

## **VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI IEBRAUCĒJIEM LATVIJAS REPUBLIKĀ UN ŠENGENAS VALSTU TERITORIJĀ Nr. 9E-LV**

(Apstiprināti "InterRisk Vienna Insurance Group" AAS Valdes sēdē 2017.gada 19.aprīlī, protokols Nr.15/2017)

### **1. NOTEIKUMOS LIETOTIE TERMIŅI**

**Apdrošinātājs** – „InterRisk Vienna Insurance Group” AAS.

**Apdrošinātais** - fiziska persona, kura ir norādīta apdrošināšanas polisē, kurai ir apdrošināmā interese un kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas līgums.

**Apdrošinājuma ņēmējs** - juridiska vai fiziska persona, kas noslēdz apdrošināšanas līgumu savā labā vai citas personas labā.

**Apdrošināšanas objekts** – Apdrošinātā dzīvība, veselība vai fiziskais stāvoklis.

**Radnieki** - tēvs, māte, bērni, laulātais, brālis, māsa, adoptēti bērni.

**Trešā persona** – jebkura fiziska vai juridiska persona (izņemot Apdrošinājuma ņēmēju, Apdrošināto un Radniekus).

**Apdrošināšanas līgums** – vienošanās starp Apdrošinātāju un Apdrošināto vai Apdrošinājuma ņēmēju par savstarpējām saistībām (turpmāk tekstā Līgums).

**Apdrošināšanas polise** – noteiktas formas dokuments, kas apliecina apdrošināšanas līguma noslēgšanu un ietver apdrošināšanas līguma noteikumus, kā arī visus šī līguma grozījumus un papildinājumus, par kuriem Apdrošinātājs un Apdrošinājuma ņēmējs ir vienojušies apdrošināšanas līguma darbības laikā.

**Apdrošinājuma summa** - apdrošināšanas līgumā noteikta naudas summa, kuras apmērā apdrošinātajai personai apdrošināšanā pret zaudējumiem un bojājumiem ir apdrošinātas mantiskās vērtības vai intereses, savukārt personu apdrošināšanā ir apdrošināta personas dzīvība, veselība vai fiziskais stāvoklis.

**Apdrošināšanas programma** – apdrošināto risku kopuma apraksts, kurā tiek skaidrots par kādiem zaudējumiem un kādā apmērā var tikt izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība.

**Apdrošināšanas limits** – atbilstoši Apdrošināšanas programmai katram apdrošinātajam riskam noteiktā naudas summa, kuras ietvaros, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, tiek kompensēti Apdrošināšanas programmā paredzētie izdevumi (sk. Pielikumu Nr. 1).

**Apdrošināšanas risks** – apdrošināšanas līguma paredzētais no Apdrošinātās personas gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē. Šī apdrošināšana ir spēkā tikai uz tiem riskiem, kuri norādīti iegādātajā Apdrošināšanas polisē.

**Apdrošināšanas prēmija** - apdrošināšanas polisē noteiktais maksājums par apdrošināšanu.

**Apdrošināšanas atlīdzība** - par apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā naudas summa vai nodrošināmie pakalpojumi atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

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

**Neatliekamā medicīniskā palīdzība** - medicīniskā palīdzība, kuras nesniegšanas gadījumā ir apdraudēta Apdrošinātā dzīvība.

**Pēkšņa smaga saslimšana** – neparedzama, pirms Apdrošināšanas perioda neizpaudusies saslimšana, kuras dēļ Apdrošinātajam ir nepieciešama Neatliekamā medicīniskā palīdzība.

**Hroniska slimība** - slimība, ar kuru Apdrošinātā persona slimo ilgstoši, mainoties veselības uzlabošanās un pasliktināšanās periodiem.

**Hroniskas slimības saasinājums** – hroniskas slimības pasliktināšanās periods, kā rezultātā ir nepieciešama neatliekamā medicīniska palīdzība.

**Nelaiemes gadījums** - ir notikums, kura rezultātā Apdrošinātās personas veselībai pret tās gribu tiek nodarīts kaitējums, kas ir ārējo spēku pēkšņas iedarbības rezultāts un noticis apdrošināšanas līguma darbības laikā un izraisījis Apdrošinātās personas veselības kaitējumu vai nāvi.

**Traumas un kaulu lūzumi nelaiemes gadījumu rezultātā** – cilvēka organisma pēkšņs savainojums, kas noticis īsā laika posmā nelaiemes gadījuma rezultātā.

**Medicīniskā transportēšana** – ar Apdrošinātāju saskaņoti transporta izdevumi, ja Apdrošinātais apdrošināšanas līguma darbības laikā ir guvis miesas bojājumus nelaiemes gadījuma rezultātā vai pēkšņi smagi saslimis un viņu nepieciešams nogādāt medicīnas iestādē.

**Medicīniskā evakuācija** – medicīniski pamatota un Apdrošinātāja apstiprināta Apdrošinātās personas transportēšana uz mītnes zemi apdrošināšanas gadījuma iestāšanas rezultātā.

