais (vadītājs vai pasažieris) nav bijis piesprādzējies ar drošības jostām;
 - b) Apdrošinātais ir vadījis mehānisko transportlīdzekli bez tiesībām vadīt šāda veida transportlīdzekli;
 - c) Apdrošinātais nav sekojis likumīgiem policijas darbinieku rīkojumiem un tā rezultātā cietis zaudējumus;
 - d) zaudējumi radušies, jo Apdrošinājuma ņēmējs vai Apdrošinātais apzināti nav ievērojis viņam pieejamos pasākumus, lai novērstu vai samazinātu šo kaitējumu;
 - e) apdrošinātā riska iestāšanās radusies Apdrošinātās personas ļauna nolūka vai rupjas neuzmanības gadījumā.
- 9.4. Ja Apdrošinātājs pieņem lēmumu par Apdrošināšanas atlīdzības neizmaksāšanu vai zemāku Apdrošināšanas atlīdzības samaksu, viņš sniedz pamatotu skaidrojumu un rakstiski informē personas, kurām ir tiesības uz Apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar apdrošināšanas līgumu.

Pielikums Nr.1

Nelaiemes gadījumu apdrošināšanas pilnā atlīdzību Izmaksu tabula

Šī Nelaiemes gadījumu apdrošināšanas pilnā Izmaksu tabula tiek piemērota kopā ar ERGO nelaiemes gadījumu apdrošināšanas noteikumiem Nr. SNG-08-2024

Nosacījumi, kas attiecas uz visiem Izmaksu tabulas punktiem:

- Kopējā izmaksājamā Apdrošināšanas atlīdzību summa nedrīkst pārsniegt 100% no apdrošinājuma summas apdrošināšanas gada laikā.
- Visos Izmaksu tabulā paredzētajos punktos, apdrošināšanas atlīdzības izmaksas apjomu izvērtē pēc iesniegtās medicīniskās dokumentācijas vai nepieciešamības gadījumā, veicot klienta veselības stāvokļa medicīnisko ekspertīzi.
- Kaulu lūzumu un mežģījumu gadījumos – iesniegtajā medicīniskajā dokumentācijā obligāti ir jābūt šo diagnožu radioloģiskam apstiprinājumam.
- Ja Traumas un kaulu lūzumu rezultātā ir iestājušies vienas ķermeņa daļas vai vienas orgānu sistēmas vairāki bojājumi, kas definēti Izmaksu tabulas vienā punktā, apdrošināšanas atlīdzību izmaksā tikai par bojājumu, par kuru ir paredzēta lielākā apdrošināšanas atlīdzība saskaņā ar Izmaksu tabulu.
- Ja Traumas un kaulu lūzumu rezultātā ir iestājušies vairāku ķermeņa daļu vai vairāku orgānu sistēmu bojājumi, kas ir minēti Izmaksu tabulā, apdrošināšanas atlīdzību izmaksā par katru, bet, nepārsniedzot kopējo šim apdrošināšanas atlīdzības veidam noteikto apdrošinājuma summu.
- Ja pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas saskaņā ar kādu no Izmaksu tabulas punktu, tiek konstatēts, ka saskaņā ar citu (citiem) punktu pienākas lielāka apdrošināšanas atlīdzība, tad saskaņā ar attiecīgu punktu izmaksātā atlīdzība tiek atskaitīta no atlīdzības, kas tiek aprēķināta atbilstoši citiem punktiem.

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
GALVASKAUSS, CENTRĀLĀ UN PERIFĒRĀ NERVU SISTĒMA		
1.	Galvaskausa kaulu lūzums	
	a) velves kaulu ārējās plātnītes lūzums	7
	b) velves lūzums (izņemot velves kaula ārējās plātnītes lūzumu)	20
	c) pamatnes lūzums	25
	d) velves un pamatnes lūzums	35

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
2.	Galvas trauma, kas izraisījusi:	
	a) epidurālu hematomu	15
	b) subdurālu hematomu	20
	c) intracerebrālu hematomu	25
	d) subdurālu un epidurālu vai subdurālu un intracerebrālu, vai subdurālu un subarahnoidālu hematomu	30
	e) galvas smadzeņu satricinājumu ar ārstēšanos ambulatori	1
	f) neirologa apstiprinātu galvas smadzeņu satricinājumu ar ārstēšanos vairāk nekā 11 dienām (ambulatori vai stacionāri)	5
	g) neirologa apstiprinātu galvas smadzeņu satricinājumu ar ārstēšanos vairāk nekā 20 dienām (ambulatori vai stacionāri)	10
	h) galvas smadzeņu kontūziju, subarahnoidālu asinsizplūdumu	15
	i) svešķermeņi galvaskausa dobumā (izņemot operācijas materiālus)	25
	j) galvas smadzeņu sašķaidījumu (klīniski pamatots)	50
	Piezīme: Apdrošināšanas atlīdzība par atkārtotu smadzeņu satricinājumu tiek izmaksāta, ja trauma ir iestājusies ne ātrāk kā 6 mēnešus pēc iepriekšējās traumas.	
3.	Nervu sistēmas bojājums (traumatisks, toksisks, hipoksisks), kas radījis:	
	a) astēnisku sindromu, distoniju, encefalopātiju	5
	b) arahnoidītu, encefalītu, arahnocencefalītu	10
	c) viena vai vairāku galvas smadzeņu nervu perifēru bojājumu	10
	d) posttraumatisku epilepsiju	20
	e) augšējās vai apakšējās ekstremitātes monoparēzi	30
	f) paraparēzi vai hemiparēzi (abu augšējo vai abu apakšējo, labās vai kreisās puses abu ekstremitāšu parēzi), amnēziju (atmiņas zudumu)	40
	g) monopleģiju (vienas ekstremitātes paralīzi)	60
	h) tetraparēzi (abu augšējo un apakšējo ekstremitāšu parēzi), kustību koordinācijas traucējumus, plānprātību (demenci)	70
	i) hemi -, para - vai tetraplēģiju, afāziju (nespēja saprast valodu un/vai nespēja runāt), dekortikāciju (smadzeņu bojājuma rezultātā), iegurnā orgānu darbības traucējumus	100
	Piezīme: Atlīdzību par 3. punktā uzskaitītajiem nervu sistēmas bojājumiem izmaksā atbilstoši vienam no apakšpunktiem, ievērojot smagāko, ja to apstiprina medicīniskā izziņa, bet ne agrāk kā 6 mēnešus pēc traumas, 6 mēnešu garumā, saglabājoties simptomātikai (izmaksā papildus agrāk noteiktajai atlīdzībai par traumas faktu, kas radījis minēto nervu sistēmas bojājumu).	
4.	Traumatisks muguras smadzeņu bojājums jebkurā līmenī, tostarp "zirgastes":	
	a) satricinājums	5
	b) sasitums	10
	c) saspiedums, hematomiēlija	30
	d) daļējs bojājums/daļējs muguras smadzeņu pārrāvums	50
	e) pilnīgs muguras smadzeņu pārrāvums	100
5.	Vienas ekstremitātes traumatiskais neirīts (izņemot pirkstu)	5
	Piezīme: Atlīdzība par 5. punktā minēto bojājumu tiek izmaksāta tikai papildus noteiktajai atlīdzībai par traumas faktu (traumatiskas neiralģijas nav pamats papildus apdrošināšanas izmaksai).	
6.	Kakla, rokas, jostas un krustu pinumu bojājums (ievainojums, pārrāvums):	
	a) traumatiskais pleksīts ar kustības funkciju ierobežojumiem	10
	b) pinumu daļējs pārrāvums	40
	c) pinumu pilnīgs pārrāvums	70

