

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI Nr. 08.02.

Spēkā no 2013. gada 7. novembra

1. NOTEIKUMOS LIETOTIE TERMINI UN TO SKAIDROJUMI

1.1. **Apdrošinātājs** – „Baltijas Apdrošināšanas Nams” apdrošināšanas akciju sabiedrība.

1.2. **Apdrošinājumaņēmējs** – juridiska persona, kas noslēdz apdrošināšanas līgumu fiziskas personas labā.

1.3. **Apdrošināmā interese** – apdrošinātās personas interese neciest zaudējumus, iestājoties apdrošināšanas gadījumam.

1.4. **Apdrošinātā persona** – apdrošināšanas polisē norādīta fiziska persona, kurai ir apdrošināmā interese un kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas līgums. Apdrošinātā persona ir apdrošinājumaņēmēja darbinieks vai apdrošinājumaņēmēja darbinieka radnieks.

1.5. **Darbinieks** – apdrošinājumaņēmēja darbinieks ar kuru apdrošinājumaņēmējs ir noslēdzis darba līgumu un par kuru apdrošinājumaņēmējs, pamatojoties uz darba līgumu, maksā darbiniekam algu un veic normatīvajos aktos noteiktos nodokļu maksājumus.

1.6. **Radnieks** – apdrošinātās personas laulātais, bērni (nepilngadīgie bērni un apgādībā esošie pilngadīgie bērni vecumā no 18 līdz 25 gadiem) un vecāki.

1.7. **Apdrošināšanas prēmija** – apdrošināšanas līgumā noteiktais maksājums par apdrošināšanu.

1.8. **Apdrošinājuma summa** – apdrošināšanas polisē noteiktā maksimālā naudas summa, kuru apmērā apdrošinātājs var apmaksāt apdrošinātās personas saņemtos pakalpojumus izvēlētajā apdrošināšanas programmas ietvaros.

1.9. **Apdrošināšanas limits** – apdrošināšanas programmā noteiktā naudas summa un/vai apdrošināšanas programmā iekļauto pakalpojumu un/vai apmeklējumu skaits, kuru ietvaros, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, tiek apmaksātas apdrošinātās personas apdrošināšanas programmā iekļauto pakalpojumu izmaksas.

1.10. **Apdrošināšanas periods** – apdrošināšanas līguma darbības laiks. Apdrošināšanas periods ir norādīts apdrošināšanas polisē. Apdrošinātajām personām, kuras tiek pievienotas apdrošināto personu sarakstam apdrošināšanas līguma darbības laikā, apdrošināšanas periods sākas apdrošināšanas līguma pielikumā norādītajā datumā un beidzas apdrošināšanas polises darbības beigās.

1.11. **Apdrošināšanas atlīdzība** – par apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā naudas summa vai sniedzamie pakalpojumi atbilstoši noslēgtajam apdrošināšanas līgumam.

1.12. **Apdrošināšanas gadījums** – apdrošināšanas periodā noticis, iepriekš neparedzams, no apdrošinātās personas gribas neatkarīgs, ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts notikums, kuram iestājoties, paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši apdrošināšanas līgumam un apdrošināšanas programmai.

1.13. **Apdrošināšanas līgums** – apdrošinātāja un apdrošinājumaņēmēja vienošanās, saskaņā ar kuru apdrošinājumaņēmējs uzņemas saistības maksāt apdrošināšanas prēmiju līgumā noteiktajā veidā, ter-

miņos un apmērā, kā arī izpildīt citas apdrošināšanas līgumā noteiktās saistības un apdrošinātājs uzņemas saistības, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, atbilstoši apdrošināšanas līgumam un izvēlētajām apdrošināšanas programmām, izmaksāt apdrošināšanas līgumā norādītajai apdrošinātājai personai apdrošināšanas atlīdzību.

1.14. **Pieteikums veselības apdrošināšanai** – apdrošinātāja noteikts dokuments, kuru apdrošinājumaņēmējs iesniedz apdrošinātājam, lai informētu to par faktiem, kuri nepieciešami riska izvērtēšanai un apdrošināšanas līguma slēgšanai. Pieteikums veselības apdrošināšanai neuzliek par pienākumu apdrošinātājam slēgt apdrošināšanas līgumu.

1.15. **Apdrošināšanas atlīdzības pieteikums** – apdrošinātāja noteikts dokuments, kuru apdrošinātā persona, kopā ar maksājuma dokumentiem un apdrošināšanas atlīdzību pamatojošu medicīnisku dokumentāciju, iesniedz apdrošinātājam, lai saņemtu apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar noslēgto apdrošināšanas līgumu.

1.16. **Apdrošināšanas polise** – dokuments, kas apliecina apdrošināšanas līguma noslēgšanu un ietver apdrošināšanas līguma noteikumus, apdrošināšanas programmu (-as) noteikumus un visus apdrošināšanas līguma pielikumus, grozījumus un papildinājumus, par kuriem apdrošinātājs un apdrošinājumaņēmējs ir vienojušies.

1.17. **Apdrošināšanas karte** – apdrošinātājai personai izsniegta noteikta parauga plastikāta karte, kas apliecina, ka apdrošinātās personas veselība ir apdrošināta.

1.18. **Ārstniecības iestāde** – ārstu prakses, valsts un pašvaldību iestādes, komercsabiedrības, kuras ir reģistrētas Latvijas Republikas ārstniecības iestāžu reģistrā un atbilst Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām un nodrošina ārstniecības pakalpojumus.