**Repatriācija** - Apdrošinātāja apstiprināta Apdrošinātās personas mirstīgo atlieku transportēšana uz mītnes zemi.

**Mītnes zeme** – šā līguma ietvaros, Apdrošinātā pilsonības valsts, pastāvīgās dzīves vietas valsts vai valsts, kas izsniegusi tam patstāvīgās vai uzturēšanās atļauju.

**Apdrošināšanas teritorija** – Šengenas valstu teritorija, saskaņā ar Latvijas Republikas Ārlietu Ministrijas Šengenas dalībvalstu sarakstu.

**Ceļojums** – Apdrošinātās personas ceļojums ārpus pastāvīgās dzīvesvietas valsts. Ceļojums sākas tad, kad apdrošinātā persona izceļo ārpus dzīvesvietas valsts, šķērsojot robežu un beidzas, kad apdrošinātā persona atgriežas, šķērsojot mītnes zemes valsts robežu.

**Pašrisks** – Apdrošinātā paša risks, t.i. zaudējumu daļa, kuru saskaņā ar apdrošināšanas līgumu Apdrošinātājs neatlīdzina, vai kura apmērā tiek samazināta apdrošināšanas atlīdzība (sk. Pielikums Nr. 2).

**Servisa Kompānija** – Apdrošinātāja norādīts pārstāvis (organizācija), kurš Apdrošinātāja vārdā ir tiesīgs pārstāvēt Apdrošinātāju attiecībās ar Apdrošināto (Apdrošinājuma ņēmēju) iespējamā apdrošināšanas gadījuma neregulēšanā (medicīniskās palīdzības koordinēšana, informācijas par notikušo reģistrēšana, konsultāciju sniegšana, u.c. atbilstoši šiem noteikumiem). Servisa Kompānijas tālruni un cita nepieciešamā informācija norādīta uz apdrošināšanas polises vai tās papildinājumi.

**Fiziskais darbs** – jebkura darbība, kuru veic, lietojot fizisku spēku, un par kuru tiek saņemts atalgojums. Apdrošināšanas risks darbojas tikai tādā gadījumā, ja ir atbilstoša vienošanās ar apdrošinātāju un polisē ir atzīmēts par apdrošināšanas risku.

**Sports** - nodarbošanās ar sportu, kura mērķis ir sporta rezultātu sasniegšana, piedaloties sacensībās vai treniņos, neatkarīgi no tā vai tas ir ienākumu gūšanas avots. Kā arī amatieru sports, kura mērķis ir atpūta un fiziskās formas uzturēšana.

**Noteikumi** – šie „Veselības apdrošināšanas noteikumi iebraucējiem Latvijas Republikā un Šengenas valstu teritorijā Nr.9E-LV”, kā arī visi to pielikumi un izmaiņas.

## **2. APDROŠINĀTIE RISKI**

### **2.1. Medicīniskie izdevumi**

**2.1.1.** Medicīniskie izdevumi šo noteikumu izpratnē ir neparedzēti medicīniskie izdevumi, kas radušies apdrošināšanas līguma darbības laikā Latvijas un Šengenas valstu teritorijā sakarā ar pēkšņu smagu saslimšanu vai nelaimes gadījuma rezultātā.

**2.1.2.** Apdrošinātājs veic ambulatoras ārstēšanās, ķirurģisko pakalpojumu, hospitalizācijas pakalpojumu un stomatoloģisko pakalpojumu iepriekš saskaņotu izdevumu apmaksu tikai gadījumos, ja tie radušies nelaimes gadījuma vai pēkšņas smagas saslimšanas rezultātā.

**2.1.3.** Apdrošinātājs apmaksā tikai neatliekamam medicīnisku palīdzību, kura tiek sniegta nelaimes gadījuma vai pēkšņas smagas saslimšanas rezultātā.

**2.1.4.** Ja ārsti konstatē, ka Apdrošinātajam paredzēto operāciju pēc medicīniskiem norādījumiem var atlikt vismaz uz 24 (divdesmit četrām) stundām, tad šī operācija zaudē neatliekamās palīdzības statusu un saskaņojot to ar ārstējošo ārstu, Apdrošinātājs var pieņemt lēmumu par Apdrošinātā transportēšanu uz mītnes zemi.

**2.1.5.** Apdrošinātājs apmaksā medikamentus, kurus ir izrakstījis ārstējošais ārsts apdrošināšanas gadījuma iestāšanās dienā un tie saistīti ar neatliekamas medicīniskas palīdzības sniegšanu.

**2.1.6.** Apdrošinātājs apmaksā neatliekamās stomatoloģiskās palīdzības izdevumus viena apmeklējuma ietvaros, kuri Apdrošinātajam radušies nelaimes gadījuma rezultātā, vai gadījumā, ja sākusies asa zobu sāpju lēkme.

### **2.2. Medicīniskās transportēšanas izdevumi**

**2.2.1.** Apdrošinātājs apmaksā transportēšanas izdevumus no vietas, kur notika apdrošināšanas gadījums līdz medicīnas iestādei, ja Apdrošinātais apdrošināšanas līguma darbības laikā ir guvis miesas bojājumus nelaimes gadījuma rezultātā vai pēkšņi smagi saslimis un viņu nepieciešams nogādāt medicīnas iestādē.

