

Seesam Veselības apdrošināšanas noteikumi Nr. VA 17/1

Apstiprināti Compensa Vienna Insurance Group ADB Latvijas filiāles valdes sēdē 30.06.2020.

Spēkā no 2020. gada 1. jūlija.

Compensa Vienna Insurance Group ADB Latvijas filiāle (turpmāk noteikumos – Apdrošinātājs), pamatojoties uz šiem noteikumiem, slēdz apdrošināšanas līgumus ar juridiskām personām.

1. Apdrošināšanas līguma tiesības un pienākumi

Apdrošināšanas līguma tiesības un pienākumi attiecas uz Apdrošinātāju, apdrošināto personu un apdrošinājumaņēmēju – juridisku personu, kura noslēdz apdrošināšanas līgumu par veselības apdrošināšanu fiziskas personas labā.

2. Apdrošināšanas objekts

Apdrošinātā persona – fiziska persona, kurai ir apdrošināmā interese un kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas līgums. Apdrošinātā persona ir apdrošinājumaņēmēja darbinieks, kuram ir noslēgts darba līgums ar apdrošinājumaņēmēju. Apdrošinātā persona, pamatojoties uz darba līgumu par darba pienākumu izpildīšanu, saņem darba samaksu un Apdrošinājumaņēmējs veic nodokļu maksājumus.

Apdrošinātās personas var būt arī apdrošinājumaņēmēja darbinieku radnieki – laulātais, vecāki, bērni, audžu bērni, adoptētie bērni, brālis, māsa, audžu vecāki. Radnieki apdrošināšanas līgumā tiek iekļauti tikai saskaņojot ar Apdrošinātāju.

3. Apdrošināšanas teritorija

Apdrošināšanas līgums ir spēkā Latvijas Republikas teritorijā un darbojas 24 stundas diennaktī.

4. Apdrošināšanas periods

Apdrošināšanas periods ir apdrošināšanas līguma darbības laiks.

Jaunajiem darbiniekiem, kuri tiek pievienoti apdrošināšanas līguma darbības laikā, apdrošināšanas periods sākas apdrošināšanas līguma pielikumā norādītajā datumā un beidzas apdrošināšanas līguma perioda beigās.

5. Apdrošināšanas līguma noslēgšana

5.1. Apdrošināšanas līgums tiek noslēgts, pamatojoties uz Apdrošinātāja izsniegto piedāvājumu un riska informāciju, ko iesniedzis Apdrošinājumaņēmējs piedāvājuma veselības apdrošināšanai saņemšanai.

5.2. Piedāvājums veselības apdrošināšanai tiek labots vai tiek noslēgts pielikums par grozījumiem apdrošināšanas līgumā, tikai pēc apdrošinājumaņēmēja rakstiska paziņojuma iesniegšanas.

6. Apdrošināšanas prēmijas maksājumi

6.1. Apdrošināšanas prēmijas apmēru nosaka Apdrošinātājs saskaņā ar apdrošinājumaņēmēja iesniegto pieteikumu veselības apdrošināšanai. Apdrošināšanas prēmijas apmērs un maksāšanas kārtība tiek norādīta apdrošināšanas polisē.

7. Apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās

7.1. Apdrošināšanas līgums tiek uzskatīts par noslēgtu un stājas spēkā apdrošināšanas polisē norādītajā datumā, ja Apdrošinātājs vai Apdrošinātāja pilnvarots pārstāvis ir saņēmis apdrošināšanas prēmiju vai apdrošināšanas prēmijas pirmo maksājumu. Ja apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas maksājums tiek veikts ar bankas pārskaitījumu, par apmaksas dienu uzskatāma diena, kad attiecīgā summa ir ieskaitīta Apdrošinātāja vai Apdrošinātāja pilnvarotā pārstāvja kontā.

7.2. Ar apdrošināšanas līguma noslēgšanas brīdi ir uzskatāms, ka apdrošinājumaņēmējs savā un apdrošināto personu vārdā ir pilnvarojis Apdrošinātāju kā personu datu apstrādes sistēmas pārziņi un personu datu apstrādātāju apstrādāt apdrošinājumaņēmēja personas datus un apdrošinātās personas datus, kā arī īpašu kategoriju personas datus ("sensitīvus datus"), nodrošinot apdrošināšanas līguma izpildi saskaņā ar Fizisko personu datu apstrādes likuma un citu normatīvo aktu prasībām.

7.3. Uzsākot lietot veselības apdrošināšanas karti, apdrošinātā persona apliecina, ka saskaņā ar Fizisko personu datu apstrādes likumu un citiem normatīvajiem aktiem, atļauj Apdrošinātājam kā sistēmas pārziņim un personas datu apstrādātājam apstrādāt savus personas datus, tai skaitā īpašu kategoriju personas datus ("sensitīvus datus") un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus, ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi un pārbaudi. Apdrošinātā persona pilnvaro Apdrošinātāju saņemt savus personas datus, tai skaitā īpašu kategoriju personas datus ("sensitīvus datus"), personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus, medicīnisko un citu dokumentāciju no trešajām (juridiskām vai fiziskām) personām, ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi.

8. Apdrošināšanas līguma izbeigšana

8.1. Apdrošinātājs un/vai apdrošinājumaņēmējs apdrošināšanas līgumu var izbeigt saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvo aktu prasībām.

8.2. Apdrošināšanas līguma darbības izbeigšana neietekmē Apdrošinātāja tiesības pieprasīt no apdrošinājumaņēmēja apdrošināšanas prēmiju vai tās daļu par periodu, kad apdrošināšanas līgums bijis spēkā.