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
7.	Perifēro nervu pārrāvums:	
	a) nervu zari plaukstas, pēdas līmenī	5
	b) viena nerva: - pēdas vai plaukstas locītavas līmenī	10
	- apakšdelma, apakšstilba līmenī	15
	c) divu un vairāk nervu tajā pašā lokalizācijā	20
	d) viena - augšdelma, elkoņa locītavas līmenī, augšstilba līmenī	25
	e) divu un vairāku - tai pašā līmenī	40
	Piezīme: Atlīdzības izmaksa par 7. punktā minētajiem bojājumiem netiek veikta amputācijas gadījumos. Pirkstu nervu bojājums (rokas, kājas) nav pamats apdrošināšanas atlīdzības izmaksai.	
REDZES ORGĀNI		
8.	Vienas acs akomodācijas paralīze	15
9.	Hemianopsija (redzes lauka puses izkrišana) vienai acij, acs muskuļu bojājums (traumatiska šķielēšana, ptoze, diplopija)	15
10.	Vienas acs redzes lauka sašaurināšanās:	
	a) nekonzentriska	10
	b) koncentriska	15
11.	Vienas acs pulsējošais eksoftalms	20
12.	Acs ievainojums, kas radījis: acs ābola sasitumu, radzenes nobrāzumu, hifēmu, eroziju, caurejošu ievainojumu, hemoftalmu, apdegumu	5
	Piezīmes: 1. Apdegums bez pakāpes atzīmes nav iemesls atlīdzības izmaksai. 2. Atlīdzība par redzes asuma pavājināšanos 12. punktā uzskaitīto bojājumu rezultātā tiek izmaksāta saskaņā ar 18. punktu, atskaitot no aprēķinātās atlīdzības iepriekš izmaksāto atlīdzību saskaņā ar 12. punktu. 3. Virspusēji acs apvalku svešķermeņi nav iemesls atlīdzības izmaksai.	
13.	Vienas acs asaru izvadceļu ievainojums:	
	a) bez funkcijas traucējuma	5
	b) ar funkcijas traucējumu	10
14.	Acs traumas sekas:	
	a) konjunktivīts, keratīts, iridociklīts, horioiretinīts	2
	b) acs ābola apvalku un plakstu konjunktīvas rētas (izņemot rētas uz plakstu ādas)	5
	c) varavīksnenes defekts, lēcas luksācija, zilītes formas izmaiņas, skropstu ieaugšana, plakstu izgriešanās, svešķermeņi acs ābolā vai orbītas audos	10
	Piezīmes: 1. Ja oftalmologs 3 mēnešus pēc traumas konstatē 8., 9., 10., 11., 13 b) vai 14. punktus minētās izmaiņas un redzes asuma pavājināšanos, atlīdzību izmaksā, summējot šo bojājumu sekas, bet ne vairāk kā 50% par vienu aci. 2. Ja radzenes rēta (apduļķojums) pēc traumas radījusi redzes pasliktināšanos, atlīdzība tiek izmaksāta tikai saskaņā ar 18. punktu.	
15.	Acs (-u) ievainojums, kas radījis abu vai vienīgās redzīgās acs pilnīgu redzes zudumu (ja redze pirms traumas bija ne zemāka nekā 0,01)	100
16.	Neredzīgās acs ābola izņemšana (enukleācija) traumas rezultātā	10
17.	Orbītas lūzums, izņemot vaiga kaula, augšžokļa lūzumu	10

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
18.	Redzes asuma pavājināšanās:	
	Redzes asums	
	pirms traumas	pēc traumas
		0,7 - 0,9
		0,4 - 0,6
		0,3
1,0		0,2
		0,1
		mazāk nekā 0,1
		0,0
		0,6 - 0,8
		0,4 - 0,5
		0,3
0,9		0,2
		0,1
		mazāk nekā 0,1
		0,0
		0,6 - 0,7
		0,4 - 0,5
		0,3
0,8		0,2
		0,1
		mazāk nekā 0,1
		0,0
		0,5 - 0,6
		0,3 - 0,4
		0,2
0,7		0,1
		mazāk nekā 0,1
		0,0
		0,4 - 0,5
		0,2 - 0,3
0,6		0,1
		mazāk nekā 0,1
		0,0
		0,3 - 0,4
		0,1 - 0,2
0,5		mazāk nekā 0,1
		0,0
		0,2 - 0,3
		0,1
0,4		mazāk nekā 0,1
		0,0
		0,1 - 0,2
0,3		mazāk nekā 0,1
		0,0

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
	0,1	5
0,2	mazāk nekā 0,1	10
	0,0	20
0,1	mazāk nekā 0,1	10
	0,0	20
	mazāk nekā 0,1	20

Piezīmes:

1. Pilnīgam aklumam (0,0) pielīdzina redzes asuma pasliktināšanos mazāk par 0,01 m līdz gaismas sajūtai.
2. Ja traumas dēļ izņemts redzīgas acs ābols (arī pie tā sarukšanas), papildus izmaksā 10% no apdrošinājuma summas.
3. Lēmumu par traumatisku redzes pasliktināšanos vai citām patoloģiskām izmaiņām pieņem pēc ārstēšanās pabeigšanas, bet ne agrāk kā 3 mēnešus pēc traumas. Acu ārsts nosaka redzes asumu bez korekcijas abām acīm, kā arī novērtē citas ar traumu saistītās izmaiņas. Pirms tam par traumas faktu bez apskates ir tiesības noteikt iepriekšējo izmaksu saskaņā ar 12., 13. a) un 17. punktiem.
4. Ja bojātās acs redzes asums pirms traumas nav zināms, to pielīdzina nebojātās acs redzes asumam (ja nebojātās acs redzes asums izrādīsies vājāks par bojātās, nosacīti, šīs acs redzes asums pirms traumas jāpieņem par 1,0). Ja traumas rezultātā bojātas abas acis un datus par redzes asumu pirms traumas nevar iegūt, to nosacīti pieņem par 1,0.
5. Ja redzes pavājināšanās dēļ implantēta mākslīgā lēca, atlīdzību izmaksā, ievērojot redzes asumu pirms operācijas.

DZIRDES ORGĀNI

19.	Auss gliemežnīcas bojājums (t.sk., ievainojums, apdegums, apsaldējums) ar sekojošu:	
	a) auss gliemežnīcas skrimšļa lūzumu, otohematomu, auss gliemežnīcas zudumu līdz 1/3	5
	b) auss gliemežnīcas zudumu virs 1/3 - 1/2	10
	c) vairāk kā 1/2 auss gliemežnīcas zudumu	20
	d) pilnīgs auss gliemežnīcas zudumu	30
	Piezīme: Izmaksa atbilstoši 19. punktam tiek noteikta pēc apskates datiem, beidzoties rētošanās procesam. Ja tiek veikta izmaksa saskaņā ar 19. punktu, 57. punkts netiek piemērots.	
20.	Dzirdes pasliktināšanās pēc auss bojājuma, apstiprināts ar otorinolaringologa slēdzienu un audiogrammu vai citu medicīniski atzītu diagnostikas metodi:	
	a) viegla pakāpe (līdz 40 dB)	2
	b) vidēja pakāpe (41 - 55 dB)	5
	c) vidēji smaga pakāpe (56 - 70 dB)	10
	d) smaga pakāpe (71 - 90 dB)	15
	e) izteikti smaga pakāpe (no 91 dB)	25
	Piezīme: Lēmumu par dzirdes pavājināšanos pieņem pēc ārstēšanās pabeigšanas, bet ne agrāk kā 3 mēnešus pēc traumas (pirms traumas seku izvērtēšanas, var būt atlīdzības iepriekšēja izmaksa par traumas faktu, ja tas atbilst 21. un 22. punktiem).	
21.	Vienas (vai abu) auss bungplēvītes (-šu) plīsums traumas rezultātā bez dzirdes pasliktināšanās	5
	Piezīmes: 1. Ja traumas rezultātā noticis bungplēvītes plīsums un pasliktinājusies dzirde, atlīdzību nosaka atbilstoši 20. punktam; 21. punkts šajā gadījumā netiek piemērots. 2. Ja bungplēvītes plīsumu radījis galvaskausa pamatnes lūzums (vidējā smadzeņu bedre), 21. punktu nepiemēro.	
22.	Auss bojājums ar akūtu, posttraumatisku, strutainu vidusauss iekaisumu, asinsizplūdumu vidusausi	5