1.19. **Ārstniecības pakalpojumi** – pakalpojumi, kurus apdrošinātā persona saņēmusi ārstniecības iestādē un kurus tai ir sniegusi persona, kura saņēmusi sertifikātu praktizēt noteiktā specialitātē. Par ārstniecības pakalpojumiem tiek uzskatītas Latvijas Republikas ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāzē reģistrētās ārstniecības metodes.

1.20. **Līgumiestāde** – ārstniecības iestāde, aptieka vai cita juridiska persona, ar kuru apdrošinātājs ir noslēdzis sadarbības līgumu par apdrošināšanas programmās iekļauto pakalpojumu sniegšanu apdrošinātajām personām, atbilstoši savstarpēji noslēgtajam līgumam.

1.21. **Pēkšņa saslimšana** – iepriekš neizpaudusies, neparedzama un negaidīta veselības stāvokļa pasliktināšanās apdrošināšanas perioda laikā, kas nav turpinājums vai sekas tam veselības stāvoklim, kāds bijis pirms apdrošināšanas perioda.

1.22. **Pirmreizējs hroniskas slimības saasinājums** – pirms apdrošināšanas perioda sākuma neizpaudusies, hroniskai slimībai raksturīgo simptomu pēkšņa un pirmreizēja parādīšanās, kā rezultātā apdrošinātājai personai ir radusies nepieciešamība steidzami saņemt ārstniecības pakalpojumus.

1.23. **Hroniska slimība** – pēkšņai saslimšanai pretējs veselības stāvoklis – organisma fizioloģisko procesu un darbības pakāpeniska pasliktināšanās ilgākā laika periodā, ko raksturo biežākas vai retākas veselības stāvokļa krāsas izmaiņas (slimības saasinājumi).

2. VISPĀRĪGIE NOTEIKUMI

2.1. Apdrošinātājs noslēdz apdrošināšanas līgumu ar apdrošinājumaņēmēju par veselības apdrošināšanu saskaņā ar šiem apdrošināšanas noteikumiem, likumu "Par apdrošināšanas līgumu" un citiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.

2.2. Apdrošināšanas līgums ir spēkā Latvijas Republikas teritorijā, apdrošināšanas līgumā noteiktajā termiņā un darbojas 24 stundas dienā.

2.3. Ja apdrošinājumaņēmējs un apdrošinātājs par to savstarpēji vienojas, jebkurš šo apdrošināšanas noteikumu punkts var tikt rakstveidā grozīts, izslēgts vai papildināts.

2.4. Apdrošināšanas līguma noteikumi ir saistoši un attiecas uz visām apdrošināšanas līgumā iesaistītajām pusēm – apdrošinātāju, apdrošinājumaņēmēju un apdrošināto personu.

3. APDROŠINĀŠANAS OBJEKTS UN APDROŠINĀŠANAS PROGRAMMAS

3.1. Apdrošināšanas objekts ir apdrošinātās personas veselība.

3.2. Apdrošināšanas programmu veido tajā iekļautie pakalpojumi, kurus, atbilstoši apdrošināšanas līgumā minētajiem nosacījumiem, ir iespējams saņemt ārstniecības iestādēs, aptiekās, optikas iestādēs vai sporta iestādēs, kuras ir reģistrētas sporta bāžu reģistrā.

3.3. Pakalpojumi, kuri var būt iekļauti apdrošināšanas programmā:

3.3.1. **Pacienta iemaksa** ir valstī noteikts pacienta maksājums, kuru ārstniecības iestāde iekasē no pacienta par veselības aprūpes pakalpojumu minimuma ietvaros sniegto ārstniecības pakalpojumu:

3.3.1.1. pakalpojumus, kas tiek sniegti par pacienta iemaksu, ir iespējams saņemt iestādēs, kurām ir noslēgts līgums ar Nacionālo veselības dienestu (NVD);

3.3.1.2. pacienta iemaksas apmēri ir noteikti Ministru kabineta noteikumu Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 1. un 2.pielikumā;

3.3.1.3. pacienta iemaksas ietvaros netiek apmaksāti maksas medicīnas pakalpojumi (pakalpojumi, kuri netiek apmaksāti no valsts budžeta).

3.3.2. **Maksas ambulatorie pakalpojumi** ir pakalpojumi, kurus apdrošinātā persona saņem ambulatori (poliklīnikā, veselības centrā, slimnīcas ambulatorajā daļā vai uzņemšanas nodaļā u.c.), neatrodoties stacionārā un to apmaksā netiek veikta no valsts budžeta līdzekļiem:

3.3.2.1. maksas ambulatoro pakalpojumu ietvaros apmaksā:

3.3.2.1.1. ārstu konsultācijas un manipulācijas;

3.3.2.1.2. ārsta nozīmētus instrumentālos un cita vaida diagnostiskos vai laboratoriskos izmeklējumus;

3.3.2.1.3. obligātās veselības pārbaudes;

3.3.2.1.4. maksu par medicīnisko izziņu noformēšanu;

3.3.2.1.5. vakcinācijas;

3.3.2.1.6. ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumus un fizioprocedūras;

3.3.2.1.7. neatliekamo medicīnisko palīdzību;

3.3.2.1.8. ārstniecības pakalpojumus, kuri saņemti ārstējot hronisku slimību vai hroniskas slimības saasinājumu;

3.3.2.2. maksas ambulatoro pakalpojumu ietvaros neapmaksā:

3.3.2.2.1. apdrošināšanas programmā un šo apdrošināšanas noteikumu 9.punktā minētos neapmaksājamus pakalpojumus un gadījumus.