8.3. Apdrošināšanas līguma darbības izbeigšanas gadījumā vai apdrošināšanas līgumam nestājoties spēkā, apdrošinājumaņēmēja pienākums ir atdot Apdrošinātājam visas izsniegtās veselības apdrošināšanas kartes līdz dienai, kad apdrošināšanas līguma darbība tiek izbeigta vai 5 (piecu) darba dienu laikā pēc Apdrošinātāja pieprasījuma. Ja pēc līguma izbeigšanas vai dienas, kopš kuras apdrošināšanas līgums nav spēkā, ir iestājies apdrošināšanas gadījums, tad apdrošinājumaņēmējam jāatmaksā Apdrošinātāja izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības.

8.4. Apdrošinājumaņēmējam rakstiski jāinformē Apdrošinātāju par apdrošinātās personas, pirmstermiņa apdrošinājuma līguma darbības pārtraukšanu. Apdrošināšanas līgums attiecībā uz šo apdrošināto personu tiek izbeigts ar dienu, kad apdrošinājumaņēmējs iesniedzis informāciju par apdrošināto personu, kuru jāizslēdz no apdrošināto personu saraksta. Apdrošinātājam ir tiesības šo apdrošināto personu atreiz nepievienot šim apdrošināšanas līgumam.

9. Apdrošinājumaņēmēja pienākumi un tiesības

9.1. Iesniegt patiesu un pilnīgu informāciju riska izvērtēšanai.

9.2. Nekavējoties, bet ne vēlāk kā 3 darba dienu laikā, rakstiski paziņot apdrošinātājam par jebkādam izmaiņām pieteikumā veselības apdrošināšanai sniegtajā informācijā.

9.3. Izpildīt apdrošināšanas līguma nosacījumus.

9.4. Samaksāt apdrošināšanas prēmiju apdrošināšanas polisē noteiktajā apjomā un termiņā pēc rēķinā norādītā maksājuma grafika.

9.5. Informēt apdrošināto personu par to, ka viņš(-a) tiek apdrošināts, iepazīstināt ar apdrošināšanas programmām, veselības apdrošināšanas noteikumiem, nosacījumiem, instrukcijām un no tiem izrietošajām saistībām pret Apdrošinātāju. Nodot apdrošinātājai personai veselības apdrošināšanas karti un visu Apdrošinātāja izsniegto informāciju, kas paredzēta apdrošinātājai personai.

9.6. Izskaidrot apdrošinātājai personai, tās tiesības un pienākumus.

9.7. Jebkādu informāciju un/vai pieprasījumus iesniegt rakstveidā.

9.8. Informēt apdrošināto personu, ka līgumorganizāciju saraksts un tajā veiktās izmaiņas apdrošināšanas periodā laikā ir publicētas Apdrošinātāja mājas lapā www.compensa.lv.

9.9. Informēt apdrošināto personu, ka veselības apdrošināšanas kartes nozaudēšanas vai nozagšanas gadījumā, kā arī apdrošinātās personas datu maiņas vai datu kļūdas gadījumā, nekavējoties jāziņo Apdrošinātājam, zvanot uz diennakts informatīvo tālruni vai nosūtot uz e-pastu Apdrošinātājam iesniegumu, par veselības apdrošināšanas kartes dublikāta izgatavošanu.

9.10. Pēc Apdrošinātāja pieprasījuma iesniegt veselības deklarāciju par apdrošināmo/apdrošināto personu.

9.11. Nodot Apdrošinātājam veselības apdrošināšanas karti gadījumos, kad apdrošināšanas līgums nestājas spēkā vai apdrošināšanas līgums tiek izbeigts pirms termiņa, vai apdrošināšanas līgums tiek izbeigts pirms termiņa attiecībā uz apdrošināto personu, vai tiek izgatavota jauna veselības apdrošināšanas karte apdrošinātās personas datu maiņas vai datu kļūdas gadījumā.

9.12. Atmaksāt Apdrošinātājam šajos noteikumos noteiktās izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības, ja apdrošinātā persona tās nav atmaksājusi Apdrošinātājam un ja Apdrošinātājs tās pieprasa no apdrošinājumaņēmēja.

9.13. Apdrošinājumaņēmēja pienākums ir informēt Apdrošinātāju, ja apdrošināšanas prēmijas apmaksā par veselības apdrošināšanas polisē iekļautajiem uzņēmuma darbiniekiem pilnā apmērā netiek veikta no uzņēmuma līdzekļiem.

9.14. Ievērot un izpildīt Apdrošināšanas līguma likuma un citu normatīvo aktu prasības.

9.15. Pēc Apdrošinātāja pieprasījuma iesniegt valsts ieņēmuma dienestam iesniegto atskaišu kopijas, par attiecīgajā pieprasījumā norādīto darbinieku darba attiecību uzsākšanu, kas apstiprinātas saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvo aktu prasībām.

9.16. Apdrošinājumaņēmēja pienākums, ja to prasa apdrošinātā riska specifikā, par riska iestāšanos informēt tiesību sargājošo iestādi un/vai glābšanas dienestus, un/vai citas Latvijas Republikas kompetentās institūcijas.

10. Apdrošinātās personas pienākumi un tiesības

10.1. Iesniegt patiesu un pilnīgu informāciju riska izvērtēšanai.

10.2. Paziņot Apdrošinātājam par citiem, spēkā esošiem apdrošināšanas līgumiem, kuri attiecas uz apdrošinātās personas veselību.

10.3. Rūpēties par sava veselības stāvokļa saglabāšanu.

10.4. Pirms uzsākt izmantot veselības apdrošināšanas pakalpojumus, iepazīties ar apdrošināšanas programmu un veselības apdrošināšanas līguma noteikumiem.

10.5. Iepazīties, ievērot un izpildīt visas apdrošināšanas līguma noteikumu prasības, kuras ir izvirzījis Apdrošinātājs, kā arī ievērot un izpildīt papildu prasības, kuras Apdrošinātājs rakstiski izvirzījis atbilstošiem līguma nosacījumiem.