ELPOŠANAS ORGĀNI UN ELPOŠANAS SISTĒMA

23.	Deguna kaula vai skrimšļa lūzums, mežģījums, augšžokļa vai pieres dobuma priekšējās sieniņas lūzums:	
	a) bez dislokācijas	3
	b) ar dislokāciju	5

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
24.	Plaušu bojājums, zemādas emfizēma, pneimotorakss, hemotorakss, eksudatīvs pleirīts, traumatiska pneimonija, svešķermenis krūšu kurvja dobumā:	
	a) viļņpusēji	5
	b) abpusēji	10
25.	Krūškurvja un tā orgānu bojājums ar:	
	a) plaušu segmenta, daivas izņemšanu	30
	b) pilnīgu vienas plaušas izņemšanu	60
26.	Krūšu kaula lūzums	9
27.	Ribū lūzums:	
	a) vienas ribas	3
	b) katras nākamās ribas (bet kopumā ne vairāk kā 10%)	2
28.	Caurejošs krūškurvja ievainojums, torakoskopija, torakocentēze, torakotomija:	
	a) bez krūšu kurvja orgānu bojājuma	10
	b) ar krūšu kurvja orgānu bojājumu	15
	c) torakotomija ar krūšu kurvja orgānu bojājumu	20
	d) atkārtota torakotomija (vienreiz viena apdrošināšanas gadījuma rezultātā)	10
	Piezīme: Ja sakarā ar krūšu kurvja vai tā orgānu bojājumu izdarīta pilnīga vai daļēja plaušas rezekcija, atlīdzību izmaksā atbilstoši 25. punktam; 28. punkts šajā gadījumā netiek piemērots.	
29.	Balsenes, trahejas bojājums, vairogskrimšļa, zemmēles kaula lūzums, augšējo elpošanas ceļu apdegums bez funkcijas traucējuma	5
30.	Balsenes, trahejas bojājums, zemmēles kaula, balsenes skrimšļa lūzums, traheostomija, kuri radījuši:	
	a) balss piesmakumu vai zudumu, pastāvīgu traheostomu ar kanīli ne agrāk kā 3 mēnešus pēc traumas	10
	b) balss zudumu, pastāvīgu traheostomu ar kanīli ne agrāk kā 6 mēnešus pēc traumas	20
	Piezīme: Atlīdzību saskaņā ar 30. punktu izmaksā papildus iepriekš veiktajai atlīdzības izmaksai saskaņā ar 29. punktu. Ja traumas dēļ ir balsenes vai trahejas funkcijas traucējumi, nepieciešams speciālista slēdziens, kas izsniegts ne agrāk kā 3 mēnešus pēc traumas (pirms tam - atlīdzību izmaksā atbilstoši 29. punktam).	
SIRDS UN ASINSVADU SISTĒMA		
31.	Sirds, tās apvalku un/vai lielo maģistrālo asinsvadu bojājums bez sirds un asinsvadu sistēmas mazspējas	10
32.	Sirds, tās apvalku un lielo maģistrālo asinsvadu bojājums, kas radījis sirds un asinsrites sistēmas mazspēju:	
	a) I-II pakāpe (pēc NYHA)	15
	b) III - IV pakāpe (pēc NYHA)	20
	Piezīmes: Ja ārsta izziņā nav norādīta sirds un asinsrites mazspējas pakāpe, atlīdzību izmaksā atbilstoši 32. a) apakšpunktam.	
33.	Lielo perifēro asinsvadu bojājums bez asinsrites traucējumiem:	
	a) augšdelma, augšstilba līmenī	10
	b) apakšdelma, apakšstilba līmenī	5
34.	Lielo perifēro asinsvadu bojājums, kas radījis asinsrites traucējumus	20
	Piezīmes: 1. Lielie (maģistrālie) asinsvadi: aorta, plaušu, miega un brahiocefālā artērija, iekšējās jūga vēnas, augšējās un apakšējās dobās vēnas; vārtu vēna un iekšējo orgānu maģistrālie asinsvadi; 2. Lielie perifērie asinsvadi: zematslēgas, paduses, augšdelma, elkoņa kaula, spieķa kaula artērijas (līdz apakšdelma apakšējās 1/3 līmenim); iegurņa, augšstilba, paceses, priekšējās un mugurējās lielā lielakaula artērijas (līdz apakšstilba apakšējās 1/3 līmenim); rokas un galvas vēnas, paduses, augšstilba un paceses vēnas.	

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
GREMOŠANAS SISTĒMA		
35.	Augšžokļa, vaiga kaula vai apakšžokļa lūzums, apakšžokļa mežģījums:	
	a) augšžokļa, vaiga kaula lūzums, apakšžokļa mežģījums	5
	b) apakšžokļa lūzums, viena kaula dubultlūzums (ar vai bez dislokācijas)	8
	c) 2 vai vairāku kaulu lūzums (ar vai bez dislokācijas)	10
36.	Žokļu traumatiskais bojājums, kas radījis:	
	a) žokļa daļas zudumu (izņemot alveolāro izaugumu)	40
	b) žokļa pilnīgu zudumu	80
	Piezīme: Veicot apdrošināšanas atlīdzības izmaksu saskaņā ar 36. punktu, papildus apdrošināšanas atlīdzība par zobu zudumu netiek veikta.	
37.	Mēles traumatiskais bojājums, kas radījis:	
	a) mēles galiņa zudumu	8
	b) mēles zudumu distālās trešdaļas līmenī	15
	c) mēles zudumu vidējās trešdaļas līmenī	30
	d) mēles zudumu saknes līmenī vai pilnīgu mēles zudumu	60
38.	Zobu traumatiskais bojājums, kas radījis:	
	a) zoba kroņa vai saknes lūzumu, zoba luksāciju (mežģījumu)	1
	b) viena vai vairāku zobu kroņu atlūzumu	2
	c) 1 zoba zudumu	3
	d) par katru nākamā zoba zudumu (bet kopā ne vairāk kā 25%)	2
	Piezīmes: 1. Ja traumas dēļ zaudēti pastāvīgo protēzi fiksējošie zobi, atlīdzību izmaksā, ņemot vērā tikai šo zobu zudumu (pie izņemamo protēžu bojājuma atlīdzību neizmaksā). 2. Piena zobu zuduma gadījumā apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai bērniem līdz 5 gadu vecumam. 3. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa tiek veikta ar nosacījumu, ka zobs uz negadījuma iestāšanās brīdi bija īsts un anatomiski vesels. 4. Par zobu bojājumiem, zudumiem, kas iestājušies ēšanas procesa norises laikā, apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta. 5. Atlīdzības izmaksa netiek veikta par zoba implanta zudumu. 6. Atlīdzība saskaņā ar 38. punkta a) apakšpunktu tiek izmaksāta par katru bojāto zobu.	
39.	Mutes dobuma, rīkles, barības vada, zarnu trakta ievainojums (plīsums, termisks vai ķīmisks apdegums), traumas dēļ veikta diagnostiskā ezofagogastroskopija vai svešķermeņu izņemšanas nolūkā - bez funkcijas traucējuma	5
40.	Barības vada bojājums (ievainojums, apdegums), kas radījis:	
	a) barības vada sašaurinājumu - I pakāpe	20
	b) barības vada sašaurinājumu - II pakāpe	50
	c) barības vada sašaurinājumu - III pakāpe	80
	d) barības vada necauraidību (perforācija) - IV pakāpe	100
	Piezīme: Apdrošināšanas atlīdzība saskaņā ar 40. punktu tiek izmaksāta ne agrāk kā 6 mēnešus pēc traumas iegūšanas. Aprēķinot apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar 40. punktu, no tās tiek atskaitīta iepriekš izmaksātā apdrošināšanas atlīdzības summa saskaņā ar 39. punktu.	

