

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI Nr. 08.03.

Spēkā no 2021. gada 15. februāra

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 un vecāki.

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

1.8 **Apdrošinājuma summa** – apdrošināšanas polisē noteiktā maksimālā naudas summa, kuras apmērā apdrošinātājs var apmaksāt apdrošinātās personas saņemtos pakalpojumus izvēlētajās 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, termiņos 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 apdrošinātajai personai apdrošināšanas atlīdzību.

1.14 **Pieteikums veselības apdrošināšanai** – dokuments vai jebkura cita informācija, kuru apdrošinājumaņēmējs iesniedz apdrošinātajam, lai informētu to par apdrošināšanas objektu, faktiem un apstākļiem, kas nepieciešami apdrošinātā riska novērtēšanai.

1.15 **Apdrošināšanas atlīdzības pieteikums** – apdrošinātāja noteikts dokuments, kuru apdrošinātā persona, kopā ar maksājuma dokumentiem un apdrošināšanas atlīdzību pamatojošu medicīnisku dokumentāciju, iesniedz apdrošinātajam, 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** – noteikta parauga plastikāta karte vai kartes elektroniska versija, kas izsniegta apdrošinātajai personai, pamatojoties uz noslēgto apdrošināšanas līgumu.

1.18 **Ārstniecības iestāde** – ārstu prakses, valsts un pašvaldību iestādes, komercsabiedrības un saimnieciskās darbības veicēji, kuri ir reģistrēti 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 ir saņēmusi ārstniecības iestādē no ārstniecības personas, kas saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem ir tiesīga praktizēt noteiktā specialitātē un pielietot:

1.19.1 medicīnisko tehnoloģiju (ārstniecībā izmantojamu metodi), kas ir apstiprināta Ministru kabineta noteiktajā kārtībā. Par ārstniecības pakalpojumiem tiek uzskatītas Latvijas Republikas ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāzē reģistrētās ārstniecības metodes;

1.19.2 medicīnisku ierīci vai zāles, kas ir atbilstoši reģistrētas un atbilst normatīvajos aktos noteiktajām prasībām.

1.20 **Ārstniecība** – profesionāla un individuāla slimību profilakse, diagnostika un ārstēšana, medicīniskā rehabilitācija un pacientu aprūpe.

1.21 **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.

1.22 **Pēkšņa saslimšana** – iepriekš neizpaudusies, neparedzama un negaidīta veselības stāvokļa pasliktināšanās ap-

drošināšanas perioda laikā, kas nav turpinājums vai sekas tam veselības stāvoklim, kāds bijis pirms apdrošināšanas perioda.

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

1.24 **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).

1.25 **Nepārvarama vara** – ārēji apstākļi, kas neatrodas tās līguma puses kontrolē, kuras saistību izpildījums ir ietekmēts un kurus ietekmētā puse nevarēja paredzēt vai novērst, tai skaitā, bet ne tikai, nelabvēlīgas izmaiņas Latvijas Republikas normatīvajos aktos, terorisms, kari, dabas katastrofas, pandēmijas u.c.

VISPĀRĪGIE NOTEIKUMI

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

2.2 Apdrošināšanas līgums ir spēkā Latvijas Republikas teritorijā, apdrošināšanas līgumā noteiktajā termiņā un darbojas 24 stundas diennaktī, izņemot gadījumus kad apdrošinājumaņēmējs ar apdrošinātāju ir vienojušies citādāk.

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.

2.5 Apdrošināšanas līgums satur šādus dokumentus: pieteikumu veselības apdrošināšanai, apdrošināšanas polisi, apdrošināto personu sarakstu, šos noteikumus, programmu aprakstus un izņēmumu sarakstu, apdrošināšanas kartes (gadījumos kad atbilstoši apdrošināšanas līguma noteikumiem ir paredzēta to izsniegšana), citas vienošanās un pielikumus kas noslēgti starp apdrošinājumaņēmēju un apdrošinātāju.

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, kas reģistrētas sporta bāzu reģistrā un kurās pakalpojumus veselības uzlabošanai un profilaksei sniedz Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā sertificēti sporta speciālisti.