10.6. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, ievērot visus ārstējošā ārsta norādījumus.

10.7. Pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, ja apdrošinātā persona norēķinājusies par pakalpojumiem ar personiskajiem līdzekļiem, nekavējoties tiklīdz tas ir iespējams, bet ne vēlāk kā 90 (deviņdesmit) dienas no pakalpojuma saņemšanas brīža, kad tas kļuva iespējams, iesniedz apdrošinātājam pieteikumu veselības apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai un citus Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus. Visus Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus un pieteikumu par atlīdzības saņemšanu ir iespējams nosūtīt elektroniski, piesakot atlīdzību Apdrošinātāja mājas lapā www.compensa.lv vai nosūtot Apdrošinātājam uz e-pastu: veselib@compensa.lv.

10.8. Pēc Apdrošinātāja rakstiskas pretenzijas saņemšanas 15 (piecpadsmit) dienu laikā atmaksāt apdrošināšanas atlīdzību:

10.8.1. kas izmaksāta apdrošinātājai personai vai līgumorganizācijai par pakalpojumiem vai gadījumiem, kuri šajos noteikumos noteikti kā izņēmumi vai netiek apmaksāti saskaņā ar apdrošināšanas programmu;

10.8.2. kas izmaksāta līgumorganizācijai, ja apdrošinātā persona ir pārsniegusi apdrošināšanas programmā noteikto apdrošināšanas limitu vai apdrošinājuma summu;

10.8.3. kas izmaksāta par apdrošināšanas gadījumiem, kuri iestājušies laikā, kad apdrošināšanas līgums nav bijis spēkā, apdrošināšanas līguma darbības apturēšanas laikā, pēc apdrošināšanas līguma darbības izbeigšanas vai pēc apdrošināšanas līguma pirmstermiņa izbeigšanas attiecībā uz apdrošināto personu.

10.9. Pārliecināties, vai ārstniecības iestāde, kura nav Apdrošinātāja līgumorganizācija un kura tiks apmeklēta, ir reģistrēta Latvijas Republikas veselības aprūpes iestāžu, uzņēmumu, prakšu un sertifikācijas reģistrā.

10.10. Saņemot pakalpojumus līgumorganizācijās, uzrādīt veselības apdrošināšanas karti tikai kopā ar personu apliecinošu dokumentu, kā arī nenodot veselības apdrošināšanas karti lietošanai citai personai.

10.11. Apdrošinātā persona ir atbildīga par zaudējumiem, kas radušies savlaicīgi neziņojot par veselības apdrošināšanas kartes nozaudēšanas, nozagšanas, apdrošinātās personas datu maiņas vai datu kļūdas gadījumiem.

10.12. Apdrošinātā persona veic samaksu par jaunas kartes dublikāta saņemšanu. Ja apdrošinātā persona uzrāda Latvijas Republikas Iekšlietu ministrijas Valsts policijas izziņu par tam izsniegtās veselības apdrošināšanas kartes zādzību vai nolaupišanu, vai apdrošinātās personas datu kļūda radusies Apdrošinātāja vainas pēc, jaunu veselības apdrošināšanas karti Apdrošinātājs izsniedz bez maksas.

10.13. Apdrošinātās personas pienākums ir kontrolēt, lai apdrošināšanas programmās norādītās apdrošinājuma summas un limiti netiktu pārsniegti.

10.14. Apdrošinātās personas pienākums ir nodot veselības apdrošināšanas karti, ja veselības apdrošināšanas līgums attiecībā pret apdrošināto personu tiek izbeigts pirms termiņa.

10.15. Apdrošinātās personas pienākums ir iesniegt visus nepieciešamos Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus atlīdzības izskatīšanai un apdrošinātāja lēmuma pieņemšanai.

10.16. Apdrošinātās personas tiesības ir saņemt informāciju par regresa summām, kādas Apdrošinātājs ir atguvis no atbildīgā par apdrošinātājai personai nodarītajiem zaudējumiem.

10.17. Apdrošinātājai personai ir tiesības pieprasīt Apdrošinātājam, lai pieņemtais elektroniski nosūtītais lēmums atlīdzību lietā tiktu izsniegts kā oriģināls dokuments.

10.18. Apdrošinātās personas pienākums ir elektroniski iesniegt dokumentu oriģinālus uzglabāt 3 (tris) gadus, lai tos pēc Apdrošinātāja pieprasījuma, nepieciešamības gadījumā, varētu iesniegt Apdrošinātājam.

10.19. Apdrošinātājai personai ir tiesības iesniegt sūdzību Apdrošinātājam par atlīdzību lietā pieņemto lēmumu 30 (trīsdesmit) dienu laikā no lēmuma saņemšanas dienas.

11. Apdrošinātāja pienākumi un tiesības

11.1. Saskaņā ar noslēgto apdrošināšanas līgumu, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, pieņemt lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu apdrošinātājai personai vai viņa pilnvarotai personai, vai līgumorganizācijai.

11.2. Apdrošināšanas līguma noslēgšanas gadījumā, izsniegt apdrošinājumaņēmējam to dokumentu kopumu, kas ir līguma neatņemama sastāvdaļa – apdrošināšanas polisi, veselības apdrošināšanas kartes, veselības apdrošināšanas noteikumus, apdrošināšanas polises pielikumus, apdrošināšanas programmu aprakstus.

11.3. Pēc apdrošinājumaņēmēja pieprasījuma, nosūtīt veselības apdrošināšanas noteikumus un/vai līgumorganizāciju sarakstu elektroniskā veidā, uz apdrošinājumaņēmēja norādīto e-pasta adresi.

