

COMPENSA IEBRAUCĒJU APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI NR. CNR 4.2.15

(Apstiprināts "Compensa Vienna Insurance Group" UADB 2015. gada 28. decembra valdē)

I NODAĻA. TERMINI

I. TERMINU SKAIDROJUMI

I.1. APDROŠINĀTĀJS – "Compensa Vienna Insurance Group" ADB Latvijas filiāle, reģ. nr. 40103942087, adrese: Vienības gatve 87h, Rīga, LV-1004.

I.2. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS – juridiska vai fiziska persona, kas noslēgusi Apdrošināšanas līgumu savā vai citas personas labā.

I.3. APDROŠINĀTAIS – Apdrošināšanas polisē norādītā fiziskā persona kurai ir apdrošināmā interese, un, kuras labā ir noslēgts Apdrošināšanas līgums.

I.4. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMS – Apdrošinātāja un Apdrošinājuma ņēmēja vienošanās, saskaņā ar kuru Apdrošinājuma ņēmējs uzņemas saistības maksāt Apdrošināšanas prēmiju līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt citas līgumā noteiktās saistības, bet Apdrošinātājs uzņemas saistības, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt līgumā norādītajai personai Apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši līgumam. Apdrošināšanas līgums sastāv no Apdrošināšanas polises un Apdrošināšanas noteikumiem.

I.5. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBA – par Apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā summa vai nodrošināmo pakalpojumu izmaksas.

I.6. APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMS – ar Apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts pēkšņs un iepriekš neparedzams, no Apdrošinātā gribas neatkarīgs notikums, kuram iestājoties, paredzēta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši Apdrošināšanas līgumam.

I.7. APDROŠINĀŠANAS OBJEKTS – personas dzīvība, veselība vai fiziskais stāvoklis, mantiskās vērtības vai intereses.

I.8. APDROŠINĀŠANAS PERIODS – laika periods, uz kuru noslēgts Apdrošināšanas līgums.

I.9. APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA – Apdrošināšanas līgumā noteiktais maksājums par apdrošināšanu.

I.10. APDROŠINĀTAIS RISKS – Apdrošināšanas līgumā norādītais no Apdrošinātā gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē.

I.11. APDROŠINĀJUMA SUMMA – Apdrošināšanas līgumā norādītais maksimālais naudas apmērs, kuru Apdrošinātājam var rasties pienākums izmaksāt vienam Apdrošinātajam, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam.

I.12. APDROŠINĀŠANAS LIMITS – Apdrošināšanas līgumā īpaši noteikta Apdrošinājuma summa, kas ir maksimālā Apdrošināšanas atlīdzība konkrētam Apdrošinātajam riskam.

I.13. ATLĪDZĪBAS LIMITS – apdrošināšanas līgumā noteikta maksimālā apdrošināšanas atlīdzība vienam apdrošināšanas gadījumam konkrētam Apdrošinātajam riskam.

I.14. APDROŠINĀŠANAS POLISE VAI POLISE – rakstveida dokuments vai elektroniskā izdrukā, kas apliecina Apdrošināšanas līguma noslēgšanu.

I.15. APDROŠINĀŠANAS TERITORIJA – Apdrošināšanas polisē norādītā ģeogrāfiskā teritorija, kurā ir spēkā Apdrošināšanas līgums. Apdrošināšanas līgums ir spēkā Latvijas Republikā un pārējās Šengenas līguma dalībvalstīs (Austrijā, Beļģijā, Dānijā, Somijā, Francijā, Vācijā, Itālijā, Grieķijā, Luksemburgā, Nīderlandē, Portugālē, Spānijā, Zviedrijā, Norvēģijā, Islandē, Čehijā, Igaunijā, Lietuvā, Maltā, Polijā, Slovēnijā, Slovākijā, Ungārijā, Šveicē).

I.16. NEATLIEKAMĀ MEDICĪNISKĀ PALĪDZĪBA – medicīniskā palīdzība, kuras nesniegšanas gadījumā ir apdraudēta Apdrošinātā dzīvība.

I.17. PĒKŠŅA SMAGA SASLIMŠANA – neparedzama, pirms Apdrošināšanas perioda neizpauzies saslimšana, kuras dēļ Apdrošinātajam ir nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība.

I.18. HRONISKA SLIMĪBA – saslimšana, kas ilgstoši, pakāpeniski turpinās un periodiski atkārtojas, neatkarīgi no tā, vai šāds veselības stāvoklis ir vai nav diagnosticēts pirms Apdrošināšanas polises darbības sākuma.

I.19. HRONISKAS SLIMĪBAS PAASINĀJUMS – hroniskas slimības raksturīgo simptomu pēkšņa parādīšanās vai norises strauja pasliktināšanās Apdrošināšanas periodā, kā rezultātā Apdrošinātajam ir nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība.

I.20. NELAIMES GADĪJUMS – pēkšņs, no Apdrošinātā gribas neatkarīgs, cēloniskā sakarībā ar ārēju spēku iedarbību Apdrošināšanas līguma darbības laikā radies notikums, kura rezultātā Apdrošinātā veselībai vai dzīvībai ir nodarīts kaitējums, kā rezultātā Apdrošinātajam ir nepieciešama Neatliekamā medicīniskā palīdzība.

I.21. REPATRIĀCIJA – medicīniski pamatota un ar Apdrošinātāju saskaņota Apdrošinātā vai tā mirstīgo atlieku transportēšana uz viņa mītnes zemi.

I.22. MĪTNES ZEME – valsts, kura ir Apdrošinātā pilsonības vai pastāvīgās dzīvesvietas valsts, vai valsts, kura izsniegusi Apdrošinātajam pastāvīgās uzturēšanās vai termiņuzturēšanās atļauju, ja tā nav Latvijas Republika.