**2.2.2.** Servisa Kompānija organizē Apdrošinātā transportēšanu uz vienu no tuvākajām slimnīcām, izņemot gadījumus, kad ārkārtējā medicīniskā situācijā medicīnisku apsvērumu dēļ slimnieku ir nepieciešams nogādāt ārstēšanai specializētā slimnīcā, savstarpēji saskaņojot to ar specializētas slimnīcas ārstu, ja Apdrošinātā persona atrodas Šengenu valstu teritorijā. Transportēšanas izdevumi, kuri rodas Latvijas Republikas teritorijā, Apdrošinātā persona apmaksā no personīgiem līdzekļiem.

**2.2.3.** Gadījumā, ja pirms transportēšanas pakalpojumu uzsākšanas, klients vai tā pilnvarotā persona nav saskaņojusi ar Apdrošinātāju medicīniskās transportēšanas kārtību un ar to saistīto izdevumu apmēru, Apdrošinātājs atlīdzina izdevumus par transportēšanas pakalpojumiem minimāli iespējamās summas robežās, par kādu transportēšanas pakalpojumus varēja nodrošināt Apdrošinātājs.

### **2.3. Medicīniskās evakuācijas izdevumi**

**2.3.1.** Ārkārtējas medicīniskās situācijas gadījumā, kad pacientu nepieciešams nogādāt pastāvīgās dzīvesvietas valstī, Apdrošinātāja nozīmētais ārsts pieprasa slimnīcas slēdzienu par diagnozi un evakuācijas veidu. Balstoties uz slēdzienu, Apdrošinātājs visīsākajā laikā organizē Apdrošinātā evakuāciju:

- a) kā parastu pasažieri;
- b) izmantojot specializētus līdzekļus un ierīces;
- c) nepieciešamā medicīniskā personāla pavadībā.

**2.3.2.** Ja Apdrošināšanas polises darbības termiņš ir izbeidzies, bet trauma vai pēkšņa saslimšana ir notikusi polises darbības laikā, taču šajā brīdī Apdrošināto nevar evakuēt, ko pierāda rakstisks ārstnieciskās iestādes medicīniskais slēdziens, un transportēšana tiek veikta ne vēlāk kā 14 (četrpadsmit) dienu laikā pēc polises darbības beigām, Apdrošinātājs apmaksā transportēšanas izdevumus noteiktā limita robežās. Ja transportēšanu saskaņā ar ārstnieciskās iestādes medicīnisko slēdzienu nevar veikt, tad sākot ar 15 (piecpadsmit) dienu izdevumus par medicīnisko evakuāciju sedz pats Apdrošinātais vai viņa radnieki.

#### **2.4. Repatriācija Apdrošinātā nāves gadījumā**

**2.4.1.** Apdrošinātā nāves gadījumā Apdrošinātājs veic visu nepieciešamo, lai visīsākajā laikā organizētu mirušā repatriāciju:

- a) iegādājas piederumus, kas šajā gadījumā vajadzīgi starptautiskajos pārvadājumos;
- b) noteikto limitu ietvaros apmaksā izdevumus, saistītus ar mirstīgo atlieku nogādāšanu mītnes zemes lidostā (pārvedot tās ar lidmašīnu) vai līdz mītnes zemes robežai (pārvedot tās ar sauszemes transportu).

### **3. SEVISĶIE NOSACĪJUMI UN IZŅĒMUMI**

#### **3.1. Par apdrošināšanas gadījumu šo noteikumu izpratnē netiek uzskatīti:**

- 1) gadījumi, kad ceļojums uz Latviju vai Šengenas valstu teritoriju ir bijis uzsākts ar ārstēšanās nolūku;
- 2) hroniskās slimības saasinājumi;
- 3) traumas, iegūtas hronisku slimību rezultātā, izņemot neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas gadījumos, viena apdrošināšanas gadījuma ietvaros;
- 4) izdevumi par vitamīniem, uztura bagātinātājiem, homeopātijas / imūnstiprinošiem preparātiem, higiēnas precēm;
- 5) slimības, kuras ir sākušās ārpus apdrošināšanas līguma darbības laika, un ar tām saistītā medicīniskā palīdzība un medikamenti;
- 6) stomatoloģiskā apskate, zobu sanācija vai plombēšana, rentgens un pārējās stomatoloģiskās procedūras, ja nav bijušas akūtas zobu sāpes un jebkura veida protezēšana, tai skaitā zobu un acu;
- 7) psihiskas slimības un to sekas (lēkmes, slimību saasinājumi) un traumas, iegūtas to rezultātā;
- 8) iedzimtas un iegūtas (pirms līguma noslēgšanas) anomālijas un patoloģijas;
- 9) cukura diabēta saasinājumi vai sekas un ar tām saistītā medicīniskā palīdzība un medikamenti;
- 10) saules radiācijas sekas (apdegumi, alergiskās reakcijas, fitodermatīts utt.) un ar tām saistītā medicīniskā palīdzība un medikamenti;
- 11) atkārtota ārsta vizīte vai speciālista konsultācija;
- 12) sabiedriskās kārtības pārkāpšanas un vispārpieņemto uzvedības normu neievērošanas rezultātā iegūtās negatīvās sekas;
- 13) traumas un slimības, kas radušās laikā, kad persona atradies alkoholisko dzērienu vai narkotisko/psihotropo vielu ietekmē;