11.4. Veikt veselības apdrošināšanas kartes atjaunošanu, 5 (piecu) darba dienu laikā no iesnieguma saņemšanas dienas.

11.5. Izsniegt apdrošinātājai personai informāciju, apstiprinot kāda naudas summa ir apmaksāta par saņemto pakalpojumu.

11.6. Apdrošinātāja pienākums, pēc apdrošinātās personas pieprasījuma, ir sniegt informāciju par iztērēto un atlikušo apdrošinājuma summu apdrošināšanas programmās.

11.7. Pārliecināties par apdrošinātās personas iesniegto ziņu patiesumu, apdrošināšanas gadījuma iestāšanās un apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas pamatotību, iepazīstoties ar apdrošinātās personas medicīnisko dokumentāciju, kas atrodas ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu rīcībā, un/vai neskaidrību gadījumā vērsties pie apdrošinātāja izvēlēta neatkarīga sertificēta ārsta eksperta veselības stāvokļa pārbaudei, sakarā ar apdrošināšanas gadījumu.

11.8. Pieprasīt atmaksāt apdrošinājumaņēmējam un/vai apdrošinātājai personai šajos noteikumos noteiktās apdrošināšanas atlīdzības, saskaņā ar Apdrošināšanas līguma likumu.

11.9. Ja apdrošinātā persona nav veikusi šajos noteikumos noteiktās prasības atmaksu par labu Apdrošinātājam, Apdrošinātājs var samazināt turpmāk izmaksājāmās apdrošināšanas atlīdzības apdrošinātājai personai par tādu summu, par kādu nav iespējama šajos noteikumos noteiktā prasība.

11.10. Ja apdrošinātājai personai ir konstatēts apdrošināšanas programmā noteikto limitu pārtēriņš, uz kādu no apdrošināšanas programmā iekļautajiem apdrošinātajiem riskiem, tad apdrošinātājs var samazināt turpmāk

izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības apdrošinātajai personai uz citu apdrošināto risku limitiem par pārtērēto summu.

11.11. Noteikt maksu par veselības apdrošināšanas kartes dublikāta izgatavošanu, atbilstoši apdrošināšanas nosacījumiem.

11.12. Apstrādāt apdrošinājumaņēmēja un apdrošinātās personas datus, tai skaitā īpašu kategoriju personas datus ("sensitīvus datus"). Datu apstrāde tiek veikta saskaņā ar Fizisko personu datu apstrādes likumu un citiem normatīvajiem aktiem. Apdrošinātājs nodrošina apdrošinātās personas datu drošu glabāšanu.

11.13. Apdrošinātājam ir tiesības apdrošināšanas līguma darbības laikā, nebrīdinot apdrošināto personu, veikt izmaiņas līgumorganizāciju un to apmaksājamo pakalpojumu sarakstā. Apdrošinātājs nodrošina aktuālo līgumorganizācijas saraksta pieejamību Apdrošinātāja mājas lapā www.compensa.lv.

11.14. Apdrošinātājam ir tiesības veikt atlīdzības izmaksu pēc Apdrošinātāja noteikta cenrāža par pakalpojumiem, kas saņemti iestādēs, kas nav līgumorganizācija, kā arī gadījumos, ja līgumorganizācijās pakalpojumu nav iespējams saņemt vai arī pakalpojumu apmaksā nav pieejama pilnā apmērā un apdrošinātajai personai jānorēķinās ar personīgajiem līdzekļiem. Apdrošinātājs nodrošina aktuālo cenrādi apdrošinātāja mājas lapā www.compensa.lv.

11.15. Apdrošinātājam ir tiesības nosūtīt pieņemto lēmumu apdrošināšanas atlīdzību lietā apdrošinātajai personai elektroniski, izmantojot apdrošinātās personas norādītos kontaktus.

11.16. Apdrošinātājam ir tiesības apdrošināšanas līguma darbības laikā pieprasīt samaksāt papildu apdrošināšanas prēmiju, ja apdrošināšanas līguma darbības laikā ir veiktas izmaiņas Latvijas Republikas normatīvajos aktos, kas ietekmē pakalpojumu apmaksu veselības aprūpē.

11.17. Apdrošinātājam ir tiesības regresa kārtībā piedzīt no vainīgas personas zaudējumus, kuri radušies, apmaksājot ārstnieciskos izdevumus apdrošinātajām personām, kuras cietušas fizisku vai juridisku personu prettiesiskas darbības vai bezdarbības rezultātā. Ja apdrošinātās personas vai apdrošinājumaņēmēja darbības vai bezdarbības rezultātā nav iespējama zaudējuma piedziņa par labu Apdrošinātājam, tad Apdrošinātājs var prasīt no apdrošinātās personas izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības atmaksāšanu tādā apmērā, par kādu nav iespējama zaudējuma piedziņa. Apdrošinātājs izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības apmērā pārņem apdrošinātās personas prasījuma tiesības pret personu, kas ir atbildīga par zaudējumiem.

11.18. Ja Apdrošinātājs ir atguvis regresa summu pilnā apmērā apdrošināšanas perioda laikā, tad par šo summu tiek palielināti apdrošināšanas programmā attiecīgie limiti, atskaitot ar regresa atgūšanu saistītos apdrošinātāja administratīvos izdevumus 25% apmērā no atgūtās summas.

11.19. Apdrošinātājs sagatavo rakstisku atbildi uz apdrošinātās personas vai pilnvarotās personas vai starpnieka iesniegto pretenziju 30 darba dienu laikā no iesnieguma saņemšanas brīža.