I.23. PAŠRISKS – Apdrošināšanas polisē norādītā, naudas izteiksmē vai procentos izteiktā zaudējumu daļa, ko atskaita no atlīdzināmajiem zaudējumiem, aprēķinot Apdrošināšanas atlīdzību par katru Apdrošināšanas gadījumu, vai kuru sedz Apdrošinātais. Pašrisks vienmēr tiek noteikts attiecībā uz katru Apdrošināto.

I.24. EIROPAS VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS KARTE (EVAK) – Eiropas veselības apdrošināšanas karte, kas apliecina tiesības saņemt Neatliekamo medicīnisko palīdzību tādā pašā apjomā, kādā tā tiek nodrošināta attiecīgās valsts iedzīvotājiem.

I.25. ĀRSTNICĪBAS PERSONA – sertificēta ārstniecības persona, kas ir saņēmusi ārstniecības personas sertifikātu un ieguvusi tiesības praktizēt kādā noteiktā medicīnas specialitātē.

I.26. DISTANCES APDROŠINĀŠANAS LĪGUMS – Apdrošināšanas līgums, ko Apdrošinātājs un Apdrošinājuma ņēmējs noslēdz, pamatojoties uz Apdrošinātāja rakstveida piedāvājumu un rēķinu vai ar kataloga, presē publicētas reklāmas, kurai pievienots pasūtījuma kupons, telefona, interneta, elektroniskā pasta, televīzijas, radio un citu informācijas nosūtīšanas vai pārraidīšanas līdzekļu starpniecību. Distances apdrošināšanas līguma noslēgšanas apliecinājums ir Apdrošināšanas prēmijas samaksa, ko veicis Apdrošinājuma ņēmējs, Apdrošinātais vai kāda cita persona Apdrošinājuma ņēmēja vārdā vai interesēs, norādot Apdrošināšanas līguma, polises vai rēķina numuru.

I.27. REGRESA PRASĪBA – prasības tiesības pret personu, kas ir atbildīga par zaudējumiem vai to nodarīšanu.

II NODAĻA. APDROŠINĀTIE RISKI

2. MEDICĪNISKIE IZDEVUMI

2.1. Medicīniskie izdevumi šo noteikumu izpratnē ir neatliekamie medicīniskie izdevumi, kas radušies Apdrošinātajam Latvijas Republikā vai citu Šengenas līguma dalībvalstu teritorijā par Neatliekamo medicīnisko palīdzību akūta, dzīvībai bīstama veselības stāvokļa



pasliktināšanās dēļ pēkšņas saslimšanas, hroniskas slimības pēkšņa paasinājuma vai nelaimes gadījuma rezultātā, ja šādi izdevumi netiek segti ar Eiropas veselības apdrošināšanas karti vai saskaņā ar citiem normatīvajiem aktiem.

2.2. Apdrošinātājs atlīdzina pamatotos un dokumentāli pierādāmos medicīniskos izdevumus par saņemto Neatliekamo medicīnisko palīdzību akūta, dzīvībai bīstama stāvokļa novēršanai vistuvāk nelaimes gadījuma vai pēkšņas saslimšanas vietai, kas saistīti ar medicīnā vispārārstītu metožu lietošanu ambulatori un/vai stacionāri, atkarībā no saslimšanas rakstura, ko nozīmējusi un sniegusi sertificēta ārstniecības iestāde vai persona.

2.3. Papildus medicīniskajiem izdevumiem Apdrošinātājs, nepārsniedzot Polise norādītu medicīnisko izdevumu Apdrošinājuma summu un apdrošināšanas limitu katram konkrētajam Apdrošinātajam riskam, atlīdzina pamatotos un dokumentāli pierādāmos, noteiktus izdevumus šādiem riskiem:

2.3.1. Neatliekamā zobārstniecība

2.3.1.1. Apdrošinātājs sedz izdevumus par neatliekamo, sāpes remdinošu stomatoloģisko palīdzību, kas ir augoņu (mutes dobuma abscesu) atvēršana, zobu saknes ārstēšanas uzsākšana, pagaidu pildījuma ielikšana vai zoba izraušana pirmā apmeklējuma laikā.

2.3.2. Medicīniskais transports

2.3.2.1. Tiek segti izdevumi par Apdrošināta transportēšanu līdz tuvākai medicīnas iestādei, ja Neatliekamā medicīniskā palīdzība ir nepieciešama sakarā ar akūtu, dzīvībai bīstamu veselības stāvokļa pasliktināšanos pēkšņas saslimšanas, hroniskas slimības pēkšņa paasinājuma vai nelaimes gadījuma rezultātā un saskaņā ar ārstniecības personas medicīnisko atzinumu Apdrošināto ir nepieciešams nogādāt medicīnas iestādē.

2.3.3. Slimnieka repatriācija

2.3.3.1. Apdrošinātājs sedz ārstniecības personas medicīniski pamatotos, ar Apdrošinātāju rakstiski saskaņotus Apdrošinātā transportēšanas izdevumus uz viņa Mītnes zemi, ja transportēšana ir nepieciešama sakarā ar akūtu, dzīvībai bīstamu veselības stāvokļa pasliktināšanos pēkšņas saslimšanas, hroniskas slimības pēkšņa paasinājuma vai nelaimes gadījuma rezultātā.

2.3.4. Repatriācija nāves gadījumā

2.3.4.1. Apdrošinātājs sedz ar Apdrošinātāju rakstiski saskaņotus Apdrošinātā mirstīgo atlieku transportēšanas izdevumus līdz Mītnes zemei Apdrošinātā nāves gadījumā, kas iestājusies pēkšņas saslimšanas, hroniskas slimības pēkšņa paasinājuma vai Nelaimes gadījuma rezultātā.