- 14)** slimības un to sekas, kas saistītas ar alkoholisko dzērienu vai narkotisko/psihotropo vielu lietošanu;
- 15)** jebkādas analīzes, kas saistītas ar visu veidu alergoloģiskiem izmeklējumiem un imūndeficīta vīrusu (AIDS, HIV infekcijas);
- 16)** alkoholisko dzērienu vai narkotisko/psihotropo vielu lietošana pēc traumas iegūšanas;
- 17)** jebkuras ginekoloģiskās slimības un to komplikācijas, izņemot gadījumus, kad situācija saistīta ar neatliekamas medicīniskas palīdzības sniegšanu;
- 18)** medicīniskie pakalpojumi saistīti ar dzemdībām, dzemdības, grūtniecības mākslīga pārtraukšana, dzemdību komplikācijas, grūtnieču aprūpe, izņemot neatliekamas medicīniskas palīdzības sniegšanu;
- 19)** seksuāli transmisīvās slimības un sēnīšu infekcijas slimības;
- 20)** jebkuras traumas, slimības, izmeklējumi, zaudējumi, izmaksas sakarā ar nāvi vai jebkāda veida atbildība, kas saistīta ar imūndeficīta vīrusu (AIDS, HIV infekcijas);
- 21)** slimības vai stāvoklis, kad nepieciešama kosmētiskās un plastiskās ķirurģijas pielietošanu, orgānu transplantācija, implantācija un reimplantācija, ja tas nav saistīts ar dzīvības glābšanu sakarā ar notikušo apdrošināšanas gadījumu un, ja tās nav izlases operācijas ar mērķi saglabāt savus orgānus. Slimības vai stāvokli, kuras radušās saistībā ar iepriekš veiktām jebkāda rakstura ķirurģiskām operācijām;
- 22)** netradicionāla medicīna un tās metodes;
- 23)** slimnieka intensīvāka vai īpaša ēdināšana un/vai paaugstināta komforta apstākļi, arī tad, ja to ir nozīmējis ārsts;
- 24)** hipertensija un tās sekas;
- 25)** medicīnisko palīglīdzekļu iegādāšanās un remonts (t.i. brilles, kontaktlēcas, kruķi, ritenkrēsli);
- 26)** kaitējums veselībai un dzīvībai sakarā ar jebkāda veida bīstamu darbu izpildi, veicot stividoru darbus, strādājot kalnrūpniecībā, kodolreaktoros vai ar toksiskām vielām, ķīmikālijām, sprāgstvielām;
- 27)** kaitējums veselībai un dzīvībai sakarā ar: piedalīšanos jāšanas vai autotransporta sacīkstēs; nodarbošanos ar profesionālo vai organizēto sportu, ekstremāliem sporta veidiem vai hobijiem, jebkāda veida lidošanu, izņemot lidojumus pasažiera statusā saskaņā ar aviobiļeti un/vai tūrisma ceļazīmi. Piezīme: Apdrošinātājs atlīdzina augstākminētos kaitējuma veidus tikai tad, ja iepriekš par to noslēgta papildus vienošanās un samaksāta papildus apdrošināšanas prēmija;
- 28)** mēģinājums pakļaut sevi slimībai vai nepamatotam riskam (pašnāvība vai tās mēģinājums, veselības kaitējums sakarā ar Apdrošinātā tīšu rīcību), izņemot gadījumu, kad tiek glābta cita cilvēka dzīvība;
- 29)** jebkura veida materiālais vai morālais kaitējums tajā skaitā, ja nav iespējams piedalīties ekskursijās vai cita veida organizētos atpūtas pasākumos;
- 30)** slimības, kas iegūtas laicīgi neveiktas vakcinācijas dēļ, un ar tām saistītā medicīniskā palīdzība un medikamenti (ērču encefalīts, malārija u.c.), izņemot gadījumus, kad apdrošinātais ir saņēmis pilnu vakcinācijas kursu noteiktajos termiņos;
- 31)** diagnostika, fizioterapija, sanatorija, rehabilitācija un jebkuras ar to saistītas procedūras, kā arī jebkura veida masāža;

**32)** kaitējums veselībai vai dzīvībai, kas iestājies nepārvaramas varas apstākļu darbības rezultātā, kurus puses nevarēja paredzēt, novērst un par kuriem nenes atbildību, kā, piemēram, dabas katastrofas, kara darbība, masu nemieri, streiki, aresti, terorisms un to sekas;

**33)** medicīniskie izdevumi un kaitējumi veselībai vai dzīvībai valstī, kas ir Apdrošinātās personas mītnes zeme;

**34)** onkoloģiskās slimības, autoimūnās slimības un to sekas;

**35)** izmeklējumi ar nolūku turpināt hronisku slimību ārstēšanu pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas; medikamenti, vitamīni, uztura bagātinātājiem, homeopātijas līdzekļi, kuri nepieciešami hroniskas slimības ārstēšanai;