3.3 Pakalpojumi, kuri var būt iekļauti apdrošināšanas programmā:

3.3.1 **Pacienta līdzmaksājums** ir valstī noteikts pacienta maksājums, kuru ārstniecības iestāde iekasē no pacienta par valsts apmaksātu ārstniecības pakalpojumu:

3.3.1.1 pakalpojumus pacienta līdzmaksājuma apmērā ir iespējams saņemt iestādēs, kurām ir noslēgts līgums ar Nacionālo veselības dienestu (NVD);

3.3.1.2 pacienta līdzmaksājumu apmēri ir noteikti Ministru kabineta noteikumos Nr.555 „Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”;

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 veida 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 fizikālās terapijas procedūras;

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 neapmaksājamos 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 izdevumus par hronisku slimību, kā arī traumu, kuras gūtas pirms apdrošināšanas perioda, ārstniecību izņemot, gadījumus kad apdrošinājumaņēmējs ar apdrošinātāju ir vienojušies citādāk;

3.3.3.2.2 apdrošināšanas programmā un šo apdrošināšanas noteikumu 9. punktā minētos neapmaksājamos 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 medikamentu, vitamīnu un uztura bagātinātāju iegādi;

3.3.5.2 pakalpojuma „Medikamenti” ietvaros neapmaksā:

3.3.5.2.1 apdrošināšanas programmā minētos neapmaksājamus medikamentus;

3.3.5.2.2 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.

3.3.5.2.3 izdevumus par medikamentu iegādi, kuru iegādes nepieciešamība ir radusies saistībā ar programmas apraksta izņēmumu sadaļā minētajiem gadījumiem vai kas paredzēti programmas apraksta izņēmumu sadaļā minēto saslimšanu ārstēšanai.

3.3.6 Optika:

3.3.6.1 pakalpojuma „Optika” ietvaros apmaksā:

3.3.6.1.1 optisko brīļļu, brīļļu 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 treniņu zālē, aerobiku, jogu, pilātēm, tenisu, skvošu, peldbaseina apmeklējumiem un citiem apdrošināšanas programmā iekļautajiem pakalpojumiem;

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.

APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA NOSLĒGŠANA, STĀŠANĀS SPĒKĀ UN DARBĪBAS LAIKS

4.1 Apdrošināšanas līgums tiek noslēgts pamatojoties uz veselības apdrošināšanas pieteikumā sniegto informāciju un apdrošināto personu sarakstu, uz kā pamata apdrošinātājs sagatavo 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 Ievērojot Apdrošināšanas līguma likumā noteikto, 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 Apdrošinājumaņēmējs, samaksājot apdrošināšanas prēmiju vai tās pirmo daļu (gadījumos, kad apdrošināšanas prēmijas maksājums ir sadalīts vairākās daļās), apliecina savu gribu apdrošināšanas līguma noslēgšanai.

4.5 Apdrošināšanas prēmijas vai tās daļu samaksa jāveic ne vēlāk kā apdrošināšanas līgumā norādītajā datumā un tādā apmērā, kā tas ir norādīts apdrošināšanas līgumā.

4.6 Apdrošināšanas prēmijas nesamaksāšanas gadījumā, ievērojot Apdrošināšanas līguma likumā noteikto, apdrošinātājs ir tiesīgs pārtraukt apdrošināšanas līgumā paredzēto pakalpojumu sniegšanu.

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 Ja apdrošināšanas līgums tiek izbeigts pirms termiņa, apdrošinātājs 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc apdrošināšanas līguma darbības izbeigšanas dienas aprēķina apdrošināšanas prēmijas daļu par neizmantoto apdrošināšanas līguma darbības laiku par katru apdrošināto personu atsevišķi.

4.10 Atmaksājot neizmantoto apdrošināšanas prēmiju, no neizmantotās apdrošināšanas prēmijas ietur ar apdrošināšanas līguma noslēgšanu saistītos administratīvos izdevumus līdz 15% (piecpadsmit procenti) apmērā no atlikušās apdrošināšanas prēmijas.