2.3.4.2. Apdrošinātājs sedz transportēšanas izdevumus līdz Apdrošināta mītnes zemes robežai vai mītnes zemes lidostai, ja repatriācija tika veikta ar lidmašīnu.

3. IZNĒMUMI

3.1. Apdrošinātājs neatlīdzina zaudējumus:

3.1.1. par medicīnisko palīdzību, ja tā nav saistīta ar neatliekamu palīdzību, kas nepieciešama pēkšņas saslimšanas vai nelaimes gadījuma seku novēršanai, kas ir bīstamas Apdrošinātā dzīvībai;

3.1.2. par plānveida zobārstniecību – ārsta konsultācijām, zobu ārstēšanu un protezēšanu, implantoloģiju, rentgena diagnostiku, ārstēšanā izmantotiem medikamentiem un palīg līdzekļiem, mutes dobuma higiēnu, paradonta slimību ārstēšanu;

3.1.3. par ar grūtniecību saistītajiem medicīniskajiem pakalpojumiem, tai skaitā, grūtniecības pārtraukšanu, dzemdībām un pēcdzemdību komplikācijām;

3.1.4. par medicīnisko palīdzību, kas saistīta ar slimību, tai skaitā hronisku slimību diagnostiku un ārstēšanu, ar kuru Apdrošinātais saslima

pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas, neatkarīgi no tā, vai pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas slimība bija diagnosticēta vai nē, izņemot neatliekamo medicīnisko palīdzību Apdrošināta dzīvības glābšanai;

3.1.5. hronisku slimību ārstēšanu, izņemot pirmreizējo Neatliekamo medicīnisko palīdzību Apdrošināšanas polises darbības laikā;

3.1.6. par psihiatrisko, psihoterapeitisko un seksopatoloģisko, seksuāli transmisīvo slimību, HIV/AIDS ārstēšanas, ka arī par ārstēšanos no alkoholisma, narkomānijas, toksikomānijas, smēķēšanas vai šo vielu lietošanas rezultātā radušos veselības kaitējumu, to diagnostiku un ārstēšanu;

3.1.7. par medicīnisko palīdzību, kas saistīta ar iedzimtu, pārmantotu, pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas iegūtu, anomāliju un onkoloģisku slimību ārstēšanu neatkarīgi no slimības stadijas;

3.1.8. kas saistīti ar medicīnisko rehabilitāciju, ārstēšanos kūrortos un sanatorijās, paaugstināta komforta un servisa pakalpojumiem, kosmētisko ārstēšanu, plastisko ķirurģiju, audu un orgānu transplantāciju, protezēšanu (tai skaitā protēžu izgatavošanu, iegādi, labošanu), sirds un asinsvadu operācijām, netradicionālām ārstēšanas metodēm, anonīmi veiktu ārstēšanu, ārstēšanu bez noteiktas diagnozes vai, kas neatbilst uzstādītai diagnozei, vai neatbilst tas valsts tiesību aktiem, kur veikta ārstēšana;

3.1.9. par tehniskajiem un medicīniskajiem palīg līdzekļiem un ierīcēm, medikamentiem, homeopātiskajiem līdzekļiem;

3.1.10. par jebkuriem slimnieka repatriācijas izdevumiem vai repatriācijas izdevumiem nāves gadījumā, kas nav saskaņoti ar Apdrošinātāju vai pārsniedz minimāli nepieciešamos, lai nodrošinātu Apdrošinātu vai tā mirstīgo atlieku transportēšanu uz mītnes zemi, kā arī kas radušies šo noteikumu izņēmumos minēto veselības traucējumu dēļ;

3.1.11. ja Apdrošinātais neievēro ārstniecības personas norādījumus.

3.2. Par Apdrošināšanas gadījumu netiek atzīts un Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja zaudējumi radušies:

3.2.1. kara, invāzijas vai karam līdzīgas darbības (neatkarīgi no tā, vai karš pieteikts vai nē), terora aktu, pilsoņu kara, lokautu, sabiedrisko nemieru, sacelšanās, dumpju, streiku, pretošanās kustību, revolūcijas, militāra vai cita apvērsuma, komandantstundas noteikšanas vai aplenkuma, vai citu gadījumu, kuriem seko aplenkums vai komandantstundas noteikšana, rezultātā;

3.2.2. normatīvo aktu, valsts vai pašvaldību lēmumu pieņemšanas rezultātā, tai skaitā, bet ne tikai konfiskācijas, atsavināšanas valsts vajadzībām, kā arī īpašuma iznīcināšanas vai bojāšanas rezultātā, ja to ir sankcionēšanas valsts varas iestādes;

3.2.3. kodolsprādziena, atomenerģijas, radiācijas, radioaktīvā piesārņojuma, jonizējošā starojuma rezultātā;

3.2.4. globālas vai reģionāla mēroga dabas katastrofas rezultātā, ja valsts vai pašvaldības iestādes ir izsludinājušas ārkārtējo situāciju, kas saistīta ar iedzīvotāju masveida upuriem (cietušajiem) vai zaudējumiem tautsaimniecībai, vai kaitējumu videi, vai saimnieciskās darbības piespiedu apstāšanos, vai, kad nepieciešami avārijas un glābšanas darbi un ārkārtējo situāciju izraisīto seku likvidēšanas pasākumi;

3.2.5. Apdrošinātā, Apdrošinājumaņēmēja vai citas Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanā ieinteresētās personas ļauna nolūka, rupja neuzmanības vai noziedzīgas darbības rezultātā;

3.2.6. Apdrošinātā tīša darbības, tai skaitā Apdrošinātā pašnāvības, pašnāvības mēģinājuma, sevis pakļaušanas ārkārtējām briesmām rezultātā, izņemot cilvēka dzīvības glābšanas gadījumu.