3.3.3. **Maksas stacionārie pakalpojumi** ir pakalpojumi, kurus apdrošinātā persona saņem atrodoties stacionārā (t.sk., dienas stacionārā) un kuru apmaksā netiek veikta no valsts budžeta līdzekļiem:

3.3.3.1. maksas stacionāro pakalpojumu ietvaros apmaksā ārstēšanās izdevumus pēkšņas saslimšanas vai pirmreizējas hroniskas saslimšanas saasinājuma gadījumā, proti:

3.3.3.1.1. operācijas;

3.3.3.1.2. uzturēšanos stacionārā, t.sk., paaugstināta servisa apstākļos;

3.3.3.1.3. ārstnieciskās manipulācijas, laboratoriskos, instrumentālos un cita veida diagnostiskos izmeklējumus;

3.3.3.2. maksas stacionāro pakalpojumu ietvaros neapmaksā:

3.3.3.2.1. pakalpojumus, kuru saņemšanu apdrošinātā persona nav saskaņojusi ar apdrošinātāju, ja saskaņošanas pienākums paredzēts apdrošināšanas programmā;

3.3.3.2.2. izdevumus par ārstējošā ārsta vai citas ārstniecības personas izvēli (papildus maksājumi, saskaņā ar ārstniecības iestādes cenrādi, gadījumos, kad apdrošinātā persona vēlas ārstēties pie noteiktas ārstniecības personas un ārstniecības iestāde par šādu izvēli iekasē papildus maksu);

3.3.3.2.3. izdevumus par hronisku slimību, kā arī traumu, kuras gūtas pirms apdrošināšanas perioda, ārstēšanu;

3.3.3.2.4. apdrošināšanas programmā un šo apdrošināšanas noteikumu 9.punktā minētos neapmaksājamus pakalpojumus un gadījumus.

3.3.4. **Zobārstniecība:**

3.3.4.1. pakalpojuma „Zobārstniecība” ietvaros apmaksā:

3.3.4.1.1. konsultācijas un rentgena diagnostiku, neatliekamo palīdzību akūtu zobu sāpju gadījumā, terapeitiskos un ķirurģiskos pakalpojumus;

3.3.4.1.2. zobu higiēnas pakalpojumus;

3.3.4.1.3. zobu protezēšanas un ortodontijas pakalpojumus;

3.3.4.2. pakalpojuma „Zobārstniecība” ietvaros neapmaksā:

3.3.4.2.1. apdrošināšanas programmā un šo apdrošināšanas noteikumu 9. punktā minētos neapmaksājamus pakalpojumus un gadījumus.

3.3.5. **Medikamenti:**

3.3.5.1. pakalpojuma „Medikamenti” ietvaros apmaksā:

3.3.5.1.1. izdevumus par LR zāļu reģistrā reģistrētu medikamentu, vitamīnu un uztura bagātinātāju iegādi;

3.3.5.2. pakalpojuma „Medikamenti” ietvaros neapmaksā:

3.3.5.2.1. apdrošināšanas programmā minētos neapmaksājamus medikamentus un izdevumus par medikamentu iegādi, kuru iegādes nepieciešamība ir radusies saistībā ar šo apdrošināšanas noteikumu 9. punktā minētajiem gadījumiem vai kas paredzēti 9. punktā minēto saslimšanu ārstēšanai.

3.3.6. **Optika:**

3.3.6.1. pakalpojuma „Optika” ietvaros apmaksā:

3.3.6.1.1. optisko brillu, brillu rāmju, kontaktlēcu iegādi, pamatojoties uz ārsta – speciālista izrakstītu recepti;

3.3.6.2. pakalpojuma „Optika” ietvaros neapmaksā:

3.3.6.2.1. pakalpojumus, kuri apdrošināšanas programmā norādīti kā neapmaksājami.

3.3.7. Sports:

3.3.7.1. pakalpojuma „Sports” ietvaros apmaksā:

3.3.7.1.1. izdevumus par nodarbībām trenāžieru zālē, aerobiku, jogu, pilatēm, tenisu, skvošu, peldbaseina apmeklējumiem;

3.3.7.1.2. sporta nodarbību abonementus;

3.3.7.2. pakalpojuma „Sports” ietvaros neapmaksā:

3.3.7.2.1. apdrošināšanas programmā un šo apdrošināšanas noteikumu 9. punktā minētos neapmaksājamus pakalpojumus un gadījumus.

4. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA NOSLĒGŠANA, STĀŠANĀS SPĒKĀ UN DARBĪBAS LAIKS

4.1. Apdrošināšanas līgums tiek noslēgts pamatojoties uz apdrošinājumaņēmēja iesniegto pieteikumu veselības apdrošināšanai un tajā minēto informāciju par apdrošināmo risku, un uz šī pieteikuma pamata apdrošinātāja izsniegto piedāvājumu veselības apdrošināšanai.

4.2. Apdrošināšanas līgums tiek slēgts uz 1 (vienu) gadu, izņemot gadījumus, kad apdrošinātājs ar apdrošinājumaņēmēju ir vienojies par citu apdrošināšanas līguma periodu.

4.3. Apdrošināšanas līgums ir spēkā apdrošināšanas polisē norādītajā apdrošināšanas periodā, ja apdrošinājumaņēmējs apdrošināšanas prēmiju vai tās pirmo daļu (gadījumos, kad apdrošināšanas prēmijas maksājums ir sadalīts vairākās daļās) ir samaksājis līdz apdrošināšanas polisē norādītajam datumam.