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
41.	Gremošanas orgānu bojājums (plīsums, apdegums, ievainojums), nejauša akūta saindēšanās, kas radījies:	
	a) holecistītu, duodenītu, gastrītu, pankreatītu, enterītu, kolītu, proktītu, paraproktītu	5
	b) kuņģa, zarnu trakta vai resnās zarnas rētainu sašaurinājumu (striktūras)	15
	c) zarnu, rekto-vaginālo vai aizkuņģa dziedzera fistulu	50
	d) anus praeter-naturalis (kolostoma)	100
	Piezīme: Traumas sarežģījumu gadījumos, kādi paredzēti b), c) apakšpunktos, apdrošināšanas atlīdzību izmaksā ne agrāk kā 3 mēnešus pēc bojājuma, d) apakšpunktā minētajos gadījumos ne agrāk kā 6 mēnešus pēc traumas iegūšanas dienas.	
42.	Posttraumatiska trūce vēdera priekšējā sienā, diafragmā vai pēcoperācijas rētas apvidū, ja operācija izdarīta traumas dēļ	6
	Piezīmes: 1. Atlīdzība saskaņā ar 42. punktu tiek izmaksāta papildus summai, kas noteikta par vēdera dobuma orgānu bojājumu. 2. Vēdera sienas trūces (nabas, baltās līnijas, cirkšņu un cirkšņu-skrotālās), kas radušās smaguma celšanas rezultātā, nav iemesls atlīdzības izmaksai.	
43.	Traumatisks aknu bojājums vai nejaušas akūtas saindēšanās rezultātā, kas radījusi:	
	a) neoperētu subkapsulāru aknu plīsumu, posttraumatisku vai toksisku hepatītu (tiešā cēloņsakarībā ar notikušo traumu)	5
	b) aknu mazspēju - hiperakūta (līdz 6 dienām (ieskaitot))	10
	c) aknu mazspēju - akūta (7 - 20 dienām (ieskaitot))	20
	d) aknu mazspēju - subakūta (21 dienām līdz 26 nedēļām)	30
	Piezīme: Atlīdzības apmērs atbilstoši punktam 43. b), c), d) tiek izmaksāts, ņemot vērā smagāko bojājumu.	
44.	Aknu, žultspūšļa traumatisks bojājums ar sekojošu:	
	a) aknu un/vai žultspūšļa sašūšanu	15
	b) aknu sašūšanu un žultspūšļa izņemšanu	20
	c) aknu daļēju rezekciju	25
	d) aknu daļēju rezekciju un žultspūšļa izņemšanu	35
45.	Liesas traumatisks bojājums:	
	a) subkapsulārs liesas plīsums bez operatīvas iejaukšanās	5
	b) operēta liesa	15
	c) liesas izņemšana	30
46.	Kuņģa, aizkuņģa dziedzera, zarnu, apzarņa bojājums ar sekojošu:	
	a) aizkuņģa dziedzera iekaisumu, nekrozi, sašūšanu, posttraumatisku cistu	15
	b) kuņģa, zarnu, aizkuņģa dziedzera rezekciju	25
	c) gastrektomiju	65

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
47.	Vēdera dobuma orgānu bojājums, kura dēļ veikta:	
	a) laparoskopija (laparocentēze)	5
	b) laparotomija bez iekšējo orgānu bojājuma (t.sk., arī pirmsoperācijas laparoskopija, laparocentēze)	10
	c) laparotomija ar iekšējo orgānu bojājumu (t.sk., arī pirmsoperācijas laparoskopija, laparocentēze)	15
	d) atkārtota laparotomija (vienreizēji, neatkarīgi no skaita)	8
	Piezīmes:	
	1. Ja vēdera dobuma orgānu trauma ir iemesls atlīdzības izmaksai atbilstoši 43.- 46. punktam, 47. punktu nepiemēro (izņemot d) apakšpunktu).	
	2. Ja operācijā, kas izdarīta saistībā ar gremošanas orgānu traumu, konstatē, ka ir bojāts, patoloģiski izmainīts orgāns un izdarīta tā daļēja vai pilnīga izņemšana slimības izmaiņu dēļ, atlīdzība tiek izmaksāta tikai atbilstoši 47. b) punktam.	
	3. Ja vienas traumas rezultātā bojāti dažādi vēdera dobuma orgāni, no kuriem viens vai vairāki izņemti, bet cits (-i) šūti, apdrošināšanas atlīdzību izmaksā tikai saskaņā ar vienu Izmaksu tabulas punktu, kas atbilst smagākajai traumai, un 47. punkta c) apakšpunktu.	
UROĢENITĀLĀ SISTĒMA		
48.	Nieru traumatiskais bojājums:	
	a) subkapsulārs plīsums bez operācijas	5
	b) nieres daļas rezekcija	30
	c) nieres pilnīga izņemšana	60
49.	Urīnizvadsistēmas orgānu (nieru, urīnvadu, urīnpūšļa, urīnizvadkanāla) traumatiskais bojājums ar sekojošu:	
	a) cistītu, uretrītu	5
	b) pielītu, pielocistītu, pielonefrītu, urīnpūšļa tilpuma samazināšanos	10
	c) glomerulonefrītu, akūtu nieru mazspēju, urīnvada, urīnizvadkanāla sašaurinājumu	20
	d) urīnvada vai urīnizvadkanāla necauraidību, uroģenitālu fistulu	40
	e) hronisku nieru slimību (5. stadija)	50
	Piezīmes:	
	1. Pie traumatiska vairāku urīnizvadsistēmas orgānu funkcijas traucējuma, izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības apmēru nosaka saskaņā ar smagāko 49. punkta apakšpunktu.	
	2. Ja traumas rezultātā ir izdarīta pilnīga vai daļēja nieres izņemšana, 49. punkta a), b), c) un e) apakšpunktus nepiemēro.	
50.	Urīnizvadsistēmas orgānu bojājums, kura dēļ veikta:	
	a) epicistostomija	5
	b) operācija pie aizdomām par orgānu bojājumu	10
	c) operācija orgānu bojājuma gadījumā	15
	Piezīme:	
	Ja traumas rezultātā izdarīta pilnīga vai daļēja nieres izņemšana, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta atbilstoši 48. b) un c) punktiem, 50. punktu šajā gadījumā nepiemēro.	
51.	Urīnizvadsistēmas vai dzimumorgānu sistēmas bojājums:	
	a) ievainojums, plīsums bez operācijas un funkcijas traucējuma	3
	b) nepilngadīgas personas izvarošana	70
	c) pilngadīgas personas izvarošana	30