3.3. Par Apdrošināšanas gadījumu netiek atzīts un Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja zaudējumi radušies:



3.3.1. Apdrošinātajam esot alkoholisko, psihotropo, toksisko, narkotisko un citu apreibinošu vielu ietekmē, tai skaitā ārsta neizrakstīti medikamentu lietošanas rezultātā;

3.3.2. Apdrošinātajam ciešot ceļu satiksmes negadījumā, ja transportlīdzekli vadījis pats Apdrošinātais bez tiesībām vadīt attiecīgās kategorijas transportlīdzekli vai esot alkoholisko, psihotropo, toksisko, narkotisko vielu ietekmē, kā arī gadījumā, ja Apdrošinātais braucis transportlīdzeklī, kuru vadījusi persona bez tiesībām vadīt attiecīgās kategorijas līdzekli vai tā bijusi alkoholisko, psihotropo, toksisko, narkotisko vielu ietekmē un Apdrošinātais bijis par to informēts;

3.3.3. Apdrošinātajam piedaloties, veicot vai mēģinot veikt krimināli vai administratīvi sodāmu darbību;

3.3.4. Apdrošinātajam iesaistoties vai piedaloties aktīvā militārā dienesta operācijās vai apmācībās, pildot darba un/vai brīvprātīgas personas pienākumus policijā, robežsardzē, ugunsdzēsības dienestā, zemessardzē, vai jebkurā citā militarizētā organizācijā vai formējumā;

3.3.5. Apdrošinātajam strādājot kodolreaktoros, dekompresijas kamerās, ar toksiskām ķīmikālijām, sprāgstvielām vai municiju ražošanā, kalnrūpniecībā, veicot stividoru darbus, esot kuģa vai lidmašīnas komandas loceklim, strādājot ārpus sauszemes, piemēram, uz naftas ieguves platformām;

3.3.6. Apdrošinātajam lidojot jebkurā lidaparātā, kas nepieder aviosabiedrībai vai nav reģistrēts kā pasažieru pārvadāšanas līdzeklis lidojumiem noteiktā maršrutā,

3.3.7. Apdrošinātajam braucot ar sauszemes motociklu, motorolleru, kvadraciklu, ūdens motociklu, kartingu;

3.3.8. Apdrošinātajam nodarbojoties ar sporta veidiem vai aktivitātēm tādiem kā: pārgājieni kalnos augstāk par 2500 metru virs jūras līmeņa, kāpšana klintīs, alpinisms, niršana alās, niršana ar elpošanas aparātiem, zemūdens peldēšana, raftings, helibordings, lēkšana ar izpletņiem, gumiju vai spārnoto kombinezonu, kajakošana, lidošana ar deltaplānu, paraplānu, planieri, speleoloģija, parkūrs, riteņbraukšana kalnos, airēšana, autosports, beisbols, burāšana, cīņas sporta veidi, kartings, kaitsērfings (kaitbords), regbijs, sendbordings, sērfings, vindsērfings, ūdens slēpošana, jāšana ar zirgiem, ātrslidošana, biatlons, bobslejs, daiļslidošana, distanču slēpošana, hokejs, kalnu slēpošana, frīraidings, kamanīņu braukšana, lauka hokejs, skeletoni, slaloms, braukšana ar sniega motocikliem, snovbords, šorttreks un citi līdzīgi paaugstināta riska sporta veidi un aktivitātes neatkarīgi no tā, vai tā ir individuāla vai organizēta nodarbībā, treniņi, sacensības, vai jebkāda cita veida laika pavadīšana;

3.3.9. Apdrošinātajam nodarbojoties ar profesionālo sportu, kura mērķis ir sporta rezultātu sasniegšana, piedaloties sacensībās, spēlēs vai treniņos, neatkarīgi no tā, vai tas ir vai nav Apdrošinātāja ienākuma avots;

3.3.10. Apdrošinātajam neievērojot tās valsts, kuras teritorijā atradās, spēkā esošus normatīvos aktus;

3.3.11. Apdrošinātajam neievērojot piesardzību un neveicot visas iespējamās, nepieciešamās darbības, lai novērstu un mazinātu zaudējumus.

3.4. Ja Apdrošināšanas polisē nav īpaši norādīts, vai puses par to nav īpaši vienojušies, tad par Apdrošināšanas gadījumu netiek atzīts, un Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta ja zaudējumi radušies Apdrošinātajam strādājot algotu vai brīvprātīgo fizisku darbu, kas ietver fizisku slodzi vai piepūli.

3.5. Par Apdrošināšanas gadījumu netiek atzīts, un Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta:

3.5.1. par zaudējumiem, kas saistīti ar darba nespēju, negūto peļņu, morālo kaitējumu;

3.5.2. ja Apdrošinātajam uz Apdrošināšanas gadījuma brīdi nav izsniegta un spēkā esoša vīza vai pastāvīgās uzturēšanās vai termiņuzturēšanās atļauja;

3.5.3. par zaudējumiem, kurus saskaņā ar spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem paredzēts segt ar jebkāda veida obligāto apdrošināšanu;

3.5.4. ja Apdrošinātais nav saglabājis un nevar iesniegt apmaksātos čekus un citus dokumentus, kas pierāda notikuma faktu un zaudējuma apmēru;

3.5.5. ja Apdrošinātais nav izpildījis kādu no šo noteikumu 5. punktā norādītiem pienākumiem vai apzināti sniedzis nepatiesu informāciju;

3.5.6. ja Apdrošinātais nav pieteicis Apdrošināšanas atlīdzību par paša Apdrošinātāja apmaksātajiem izdevumiem 30 dienu laikā pēc Polises darbības beigu termiņa.

III NODAĻA. VISPĀRĪGIE NOTEIKUMI

4. APDROŠINĀJUMA SUMMA

4.1. Apdrošinājuma summa ir Apdrošināšanas līgumā norādītais maksimālais naudas apmērs, kuru Apdrošinātajam var rasties pienākums izmaksāt vienam Apdrošinātajam, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam.