12. Apdrošināšanas programma

12.1. Apdrošināšanas programmu veido apdrošināšanas līgumā ietvertie apdrošinātie riski, kurus kā pakalpojumus ir iespēja saņemt tikai Latvijas Republikas veselības aprūpes iestāžu, uzņēmumu, prakšu un sertifikācijas reģistrā un/vai Latvijas Republikas Uzņēmumu reģistra Komercreģistrā reģistrētā ārstniecības iestādēs, kurās pakalpojumi tiek sniegti normatīvajos aktos noteiktā kārtībā.

12.2. Apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību par pakalpojumiem, kurus sniegusi ārstniecības persona, kura ir saņēmusi sertifikātu par tiesībām praktizēt noteiktā specialitātē un pielietot ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju, kas apstiprinātas saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvo aktu prasībām, pirms apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās datuma.

12.3. Apdrošinātie riski:

12.3.1. Pacienta iemaksas valstī noteikts vienots pacienta maksājums par ārstniecības pakalpojumu ārstniecības iestādei, kuru ārstniecības iestāde iekasē no pacienta veselības aprūpes valsts programmas un veselības aprūpes pakalpojumu minimuma ietvaros.

12.3.2. Apdrošinātais risks "Pacienta iemaksas" sedz:

12.3.2.1. pacienta maksājamo daļu, saņemot valsts garantēto ārstēšanu, ārstniecības iestādē vai pie ārsta, kuram ir līgums ar valsti par pakalpojumu apmaksu no valsts budžeta;

12.3.2.2. līdzmaksājumu par vienā reizē stacionārā veiktajām ķirurģiskajām operācijām.

Pacientu iemaksas un līdzmaksājuma apmērs tiek noteikts saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvo aktu prasībām.

12.3.2.3. Instrukcija:

Lai Apdrošinātā persona saņemtu valsts garantēto ārstēšanu:

- 12.3.2.3.1. ir jāreģistrējas pie primārās aprūpes ārsta;
- 12.3.2.3.2. ir jābūt nosūtījumam no ārsta, kuram ir līgums ar valsti par pakalpojumu apmaksu no valsts budžeta.

12.3.2.4. Apdrošinātais risks "Pacienta iemaksas" nesedz:

- 12.3.2.4.1. maksas medicīnas pakalpojumus (pakalpojumi, kuri netiek segti no valsts budžeta);

12.3.2.4.2. izdevumus, ja apdrošinātā persona ir atbrīvota no pacienta iemaksas maksājumiem, saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvo aktu prasībām.

12.3.3. Maksas ambulatorie pakalpojumi:

12.3.3.1. Pacienta maksājums par ārstniecības pakalpojumu ārstniecības iestādei, kuru valsts neapmaksā no veselības aprūpes budžeta.

12.3.3.2. Apdrošinātais risks "Maksas ambulatorie pakalpojumi" sedz:

- 12.3.3.2.1. konsultācijas un ārstēšanu;
- 12.3.3.2.2. nozīmētus laboratoriskos un diagnostiskos izmeklējumus;
- 12.3.3.2.3. vakcināciju;
- 12.3.3.2.4. medicīniskās izziņas;
- 12.3.3.2.5. ar darba specifiku saistītās obligātas veselības pārbaudes;
- 12.3.3.2.6. neatliekamo palīdzību.

12.3.3.3. Apdrošinātais risks "Maksas ambulatorie pakalpojumi" nesedz:

- 12.3.3.3.1. apdrošināšanas programmā un noteikumos minētos neapmaksājamus pakalpojumus.

12.3.4. Maksas stacionārie pakalpojumi:

12.3.4.1. Pacienta maksājums par ārstniecības pakalpojumu ārstniecības iestādei, kuru valsts neapmaksā no veselības aprūpes budžeta.

12.3.4.2. Apdrošinātais risks "Maksas stacionārie pakalpojumi" sedz:

- 12.3.4.2.1. uzturēšanas diennakts un dienas stacionārā;
- 12.3.4.2.2. operācijas;
- 12.3.4.2.3. nozīmētus laboratoriskos, diagnostiskos izmeklējumus un manipulācijas.

12.3.4.3. Apdrošinātais risks "Maksas stacionārie pakalpojumi" nesedz:

- 12.3.4.3.1. papildu piemaksas par ārstējošā ārsta vai citas ārstniecības personas izvēli ārstniecības epizodes laikā;
- 12.3.4.3.2. maksas operācijas, ko apdrošinātā persona ir saņēmusi kā neatliekamo palīdzību;
- 12.3.4.3.3. apdrošināšanas programmā un noteikumos minētos neapmaksājamus pakalpojumus.

12.3.5. Medikamentu iegāde:

12.3.5.1. Apdrošinātais risks "Medikamenti" sedz aptiekā iegādātus:

- 12.3.5.1.1. medikamentus;
- 12.3.5.1.2. vitamīnus;
- 12.3.5.1.3. uztura bagātinātus.

12.3.5.2. Apdrošinātais risks "Medikamenti" nesedz:

- 12.3.5.2.1. izdevumus par medikamentu iegādi, kuri radušies saistībā ar veselības apdrošināšanas noteikumos un attiecīgajā apdrošināšanas programmā minētajiem gadījumiem vai paredzēti šajos dokumentos minēto neapmaksājamo saslimšanu ārstēšanai;
- 12.3.5.2.2. izdevumus par medikamentiem, kas nav iegādāti aptiekā.

12.3.6. Zobārstniecības pakalpojumi:

12.3.6.1. Apdrošinātais risks "Zobārstniecības pakalpojumi" sedz:

- 12.3.6.1.1. konsultācijas, diagnostiku un ārstēšanu;
- 12.3.6.1.2. mutes dobuma higiēnas pakalpojumus.

12.3.6.2. Apdrošinātais risks "Zobārstniecības pakalpojumi" nesedz:

- 12.3.6.2.1. apdrošināšanas programmā minētos neapmaksājamus pakalpojumus.