4.4. Ja apdrošinājumaņēmējs nav samaksājis apdrošināšanas prēmiju vai tās pirmo daļu (gadījumos, kad apdrošināšanas prēmijas maksājums ir sadalīts vairākās daļās) līdz apdrošināšanas polisē norādītajam datumam, tad apdrošināšanas līgums nav spēkā no tā noslēgšanas brīža.

4.5. Apdrošināšanas prēmijas vai tās daļu samaksa jāveic ne vēlāk kā apdrošināšanas polisē norādītajos datos.

4.6. Ja apdrošināšanas prēmijas kārtējā daļa, izņemot pirmo, nav samaksāta apdrošināšanas polisē norādītajos termiņos, apdrošinātājs ir tiesīgs izbeigt apdrošināšanas līguma darbību likumā „Par apdrošināšanas līgumu” noteiktajā kārtībā.

4.7. Ja apdrošināšanas prēmija tiek maksāta ar bankas pārskaitījumu, tad par samaksas datumu tiek uzskatīts datums, kad apdrošinātājs ir saņēmis apdrošināšanas prēmijas maksājumu tā norādītajā kontā.

4.8. Apdrošinātājs vai apdrošinājumaņēmējs var izbeigt apdrošināšanas līgumu Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos un kārtībā vai par to savstarpēji vienojoties.

4.9. Apdrošinātājs 45 (četrdesmit piecu) dienu laikā pēc apdrošināšanas līguma darbības izbeigšanas dienas aprēķina apdrošināšanas prēmijas daļu par neizmantoto apdrošināšanas līguma darbības laiku par katru apdrošināto personu atsevišķi, atbilstoši apdrošināšanas līgumā minētajiem nosacījumiem.

4.10. Pirms termiņa izbeidzot apdrošināšanas līguma darbību, tiek ieturēti ar līguma noslēgšanu saistītie administratīvie izdevumi līdz 25% (divdesmit pieci procenti) apmērā no apdrošināšanas prēmijas.

5. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA PIENĀKUMI UN TIESĪBAS

5.1. Sniegt patiesu un pilnīgu informāciju apdrošinātājam riska izvērtēšanai.

5.2. Samaksāt apdrošināšanas prēmiju apdrošināšanas polisē noteiktajā veidā, apjomā un termiņos. Apdrošināšanas prēmijas maksājumi apdrošinājumaņēmējam jāveic regulāri un saskaņā ar apdrošināšanas polisē noteikto grafiku neatkarīgi no tā, ir vai nav saņemts rēķins.

5.3. Savlaicīgi iesniegt apdrošinātājam apdrošināmo personu sarakstu.

5.4. Izpildīt visus apdrošināšanas līguma nosacījumus.

5.5. Nekavējoties rakstveidā informēt apdrošinātāju par jebkādam izmaiņām pieteikumā veselības apdrošināšanai sniegtajā informācijā.

5.6. Jebkādu informāciju un/vai pieprasījumus sniegt rakstveidā.

5.7. Informēt apdrošinātās personas par to, ka tās tiek apdrošinātas, iepazīstināt tās ar apdrošināšanas programmām, apdrošināšanas noteikumiem, pakalpojumu saņemšanas nosacījumiem, kā arī citiem apdrošināšanas līgumā minētajiem nosacījumiem, kuri ir saistoši apdrošinātājam personām. Apdrošinājumaņēmējs izskaidro apdrošinātājam personām to tiesības, pienākumus un saistības pret apdrošinātāju.

5.8. Nodot apdrošinātājai personai lietošanā apdrošināšanas karti, kā arī citus dokumentus un informāciju, kuru apdrošinātājs ir sagatavojis priekš apdrošinātājam personām.

5.9. Nekavējoties nodot apdrošinātājam apdrošinātās personas apdrošināšanas karti gadījumos, kad apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā vai tā darbība ir izbeigta, kā arī gadījumos, kad tiek izgatavota jauna apdrošināšanas karte apdrošinātās personas datu maiņas vai datu kļūdas gadījumā.

5.10. Pēc apdrošinātāja pieprasījuma iesniegt tam aizpildītu veselības deklarāciju par norādīto apdrošināmo/apdrošināto personu.

5.11. Lai nodrošinātu apdrošinātājam iespēju pārliecināties par sākotnēji sniegtās informācijas par apdrošināmo risku patiesumu, pēc apdrošinātāja pieprasījuma, nekavējoties iesniegt dokumentus, kas apliecina par darbinieku veiktos Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktos nodokļu maksājumus.

5.12. Pēc apdrošinātāja pieprasījuma atmaksāt apdrošinātājam 6.9. punktā un 6.16. punktā minētās naudas summas, ja apdrošinātā persona tās pati nav atmaksājusi noteiktajā termiņā.

5.13. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums informēt apdrošinātāju, ja apdrošināšanas prēmijas apmaksā par apdrošināšanas polisi pilnībā vai daļēji netiek veikta no apdrošinājumaņēmēja līdzekļiem un/vai apdrošināšanas prēmija pilnībā vai daļēji tiek segta no apdrošināto personu līdzekļiem (t.sk., ieturot noteiktas summas no darba algas).

5.13.1. Apdrošinātājam nav pienākums pārliecināties par to, vai apdrošināšanas prēmija pilnībā vai daļēji tiek maksāta no apdrošinājumaņēmēja līdzekļiem, kā arī vai apdrošināšanas prēmija pilnībā vai daļēji tiek segta no apdrošināto personu līdzekļiem (t.sk., ieturot noteiktas summas no darba algas).