4.2. Kopējā izmaksājamā Apdrošināšanas atlīdzība vienai personai par vienu vai vairākiem Apdrošināšanas gadījumiem, kas notikuši Apdrošināšanas polises darbības periodā, nedrīkst pārsniegt Apdrošinājuma summu.

4.3. Līgums pēc Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas paliek spēkā un konkrētā Apdrošināšanas riska Apdrošinājuma summa tiek samazināta par izmaksātās Apdrošināšanas atlīdzības summas apmēru.

5. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA UN APDROŠINĀTĀ PIENĀKUMI

5.1. Apdrošinājuma ņēmēja pienākums ir informēt Apdrošinātāju par to, ka viņš ir apdrošināts un iepazīstināt viņu ar Apdrošināšanas līguma noteikumiem. Pretējā gadījumā Apdrošinājuma ņēmējs atbild par neinformētības sekām.

5.2. Noslēdzot Apdrošināšanas līgumu, Apdrošinājuma ņēmēja un Apdrošinātāja pienākums ir sniegt Apdrošinātājam precīzu un patiesu informāciju, kurai ir nozīme Apdrošinātāja riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai un kas ir svarīga, slēdzot Apdrošināšanas līgumu, kā arī Apdrošināšanas līguma darbības laikā.

5.3. Paziņot Apdrošinātājam par citiem spēkā esošajiem Apdrošināšanas līgumiem, kas attiecas uz to pašu Apdrošinātāju risku.

5.4. Nodrošināt Apdrošinātāja vai viņa pilnvarotā pārstāvja iespēju konstatēt un novērtēt Apdrošināšanas gadījuma cēloņus, apstākļus un zaudējumu apmēru. Ja nepieciešams Apdrošinātajam ir pienākums pilnvarot Apdrošinātāju iepazīties ar iesniegto informāciju, tai skaitā medicīnas dokumentāciju, nepieciešamības gadījumā pieprasīt papildus dokumentus un pieaicināt ekspertu komisiju. Apdrošinātais piekrist ekspertīzei pie Apdrošinātāja izvēlēta ārsta eksperta veselības stāvokļa pārbaudei sakarā ar Apdrošināšanas gadījumu.

5.5. Iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, veikt visus iespējamās saprātīgos pasākumus, lai iespēju robežās samazinātu zaudējumu apjomu un izvairītos no liekiem izdevumiem.

5.6. Iestājoties pēkšņam saslimšanas vai nelaimes gadījumam, kad Apdrošinātajam ir nepieciešama Neatliekamā medicīniskā palīdzība, viņa pienākums ir nekavējoties, bet ne vēlāk kā 24 stundu laikā, vērsties pie kvalificēta praktizējoša ārsta un saņemt nepieciešamo medicīnisko palīdzību.

5.7. Nekavējoties, tiklīdz tas kļūst iespējams, paziņot Apdrošinātājam vai tā pārstāvim par Apdrošinātāja riska iestāšanos.

5.8. Tiklīdz tas kļūst iespējams, bet ne vēlāk kā 30 dienu laikā pēc Polises darbības beigām, paziņot Apdrošinātājam par paša Apdrošinātāja



apmaksātajiem izdevumiem un/vai zaudējumiem, kas ir radušies Apdrošinātā riska iestāšanās rezultātā, kā arī iesniegt Apdrošinātājam dokumentus, kas apstiprina Apdrošinātā riska iestāšanos, tā apstākļus, zaudējumu apjomu un citus Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus.

6. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS SAŅEMŠANAI IESNIEDZAMIE DOKUMENTI

6.1. Lai Apdrošinātājs varētu konstatēt, vai ir iestājies Apdrošināšanas gadījums, un novērtētu zaudējumu apmēru, personai, kas pretendē saņemt Apdrošināšanas atlīdzību, jāiesniedz Apdrošinātājam šādi dokumenti:

6.1.2. Apdrošināšanas atlīdzības pieteikums;

6.1.3. vīza vai uzturēšanās atļauja – pēc Apdrošinātāja pieprasījuma;

6.1.4. visi čeku vai rēķinu oriģināli, kuros norādītas ziņas par pakalpojuma saņēmēju (vārds, uzvārds, dzimšanas dati) un pakalpojuma sniedzēju (nosaukums, reģistrācijas numurs, bankas rekvizīti), sniegtā pakalpojuma precīzs nosaukums un apjoms, pakalpojuma sniegšanas sākuma un beigu datums, kā arī detalizēts izdevumu saraksts;

6.1.5. medicīnas iestādes izziņa, kas apstiprina nelaimes vai saslimšanas gadījumu, kur norādīta pilna diagnoze, pielietotā ārstēšana, izmeklējumu rezultāti, kas apstiprina diagnozi un citi ar Apdrošināšanas gadījumu saistītie saņemtie ārstniecības pakalpojumi, repatriācijas gadījumā – ārsta atzinums par medicīniski pamatotu un nepieciešamu repatriāciju;

6.1.6. dokuments, kas apliecina Apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību – dzimšanas apliecību, pasi, notariāli apliecinātu pilnvaru, bāriņtiesas vai pagasttiesas lēmumu;

6.1.7. Apdrošināta nāves gadījumā – miršanas apliecības kopiju, uzrādot oriģinālu;

6.1.8. citus Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus, lai noteiktu Apdrošināšanas atlīdzības pamatojumu un apmēru.

7. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBA

7.1. Iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinātājam vai viņa pārstāvim par saņemtajiem pakalpojumiem sākotnēji jānorēķinās pašam no personīgajiem līdzekļiem.