12.3.7. Sporta pakalpojumi:

12.3.7.1. Apdrošinātais risks "Sporta pakalpojumi" sedz:

- 12.3.7.1.1. sporta nodarbības (trenāžieru zālē, baseina apmeklējumus, tenisu, skvošu, aerobiku).

12.3.7.2. Apdrošinātais risks "Sporta pakalpojumi" nesedz:

- 12.3.7.2.1. apdrošināšanas programmā minētos neapmaksājamus pakalpojumus.

12.3.8. Optikas iegāde:

12.3.8.1. Apdrošinātais risks "Optikas iegāde" sedz:

- 12.3.8.1.1. kontaktlēcu, brīļu optisko lēcu un brīļu ietvaru iegādi, pamatojoties uz ārstējošā ārsta izrakstītu recepti.

12.3.8.2. Apdrošinātais risks "Optikas iegāde" nesedz:

- 12.3.8.2.1. apdrošināšanas programmā minētos neapmaksājamos pakalpojumus.

13. Kompensācijas princips

13.1. Piemērojot kompensācijas principu, gan izmaksājamā, gan izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt apdrošināšanas gadījumā radītos zaudējumus.

13.2. Kompensēti tiek tikai pierādītie zaudējumi.

13.3. Netiek kompensēti zaudējumi, kas radušies pirms/pēc apdrošināšanas perioda.

14. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība

14.1. Apdrošinātājs apdrošināšanas atlīdzību izmaksā atbilstoši apdrošināšanas polisē noteiktai apdrošināšanas programmai, nepārsniedzot apdrošināšanas polisē norādīto apdrošinājuma summu un/vai apdrošināšanas limitu:

14.1.1. līgumorganizācijai, saskaņā ar savstarpēji noslēgtu līgumu;

14.1.2. Apdrošinātajai personai, kas norēķinājusies ar personīgajiem līdzekļiem par saņemtajiem pakalpojumiem atbilstoši apdrošināšanas programmai, vai apdrošinātās personas pilnvarotai personai.

14.2. Ja apdrošinātā persona saņēmusi apdrošināšanas programmā iekļautos pakalpojumus iestādē, kas nav Apdrošinātāja līgumorganizācija, un apdrošinātās personas apdrošināšanas programma neierobežo tos saņemt šajā iestādē, tad apdrošinātā persona iesniedz Apdrošinātājam visus šajos noteikumos noteiktos dokumentus.

14.3. Ja Apdrošinātājam apdrošināšanas gadījuma konstatēšanai ir nepieciešami papildu dokumenti, tad tie tiek prasīti no apdrošinātās personas. Apdrošinātajai personai pieprasītie dokumenti ir jāiesniedz 30 (trīsdesmit) dienu laikā no pieprasījuma saņemšanas. Ja apdrošinātā persona šajā punktā noteiktajā termiņā neiesniedz pieprasīto dokumentāciju, Apdrošinātājam ir tiesības neizmaksāt apdrošināšanas atlīdzību. Atlīdzību lietas izskatīšanā un lēmuma pieņemšanā tiks piemērotas Apdrošināšanas līguma likuma un citu normatīvo aktu prasības, kuras paredz atlīdzību samazināšanu gadījumos, kad apdrošinājumaņēmējs nav izpildījis vai ir daļēji izpildījis apdrošināšanas līgumā un normatīvajos aktos noteikto.

14.4. Pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas Apdrošinātājs pieņem lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu un izmaksā apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši noslēgtajam apdrošināšanas līgumam.

14.5. Ja tiek pieņemts lēmums atteikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, tad Apdrošinātājs nosūta apdrošinātajai personai motivētu rakstveida paziņojumu par pieņemto lēmumu.

14.6. Par pakalpojumiem, kas saņemti iestādēs, kas nav līgumorganizācija, kā arī gadījumos, ja līgumorganizācijās pakalpojumu nav iespējams saņemt vai arī pakalpojumu apmaksā nav pieejama pilnā apmērā, apdrošinātajai personai jānorēķinās ar personīgajiem līdzekļiem. Ja apdrošinātās personas saņemto ārstniecības pakalpojumu cena pārsniedz tāda paša veida ārstniecības pakalpojumu cenu Apdrošinātāja līgumorganizācijās, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta pēc Apdrošinātāja noteiktā cenrāža. Cenrādis tiek piemērots arī tām apdrošināšanas programmām, kurās saņemtajiem pakalpojumiem ir noteikti limiti. Apdrošinātājs nodrošina cenrāža pieejamību Apdrošinātāja mājas lapā www.compensa.lv.

14.7. Ja sadarbības līgums starp Apdrošinātāju un līgumorganizāciju, kā arī apdrošināšanas līguma nosacījumi paredz apmaksu par sniegtajiem pakalpojumiem, tad apdrošinātā persona, uzrādot veselības apdrošināšanas karti kopā ar personu apliecināšu dokumentu, ir tiesīga nemaksāt par saņemtajiem pakalpojumiem. Ja apdrošinātās personas apdrošināšanas programma paredz daļēju samaksu par saņemtajiem pakalpojumiem, tad apdrošinātajai personai starpība starp līgumorganizācijas cenrādi noteikto cenu un Apdrošinātāja apmaksājamo cenas daļu jāsedz no saviem personīgajiem līdzekļiem. Ja apdrošinātās personas apdrošināšanas programma paredz pašrisku par saņemtajiem pakalpojumiem, tad pašriskā summa apdrošinātajai personai ir jāsedz no saviem personīgajiem līdzekļiem.

14.8. Ja apdrošinātā persona atlīdzības saņemšanai nepieciešamos dokumentus Apdrošinātājam iesniedz elektroniski un pēc Apdrošinātāja pieprasījuma dokumentu oriģināli netiek iesniegti Apdrošinātāja noteiktajā termiņā, tad Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt izmaksāto atlīdzību atgriezt uz Apdrošinātāja norādīto konta numuru 5 (piecu) darba dienu laikā.