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
52.	Dzimumorgānu traumatisks bojājums, kas radījies:	
	a) viena sēklinieka, olnīcas, olvada zudumu	15
	b) abu sēklinieku, olnīcu vai olvadu, daļēju dzimumlocekļa zudumu	30
	c) dzemdes amputāciju (t.sk. dzemdes piedēkļu):	
	— sievietei līdz 40 gadu vecumam	50
	— sievietei no 40 līdz 50 gadiem	30
	— sievietei pēc 50 gadu vecuma	15
	d) pilnīgu dzimumlocekļa zudumu	60
53.	Trauma, kas izraisījusi spontānu abortu, priekšlaicīgas dzemdības, priekšlaicīgu grūtniecības pārtraukšanu	7
MĪKSTIE AUDI		
54.	Mīksto audu bojājums (izņemot apdegumus/apsaldējumus) sejā, kakla priekšējā vai sānu virsmā, pazodē, ausu gliemežnīcās, kas radījies:	
	a) rētas no 2 cm līdz 5 cm garumā ar mērenu kosmētisku defektu	5
	b) ievērojamu kosmētisku defektu	20
	c) izkropļojumu	50
	Piezīmes:	
	1. Kosmētiskās rētas - atšķiras no ādas krāsas, paceļas virs tās virsmas, savēl audus. Izkropļojums - sejas dabiskā izskata izmaiņas mehāniskas, ķīmiskas, termiskas vai citas vardarbīgas iedarbības rezultātā.	
	2. Ja sejas skeleta kaulu lūzuma ar fragmentu novirzi izdarīta operācija (atklāta repozīcija), kuras dēļ sejā radusies rēta, atlīdzība izmaksājama, ņemot vērā lūzumu un pēcoperācijas rētu (radījusi kosmētiskus traucējumus).	
	3. Veicot izmaksu par paliekošām rētām pēc šūtas brūces, no aprēķinātās atlīdzības tiek atskaitīta iepriekš izmaksātā atlīdzība par traumas faktu.	
	4. Atlīdzības izmaksa atbilstoši b) un c) apakšpunktiem tiek veikta ne ātrāk kā 3 mēnešus pēc traumas gūšanas datuma.	
55.	Mīksto audu bojājums (izņemot apdegumus) galvas matainajā daļā, uz ķermeņa, ekstremitātēm, kas radījies rētas:	
	a) no 3 cm līdz 5 cm (ieskaitot)	3
	b) no 5 cm līdz 15 cm (ieskaitot)	5
	c) no 15 cm līdz 30 cm (ieskaitot)	15
	d) vairāk nekā 30 cm	25
	Piezīmes:	
	1. Ja tiek veikta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa par traumu, kuras dēļ Apdrošinātajam ir veikta operācija (pie vaļējiem bojājumiem, mežģījumiem, plastikas, asinsvadu un nervu šuvēm u.c.), 55. punktu nepiemēro.	
	2. Veicot izmaksu par paliekošām rētām pēc šūtas brūces, no aprēķinātās atlīdzības tiek atskaitīta iepriekš izmaksātā atlīdzība par traumas faktu.	
	3. Saskaņā ar šo punktu, rētas tiek novērtētas ne ātrāk kā 3 mēnešus pēc traumas gūšanas datuma.	
56.	Mīksto audu bojājums, kura rezultātā ir radusies:	
	a) hematoma (ķirurģiski ārstēta), neuzsūkusies hematoma (vairāk kā 1 mēnesi no traumas iestāšanās brīža)	3
	b) muskuļu trūce vai plīsums	4
	c) hemartroze (apstiprināta ar punkciju)	5
	d) cīpslu plīsums (izņemot roku pirkstu), autotransplantācija	4

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
APDEGUMI UN APSALDĒJUMI		
57.	Galvas un kakla apdegums, elpošanas ceļu apdegums, apsaldējums:	
	a) II pakāpes apdegums (bez pēcapdeguma rētām, kas izraisījuši pigmentācijas plankumu veidošanos):	
	no 0,5% līdz 2% (ieskaitot)	2
	2% un vairāk no ķermeņa virsmas	5
	b) II pakāpes apdegumi (ar pēcapdeguma rētām):	
	līdz 1% no ķermeņa virsmas	5
	no 1% līdz 4,5% (ieskaitot) no ķermeņa virsmas	10
	no 4,5% līdz 9% no ķermeņa virsmas	15
	c) III pakāpe (ar pēcapdeguma rētām):	
	līdz 4,5% no sejas virsmas	30
	vairāk nekā 4,5% no sejas virsmas	50
	d) IV pakāpe (ar pēcapdeguma rētām un izkropļojumiem)	70
	e) II pakāpes ausu, deguna vai sejas apsaldējums	1
58.	Ķermeņa un ekstremitāšu apdegums, apsaldējums:	
	a) II pakāpes apdegumi, kas radījuši nepieciešamību ārstēties nepārtraukti (ambulatori, stacionārā) ne mazāk kā 8 dienas:	
	0,5% līdz 1% (ieskaitot) no ķermeņa virsmas	2
	1% līdz 5% (ieskaitot) no ķermeņa virsmas	5
	5% līdz 10% (ieskaitot) no ķermeņa virsmas	10
	no 10% līdz 20% (ieskaitot) no ķermeņa virsmas	20
	no 20% līdz 40% (ieskaitot) no ķermeņa virsmas	30
	vairāk par 40% no ķermeņa virsmas	40
	b) III - IV pakāpes apdegumi, kas radījuši nepieciešamību ārstēties nepārtraukti (ambulatori, stacionārā) ne mazāk kā 8 dienas:	
	līdz 1% no ķermeņa virsmas	10
	no 1% līdz 5% (ieskaitot) no ķermeņa virsmas	15
	no 5% līdz 10% (ieskaitot) no ķermeņa virsmas	25
	no 10% līdz 20% (ieskaitot) no ķermeņa virsmas	35
	no 20% līdz 30% (ieskaitot) no ķermeņa virsmas	50
	no 30% līdz 40% (ieskaitot) no ķermeņa virsmas	60
	vairāk par 40% no ķermeņa virsmas	70
	c) vienas rokas pirksta apsaldējums	4
	vienas rokas piecu pirkstu apsaldējums	20
	vienas rokas plaukstas apsaldējums	50
	vienas kājas pirksta apsaldējums	3
	vienas kājas piecu pirkstu apsaldējums	15
	vienas pēdas apsaldējums	50
	Piezīmes:	
	1. Elektrotraumas ar kontaktaapdegumiem atbilst III - IV pakāpei.	
	2. Apsaldējumu gadījumā Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai par dziļiem aušu bojājumiem - nekrozi.	
	3. Ja saistībā ar ķermeņa bojājumu apdeguma vai apsaldējuma rezultātā tiek veikta bojātās ķermeņa daļas amputācija, tad papildu izmaksa par apdeguma/apsaldējuma faktu netiek piemērota.	
59.	Augšējās ekstremitātes amputācija augšdelma līmenī sakarā ar pēcapdeguma un pēcapsaldējuma izkropļojumiem:	
	a) vienas augšējās ekstremitātes amputācija	65
	b) vienīgās augšējās ekstremitātes amputācija	100