7.2. Apdrošinātājs pieņem lēmumu par to, vai notikušais negadījums kvalificējams kā Apdrošināšanas gadījums un par pilnīgu vai daļēju Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību ne vēlāk kā 30 darba dienu laikā, sākot skaitīt no visu Apdrošināšanas atlīdzības prasības izskatīšanai nepieciešamo dokumentu - rakstisku Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu, zaudējumu apmēru apstiprinošu dokumentu, izziņu, pilnvaru un citu, saņemšanas brīža un nosūta lēmumu Apdrošinājumaņēmējam, Apdrošinātājam vai viņa pilnvarotai personai. Ja Apdrošinātājam objektīvu iemeslu dēļ nav iespējams ievērot šo termiņu, Apdrošinātājs var to pagarināt uz laiku līdz 6 mēnešiem no dienas, kad saņemts pieteikums par Apdrošināšanas gadījuma iestāšanos, rakstiski informējot par to personu, kurai ir tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību.

7.3. Apdrošinātājs, pieņemot lēmumu par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, aprēķina tās apmēru saskaņā ar Apdrošināšanas līguma nosacījumiem, ņemot vērā Apdrošinātos riskus, pielietojot kompensācijas principu, atlīdzinot dokumentāli pierādāmos un saprātīgos Apdrošinātā izdevumus.

7.4. Ja saistībā ar Apdrošināšanas gadījumu pret Apdrošinājumaņēmēju, Apdrošināto vai personu, kurai ir tiesības saņemt Apdrošināšanas atlīdzību ir ierosināta administratīvā lieta vai kriminālprocess, lēmumu par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu Apdrošinātājs pieņem tikai pēc tam, kad ir stājies likumīgā spēkā tiesas spriedums vai lēmums attiecīgajā lietā un tas ir iesniegts Apdrošinātājam.

7.5. Ja līdz brīdim, kad tiek veikta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa, Apdrošinājumaņēmējs nav samaksājis visu Apdrošināšanas prēmiju, Apdrošinātājs ir tiesīgs ieturēt vai pieprasīt samaksāt nesamaksāto Apdrošināšanas prēmijas daļu neatkarīgi no tā, vai ir iestājies Apdrošināšanas prēmijas samaksas termiņš.

7.6. Apdrošinātā nāves gadījumā – Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt liķa sekciju, apmaksājot sekcijas izdevumus, izņemot gadījumā, ja šos izdevumus saskaņā ar normatīviem aktiem ir pienākums apmaksāt citai personai.

7.7. Apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātājs izmaksā Apdrošinātājam, viņa pilnvarotai personai vai citai personai, kura ir tiesīga saņemt Apdrošināšanas atlīdzību.

7.8. No Apdrošināšanas atlīdzības Apdrošinātājs atskaita pašrisku par katru Apdrošināšanas gadījumu, ja tāds ir noteikts Apdrošināšanas līgumā.

7.9. Apdrošinātājs, pirms veikta pilnīga zaudējumu aprēķināšana, var izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzības daļu tādā apmērā, kādu neapstrīd neviena no pusēm.

7.10. Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību 5 darba dienu laikā pēc lēmuma par Apdrošināšanas atlīdzību pieņemšanas dienas.

7.11. Apdrošināšanas līgums, saskaņā ar kuru Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību, paliek spēkā līdz Polisei norādītajam termiņam, ņemot vērā Apdrošināšanas līgumā norādīto Apdrošinājuma summu konkrētajam riskam, kura samazināta par izmaksāto Apdrošināšanas atlīdzības summu.

7.12. Apdrošinātais ar Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas brīdi nodod Apdrošinātājam savas prasījuma tiesības izmaksātās Apdrošināšanas atlīdzības apmērā pret personu, kas ir atbildīga par zaudējumiem.

8. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA NOSLĒGŠANA UN SPĒKĀ ESAMĪBA

8.1. Apdrošināšanas līgums tiek slēgts, pamatojoties uz Apdrošinājumaņēmēja un Apdrošinātā Apdrošinātājam sniegto informāciju. Apdrošinātājs apkopo Apdrošinājumaņēmēja sniegto informāciju un atspoguļo to Apdrošināšanas polisē.

8.2. Apdrošināšanas līgumu var noslēgt klātienē vai izmantojot informācijas nosūtīšanas un pārraidīšanas distances līdzekļus (distances saziņas līdzekļus). Izmantojot distances saziņas līdzekļus, tiek noslēgts Distances apdrošināšanas līgums.

8.3. Noslēdzot Apdrošināšanas līgumu, Apdrošinātājs var izsniegt Apdrošināšanas polisi ar Apdrošinātāja pārstāvja parakstu vai nosūtīt elektroniski no Apdrošinātāja datu sistēmas sagatavotu Apdrošināšanas polises izdrukku.

8.4. Apdrošinājumaņēmējs apstiprina Apdrošināšanas līguma (tai skaitā distances apdrošināšanas līguma) noslēgšanu un tajā norādītās informācijas patiesumu, veicot Apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas, ja Apdrošināšanas prēmijas samaksa ir noteikta vairākās daļās, samaksu Apdrošināšanas polisē norādītajā kārtībā, termiņā un apmērā vai arī parakstot Apdrošināšanas līgumu elektroniski vai pašrocīgi.

8.5. Apdrošināšanas līgums stājas spēkā Apdrošināšanas polisē norādītajā datumā un laikā, ja ir veikta Apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas, ja Apdrošināšanas prēmijas samaksa ir noteikta vairākās daļās, samaksa Apdrošināšanas polisē norādītajā kārtībā, termiņā un apmērā.

8.6. Apdrošināšanas līgums ir spēkā tikai attiecībā uz Apdrošināšanas līgumā norādītajiem Apdrošinātajiem riskiem un norādītajā Apdrošināšanas teritorijā.

8.7. Apdrošināšanas līgums ir noslēgts latviešu valodā, ja vien



Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs rakstiski nav vienojušies par Apdrošināšanas līguma noslēgšanu arī svešvalodā. Ja Apdrošināšanas līgumā ir lietota latviešu valoda un svešvaloda, tad pretrunu gadījumā priekšroka ir Apdrošināšanas līguma tekstam latviešu valodā.

9. APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA UN TĀS SAMAKSAS KĀRTĪBA

9.1. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums veikt Apdrošināšanas prēmijas samaksu Apdrošināšanas polisē vai rēķinā norādītā kārtībā, termiņos un apmērā neatkarīgi no tā, vai ir izsniegts vai nosūtīts rēķins Apdrošināšanas prēmijas vai tās daļas samaksu.

9.2. Ja Apdrošinātājs nav saņēmis Apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas apmaksu Apdrošināšanas polisē norādītajā apmērā un/vai termiņā, tad Apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā, un Apdrošinātājam ir tiesības atmaksāt saņemto Apdrošināšanas prēmiju vai attiecīgi tās pirmo daļu. Šajā gadījumā Apdrošinātājam 10 darba dienu laikā no Apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas samaksas dienas ir jāatmaksā Apdrošinājumaņēmējam iemaksātā Apdrošināšanas prēmija vai tās pirmā daļa, vai jāiesniedz Apdrošinājumaņēmējam lūgums paziņot Apdrošinātājam Apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas atmaksas veidu.

9.3. Ja Apdrošinātājs 9.2. punktā noteiktajā termiņā neveic Apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas atmaksu vai neiesniedz Apdrošinājumaņēmējam 9.2. punktā minēto lūgumu, Apdrošināšanas līgums ir spēkā ar Apdrošināšanas polisē norādīto spēkā stāšanās dienu.

9.4. Ja Apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas samaksa veikta pēc Apdrošināšanas polisē noteiktā termiņa un/vai tā nav veikta pilnā apmērā un līdz Apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas samaksas dienai ir iestājies Apdrošināšanas gadījums, uzskatāms, ka Apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā un Apdrošinātājam ir pienākums paziņot Apdrošinājumaņēmējam par šā līguma spēkā neesamību un atmaksāt saņemto Apdrošināšanas prēmiju vai tās pirmo daļu 10 darba dienu laikā no Apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas samaksas dienas, vai iesniegt lūgumu Apdrošinājumaņēmējam paziņot Apdrošinātājam Apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas atmaksas veidu.

9.5. Ja, slēdzot Apdrošināšanas līgumu, norādīts, ka Apdrošināšanas prēmija tiek maksāta daļās un Apdrošinātājs nav saņēmis kārtējo Apdrošināšanas prēmijas maksājumu Apdrošināšanas polisē norādītajā apmērā un/vai termiņā, tad Apdrošinātājs nosūta Apdrošinājumaņēmējam rakstveida brīdinājumu par nepilnīgu un/vai kavētu kārtējās Apdrošināšanas prēmijas daļas samaksu, uzaicinot samaksāt Apdrošināšanas prēmijas daļu atbilstoši Apdrošināšanas līguma nosacījumiem, norādot Apdrošināšanas prēmijas nesamaksātās daļas samaksas apmēru un termiņu un nesamaksāšanas iespējamās sekas.

9.6. Ja Apdrošinājumaņēmējs nav veicis Apdrošināšanas prēmijas daļas samaksu atbilstoši 9.5. punktā minētajā brīdinājumā norādītam termiņam un/vai apmēram, Apdrošināšanas līgums ir izbeigts.

9.7. Apdrošināšanas prēmijas samaksa jāveic tādā valūtā, kādā Apdrošināšanas polisē norādīta Apdrošināšanas prēmija, vai citā valūtā, ja tāda norādīta rēķinā. Veicot Apdrošināšanas prēmijas samaksu citā valūtā, starpību, kas rodas valūtas konvertācijas vai citu ar bankas pakalpojumiem saistītu izdevumu rezultātā, sedz maksātājs.

9.8. Ja Apdrošināšanas prēmijas maksājums veikts ar pārskaitījumu, tad par Apdrošināšanas prēmijas samaksas datumu tiek uzskatīts datums, kad Apdrošinātājs vai apdrošināšanas starpnieks, kurš ir pilnvarots Apdrošinātāja vārdā iekasēt Apdrošināšanas prēmijas par Apdrošināšanas līgumiem, ko tas ir noslēdzis, ir saņēmis maksājumu bankas kontā.

10. LĪGUMA PIRMSTERMIŅA IZBEIGŠANA UN APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJAS ATMAKSĀŠANA

10.1. Apdrošinājumaņēmējs un Apdrošinātājs var izbeigt noslēgto Apdrošināšanas līgumu pirms termiņa likumā „Par apdrošināšanas līgumu” noteiktos gadījumos un kārtībā.

10.2. Apdrošināšanas līgums var tikt izbeigts pirms apdrošināšanas līguma termiņa, Apdrošinājumaņēmējam un Apdrošinātājam savstarpēji vienojoties.

10.3. Izbeidzot Apdrošināšanas līgumu pirms termiņa, Apdrošinātājs atmaksā Apdrošinājumaņēmējam Apdrošināšanas prēmijas daļu, kuras apmēru nosaka, atskaitot no iemaksātās Apdrošināšanas prēmijas daļu par Apdrošināšanas līguma darbības izmantoto periodu, kā arī pierādāmos ar Apdrošināšanas līguma noslēgšanu saistītos Apdrošinātāja izdevumus, kas nepārsniedz 20% no Apdrošināšanas prēmijas, ja Apdrošināšanas līguma darbības laikā nav veikta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa un/vai pieteikts Apdrošināšanas gadījums.