5.14. Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības saņemt neizmantoto apdrošināšanas prēmiju, kura tiek aprēķināta saskaņā ar apdrošināšanas līgumu.

5.15. Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības veikt izmaiņas apdrošināto personu sarakstā saskaņā ar noslēgto apdrošināšanas līgumu.

6. APDROŠINĀTĀS PERSONAS TIESĪBAS UN PIENĀKUMI

6.1. Apdrošinātājai personai ir tiesības saņemt pakalpojumus atbilstoši starp apdrošinājumaņēmēju un apdrošinātāju noslēgtajam apdrošināšanas līgumam.

6.2. Apdrošinātājai personai ir tiesības iesniegt rakstisku sūdzību par apdrošinātāja pieņemto lēmumu atbildību lietā.

6.3. Lai izpildītu noslēgto apdrošināšanas līgumu un realizētu apdrošinātājam apdrošināšanas līgumā paredzētās tiesības, apdrošinātājai personai ir pienākums sniegt apdrošinātājam patiesu un pilnīgu informāciju, kā arī rakstveidā pilnvarot apdrošinātāju izmantot savus personas datus, t.sk., arī sensitīvos personas datus.

6.4. Apdrošinātājai personai ir pienākums atļaut apdrošinātājam iepazīties ar visiem ārstniecības iestādē, aptiekā un sporta iestādē esošajiem dokumentiem, kuri attiecas vai var attiekties uz pieteikto apdrošināšanas gadījumu. Ja apdrošinātā persona neizpilda šo pienākumu un tā rezultātā apdrošinātājam ir traucēta iespēja vai nav iespējams noskaidrot notikuma, sakarā ar kuru ir saņemts pieteikums apdrošināšanas atlīdzības izmaksai, apstākļus vai izmaksājāmās apdrošināšanas atlīdzības apmēru, apdrošinātājam ir tiesības neizmaksāt apdrošināšanas atlīdzību.

6.5. Apdrošinātās personas pienākums ir iesniegt visus apdrošinātāja pieprasītos dokumentus, kuri apdrošinātājam ir nepieciešami apdrošināšanas atlīdzības izmaksai un/vai apdrošināšanas gadījuma izvērtēšanai.

6.6. Apdrošinātās personas pienākums pirms pakalpojuma saņemšanas ir iepazīties ar apdrošināšanas noteikumiem, apdrošināšanas programmām un visiem apdrošināšanas līguma nosacījumiem, kuri attiecas uz apdrošināto personu un ievērot tos.

6.7. Apdrošinātās personas pienākums, saņemot apdrošināšanas programmā iekļautos pakalpojumus, ir sekot tam, lai netiktu pārniegtas apdrošinājuma summas un apdrošināšanas limiti.

6.8. Apdrošinātās personas pienākums, saņemot pakalpojumus apdrošinātāja līgumiestādēs, ir uzrādīt apdrošināšanas karti kopā ar personu apliecinošu dokumentu.

6.9. Gadījumā, ja apdrošinātā persona ir nodevusi savu apdrošināšanas karti citai personai un šī persona, to izmantojot, ir mēģinājusi saņemt vai ir saņēmusi pakalpojumus ārstniecības iestādē, aptiekā vai sporta iestādē, apdrošināšanas līgums, attiecībā uz šo apdrošināto personu, tiek izbeigts ar to dienu, kad ir noticis mēģinājums saņemt pakalpojumus vai, ja pakalpojumi ir saņemti – pakalpojuma saņemšanas brīdī. Apdrošinātās personas pienākums ir nekavējoties atmaksāt zaudējumus, kuri apdrošinātājam ir radušies iepriekš minēto darbību dēļ.

6.10. Apdrošinātās personas pienākums ir rūpēties par savu veselību un ievērot visas ārstniecības personas sniegtās rekomendācijas.

6.11. Apdrošināšanas kartes nozaudēšanas gadījumā, apdrošinātājai personai nekavējoties, tiklīdz tas kļuvis iespējams, jāpaziņo par apdrošināšanas kartes nozaudēšanas faktu apdrošinātājam. Apdrošināšanas karte tiek atjaunota pēc rakstiskas informācijas saņemšanas no apdrošinātās personas, ieturot līgumā noteiktos administratīvos izdevumus. Maksa par administratīvajiem izdevumiem netiek ieturēta, ja apdrošinātā persona uzrāda policijas izziņu par apdrošināšanas kartes nolaupišanas faktu.

6.12. Apdrošinātās personas pienākumus ir nodrošināt elektroniski iesniegto maksājumu dokumentu oriģinālu uzglabāšanu 3 (trīs) gadus pēc to iesniegšanas datuma apdrošinātājam un pēc apdrošinātāja pieprasījuma, 5 (piecu) darba dienu laikā, tos uzrādīt apdrošinātājam.

6.13. Ja apdrošinātā persona ir saņēmusi kompensāciju par pakalpojumiem, kurus pilnībā vai daļēji ir apmaksājis arī apdrošinātājs, tad

apdrošinātās personas pienākums ir atmaksāt apdrošinātājam tā izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību.

6.14. Apdrošinātājai personai ir pienākumus nekavējoties, tiklīdz tas kļuvis iespējams, iesniegt apdrošinātājam apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu kopā ar maksājuma dokumentiem, apdrošināšanas atlīdzību pamatojošu medicīnisku dokumentāciju kā arī citiem apdrošinātāja pieprasītajiem dokumentiem. Gadījumā, ja augstāk minētie dokumenti tiek iesniegti vēlāk kā 3 (trīs) mēnešus pēc pakalpojuma saņemšanas vai 30 (trīsdesmit) dienas pēc apdrošināšanas perioda beigām, apdrošinātājai personai ir jāpierāda dokumentu ātrākas iesniegšanas neiespējamība, pretējā gadījumā apdrošinātājs ir tiesīgs atteikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu.