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
60.	Plaukstu apdegums:	
	a) II pakāpe (bez pēcapdeguma rētām)	5
	b) III pakāpe (ar pēcapdeguma rētām)	20
	c) IV pakāpe (pēcapdeguma kropļojumi ar vai bez sekojošas amputācijas)	60
61.	Apakšējās ekstremitātes amputācija jebkurā līmenī sakarā ar pēcapdeguma un pēcapsaldējuma izkropļojumiem:	5
	a) vienas apakšējās ekstremitātes amputācija	70
	b) vienīgās apakšējās ekstremitātes amputācija	100
62.	Starpenes un dzimumorgānu apdegums, apsaldējums:	
	a) II pakāpe (bez pēcapdeguma rētām, bez urīnizvadošo un dzimumorgānu funkciju traucējumiem)	10
	b) III pakāpe:	
	ar pēcapdeguma rētām, urīnizvadošo un dzimumorgānu funkciju traucējumiem, viena sēklinieka vai daļēju dzimumlocekļa zudumu	30
	ar pēcapdeguma rētām, urīnizvadošo un dzimumorgānu funkciju traucējumiem, abu sēklinieku, pilnīgu dzimumlocekļa zudumu	60
63.	Apdeguma slimība, intoksikācija, apdeguma šoks	10
	Piezīmes:	
	1. Apdrošināšanas atlīdzība atbilstoši 63. punktam tiek izmaksāta papildus tai, ko izmaksā saistībā ar apdegumu.	
	2. Izvērtējot apdeguma radītos ādas-zemādas audu bojājumus, tiek ņemta vērā apdeguma platība, kas tiek izteikta % no cilvēka ķermeņa virsmas, kā arī no apdeguma dziļuma pakāpes. Apdeguma platības noteikšanā tiek izmantots „devītnieka likums“.	
	Cilvēka ķermeņa virsma:	
	- galva un kakls = 9%	
	- augšējā ekstremitāte (bez plaukstu) = 9%	
	- plauksta = 1%	
	- apakšējā ekstremitāte = 18%	
	- ķermeņa priekšpuse un mugurpuse (katra) = 18%	
	- starpene un dzimumorgāni = 1%.	
MUGURKAULS		
64.	Skriemeļa ķermeņa, loka vai locītavu izaugumu lūzums, mežģījums (izņemot krusta un astes kaulu):	
	a) viena vai divu skriemeļu	10
	b) par katru nākamo (bet kopā ne vairāk kā 40%)	5
65.	Katra šķērsizauguma vai smailā izauguma lūzums, starpskriemeļu saišu daļējs vai pilnīgs pārrāvums	5
66.	Krusta kaula lūzums	10
67.	Astes kaula trauma:	
	a) skriemeļu mežģījums	5
	b) skriemeļu lūzums	5
	Piezīme:	
	Ja vienas traumas rezultātā radies skriemeļa ķermeņa lūzums, saišu bojājums, šķērsizaugumu vai smailo izaugumu lūzums, atlīdzību izmaksā vienu reizi - atbilstoši smagākajam bojājuma punktam.	

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
AUGŠĒJĀ EKSTREMITĀTE		
Lāpstiņa un atslēgas kauls		
68.	Traumatisks lāpstiņas, atslēgas kaula lūzums, akromioklavikulārā, sternoklavikulārā savienojuma plīsums:	
	a) viena kaula lūzums vai viena savienojuma plīsums bez dislokācijas; akromioklavikulārās locītavas mežģījums	5
	b) viena kaula lūzums ar dislokāciju, divu kaulu lūzums, viena kaula dubultlūzums, divu savienojumu plīsums. Viena kaula lūzums, mežģījums un viena savienojuma plīsums	10
	c) divu savienojumu plīsums un viena kaula lūzums, divu kaulu lūzums un viena savienojuma plīsums	15
Pleca locītava		
69.	Pleca locītavas bojājums (lāpstiņas locītavas iedobuma lūzums, lielā paugura lūzums, saišu vai locītavas somiņas plīsums, pleca locītavas mežģījums):	
	a) cīpslu, muskuļu, locītavas kapsulas plīsums, kaulu fragmentu atrāvums, pleca locītavas mežģījums	10
	b) lielā paugura lūzums, divu kaulu lūzums, lāpstiņas lūzums ar pleca locītavas mežģījumu	15
	c) lāpstiņas locītavas iedobuma, augšdelma galviņas, anatomiskā un/vai ķirurģiskā kakliņa lūzums, lūzums – mežģījums	20
70.	Pleca locītavas bojājums pēc traumas 1 gada laikā ar sekojošu:	
	a) locītavas nekustīgumu (ankilozī)	25
	b) patoloģisku kustīgumu pleca locītavā, locītavas virsmu veidojošu kaulu rezekcijas rezultātā	40
	<p>Piezīmes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atlīdzību saskaņā ar 70. punktu izmaksā papildus tai, kas izmaksāta par pleca locītavas traumu tad, ja punktā uzskaitītās komplikācijas konstatētas ne agrāk kā 6 mēnešus pēc traumas (apstiprina ārsta izziņa). 2. Par atkārtotu traumu, kas ir radusies 1 gada laikā pēc traumas, par 69. un 70. punktā minētajiem bojājumiem atlīdzība netiek izmaksāta. 3. Atlīdzības izmaksa netiek veikta par ieraduma mežģījumiem. 	
Augšdelms		
71.	Augšdelma lūzums jebkurā līmenī (augšējā, vidējā vai apakšējā 1/3), izņemot intraartikulāru:	
	a) bez dislokācijas	7
	b) ar dislokāciju	10
72.	Smags augšējās ekstremitātes bojājums ar sekojošu amputāciju:	
	a) lāpstiņas, atslēgas kaula vai to daļu līmenī	80
	b) pleca locītavas līmenī	70
	c) augšdelma līmenī	65
	d) vienīgās ekstremitātes	100
	<p>Piezīme: Izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši 72. punktam, papildu izmaksa par operāciju netiek veikta.</p>	
Elkoņa locītava		
73.	Elkoņa locītavas bojājums:	
	a) locītavas apvidus bojājumi - pilnīgs vai daļējs saišu, locītavas somiņas pārrāvums (plīsums)	5
	b) kaula fragmentu atrāvums, t.sk. epikondīļu, spieķa vai elkoņa kaula lūzums, elkoņa locītavas mežģījums	10
	c) spieķa un elkoņa kaula lūzums	15
74.	Elkoņa locītavas bojājums ar augšdelma kaula intraartikulāru lūzumu ar spieķa un elkoņa kauliem (3 kaulu lūzums)	20

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
Apakšdelms		
75.	Apakšdelma kaulu lūzums jebkurā līmenī, izņemot intraartikulāri:	
	a) viena kaula lūzums bez dislokācijas	7
	b) viena kaula lūzums ar dislokāciju, abu kaulu lūzums bez dislokācijas, viena kaula lūzums bez dislokācijas un otra kaula lūzums ar dislokāciju	10
	c) abu kaulu lūzums ar dislokāciju	12
76.	Smags traumatiskais bojājums:	
	a) ar sekojošu apakšdelma amputāciju jebkurā līmenī	65
	b) ar sekojošu eksartikulāciju elkoņa locītavā	70
	c) vienīgās ekstremitātes amputācija apakšdelma līmenī	100
	Piezīme: Ja apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta atbilstoši 76. punktam, papildu atlīdzība par operāciju netiek noteikta	
PLAUKSTA		
Plauksta locītava		
77.	Plauksta locītavas traumatiskais bojājums:	
	a) saišu daļējs vai pilnīgs pārrāvums, mežģījums	4
	b) īlenveida izauguma (-u) atrāvums, kaulu fragmenta (-u) atrāvums, elkoņa kaula galviņas mežģījums	5
	c) spieķa kaula lūzums "tipiskā vietā" bez dislokācijas	8
	d) spieķa kaula lūzums "tipiskā vietā" ar dislokāciju	10
	e) plauksta perilunārs mežģījums, pseidoartroze	15
	Piezīme: Ja vienas traumas rezultātā ir radušies vairāki 77. punktā uzskaitītie bojājumi, izmaksu nosaka atbilstoši vienam apakšpunktam, ņemot vērā smagāko bojājumu.	
78.	Plauksta locītavas bojājums pēc traumas 1 gada laikā ar nekustīgumu plauksta locītavā (ankilozī)	15
	Piezīme: Atlīdzību saskaņā ar 78. punktu izmaksā, ja nekustīgumu plauksta locītavā konstatē ne agrāk kā 6 mēnešus pēc traumas (apstiprināts ar ārsta izziņu).	
Plauksta kauli		
79.	Vienas plauksta delnas, pamatkaulu lūzums vai mežģījums:	
	a) viena kaula (izņemot laivveida)	5
	b) divu kaulu	7
	c) trīs un vairāk kaulu, laivveida kaula	10
80.	Smags traumatiskais plauksta bojājums ar sekojošu amputāciju:	
	a) delnas kaulu plauksta pamata kaulu līmenī vai plauksta locītavā, ievērojot cietušā vadošo roku	50
	b) vienīgās plauksta amputācija	100
	Piezīme: Ja apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta atbilstoši 80. punktam, papildu izmaksa par operāciju netiek veikta.	
PLAUKSTAS PIRKSTI		
Pirmais pirksts		
81.	Pirksta bojājumi:	
	a) mežģījums, cīpslas (-u) kapsulas bojājums	3
	b) lūzums	7