15. Izņēmumi

15.1. Apdrošinātāja atbildība izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību par apdrošināšanas gadījumu neiestājas tajā gadījumā, ja zaudējumi radušies izņēmumu rezultātā, kas paredzēti Latvijas Republikas normatīvajos aktos vai apdrošināšanas līgumā.

15.2. Apdrošinātājs neizmaksā apdrošināšanas atlīdzību par:

15.2.1. pakalpojumiem, kurus saņemot nav ievēroti apdrošināšanas noteikumos un programmā norādītie nosacījumi un instrukcijas;

15.2.2. par dokumentu noformēšanu, honorāriem un citām līdzīgām papildu izmaksām;

15.2.3. par medicīnas, veselības veicināšanas vai sporta pakalpojumiem, kuri pēc savas būtības ir identiski un kurus apdrošinātā persona 24 stundu laikā saņem atkārtoti;

15.2.4. Abonementu iegādi, par kuriem ir veikta pēcapmaksā;

15.2.5. gadījumiem, kad apdrošinātā persona apzināti maldinājusi Apdrošinātāju, sniedzot nepatiesas ziņas par savu veselības stāvokli;

15.2.6. izdevumiem, kas saistīti ar izbraukšanu no Latvijas Republikas vai uzturēšanos ārvalstīs;

15.2.7. izdevumiem, kas radušies, ārstējot pirms apdrošināšanas līguma darbības sākuma diagnosticētu vai hronisku slimību;

15.2.8. ārstēšanu, kas saistīta ar veselības traucējumiem, kuri iegūti profesionālās sporta darbības rezultātā;

15.2.9. saslimšanu, traumu un miesas bojājumu ārstēšanu, ko apdrošinātā persona ir guvusi reibumā stāvoklī vai tā ietekmē;

15.2.10. ārstēšanu un diagnostiku, izmantojot netradicionālās medicīnas metodes;

15.2.11. medicīnisko tehnoloģiju valsts reģistrā neregistrētu ārstniecības metožu;

15.2.12. sociālo un mājas aprūpi;

15.2.13. medicīnas transporta pakalpojumiem pēc pacienta pieprasījuma.

15.3. Ja apdrošinātajai personai pirms apdrošināšanas polises iegādes bija zināms, par nepieciešamību veikt plānveida operāciju vai ārstēšanos stacionārā, Apdrošinātājam ir tiesības atteikt atlīdzināt maksas ambulatoros un/vai stacionāros izdevumus, kas saistīti ar operāciju vai ārstēšanu.

15.4. Slēdzot apdrošināšanas līgumu, Apdrošinātājs un apdrošinājumaņēmējs var vienoties par papildu izņēmumiem vai ierobežojumiem, kā arī izslēgt šajos noteikumos un apdrošināšanas programmās noteiktos izņēmumus.

16. Domstarpību atrisināšanas kārtība

16.1. Jebkuras domstarpības tiks risinātas pārrunu ceļā.

16.2. Ja domstarpības radušās, pamatojoties uz to, ka kāds jautājums netiek regulēts apdrošināšanas noteikumos, tad šis jautājums tiks risināts saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvo aktu prasībām.

16.3. Ja pusēm neizdosies atrisināt domstarpības pārrunu ceļā, tad lieta tiks nodota izskatīšanai Latvijas Republikas tiesās saskaņā ar Latvijas Republikas likumiem.

16.4. Apdrošināšanas līguma daļījums punktos, apakšpunktos un to nosaukumos neietekmē teksta juridisko skaidrojumu.

17. Konfidencialitāte

17.1. Ja vien likums nenosaka citādi, Apdrošinātājs, apdrošinātās personas un apdrošinājumaņēmējs apņemas bez rakstiskas piekrišanas neizpaust trešajām pusēm informāciju, kura kļuvusi zināma apdrošināšanas līguma darbības perioda laikā, vai pēc darbības beigām. Konfidencialitāte ievērojama neierobežotu laika periodu neatkarīgi no šī līguma spēkā esamības. Par konfidencialu informāciju nav uzskatāma tāda informācija, kas ir publiski pieejama un par tādu nav kļuvusi, pārķāpjot likumu vai līguma saistības.

18. Termins

18.1. **Apdrošināšanas līgums** – apdrošinātāja un apdrošinājumaņēmēja vienošanās, saskaņā ar kuru apdrošinājumaņēmējs uzņemas saistības maksāt apdrošināšanas prēmiju līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt citas līgumā noteiktās saistības, un apdrošinātājs uzņemas saistības, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt apdrošinātajai personai apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

18.2. **Apdrošināšanas polise** – dokuments, kas apliecina apdrošināšanas līguma noslēgšanu, ietver apdrošināšanas līguma noteikumus, apdrošināšanas programmu, kā arī visus šā līguma grozījumus un papildinājumus, par kuriem apdrošinātājs un apdrošinājumaņēmējs vienojušies apdrošināšanas līguma darbības laikā, un tiek uzskatīts par līguma neatņemamu sastāvdaļu.

18.3. **Apdrošinātais risks** – apdrošināšanas līgumā paredzētais no apdrošinātās personas gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē, kad apdrošinātajai personai var rasties izdevumi par ārstnieciskiem pakalpojumiem un/vai veselības veicināšanas pakalpojumiem, un/vai optikas precēm, un/vai medikamentiem.

18.4. **Apdrošināšanas gadījums** – ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts iepriekš neparedzams notikums, kuram, iestājoties apdrošināšanas periodā, paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa saskaņā ar apdrošināšanas līgumu.