10.4. Ja Apdrošināšanas līguma darbības laikā ir veikta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa un izmaksātā Apdrošināšanas atlīdzība ir mazāka nekā starpība starp iemaksāto Apdrošināšanas prēmiju un Apdrošināšanas prēmijas daļu par Apdrošināšanas līguma darbības izmantoto periodu, Apdrošinātājs atmaksā Apdrošinājumaņēmējam Apdrošināšanas prēmijas daļu, kuras apmēru nosaka, no samaksātās Apdrošināšanas prēmijas atskaitot Apdrošināšanas atlīdzību, Apdrošināšanas prēmijas daļu par Apdrošināšanas līguma darbības izmantoto periodu un pierādāmos ar Apdrošināšanas līguma noslēgšanu saistītos Apdrošinātāja izdevumus, kas nepārsniedz 25% no Apdrošināšanas prēmijas.

10.5. Ja Apdrošināšanas līguma darbības laikā ir izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība un izmaksātās Apdrošināšanas atlīdzības summa ir lielāka par atmaksājamo Apdrošināšanas prēmijas daļu, Apdrošinātājs Apdrošināšanas prēmiju Apdrošinājumaņēmējam neatmaksā.

10.6. Šo noteikumu 10.4 un 10.5.punktos minētā kārtība ir attiecināma arī uz gadījumiem, ja ir pieteikts Apdrošināšanas gadījums un veikts paredzamās Apdrošināšanas atlīdzības summas aprēķins, bet vēl nav veikta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa.

10.7. Ja saskaņā ar pirmstermiņa izbeidzamo Apdrošināšanas līgumu ir pieteikts Apdrošināšanas gadījums, Apdrošināšanas polisi var izbeigt ne ātrāk kā dienā, kad veikts Apdrošināšanas atlīdzības summas aprēķins, ja nav cita vienošanās ar Apdrošinātāju.

10.8. Apdrošinātājs 15 dienu laikā no atbilstoša rakstiska brīdinājuma nosūtīšanas dienas var vienpusēji izbeigt Apdrošināšanas līgumu, ja Apdrošināšanas līguma darbības laikā ir palielinājies Apdrošinātāja riska iestāšanās iespējamība un Apdrošinātājs var pierādīt, ka, zinot par šādu palielināšanos, Apdrošināšanas līgumu nebūtu slēdzis, un Apdrošinājumaņēmējs nav apstiprinājis Apdrošinātāja piedāvātos grozījumus/papildinājumus Apdrošināšanas līgumā.

10.9. Noslēdzot Distances apdrošināšanas līgumu, Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības izmantot atteikuma tiesības un 14 dienu laikā pēc šī Apdrošināšanas līguma noslēgšanas dienas, vienpusēji atkāpjoties no šī Apdrošināšanas līguma, rakstveida paziņojot par to Apdrošinātājam. Šādā gadījumā saņemto Apdrošināšanas līgums zaudē spēku atteikuma paziņojuma nosūtīšanas dienā. Apdrošinātājs atmaksā apdrošināšanas prēmijas daļu, kuras apmērs tiek noteikts, atskaitot no iemaksātās Apdrošināšanas prēmijas Apdrošināšanas līguma faktiskajam darbības laikam atbilstošo daļu

11. CITI NOTEIKUMI

11.1. Apdrošināšanas līgumu var grozīt, Apdrošinājumaņēmējam un Apdrošinātājam par to rakstiski vienojoties.



11.2. Apdrošinātājs nevar griezties ar regresa prasību pret Apdrošinātā bērniem, vecākiem vai laulāto, izņemot, ja Apdrošināšanas gadījums izraisīts ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ.

11.3. Apdrošinājumaņēmēja vai Apdrošinātā sūdzības vai pretenzijas, kas iesniegtas rakstiski, Apdrošinātājs izskata un sniedz rakstisku atbildi 30 dienu laikā no sūdzības vai pretenzijas saņemšanas dienas.

11.4. Apdrošinājumaņēmējs piekrīt, ka Apdrošinātājs kā sistēmas pārzinis un personas datu operators apstrādā Apdrošinājumaņēmēja personas datus (tai skaitā sensitīvus datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus) ar mērķi nodrošināt Apdrošināšanas līguma izpildi vai ar mērķi sniegt Apdrošinājumaņēmējam informāciju par Apdrošinātāja un tā sadarbības partneru sniedzamiem pakalpojumiem, un/vai nodod tos apstrādei trešajai personai ar mērķi nodrošināt Apdrošināšanas līguma izpildi, vai ar mērķi sniegt Apdrošinājumaņēmējam Apdrošinātāja noteikto informāciju par Apdrošinātāja sniedzamiem pakalpojumiem.

11.5. Apdrošinātājs neizpauž trešajām personām informāciju par Apdrošinājumaņēmēju un Apdrošināto, izņemot Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktos gadījumus. Tomēr Apdrošinātājam tā komercdarbības efektivitātes nodrošināšanai ir tiesības apmainīties ar citiem Apdrošinātājiem ar ziņām par Apdrošināto un Apdrošinājumaņēmēju.

11.6. Apdrošinātājs Apdrošināšanas līguma darbības laikā sazinās ar Apdrošināto un Apdrošinājumaņēmēju latviešu valodā, kā arī atbild uz Apdrošinātā un Apdrošinājumaņēmēja pieprasījumiem, kas izteikti latviešu valodā vai jebkurā citā valodā, kas ir saprotama abām pusēm.

11.7. No Apdrošināšanas līguma izrietošo attiecību regulēšanai tiek piemērots Latvijas Republikas likums "Par apdrošināšanas līgumu", Latvijas Republikas Civillikums un citi Latvijas Republikas normatīvie akti.

11.8. Visi strīdi saistībā ar Apdrošināšanas līgumu tiek risināti sarunu ceļā. Ja vienošanās netiek panākta, strīds tiek nodots Latvijas Republikas tiesas izšķiršanai Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

Deividas Raipa,
Valdes priekšsēdētājs

Tomasz Rowicki,
Valdes loceklis