6.15. Nodot apdrošinātājam apdrošināšanas karti gadījumos, kad tās darbība tiek izbeigta pirms termiņa.

6.16. Apdrošinātās personas pienākumus ir 30 (trīsdesmit) dienu laikā no apdrošinātāja rakstiskas pretenzijas saņemšanas brīža, atmaksāt apdrošinātājam naudas summu, kuru apdrošinātājs ir izmaksājis līgumiestādei vai apdrošinātājai personai:

6.16.1. par pakalpojumiem, kurus apdrošinātā persona saņēmusi pēc apdrošināšanas līguma darbības izbeigšanās;

6.16.2. par pakalpojumiem, kurus apdrošinātājam nav pienākums atmaksāt saskaņā ar noslēgto apdrošināšanas līgumu;

6.16.3. ja apdrošinātā persona ir pārsniegusi kādu no apdrošināšanas programmā noteiktajiem apdrošināšanas limitiem vai kopējo apdrošinājuma summu, tādas naudas summas apmērā, par kādu ir pārsniegts kāds no apdrošināšanas limitiem vai kopējā apdrošinājuma summa.

7. APDROŠINĀTĀJA TIESĪBAS UN PIENĀKUMI

7.1. Apdrošinātāja pienākums, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, ir izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši starp apdrošinājumaņēmēju un apdrošinātāju noslēgtajam apdrošināšanas līgumam.

7.2. Apdrošinātāja pienākums ir pēc apdrošinātās personas vai apdrošinājumaņēmēja, atbilstoši to tiesībām, lūguma sniegt informāciju par iztērētajiem un atlikušajiem apdrošināšanas limitiem, kā arī izsniegt apstiprinātas čeku kopijas, ar apdrošinātāja norādi par summu, kuras apmērā tas ir apmaksājis čekā norādīto pakalpojumu.

7.3. Apdrošinātājam ir tiesības pārbaudīt, kā un vai apdrošinātā persona vai apdrošinājumaņēmējs ir ievērojis apdrošināšanas līguma noteikumus.

7.4. Apdrošinātājam ir tiesības pārliecināties par apdrošinātās personas sniegto ziņu patiesumu un, pirms lēmuma pieņemšanas atlīdzību lietā, iepazīties ar visu dokumentāciju, kas atrodas ārstniecības iestādēs, ārstniecības personas, aptiekas vai sporta iestādes rīcībā un kura attiecas vai var attiekties uz pieteikto apdrošināšanas gadījumu, kā arī neskaidrību gadījumā, nosūtīt apdrošināto personu pie neatkarīga sertificēta ārsta – speciālista veselības stāvokļa pārbaudei.

7.5. Apdrošinātājam ir pienākums neizpaust apdrošinātās personas sensitīvos datus, izņemot Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktos gadījumus.

7.6. Apdrošinātājam ir pienākums apdrošināšanas līguma noslēgšanas gadījumā, izsniegt apdrošinājumaņēmējam to dokumentu kopumu, kas ir neatņemama apdrošināšanas līguma sastāvdaļa.

7.7. Apdrošinātājam ir pienākums atjaunot apdrošināšanas karti 5 (piecu) darba dienu laikā no iesnieguma un apdrošināšanas līgumā noteiktās samaksas saņemšanas dienas.

7.8. Apdrošinātājam ir tiesības apdrošināšanas perioda laikā, nebrīdinot par to apdrošināto personu vai apdrošinājumaņēmēju, veikt

izmaiņas līgumiestāžu sarakstā, kā arī mainīt pakalpojumu apmaksas kārtību un/vai noteikt citus ierobežojumus pakalpojumu saņemšanai līgumiestādē.

7.9. Apdrošinātājs, vienojoties ar apdrošinājumaņēmēju, ir tiesīgs pieprasīt samaksāt papildus apdrošināšanas prēmiju un/vai mainīt apdrošināšanas programmā iekļautos pakalpojumus, ja apdrošināšanas perioda laikā tiek veiktas izmaiņas Latvijas Republikas normatīvajos aktos, kas tieši ietekmē pakalpojumu izmaksas un/vai tiek veiktas izmaiņas attiecībā uz valsts apmaksātajiem pakalpojumiem. Gadījumā, ja savstarpējā vienošanās netiek panākta, apdrošinātājam ir tiesības pārtraukt esošo apdrošināšanas līgumu.

7.10. Apdrošinātājs izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības apmērā pārņem apdrošinātās personas prasījuma tiesības pret personu, kas ir atbildīga par radītajiem zaudējumiem.

7.11. Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt atmaksāt izmaksāto naudas summu no apdrošinātās personas vai apdrošinājumaņēmēja šo apdrošināšanas noteikumu 6.9., 6.16.1., 6.16.2., 6.16.3.punktos minētajos gadījumos.

7.12. Apdrošinātājs ir tiesīgs iegūt un izmantot apdrošināto personu datus, t.sk., sensitīvos personu datus, apdrošināšanas līguma izpildē.

8. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBA

8.1. Izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību līgumiestādei, apdrošinātajai personai vai tās pilnvarotajai personai, tiek piemērots kompensācijas princips. Kompensēti tiek tikai pierādītie izdevumi. Netiek kompensēti izdevumi, kas radušies pirms vai pēc apdrošināšanas perioda.