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
82.	Bojājums ar sekojošu 1. pirksta amputāciju: a) daļēja distālās falangas amputācija b) starpfalangu locītavas līmenī (pilnīgs distālās falangas zudums) c) pamata falangas, metakarpālā kaula - pamata falangas locītavas līmenī d) ar metakarpālo kaulu vai tā daļu e) reamputācija (atkārtota amputācija) tās pašas falangas līmenī Piezīme: Ja apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta atbilstoši 82. punktam, papildu izmaksa par operāciju netiek veikta.	10 15 20 25 5
2., 3., 4., 5. pirksti		
83.	Pirkstu bojājums (atkarībā no traumēto pirkstu skaita): a) viena pirksta lūzums, mežģījums, cīpslu bojājums b) katra nākamā pirksta bojājums	2 2
84.	Viena pirksta bojājums ar sekojošu: a) amputāciju naga falangas līmenī (falangas zudumu) b) amputāciju vidusfalangas līmenī (divu falangu zudumu) c) amputāciju pamata falangas līmenī (pirksta zudumu) d) pirksta amputāciju ar metakarpālā kaula daļu Piezīme: Ja apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta atbilstoši 84. punktam, papildus izmaksa par operāciju netiek veikta. Vairāku pirkstu amputācijas gadījumā atlīdzība tiek izmaksāta par katru traumēto pirkstu.	5 10 13 15
IEGURNIS		
85.	Iegurņa kaula lūzumi: a) zarnu kaula spārna lūzums b) viena kaula lūzums (izņemot zarnu kaula spārna lūzumu) c) divu kaulu lūzums vai viena kaula dubultlūzums, viena savienojuma plīsums d) trīs kaulu lūzums, divu vai trīs savienojumu plīsums e) vairāku kaulu lūzums ar vienlaicīgu mazā iegurņa orgānu bojājumu	5 15 18 30 40
Gūžas locītava		
86.	Gūžas locītavas bojājumi: a) kaula fragmentu atrāvums, daļējs saišu pārrāvums bez mežģījuma b) izolēts viena vai abu grozītāju atrāvums c) gūžas locītavas mežģījums, acetabulum lūzums d) ciskas kaula galviņas/ kakliņa lūzums	5 10 15 25
87.	Gūžas locītavas bojājums ar sekojošu nekustīgumu (ankilozī), ciskas kaula kakliņa nesaaugušu lūzumu (neīsta locītava), endoprotezēšanu Piezīmes: 1. Apdrošināšanas atlīdzību par nesaaugušu lūzumu saskaņā ar 87. punktu izmaksā, ja minētās komplikācijas konstatē ne agrāk kā 9 mēnešus pēc traumas (apstiprinātas ar ārsta izziņu). 2. Endoprotezēšanas gadījumā papildu atlīdzība par operāciju netiek veikta.	30
APAKŠĒJĀ EKSTREMITĀTE		
Augšstilbs		
88.	Augšstilba kaula lūzums: a) jebkurā līmenī, izņemot locītavu rajonus (augšējā, vidējā, distālā 1/3) bez dislokācijas b) jebkurā līmenī, izņemot locītavu rajonus (augšējā, vidējā, distālā 1/3) ar dislokāciju, kaula dubultlūzums	20 25
89.	Augšstilba kaula kombinēts lūzums: augšstilba kaula distālās metafīzes vai kondiļu lūzums kopā ar apakšstilba jebkura kaula proksimālu lūzumu	25

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
90.	Smaga trauma ar sekojošu augšstilba kaula amputāciju jebkurā līmenī:	
	a) vienas ekstremitātes	70
	b) vienīgās ekstremitātes	100
	Piezīmes: Ja atlīdzība izmaksāta atbilstoši 90. punktam, papildus atlīdzība par operāciju netiek veikta.	
Ceļa locītava		
91.	Ceļa locītavas bojājums:	
	a) ceļa kaula skrimšļa bojājums	1
	b) hemartroze, kas apstiprināta ar punkciju	3
	c) kaula fragmentu atrāvums, mazā lielakaula galviņas lūzums, menisku bojājums, sānu saišu daļējs vai pilnīgs plīsums, ceļa kaula lūzums	5
	d) starpkondīļu izauguma, epikondīļu, lielā lielakaula kondīļu lūzums, priekšējo un/vai mugurējo krustenisko saišu daļējs vai pilnīgs plīsums	8
	e) augšstilba kaula kondīļu lūzums	15
	Piezīme: 1. Par vairākiem vienlaicīgiem ceļa locītavas bojājumiem atlīdzību izmaksā vienreiz saskaņā ar 91. punktā minēto smagāko bojājumu. 2. Meniska bojājums fiziskas slodzes rezultātā nav pamats atlīdzības izmaksai. 3. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja ārstniecības iestādes izsniegtajos dokumentos tiek norādīts precīzs traumas gūšanas datums.	
92.	Ceļa locītavas bojājums: ar locītavas nekustīgumu (ankilozī), endoprotezēšana	25
	Piezīme: Atlīdzību atbilstoši 92. punktam izmaksā papildus agrāk noteiktajai atlīdzībai par traumas faktu.	
Apakšstilbs		
93.	Apakšstilba kaulu lūzums jebkurā līmenī, izņemot intraartikulāru:	
	a) mazā lielakaula lūzums bez dislokācijas	4
	b) mazā lielakaula lūzums ar dislokāciju, kaulu fragmenta atrāvums	5
	c) lielā lielakaula lūzums bez dislokācijas	8
	d) lielā lielakaula lūzums ar dislokāciju, fibulas dubultlūzums	10
	e) abu apakšstilba kaulu lūzumi, lielā lielakaula dubultlūzums	15
94.	Traumatiska amputācija vai smags bojājums ar sekojošu:	
	a) apakšstilba amputāciju jebkurā līmenī	60
	b) eksartikulāciju ceļa locītavā	70
	c) vienīgās ekstremitātes amputāciju apakšstilba jebkurā līmenī	100
	Piezīme: Izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši 94. punktam, papildu izmaksa par operāciju netiek veikta.	
PĒDA		
Pēdas locītava		
95.	Pēdas locītavas bojājums:	
	a) pēdas locītavu saišu daļējs vai pilnīgs pārrāvums, mežģījums, kaula fragmentu atrāvumi	4
	b) vienas potītes lūzums vai lielā lielakaula malas lūzums bez dislokācijas	8
	c) vienas potītes lūzums vai lielā lielakaula malas lūzums ar dislokāciju	10
	d) divu potīšu lūzums, starpkaulu sindesmozes plīsums	15
	e) abu potīšu lūzums ar lielā lielakaula malas lūzumu, lielā lielakaula intraartikulārs lūzums	20
	Piezīme: Ja ir diagnosticēts laterālās vai mediālās potītes lūzums un lielā lielakaula mugurējās malas lūzums, izmaksu veic par divu potīšu lūzumu.	