**36)** jebkura veida mugurkaulu operācijas.

### **3.2. Netiek atlīdzināti izdevumi:**

**a)** par medicīnisku evakuāciju un transportēšanu (slimības vai nelaimes gadījumā), kuri nav saskaņoti ar Apdrošinātāju;

**b)** par medicīniskām manipulācijām, kas nav saskaņotas ar Apdrošinātāju;

**c)** par specializētu medicīnas iestāžu pakalpojumu izmantošanu;

**d)** par pakalpojumiem, kurus var segt no jebkāda cita avota, ieskaitot citu apdrošināšanas līgumu;

**e)** par slimnieka kopšanu, izmitināšanu, paliatīvu ārstēšanu;

**f)** medicīniskie pakalpojumi, kuri saņemti rehabilitācijas centros (t.sk. sanatorijās).

**3.3. Netiek atlīdzināti izdevumi par repatriāciju**, kuri iepriekš Apdrošinātājam nav paziņoti un saskaņoti.

## **4. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA NOSLĒGŠANA, TĀ DARBĪBAS LAIKS UN IZBEIGŠANA**

**4.1.** Apdrošināšanas līgumu var noslēgt personīgi Apdrošinātais vai viņa labā - Apdrošinājumaņēmējs.

**4.2.** Apdrošināšanas līgumu var noslēgt uz laiku ne ilgāku par 1 (vienu) gadu.

**4.3.** Personas tiek apdrošinātas ar vecuma ierobežojumiem līdz 80 (astoņdesmit) gadiem, ja polisē nav atrunāts citādi.

**4.4.** Apdrošināšanas līguma darbība:

**a)** polise stājās spēkā, ja apdrošināšanas prēmijas samaksa ir veikta pilnā apmērā līdz dienai, kas norādīta attiecīgajā polisē kā tās darbības sākuma datums vai Apdrošinātāja piestādītajā rēķinā norādītajā termiņā un apjomos. Ja apdrošināšanas prēmija tiek maksāta ar pārskaitījumu, tad par samaksas datumu tiek uzskatīts datums, kad nauda tiek ieskaitīta Apdrošinātāja norādītajā kontā.

**b)** apdrošināšanas līgums ir spēkā Latvijas un Šengenas valstu teritorijā.

**4.5.** Apdrošināšanas līgums izbeidzas:

**a)** beidzoties tā darbības laikam;

**b)** ja apdrošinātā persona mirusi;

**c)** ja Apdrošinātājs pilnā apmērā ir izpildījis savas līgumsaistības;

**d)** ja tiesa ir pieņēmusi nolēmumu atzīt līgumu par spēkā neesošu;

e) citos Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētajos gadījumos.

**4.6.** Līgums, kas ir noslēgts pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, uzskatāms par spēkā neesošu, no tā noslēgšanas brīža.

## **5. LĪGUMSLĒDZĒJU PUŠU PIENĀKUMI**

### **5.1. Apdrošinātā (Apdrošinājuma ņēmēja) pienākumi:**

**5.1.1.** Noslēdzot apdrošināšanas līgumu, iepazīties ar apdrošināšanas Noteikumiem un paziņot Apdrošinātājam par visiem zināmajiem apstākļiem, kuriem ir būtiska nozīme riska pakāpes noteikšanai.

**5.1.2.** Rīkoties saprātīgi un piesardzīgi, lai izvairītos no saslimšanas un nelaimes gadījuma.

**5.1.3.** Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, nekavējoties, tiklīdz tas kļūst iespējams, sazināties ar Apdrošinātāju vai Servisa Kompāniju un informēt par notikušo, kā arī saskaņot ārstēšanas vietu, pēc iespējas izmantojot Valsts iestāžu sniegtos pakalpojumus. Pretējā gadījumā Apdrošinātājs var atteikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu. Gadījumā, ja Apdrošinātais ārkārtas apstākļu dēļ nav spējīgs pats sazināties ar Apdrošinātāju, to tādā pašā kārtībā ir jāveic citai Apdrošinātā pilnvarotai personai vai medicīniskās iestādes, kurā viņam tiek sniegta palīdzība, ārstam vai personālam.

**5.1.4.** Pēc Apdrošinātāja pieprasījuma iesniegt visus dokumentus par ārstēšanos un nodrošināt brīvu pieeju medicīniskai dokumentācijai, lai varētu noteikt Apdrošinātāja atbildības apmēru.

**5.1.5.** Nepieciešamības gadījumos, pēc Apdrošinātāja pieprasījuma, veikt medicīnisko konsultāciju pie Apdrošinātāja norādīta ārsta.

**5.1.6.** Viena mēneša laikā no Apdrošinātāja rakstiskas pretenzijas par izdevumu atlīdzināšanu saņemšanas dienas, atlīdzināt Apdrošinātāja veiktās izmaksas, kuras saskaņā ar šo līgumu Apdrošinātājam nebija jāsedz.

**5.1.7.** 10 (desmit) dienu laikā atmaksāt Apdrošinātājam no tā saņemto apdrošināšanas atlīdzību gadījumā, ja izdevumus par apdrošināšanas gadījumu ir atlīdzinājusi trešā persona.