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA PIENĀKUMI UN TIESĪBAS

5.1 Apdrošinājumaņēmējam ir šādi pienākumi un šādas tiesības:

5.1.1 Sniegt patiesu un pilnīgu informāciju apdrošinātājam riska izvērtēšanai;

5.1.2 Samaksāt apdrošināšanas prēmiju apdrošināšanas līgumā noteiktajā veidā, apjomā un termiņos, neatkarīgi no rēķina saņemšanas;

5.1.3 Nekavējoties rakstveidā informēt apdrošinātāju par jebkādam izmaiņām pieteikumā veselības apdrošināšanai sniegtajā informācijā;

5.1.4 Informēt apdrošinātās personas par to, ka tās tiek apdrošinātas, iepazīstināt tās ar apdrošināšanas programmām, apdrošināšanas noteikumiem, pakalpojumu saņemšanas noteikumiem, kā arī citiem apdrošināšanas līgumā minētajiem noteikumiem, kā arī izskaidrot apdrošinātājam personām to tiesības, pienākumus un saistības pret apdrošinātāju; Apdrošinājumaņēmēja pienākums ir informēt Apdrošināto personu un citas personas, kuru personas datus Apdrošinājumaņēmējs sniedz Apdrošinātājam, par personas datu apstrādi un saņemt piekrišanu šādu datu apstrādei, ja nav cita tiesiskā pamata personas datu apstrādei.

5.1.5 Nodot apdrošinātājai personai lietošanā apdrošināšanas karti (gadījumos, kad kartes izsniegšanu paredz noslēgtais apdrošināšanas līgums), kā arī citus dokumentus un informāciju, kuru apdrošinātājs ir sagatavojis priekš apdrošinātājam personām;

5.1.6 Nekavējoties nodot apdrošinātājam apdrošinātās personas apdrošināšanas karti gadījumos, kad apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā vai tā darbība ir izbeigta (šis nosacījums neattiecas uz elektroniskā formāta kartēm);

5.1.7 Pēc apdrošinātāja pieprasījuma iesniegt tam aizpildītu

veselības deklarāciju par norādīto apdrošināmo/apdrošināto personu;

5.1.8 Lai nodrošinātu apdrošinātājam iespēju pārliecināties par sākotnēji sniegtās informācijas par apdrošināmo risku patiesumu, pēc apdrošinātāja pieprasījuma nekavējoties iesniegt dokumentus, kas apliecina, ka apdrošinātā persona ir apdrošinājumaņēmēja darbinieks;

5.1.9 Pēc apdrošinātāja pieprasījuma atmaksāt apdrošinātājam 6.1.12. punktā minētās naudas summas, ja apdrošinātā persona tās pati nav atmaksājusi noteiktajā termiņā;

5.1.10 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);

5.1.11 Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības saņemt neizmanto to apdrošināšanas prēmiju, kura tiek aprēķināta saskaņā ar apdrošināšanas līgumu;

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

6. Apdrošinātās personas tiesības un pienākumi

6.1 Apdrošinātājai personai ir šādas tiesības un šādi pienākumi:

6.1.1 Apdrošinātājai personai ir tiesības saņemt pakalpojumus atbilstoši starp apdrošinājumaņēmēju un apdrošinātāju noslēgtajam apdrošināšanas līgumam;

6.1.2 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 apstrādāt savus personas datus, t.sk., arī īpašu kategoriju datus.

6.1.3 Apdrošinātās personas pienākums ir iesniegt visus apdrošinātāja pieprasītos dokumentus, kuri apdrošinātājam ir nepieciešami apdrošināšanas atlīdzības izmaksai un/vai apdrošināšanas gadījuma izvērtēšanai, t.sk., kas satur veselības datus, kuri apdrošinātājam ir nepieciešami apdrošināšanas atlīdzības izmaksai un/vai apdrošināšanas gadījuma izvērtēšanai, vai arī pilnvarot Apdrošinātāju 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;

6.1.4 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;

6.1.5 Apdrošinātās personas pienākums, saņemot apdrošināšanas programmā iekļautos pakalpojumus, ir sekot tam, lai netiktu pārsniegtas apdrošinājuma summas un apdrošināšanas limiti;