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
96.	Pēdas locītavas bojājums:	
	a) ar nekustīgumu pēdas locītavā (ankilozī)	20
	b) ar eksartikulāciju pēdas locītavā	50
	Piezīme: Pēdas locītavas traumas 96. punktā minēto komplikāciju gadījumā, atlīdzību izmaksā atbilstoši apakšpunktam, kurā ir minēts smagākais bojājums.	
97.	Ahileja cīpslas bojājums:	
	a) ārstējot konservatīvi	8
	b) ārstējot operatīvi	20
Pēdas kauli		
98.	Pēdas kaulu trauma:	
	a) pēdas saišu daļējs vai pilnīgs pārrāvums, pēdas kaulu mežģījums	3
	b) viena kaula lūzums (izņemot papēža un veltņa kaula lūzumu)	5
	c) veltņa kaula, divu kaulu lūzums, mežģījums	7
	d) trīs un vairāk kaulu lūzums un/vai mežģījums, papēža kaula lūzums un/vai mežģījums, pēdas subtalārs mežģījums, mežģījums pēdas kaulu locītavu līmenī (Šeparta, Lisfranka locītava)	15
99.	Pēdas trauma ar sekojošu:	
	a) 1 - 2 kaulu (izņemot papēža un veltņa kaula) nesaaugušu lūzumu	5
	b) artrodēzi subtalārā locītavā, Šeparta un Lisfranka locītavā	20
	Piezīme: 99. a) apakšpunktā minētās komplikācijas gadījumā, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja minētā komplikācija tiek konstatēta ne agrāk kā 2 mēnešus pēc traumas iestāšanās datuma.	
100.	Pēdas amputācija:	
	a) metatarsofalangeālajās locītavās (visu pirkstu zudums)	30
	b) plezns kaulu vai pēdas pamata kaulu līmenī	40
	c) veltņa kaula, papēža kaula līmenī (pēdas zudums)	50
	Piezīme: Ja atlīdzību izmaksā atbilstoši 100. punktam, papildu izmaksa par operāciju netiek veikta.	
Pēdas pirksti		
101.	Pirksta (-u) falangu lūzumi, mežģījumi, cīpslu bojājumi:	
	a) viena pirksta	2
	b) par katru nākamo (bet kopā ne vairāk kā 10%)	2
102.	Pirkstu traumatiskais bojājums ar to amputāciju:	
Pirmā pirksta		
	a) naga falangas līmenī (naga falangas zudums)	5
	b) pamata falangas līmenī (pirksta zudums)	10
2., 3., 4., 5. pirkstu		
	a) viena vai divu pirkstu naga vai vidusfalangu līmenī	4
	b) viena vai divu pirkstu pamata falangu līmenī (pirkstu zudums)	8
	c) trīs vai četru pirkstu naga vai vidusfalangu līmenī	12
	d) trīs vai četru pirkstu pamata falangu līmenī (pirkstu zudums)	20
	Piezīme: Ja atlīdzību izmaksā atbilstoši 102. punktam, papildu izmaksa par operāciju netiek veikta.	
103.	Traumatiskais bojājums ar sekojošu:	
	a) ligatūras fistulas veidošanos, limfostāzi, trofiskas traucējumiem	5
	b) tromboflebitu, osteomielītu, tostarp hematogēno osteomielītu	10

Nr.	Bojājuma raksturs	Izmaksājamā atlīdzība % no apdrošinājuma summas
104.	Traumatiskais šoks, hemorāģisks/kardiogēns/neirogēns/septisks/anafilaktisks šoks traumas rezultātā, saspieduma sindroms	8
105.	<p>Nejauša akūta saindēšanās, asfiksija, ērcu encefalīts, mielīts vai poliomiēlīts, elektriskās strāvas vai atmosfēras elektrības iedarbība, čūskas kodiena sekas, stingumkrampji, trakumsērga, hipotermija:</p> <p>ārstējoties ambulatori vismaz 7 dienas 1</p> <p>ārstējoties stacionārā:</p> <p>a) līdz 7 dienām 5</p> <p>b) 8 līdz 14 dienām 7</p> <p>c) 15 līdz 21 dienu 15</p> <p>d) vairāk nekā 21 dienu 25</p> <p>Piezīmes: 1. Ja ārsta izziņā ir norādīts, ka 105. punktā uzskaitītie notikumi ir radījuši kāda orgāna bojājumu, apdrošināšanas atlīdzību izmaksā pēc atbilstošā punkta (105. punkts tad netiek piemērots). 2. Apdrošināšanas atlīdzība par ērcu encefalītu, mielītu vai poliomiēlītu tiek izmaksāta tikai Apdrošinātajam esot vakcinētam pret attiecīgām slimībām. Asfiksijas gadījumā, lai veiktu izmaksu, ir jābūt veiktai bronhoskopijai.</p>	
106.	<p>Traumas, kas radījušas:</p> <p>a) cīpslu (saišu) sastiepumus un/vai sasitumus (ar cieto imobilizāciju - ģipsi, longeti, ortozi), mīksto audu saspiedumus, plašus ķermeņa nobrāzumus, kas radījuši funkcionālus traucējumus un ārstēti vismaz 7 dienas 1</p> <p>b) durtas, grieztas, plēstas brūces, šūtas brūces (seja >2cm, ķermenis >3cm), tostarp svešķermeņa evakuācijas rezultātā, dzīvnieku kodumi, naga plātnītes atrāvums, acs ārējo apvalku svešķermeņi 1</p> <p>c) hiperekstenzijas trauma 1</p> <p>d) subhondrāls, subkortikāls, osteohondrāls, trabekulārs bojājums 1</p> <p>e) bojājumus, kuri nav minēti nevienā Izmaksu tabulas punktā un kuri tika ārstēti nepārtraukti ne mazāk kā 10 dienas ambulatori vai 2 diennaktis stacionāri 1</p> <p>Piezīmes: 1. Par 106. punktā minētajiem bojājumiem apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta vienu reizi apdrošināšanas gadā un tikai tādā gadījumā, ja tā netiek izmaksāta saskaņā ar citu šīs tabulas punktu. 2. Veicot izmaksu par 106. b), c) un d) punktā minētajiem bojājumiem, nav nepieciešams iesniegt ārstējošā ārsta izziņu par ārstēšanās ilgumu. 3. Komplikētu gadījumu izvērtēšanai var tikt pieaicināti neatkarīgi ārsti - eksperti.</p>	
107.	Ja Nelaiemes gadījumā gūtās traumas vai kaula lūzuma (bojājums, kas ir paredzēts vienā no Izmaksu tabulas punktiem) rezultātā Apdrošinātajam tiek veikta operācija, izņemot šuvju uzlikšanu un citu ķirurģisku iejaukšanos (primāra ķirurģiska brūču apstrāde, virspusēja svešķermeņa izņemšana utml.).	15
108.	Ja Nelaiemes gadījumā gūts komplikēts kaula lūzums, kā rezultātā Apdrošinātajam tiek veikta operācija.	25

ERGO