**5.1.8.** Ja apdrošināšanas gadījumā ir vainojama trešā persona:

**a)** nodot Apdrošinātājam regresa tiesības attiecībā pret vainīgo personu;

**b)** nodot Apdrošinātājam visus esošos dokumentus un pierādījumus;

**5.1.9.** Apdrošinājuma ņēmējam vai Apdrošinātājam nekavējoties, bet ne vēlāk kā 15 (piecpadsmit) dienu laikā no apdrošināšanas gadījuma iestāšanās brīža ir nepieciešams iesniegt Apdrošinātājam pieteikumu atlīdzības saņemšanai un visus nepieciešamos dokumentus zaudējuma regulēšanas lietas noformēšanai;

**5.1.10.** Savlaicīgi un pilnā apmērā samaksāt apdrošināšanas prēmiju;

**5.1.11.** Nepieļaut iespēju citai personai izmantot savu veselības Apdrošināšanas polisi;

**5.1.12.** Apdrošinātais vai Apdrošinājuma ņēmējs atļauju apstrādāt savus personas datus, tai skaitā sensitīvos personas datus, saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu.

### **5.2. Apdrošinātā (Apdrošinājuma ņēmēja) tiesības:**

**5.2.1.** Apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības līdz apdrošināšanas polises darbības sākumam, pirms termiņa pārtraukt līgumu, rakstiski paziņojot par to Apdrošinātājam.

### **5.3. Apdrošinātāja pienākumi:**

**5.3.1.** Iepazīstināt Apdrošinājuma ņēmēju ar apdrošināšanas nosacījumiem un pēc apdrošināšanas prēmijas samaksas izsniegt apdrošināšanas polisi.

**5.3.2.** Saņemot pieteikumu par apdrošināšanas gadījumu:

**a)** reģistrēt to un pēc Apdrošinājuma ņēmēja pieprasījuma dot rakstisku apstiprinājumu;

**b)** iepazīstināt Apdrošinājuma ņēmēju un Apdrošināto ar apdrošināšanas atlīdzības noteikšanas un izmaksāšanas kārtību.

**5.3.3.** Veikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu saskaņā ar noslēgtā apdrošināšanas līguma un apdrošināšanas noteikumu nosacījumiem.

**5.3.4.** Neizpaust ziņas par Apdrošināto un viņa mantisko stāvokli, izņemot normatīvajos aktos paredzētos gadījumus.

**5.3.5.** Saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem normatīvajiem aktiem, „InterRisk Vienna Insurance Group” AAS, kā sistēmas pārzinis un personas datu operators, var pieprasīt un apstrādāt Apdrošinātas personas datus, tai skaitā sensitīvos personas datus.

### **5.4. Apdrošinātāja tiesības:**

**5.4.1.** Risinot jautājumus par Apdrošinātā transportēšanu vai repatriāciju un sazinoties ar ārstējošo ārstu, pārbaudīt Apdrošinātājam sniegtās ziņas par Apdrošināto un apdrošināšanas gadījuma apstākļiem, kā arī noskaidrot citus jautājumus, kas tieši saistīti ar Apdrošināto.

**5.4.2.** Apdrošinātājs ir tiesīgs ieturēt savā labā līdz 25 % (divdesmit pieciem procentiem) no apdrošināšanas prēmijas, ja apdrošināšanas līgums pēc Apdrošinājuma ņēmēja iniciatīvas tiek pārtraukts pirms tā darbības sākuma vai tā darbības laikā, pirms tam procentuāli ieturot prēmiju par polises izmantoto daļu. Apdrošināšanas prēmiju Apdrošinājuma ņēmējam neatmaksā, ja, saskaņā ar šo līgumu, tiek veikta apdrošināšanas gadījuma izraisīto zaudējumu noteikšana.

**5.4.3.** Nepārvaramas varas apstākļos neizpildīt vai aizkavēt apdrošināšanas līgumā noteikto saistību izpildi, kā arī atkāpties no viena vai vairākiem šajos noteikumos minētajiem ierobežojumiem, vai noteikt papildus ierobežojumus.

**5.4.4.** Izbeigt apdrošināšanas līgumu, rakstiski par to paziņojot 15 (piecpadsmit) dienas iepriekš, šādos gadījumos:

**a)** ja Apdrošinājuma ņēmējs un/vai Apdrošinātais nav ievērojis noslēgtā līguma nosacījumus un ja ir noticis apdrošināšanas gadījums, Apdrošinātājam ir tiesības atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību;

**b)** ja Apdrošinājuma ņēmējs vai Apdrošinātais, slēdzot apdrošināšanas līgumu vai tā darbības laikā, ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ, ir sniedzis Apdrošinātājam nepatiesu informāciju vai 30 (trīsdesmit) dienu laikā no pieprasījuma brīža nav sniedzis Apdrošinātāja pieprasīto informāciju;

**c)** ja tiek konstatēta krāpšana vai tās mēģinājums. Šajā gadījumā Apdrošinātājs var pieprasīt atmaksāt izmaksāto Apdrošināšanas atlīdzību un segt zaudējumus, kas radušies šādas rīcības rezultātā.