6.1.6 Apdrošinātās personas pienākums, saņemot pakalpojumus apdrošinātāja līgumiestādēs un norēķinos par šiem pakalpojumiem izmantojot apdrošināšanas karti (t.sk. izmantojot elektroniska formāta karti), ir uzrādīt personu apliecinošu dokumentu;

6.1.7 Apdrošinātājai personai nav tiesību nodot izmantošanai savu apdrošināšanas karti citai personai un, ja cita persona

ir izmantojusi vai mēģinājusi izmantot apdrošinātās personas karti, apdrošināšanas līgums ir uzskatāms par izbeigtu attiecībā uz šo apdrošināto personu ar to brīdi, kad ir noticis mēģinājums saņemt pakalpojumus vai, ja pakalpojumi ir saņemti – pakalpojuma saņemšanas brīdī. Šādā gadījumā neizmanto tā apdrošināšanas prēmija netiek atmaksāta, kā arī apdrošinātās personas pienākums ir nekavējoties atlīdzināt zaudējumus, kuri apdrošinātājam ir radušies iepriekš minēto darbību dēļ;

6.1.8 Apdrošinātās personas pienākums ir rūpēties par savu veselību un ievērot visas ārstniecības personas sniegtās rekomendācijas;

6.1.9 Ja apdrošinātā persona ir saņēmusi kompensāciju par pakalpojumiem, kurus pilnībā vai daļēji ir apmaksājis arī apdrošinātājs, tad apdrošinātās personas pienākums ir kompensētajā apmērā atmaksāt apdrošinātājam tā izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību;

6.1.10 Gadījumā, ja saņemtos pakalpojumus apdrošinātā persona ir apmaksājusi pati un tā pretendē uz apdrošināšanas atlīdzību, apdrošinātājai personai ir pienākums 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;

6.1.11 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:

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

6.1.11.2 par pakalpojumiem, kurus apdrošinātājam nav pienākums apmaksāt saskaņā ar noslēgto apdrošināšanas līgumu;

6.1.11.3 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.

APDROŠINĀTĀJA TIESĪBAS UN PIENĀKUMI

7.1 Apdrošinātājam ir šādas tiesības un šādi pienākumi:

7.1.1 Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši apdrošināšanas līgumam;

7.1.2 Pēc apdrošinātās personas vai apdrošinājumaņēmēja lūguma sniegt informāciju par iztērētajiem un atlikušajiem apdrošināšanas limitiem, atbilstoši tiesībām uz šo informāciju, kā arī izsniegt izziņu, kas ir paredzēta iesniegšanai Valsts ieņēmumu dienestā, tajā norādot pakalpojumus, kurus apdrošinātājs ir apmaksājis daļēji, un nekompensēto starpību;

7.1.3 Apdrošinātājam ir tiesības pārbaudīt kā un vai apdrošinātā persona vai apdrošinājumaņēmējs ir ievērojis apdrošināšanas līguma noteikumus;

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

7.1.5 Apdrošinātājam ir pienākums apstrādāt personu datus saskaņā ar spēkā esošo tiesisko regulējumu;

7.1.6 Apdrošinātājam ir pienākums izsniegt apdrošināšanas kartes dublikātu 2 (divu) darba dienu laikā no iesnieguma saņemšanas dienas vai, gadījumā, ja apdrošināšanas līgumā par to ir paredzēta samaksa - no šīs samaksas saņemšanas dienas;

7.1.7 Apdrošinātājam ir tiesības apdrošināšanas perioda laikā veikt izmaiņas līgumiestāžu sarakstā, veikt grozījumus līgumiestādei apmaksājamo pakalpojumu klāstā, mainīt pakalpojumu apmaksas kārtību un/vai noteikt citus ierobežojumus pakalpojumu saņemšanai līgumiestādē;

7.1.8 Apdrošinātājs ir tiesīgs piedāvāt samaksāt papildus apdrošināšanas prēmiju vai mainīt apdrošināšanas programmā iekļautos pakalpojumus, ja apdrošināšanas perioda laikā tiek veiktas izmaiņas Latvijas Republikas normatīvajos aktos, kas tieši ietekmē pakalpojumu izmaksas, vai tiek veiktas izmaiņas attiecībā uz valsts apmaksājamiem pakalpojumiem. Gadījumā, ja vienošanās ar apdrošinājuma ņēmēju par to netiek panākta, apdrošinātājam ir tiesības pārtraukt esošo apdrošināšanas līgumu;

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

7.1.10 Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt atmaksāt izmaksāto naudas summu no apdrošinātās personas vai apdrošinājuma ņēmēja šo apdrošināšanas noteikumu 6.1.8. punktā, 6.1.12. punktā un tā apakšpunktos minētajos gadījumos.

APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBA

8.1 Izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību līgumiestādei vai apdrošinātajai 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.

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

8.5 Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai par saņemtajiem un patstāvīgi apmaksajamiem pakalpojumiem 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 ārstējošā ārsta nosūtījums, ja saņemti laboratoriskie izmeklējumi. Iesniedzot čeku par Nacionālā Veselības dienesta apmaksāto analīžu noņemšanu, ārsta nosūtījums nav nepieciešams;

8.5.3.3 receptes kopija – ja iegādāti medikamenti vai optikas preces;

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

8.5.3.5 abonementa apmeklējumu kartes kopija vai izziņa no sporta kluba, kurā uzrādītas apmeklējumu reizes un saņemto pakalpojumu precīzs nosaukums – ja saņemti sporta pakalpojumi;

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

8.6 Lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, apdrošinātājs pieņem apdrošināšanas līgumā norādītajā termiņā pēc visu lēmuma pieņemšanai nepieciešamo dokumentu saņemšanas.

8.7 Ja apdrošinātājs ir pieņēmis lēmumu par atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, lēmums tiek paziņots, izmantojot apdrošinātās personas norādīto kontaktinformāciju.

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 apdrošinājuma ņēmējs vai apdrošinātā persona ir maldinājusi apdrošinātāju un/vai sniegusi nepatiesas ziņas par savu veselības stāvokli;

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

9.1.5 psihisku slimību ārstniecību, psihoterapeitu, psihologa konsultācijām un ar tām saistītajiem izdevumiem, ja to neparedz apdrošināšanas programma;

9.1.6 netradicionālās jeb komplementārās (papildinošās) medicīnas ārstniecības metodēm un/vai diagnostiku (t.sk., osteorefleksoterapiju, osteopātiju, reitterapiju, iridodignostiku), ja to neparedz apdrošināšanas programma;

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

9.1.8 seksopatoloģisko un seksuāli – transmisīvo slimību (t.sk., HIV un AIDS) ārstniecību, imūndiagnostiku un imūnterapiju, autohemoterapiju (t.sk. augšanas faktoru injekcijām), inkontinences ārstniecību t.sk., arī par ar visiem šiem pakalpojumiem saistītajiem izdevumiem;

9.1.9 izdevumiem, kas radušies nepārvaramas varas apstākļu rezultātā;

9.1.10 honorāriem, pateicībām un/vai citiem maksājumiem ārstniecības personām par pakalpojumiem, kuri jau ir apmaksāti, kā

arī piemaksām par ārstējošā ārsta vai citas ārstniecības personas izvēli (papildus maksājumi gadījumos, kad apdrošinātā persona vēlas ārstēties pie noteiktas ārstniecības personas un ārstniecības iestāde par šādu izvēli iekasē papildus maksu);

9.1.11 apdrošināšanas programmā norādītajiem neapmaksājamiem pakalpojumiem un gadījumiem.

PERSONAS DATU APSTRĀDE

10.1 Apdrošinātājs kā datu pārzinis pirms Līguma noslēgšanas un tā izpildes laikā, pamatojoties uz likumā noteikto pienākumu un savas leģitīmas intereses īstenošanai, veic personas datu apstrādi saskaņā ar piemērojamiem Eiropas Savienības un Latvijas Republikas normatīvo aktu prasībām attiecībā uz personas datu aizsardzību, kā arī saskaņā ar Privātuma politiku, ar kuru var iepazīties www.ban.lv mājaslapā (<https://www.ban.lv/kompanija/privatuma-politika/>).