8.2. Apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību līgumiestādei par tās sniegto pakalpojumu apdrošinātajai personai, pamatojoties uz savstarpēji noslēgto sadarbības līgumu.

8.3. Ja apdrošināšanas programmā iekļauto pakalpojumu apdrošinātā persona ir saņēmusi iestādē, kas nav apdrošinātāja līgumiestāde vai apdrošinātā persona līgumiestādē ir norēķinājusies no personīgiem līdzekļiem, kā arī gadījumā, ja līgumiestādē pakalpojuma apmaksā nav pieejama pilnā apmērā, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta apdrošinātajai personai vai tās pilnvarotajai personai.

8.4. Apdrošināšanas atlīdzība tiek aprēķināta atbilstoši izvēlētajai apdrošināšanas programmai, apdrošināšanas līguma nosacījumiem un apdrošinātāja noteiktam cenrādī par pakalpojumu apmaksu ārpus līgumiestādēm.

8.5. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai apdrošinātajai personai ir jāiesniedz sekojoši dokumenti:

8.5.1. apdrošināšanas atlīdzības pieteikums;

8.5.2. elektroniskā kases aparāta čeks vai stingrās uzskaites kvīts, kas satur sekojošu informāciju:

8.5.2.1. pakalpojuma sniedzēja nosaukums, reģistrācijas numurs, juridiskā adrese;

8.5.2.2. pakalpojuma saņēmēja vārds, uzvārds, personas kods;

8.5.2.3. pakalpojuma detalizēts atšifrējums, pakalpojuma cena, pakalpojuma saņemšanas datums;

8.5.3. apdrošināšanas atlīdzību pamatojoša medicīniskā dokumentācija:

8.5.3.1. izraksts no medicīniskās kartes un/vai norīkojums, kurā norādīta klīniskā diagnoze, lietotā ārstēšana un izmeklējumi, kas apstiprina uzstādīto diagnozi, ja saņemti maksas ambulatorie vai stacionārie pakalpojumi, ambulatorā vai stacionārā rehabilitācija;

8.5.3.2. receptes kopija – ja iegādāti medikamenti vai optikas precēs;

8.5.3.3. izraksts no medicīniskās kartes, kurā ir norādīta diagnoze un veiktās manipulācijas – ja saņemti zobārstniecības pakalpojumi;

8.5.3.4. abonementa kopija vai abonementa apmeklējumu kartes kopija, kurā uzrādītas apmeklējumu reizes un saņemto pakalpojumu precīzs nosaukums – ja saņemti sporta pakalpojumi;

8.5.4. cita dokumentācija, kuru pieprasa apdrošinātājs, lai izvērtētu, vai ir iestājies apdrošināšanas gadījums.

8.6. Gadījumā, ja apdrošinātājam lēmuma pieņemšanai nav iesniegti visi nepieciešamie dokumenti vai ir nepieciešami papildus dokumenti, tie tiek pieprasīti no apdrošinātās personas. Apdrošinātajai personai pieprasītie dokumenti ir jāiesniedz 30 (trīsdesmit) dienu laikā no pieprasījuma saņemšanas. Gadījumos, kad apdrošinātā persona neizpilda šos nosacījumus, apdrošinātājam ir tiesības samazināt izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības apmēru vai atteikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu pilnībā.

8.7. Pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas, lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, apdrošinātājs pieņem apdrošināšanas polisē norādītajā termiņā.

8.8. Ja apdrošinātājs ir pieņēmis lēmumu par atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, tas nosūta apdrošinātajai personai motivētu rakstveida paziņojumu par pieņemto lēmumu, izmantojot apdrošinātās personas norādīto kontaktinformāciju. Apdrošinātājs ir tiesīgs šādu paziņojumu nosūtīt uz apdrošinātās personas norādīto e-pasta adresi.

8.9. Ja izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība ir mazāka par apdrošinājuma summu, apdrošināšanas līgums paliek spēkā līdz tajā noteiktā termiņa beigām starpības apmērā starp apdrošināšanas līguma apdrošinājuma summu un apdrošināšanas periodā izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību kopsummu.

9. IZŅĒMUMI

9.1. Apdrošinātājs neizmaksā apdrošināšanas atlīdzību par:

9.1.1. pakalpojumiem, kurus saņemot, apdrošinātā persona nav ievērojusi šajos apdrošināšanas noteikumos vai apdrošināšanas līgumā norādītos nosacījumus vai norādījumus;

9.1.2. ārstniecības pakalpojumiem, kuri nav saņemti ārstniecības iestādē vai neatbilst ārstniecības pakalpojumu definīcijai un izdevumiem par medikamentiem, kuri nav iegādāti aptiekās;

9.1.3. gadījumiem, par kuriem apdrošinājumaņēmējs vai apdrošinātā persona ir maldinājusi apdrošinātāju un/vai sniegusi nepatiesas ziņas par savu veselības stāvokli;

9.1.4. patecībām un/vai citiem maksājumiem ārstniecības personām par pakalpojumiem, kuri jau ir apmaksāti;

9.1.5. sociālo un mājas aprūpi, dokumentu noformēšanu, medicīnas transporta pakalpojumiem, podometriju, podiatriju (izņemot medicīniski diagnosticēta cukura diabēta gadījumā), polisomnogrāfiju, plazmaferēzi, dialīzi, informatīvajām nodarbībām un lekcijām (diabēta, grūtnieču u.c.);

9.1.6. medicīnas precēm un palīgierīcēm (t.sk., ortozēm, protēzēm, implantiem, kruķiem, ratiņkrēsliem, zolītēm, rentgena bildēm, kompresijas zeķēm);