**5.4.5.** Apdrošinātājs ir tiesīgs aizkavēt apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanu, paziņojot par to Apdrošinātājam, ja ir nepieciešams pārbaudīt apdrošināšanas gadījuma apstākļus un Apdrošinātā (Apdrošinājuma ņēmēja) iesniegtos dokumentus.

**5.4.6.** Apdrošinātājam ir tiesības atteikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, ja Apdrošinātais:



- a)** savlaicīgi nav paziņojis Apdrošinātājam par apdrošināšanas gadījumu;
- b)** nav iesniedzis Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus, kas apliecina attiecīgā apdrošināšanas gadījuma iestāšanās faktu un zaudējuma apmēru;
- c)** sakarā ar notikušo apdrošināšanas gadījumu apzināti ir sniedzis nepatiesu informāciju vai viltus dokumentus, kā arī ar savām darbībām veicinājis apdrošināšanas gadījuma iestāšanos vai palielinājis zaudējuma apmēru;
- d)** nav saskaņojis izdevumus ar Apdrošinātāju;
- e)** nepamatoti atsacījies izpildīt Apdrošinātāja nozīmētā ārsta norādījumus, kā rezultātā viņam radušies zaudējumi;
- f)** apdrošināšanas atlīdzības neizmaksāšanas iemesli atbilst šo noteikumu 3.nodaļai;
- g)** nav ievērojis likumā "Par apdrošināšanas līgumu" un šajos noteikumos noteiktos pienākumus;
- h)** nav nodrošinājis Apdrošinātājam regresa prasības celšanas tiesības.

## **6. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS NOTEIKŠANA**

- 6.1.** Apdrošināšanas atlīdzība tiek noteikta, ievērojot kompensācijas principu, un proti - izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt Apdrošinātājam apdrošināšanas gadījuma rezultātā radītos zaudējumus.
- 6.2.** Apdrošināšanas atlīdzības noteikšanā tiek ņemti vērā tikai tie izdevumi, kas ir saskaņoti ar Apdrošinātāju. Apdrošināšanas atlīdzība tiek noteikta tās programmas ietvaros, atbilstoši kurai ir noslēgts apdrošināšanas līgums.
- 6.3.** Apdrošinātājs izmaksā Apdrošinātājam apdrošināšanas atlīdzību, ne vairāk kā 700.00 EUR (septiņi simti *euro*) par vienu apdrošināšanas gadījumu.
- 6.4.** Nosakot apdrošināšanas atlīdzību, tiek atskaitīts Apdrošinātā pašrīks, ja tāds ir paredzēts saskaņā ar apdrošināšanas līgumu un šiem noteikumiem.
- 6.5.** Pašrīks ir piemērojams saskaņā ar izvēlētās apdrošināšanas programmas nosacījumiem un Apdrošinātās personas vecumu (sk. šo noteikumu Pielikumu Nr. 2).
- 6.6.** Ja izdevumu summa pārsniedz apdrošināšanas polisē un Pielikumā Nr.1 noteiktos limitus, atlikušo izdevumu daļu sedz Apdrošinājuma ņēmējs, Apdrošinātais vai viņa radnieki.
- 6.7.** Apdrošināšanas atlīdzībā netiek iekļauti netiešie zaudējumi un neiegūtā peļņa.

## **7. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSĀŠANAS KARTĪBA**

- 7.1.** Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta:
  - 7.1.1.** Pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas, 30 (trīsdesmit) dienu laikā Apdrošinātājs pieņem lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai tās noraidīšanu;
  - 7.1.2.** Atlīdzību izmaksā 15 (piecpadsmit) dienu laikā no lēmuma par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu pieņemšanas dienas.
- 7.2.** Apdrošinātājs var pieprasīt iesniegt papildus dokumentus lēmuma pieņemšanai par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu. Ja pieprasītie papildus dokumenti nav iesniegti 30 (trīsdesmit) dienu laikā no pieprasījuma vēstules saņemšanas dienas, tad Apdrošinātājs var atteikt Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu par konkrēto apdrošināšanas gadījumu.
- 7.3.** Apdrošinātājam apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, pamatojoties uz iesniegtajiem dokumentiem.

**7.4.** Ja apdrošināšanas atlīdzību saņem pilnvarota persona, Apdrošinātājam ir jāiesniedz notariāli apstiprinātu pilnvaru.

**7.5.** Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta gadījumos, ja zaudējumu ir atlīdzinājusi trešā persona.

**7.6.** Apdrošināšanas atlīdzība ārvalstu valūtā tiek pārrēķināta *eiro*, pēc Eiropas Centrālās bankas noteiktā valūtas maiņas kursa, apdrošināšanas gadījuma iestāšanās dienā, ja Apdrošinātājs un naudas saņēmējs nav vienojušies savādāk.

**7.7.** Pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas apdrošinājuma summa tiek samazināta veiktās izmaksas apjomā. Apdrošinājuma summa tiek uzskatīta par samazinātu no apdrošināšanas gadījuma iestāšanās brīža.