10.2 Apdrošinātājs piemērojamo normatīvo aktu ietvaros nodrošina personas datu konfidencialitāti un nodrošina atbilstošus tehniskos un organizatoriskos pasākumus personas datu pasargāšanai no nesankcionētas piekļuves, pretlikumīgas apstrādes vai izpaušanas, nejaušas pazaudēšanas, izmaiņšanas vai iznīcināšanas.

10.3 Apdrošinājumaņēmēja pienākums ir pirms Līguma noslēgšanas iepazīties ar Apdrošinātāja Privātuma politiku un informēt par Privātuma politiku tās personas, kuru datus Apdrošinājumaņēmējs nodod Apdrošinātājam.

10.4 Lai izpildītu noslēgto apdrošināšanas līgumu un realizētu Apdrošinātājam apdrošināšanas līgumā paredzētās tiesības, Apdrošinātājs veic Apdrošinātās personas īpašu kategoriju datu, t.sk. veselības datu, apstrādi. Apdrošinātājs ir tiesīgs 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 apmaksājamiem pakalpojumiem. Apdrošinātājs saņem Apdrošinātās personas piekrišanu šādu datu apstrādei, ja nav cita tiesiskā pamata personas datu apstrādei.

10.5 Apdrošinātājs veic personas datu apstrādi lai:

10.5.1 izvērtētu ar Līguma noslēgšanu saistītos riskus un aprēķinātu apdrošināšanas prēmiju;

10.5.2 sagatavotu apdrošināšanas piedāvājumu, noslēgtu Līgumu, sazinātos ar Apdrošinājumaņēmēju, t.sk. lai atgādinātu par Līguma termiņa beigām un izteiktu apdrošināšanas piedāvājumus turpmākajam periodam;

10.5.3 nodrošinātu Līguma izpildi, t.sk. Apdrošinājumaņēmēja saistību izpildes pārbaudi un uzraudzību, apdrošinātā riska izmaiņu izvērtēšanu;

10.5.4 administrētu apdrošināšanas gadījumu, t.sk. izvērtētu atlīdzības pieteikumu, pārbaudītu apdrošinātā riska iestāšanās apstākļus, novērtētu un aprēķinātu zaudējumus;

10.5.5 sazinātos ar Apdrošinājumaņēmēju, Apdrošināto, vai citu datu subjektu, tostarp nosūtītu normatīvajos aktos noteiktos paziņojumus un lēmumus;

10.5.6 apmainītos ar personas datiem ar valsts un pašvaldības iestādēm un trešajām personām Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētajos gadījumos, apjomā un kārtībā;

10.6 Apdrošinātājs apstrādā personas datus, kurus sniedzis Apdrošinājumaņēmējs un Apdrošinātā persona apdrošināšanas

līguma noslēgšanai un izpildei, kā arī personas datus, kas iegūti no citiem avotiem (piemēram, apdrošināšanas starpnieka, ārstniecības iestādēm, aptiekām, sporta klubiem utt) un ir nepieciešami līguma izpildē.

10.7 Apdrošinājumaņēmēja saistību neizpildes gadījumā (tajā skaitā apdrošināšanas prēmiju apmaksas neveikšana) Apdrošinātājs ir tiesīgs nodot visus nepieciešamos datus trešajām personām, lai tiktu veikta parāda piedziņa atbilstoši Parādu ārpustiesas atgūšanas likuma nosacījumiem vai pārstāvētu Apdrošinātāja intereses, ka arī izmantot datus kredītvēstures veidošanai un šo datu ievietošanai paradvēstures un kredītinformācijas biroju datubāzēs.

10.8 Lai noslēgtu Līgumu un aprēķinātu apdrošināšanas prēmiju, kā arī, lai pieņemtu lēmumu apdrošināšanas atlīdzības lietā, Apdrošinātājs ir tiesīgs veikt automatizētu lēmumu pieņemšanu, tostarp veicot profilēšanu. Šādā gadījumā persona var vērsties pie Apdrošinātāja ar lūgumu pārskatīt šādu automatizētas apstrādes rezultātā pieņemtu lēmumu.

10.9 Apdrošinātājs personas datus apstrādā un glabā tikai tik ilgi, cik tas ir nepieciešams attiecīgā nolūka sasniegšanai.

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 - Apdrošināšanas līguma likums.