9.1.7. pakalpojumiem, kuri saņemti bez pamatotām medicīniskām indikācijām, t.sk., profilaktiskām veselības pārbaudēm (check up);

9.1.8. saslimšanu, traumu un miesas bojājumu ārstēšanu, ko apdrošinātā persona ir guvusi esot alkohola, narkotisko, toksisko vielu reibuma stāvoklī vai ietekmē un jebkādiem izdevumiem, kas saistīti ar šo vielu lietošanas rezultātā radītajiem veselības traucējumiem;

9.1.9. psihisku slimību ārstēšanu, psihoterapeita, psihologa konsultācijām un ar tām saistītajiem izdevumiem;

9.1.10. šādām maksas operācijām: sirds, protezēšanas, vēnu, acs refrakciju koriģējošām, bariatriskām operācijām, redzes korekciju ar lāzeru, orgānu transplantāciju;

9.1.11. netradicionālās medicīnas ārstniecības metodēm un/vai diagnostiku (t.sk., osteoreflaksoterapiju, osteopātiju, reitterapiju, iridodig-nostiku), ja to neparedz apdrošināšanas programma;

9.1.12. maksas medicīnas pakalpojumiem, kas saistīti ar onkoloģisko slimību (izņemot par pakalpojumiem, kas saņemti līdz diagnozes noteikšanai), kaulu un saistaudu deformāciju, iedzimtu pataloģiju ārstēšanu;

9.1.13. kosmetoloģijas, estētiskās dermatoloģijas, plastiskās ķirurģijas, dietoloģijas pakalpojumiem, t.sk., arī par ar visiem šiem pakalpojumiem saistītajiem izdevumiem;

9.1.14. seksopatoloģisko, seksuāli – transmisīvo slimību (t.sk., HIV un AIDS) diagnostiku un ārstēšanu, imūndiagnostiku un imūnterapiju, t.sk., arī par ar visiem šiem pakalpojumiem saistītajiem izdevumiem;

9.1.15. neauglības diagnostiku un ārstēšanu, ģimenes plānošanu, mākslīgo apaugļošanu, kontracepciju, ar grūtniecības norisi un maksas dzemdību palīdzību saistītiem pakalpojumiem, t.sk., arī par ar visiem šiem pakalpojumiem saistītajiem izdevumiem, izņemot gadījumus, kad to paredz apdrošināšanas programma.

9.2. Apdrošinātājam ir tiesības atkāpties no 9.1.punktā minētajiem izņēmumiem, kā arī, vienojoties ar apdrošinājumaņēmēju, apdrošinātājs var noteikt papildus ierobežojumus.

10. PERSONAS DATU APSTRĀDE

10.1. Noslēdzot apdrošināšanas līgumu un uzsākot lietot apdrošināšanas karti, apdrošinājumaņēmējs un apdrošinātā persona piekrīt personas datu, t.sk., arī sensitīvo personas datu apstrādei un uzglabāšanai apdrošinātāja datu bāzēs. Noslēdzot apdrošināšanas līgumu un uzsākot lietot apdrošināšanas karti, apdrošinājumaņēmējs un apdrošinātā persona pilnvaro apdrošinātāju, nepieciešamības gadījumā, apdrošināšanas līguma izpildes nolūkā, iepazīties ar apdrošinātās personas medicīnisko dokumentāciju (kurā ir norādīta informācija par uzstādīto diagnozi, slimības anamnēzi un iepriekšējo ārstēšanu, diagnozi apstiprinošu izmeklējumu rezultātiem, saņemto ārstēšanu un ārstēšanās ilgumu, izrakstītajiem un iegādātajiem medikamentiem u.tml.), kā arī ar dokumentāciju par citiem apdrošināšanas līguma ietvaros apmaksājamajiem pakalpojumiem.

10.2. Apdrošinātājs nodrošina saņemtās informācijas konfidencialitāti un veic personu datu apstrādi saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem. Līguma izpildes nodrošināšanai apdrošinātājs ir tiesīgs par apdrošinājumaņēmēju un apdrošināto personu saņemto informāciju apstrādāt, izmantot savā apdrošināšanas darbībā, glabāt datu bāzēs un nodot saviem darbiniekiem, speciālistiem, ekspertiem un pārapsrošinātājiem, kā arī likumos noteiktajos gadījumos – citām personām.

11. STRĪDU IZŠĶIRŠANAS KĀRTĪBA

11.1. Ja apdrošinājumaņēmējs un/vai apdrošinātā persona apstrīd apdrošinātāja saistību izpildi, kas izriet no apdrošināšanas līguma, sūdzības apdrošinātājam ir iesniedzamas rakstiskā formā.

11.2. Visi strīdi, kas varētu rasties saistībā ar apdrošināšanas līguma izpildi, pusēm jārisina sarunu ceļā. Ja puses nevar atrisināt strīdus sarunu ceļā, jebkurš strīds, domstarpība vai prasība, kas izriet no apdrošināšanas līguma, kurš skar to vai tā pārkāpšanu, izbeigšanu vai spēkā esamību, tiek izšķirts tiesā Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

11.3. Visas tiesiskās attiecības, kas izriet no noslēgtā apdrošināšanas līguma un kas nav regulētas šajos noteikumos, apdrošināšanas polisē un tās pielikumos, apspriežamas saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem, t.sk., speciālo likumu „Par apdrošināšanas līgumu”, kā arī LR Civillikumu, ciktāl to neierobežo speciālais likums.