**7.8.** Atlīdzību izmaksā ar pārskaitījumu uz Apdrošinātā norādīto bankas norēķinu kontu.

**7.9.** Lai Apdrošinātājs varētu pieņemt lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, ir nepieciešams iesniegt:

- a)** Apdrošinātāja noteiktas formas atlīdzības pieteikumu;
- b)** apdrošināšanas polisi;
- c)** pases vai personas apliecības (elektroniskā identifikācijas kartes) kopijas;
- d)** kompetentu iestāžu dokumentu oriģināli, kas apliecina apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un zaudējuma apmēru;
- e)** papildus dokumentus, ko pieprasa Apdrošinātājs.

**7.10.** Lai tiktu kompensēti medicīniskie izdevumi, papildus ir jāiesniedz:

- a)** medicīniskais slēdziens, kurā uzrādīts ierašanās pie ārsta datums un diagnoze;
- b)** rentgena uzņēmumi;
- c)** rēķini par ārstēšanu, kas izrakstīti uz Apdrošinātā vārda un maksājumu dokumenti kuros ir atzīmēta un apstiprināta samaksa;
- d)** rēķini un maksājumu dokumenti par medikamentiem, pārsienamo materiālu iegādāšanos, kas izrakstīti uz Apdrošinātās personas vārdu, un citiem nepieciešamiem izdevumiem, kas izrakstīti uz Apdrošinātā vārda un kuros ir atzīmēta un apstiprināta samaksa.
- e)** dokumenti tiek pieņemti latviešu, krievu vai angļu valodās, citā valodā dokumenti iesniedzami ar notariāli apstiprinātu tulkojumu.

## **8. REGRESA TIESĪBAS**

**8.1.** Pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas, Apdrošinātājs no Apdrošinātā izmaksātās summas apmērā pārņem prasības (regresa) tiesības, kuru Apdrošinātais var izmantot pret personu, kas atbildīga par zaudējumu (kaitējuma) nodarīšanu. Apdrošinātājam ir jānodod Apdrošinātājam visi dokumenti un jāveic nepieciešamās darbības, lai Apdrošinātājs varētu realizēt minētās regresa tiesības.

## **9. PĀRĒJIE NOSACĪJUMI**

**9.1.** Apdrošinājuma ņēmējs un Apdrošinātājs var savstarpēji vienoties par specifiskiem apdrošināšanas līguma izpildes nosacījumiem.

**9.2.** Visi paziņojumi, lūgumi un paskaidrojumi otrai līgumslēdzēju pusei iesniedzami rakstiski.

**9.3.** Apdrošinājumaņēmēja vai Apdrošinātā sūdzības vai pretenzijas, kas iesniegtas rakstiski, Apdrošinātājs izskata un sniedz rakstisku atbildi 30 (trīsdesmit) dienu laikā no sūdzības vai pretenzijas saņemšanas dienas.

**9.4.** Visi strīdi, saistībā ar apdrošināšanas līgumu, kas rodas starp Apdrošinātāju un Apdrošināto, tiek risināti sarunu ceļā. Ja savstarpēja vienošanās netiek panākta, strīds tiek risināts Latvijas Republikas tiesību aktos paredzētajā kārtībā.

**9.5.** Noteikumi sastādīti latviešu, krievu un angļu valodās ar vienādu tekstu. Ja tomēr rodas strīds par noteikumu atšķirībām latviešu, krievu vai angļu valodas tekstos, ir jāņem vērā noteikumu latviešu valodas tekstā lietoto vārdu, vārdu savienojumu un izteikumu burtiskā nozīme.

**Pielikums Nr. 1**

Veselības apdrošināšanas noteikumu  
iebraucējiem Latvijas Republikā un Šengenas valstu teritorijā Nr. 9E-LV”

**APDROŠINĀŠANAS PROGRAMMA IEBRAUCĒJIEM LATVIJAS REPUBLIKĀ UN  
ŠENGENAS VALSTU TERITORIJĀ**

<b>Nr.p.k.</b>	<b>Apdrošinātie riski</b>	<b>Apdrošinājuma summas, EUR</b>
1.	Medicīniskie izdevumi, hospitalizācija sakarā ar pēkšņu saslimšanu vai nelaiemes gadījumu	līdz 30 000,-
2.	Medicīniskā transportēšana, evakuācija	līdz 15 000,-
3.	Repatriācija	līdz 5 000,-
<b>Kopējā apdrošinājuma summa</b>		<b>līdz 50 000,-</b>

**Pielikums Nr. 2**

„Veselības apdrošināšanas noteikumu  
iebraucējiem Latvijas Republikā un Šengenas valstu teritorijā Nr. 9E-LV”

**PAŠRISKA APMĒRI**

Medicīniskiem izdevumiem tiek piemērots pašrisks, kura apmērs atkarīgs no apdrošinātas personas vecuma:

<b>Apdrošinātas personas vecums</b>	<b>Pašriskā summa, EUR</b>
0-49 gadi	<b>15,-</b>
50-59 gadi	<b>28,-</b>
60-75 gadi	<b>70,-</b>
76-80 gadi	<b>110,-</b>
no 81 gadiem	<b>150,-</b>