18.5. **Apdrošinājuma summa** – apdrošināšanas līgumā noteiktā naudas summa, kas iestājoties apdrošināšanas gadījumam, apdrošināšanas perioda laikā, tiek izmaksāta atbilstoši apdrošināšanas programmai.

18.6. **Apdrošināšanas limits** – apdrošināšanas programmā noteikta naudas summas un/vai ārstniecisko pakalpojumu, un/vai apmeklējumu skaits, kura ietvaros, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, tiek segtas apdrošinātās personas veselības aprūpes pakalpojumu izmaksas.

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

18.8. **Apdrošināšanas atlīdzība** – apdrošinājuma summa, tās daļa vai cita part apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā summa vai apmaksājami ārstnieciskie pakalpojumi atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

18.9. **Pieteikums atlīdzībai** – pieteikums veselības apdrošināšanas atlīdzības izmaksai, apdrošinātāja noteikto dokumentu kopums, kuru apdrošinātā persona iesniedz apdrošinātājam, lai saņemtu apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar noslēgto apdrošināšanas līgumu.

18.10. **Pieteikums veselības apdrošināšanai** – apdrošinātāja noteikts dokumentu kopums, kuru apdrošinājumaņēmējs iesniedz riska izvērtēšanai apdrošinātājam, lai noslēgtu apdrošināšanas līgumu. Pieteikums veselības apdrošināšanai neuzliek par pienākumu Apdrošinātājam slēgt apdrošināšanas līgumu.

18.11. **Apdrošināšanas piedāvājums** – dokuments, kas informē apdrošinājumaņēmēju par apdrošināšanas līguma noteikumiem un/vai izmaiņām tajos. Pamatojoties uz sniegto piedāvājumu, Apdrošinātājs sagatavo apdrošināšanas līgumu.

18.12. **Veselības apdrošināšanas karte** – dokuments, kas apliecina apdrošināšanas faktu un ir apdrošināšanas līguma sastāvdaļa. Uzskākot lietot veselības apdrošināšanas karti, apdrošinātā persona uzņemas apdrošināšanas līgumā noteiktās saistības.

18.13. **Elektroniski sagatavots rēķins** – rēķins par apdrošināšanas prēmijas samaksu derīgs bez zīmoga un paraksta. Ja apdrošināšanas līgumā ir paredzēti vairāki maksājumi, tad rēķinā tiek norādīts maksājuma grafiks. Jauns rēķins katram maksājumam netiek nosūtīts.

18.14. **Ārstniecības iestāde** – Latvijas Republikas Uzņēmumu reģistra Komercreģistrā reģistrēta un/vai Latvijas Republikas veselības aprūpes iestādē, uzņēmumā, prakšu un sertifikācijas reģistrā reģistrēta ārstniecības iestāde vai ārstu prakse, kas veic ārstnieciski profilaktisko, ārstniecisko vai rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu.

18.15. **Līgumorganizācija** – iestāde, kas sniedz pakalpojumus apdrošinātajai personai Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā un kura ir noslēgusi ar apdrošinātāju sadarbības līgumu par pakalpojumu sniegšanu apdrošināšanas programmas ietvaros.

18.16. **Pašrisks** – apdrošināšanas polisē norādīta zaudējuma daļa, kas izteikta naudas summā vai procentos, un kuru, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, sedz apdrošinājumaņēmējs vai apdrošinātā persona.

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

18.18. **Hroniska slimība** – pēkšņai saslimšanai pretējs veselības stāvoklis – iekššķīgi un ilgākā laika periodā veidojošos fizioloģisko procesu un organisma funkciju darbības pakāpeniska pasliktināšanās, ko raksturo biežākas vai retākas veselības stāvokļa krāsas izmaiņas (slimības saasinājumi), neatkarīgi no tā, vai šāds veselības stāvoklis ir vai nav bijis diagnosticēts pirms apdrošināšanas perioda sākuma.

18.19. **Hroniskas slimības saasinājums** – pirms apdrošināšanas perioda sākuma neizpaudusies hroniskas slimības raksturīgo simptomu pēkšņa parādīšanās, kā rezultātā apdrošinātajai personai ir nepieciešama medicīniskā palīdzība.

18.20. **Neatliekamā medicīniskā palīdzība** – medicīnas pakalpojumi, kurus nepieciešams steidzami sniegt apdrošinātajai personai viņa veselības stāvokļa akūtas pasliktināšanās dēļ, sakarā ar pēkšņu saslimšanu vai nelaimes gadījumu, lai novērstu apdrošinātā veselības stāvokļa tālāku krasu pasliktināšanos un/vai draudus apdrošinātā dzīvībai.

18.21. **Neatliekama operācija** – operācija, kas jāveic ne vēlāk kā 24 stundu laikā pēkšņas saslimšanas vai nelaimes negadījumu rezultātā.

18.22. **Papildu nosacījumi** – Apdrošinātāja un apdrošinājumaņēmēja individuāli noteikti nosacījumi, kas ir saistoši noslēgtajam apdrošināšanas līgumam un norādīti apdrošināšanas polisē.

18.23. **Kartes dublikāts** – jaunas veselības apdrošināšanas kartes izgatavošana pēc apdrošinātās personas pieprasījuma.

18.24. **Pirmreizēja ārsta konsultācija** – ārsta apmeklējums saistībā ar pēkšņu saslimšanu.

18.25. **Atkārtota ārsta konsultācija** – ārsta apmeklējums atkārtoti vienas saslimšanas laikā, saistībā ar vienu un to pašu diagnozi.

18.26. **Profesors vai augsti kvalificēts speciālists** – ārsts, kurš ir papildus kvalificējies savu ārstniecības darbību un konkrētajā ārstniecības iestādē praktizē kā profesors, docents vai nodaļas vadītājs.