

PAPILDAPDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI Nr. CI_IG_1022

Spēkā no 01.07.2022

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMI

1. Apdrošināšanas gadījums ir kritiskas slimības diagnosticēšana un ārstēšana vai ķirurģiskas operācijas veikšana Apdrošinātajai personai, apdrošināšanas seguma spēkā esamības laikā, atbilstoši Apdrošināšanas līgumā iekļautajam kritisko slimību sarakstam.
Kritisko slimību un to diagnosticēšanas kritēriju saraksts ir noteikts Papildapdrošināšanas noteikumu 1. Pielikumā. Kritiskās slimības diagnozei ir pilnībā jāatbilst 1. Pielikumā noteiktajiem kritērijiem.
2. Gadījumu atzīst par apdrošināšanas gadījumu, ja tas iestājas apdrošināšanas seguma spēkā esamības laikā un to pamato ar oficiāliem dokumentiem un atbilstošiem pierādījumiem.
3. Pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas šī Papildapdrošināšana zaudē spēku.

NEAPDROŠINĀTIE GADĪJUMI

4. Kritisko slimību uzskata par neapdrošinātu gadījumu, ja kritiskā slimība ir:
 - 4.1. diagnosticēta Papildapdrošināšanas termiņa pirmajos 3 mēnešos;
 - 4.2. radusies Apdrošinātā tīšas pašsakropļošanās, pašsaindēšanās vai pašnāvības mēģinājuma rezultātā;
 - 4.3. izraisījusi Apdrošinātā nāvi 30 dienu laikā pēc slimības diagnosticēšanas;
 - 4.4. saistīta ar karadarbību (pieteiktu vai nepieteiktu), militārām operācijām, piedalīšanos nemieros un revolūcijās, radiācijas iedarbību;
 - 4.5. papildus neapdrošinātie gadījumi, kas ir saistīti ar kādu kritisko slimību, ir aprakstīti Kritisko slimību papildapdrošināšanas noteikumu 1. Pielikumā.

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMĀ IZMAKSĀJAMĀ ATLĪDZĪBA

5. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinātājs izmaksā vienreizēju apdrošināšanas atlīdzību, kuras apmērs ir noteikts Apdrošināšanas līgumā, kā apdrošinājuma summa Kritiskajām slimībām.
6. Ja Papildapdrošināšanas summa ir tikusi palielināta, izmaksājamo atlīdzību kritiskās slimības diagnozes gadījumā pirmos trīs mēnešus pēc minētās summas palielināšanas nosaka, ņemot vērā mazāko Papildapdrošināšanas summu, kas bijusi spēkā pēdējo trīs mēnešu laikā.
7. Kritisko slimību Papildapdrošināšanas atlīdzību izmaksā tikai vienreiz, neatkarīgi no tā, cik kritisko slimību ir diagnosticēts Apdrošinātajai personai.
8. Kamēr Apdrošināšanas līgums ir spēkā, Apdrošinātajam ir tiesības veikt izmaiņas Kritisko slimību papildapdrošināšanas noteikumu 1. Pielikumā noteiktajā kritisko slimību sarakstā, pievienojot jaunas slimības, izslēdzot esošās, veicot grozījumus diagnozes kritērijos. Apdrošinātajam ir jāinformē Apdrošinājumaņēmējs ne vēlāk kā vienu mēnesi pirms minētajiem grozījumiem 1. Pielikumā. Ja Apdrošinājumaņēmējs grozījumiem nepiekrīt, tam par to rakstiski jāinformē Apdrošinātājs. Tādā gadījumā Apdrošinājumaņēmējs ir tiesīgs grozīt ar šiem Papildapdrošināšanas noteikumiem saistītos nosacījumus bez maksas vai izbeigt Apdrošināšanas līgumu. Ja Apdrošinājumaņēmējs rakstiski neinformē Apdrošinātāju par Apdrošināšanas līguma izbeigšanu vai par tā nosacījumu grozīšanu līdz datumam, kas norādīts rakstiskajā paziņojumā, uzskatāms, ka Apdrošinājumaņēmējs izmaiņām piekrīt.

NEAPDROŠINĀTĀ GADĪJUMĀ IZMAKSĀJAMĀ ATLĪDZĪBA

9. Iestājoties neapdrošinātam gadījumam, Apdrošinātajam apdrošināšanas atlīdzība nav jāizmaksā.

APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMA PAZIŅOŠANAS TERMIŅI

10. Personai, kas pieprasa apdrošināšanas atlīdzību, ir rakstiski jāinformē Apdrošinātājs par apdrošināšanas gadījuma iestāšanos bez kavēšanās, ne vēlāk kā vienu mēnesi pēc diagnozes noteikšanas vai pēc ārstēšanās perioda slimnīcā, kura laikā tika noteikta diagnoze.

DOKUMENTI, KAS JĀIESNIEDZ, PIESAKOTIES APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAI

11. Iesniegums Apdrošinātajam, apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai, ir jāpamato ar šādiem dokumentiem un informāciju:
 - 11.1. personas, kura piesakās apdrošināšanas atlīdzībai, identifikācijas dokuments;
 - 11.2. iesniegums, kurā norādīts apdrošināšanas gadījuma raksturs, datums un laiks, stacionārās vai ambulatorās ārstēšanas raksturs un ilgums, kā arī bankas konta rekvizīti, uz kuriem pārskaitāma apdrošināšanas atlīdzība;
 - 11.3. detalizētas izziņas no medicīnas iestādēm, kurās aprakstīta Apdrošinātā slimības precīza diagnoze, anamnēze, izmeklējumi un ārstēšana, un kas var tikt izmantotas, lai noteiktu diagnozes precīzu atbilstību Kritisko slimību Papildapdrošināšanas noteikumu 1. Pielikumā aprakstītajām definīcijām un kritērijiem;

- 11.4. dokuments, kas apliecina invaliditāti vai darbspēju zaudējumu, ja tāds ir izsniegts;
12. Apdrošinātājs var pieprasīt atlīdzības saņēmējam citus dokumentus, kas nav norādīti 11. punktā, ja šādi dokumenti ir nepieciešami apdrošināšanas atlīdzības izmaksas pamatošanai un tās apmēra noteikšanai.
13. Apdrošinātājs var prasīt diagnozes pārbaudi, veicot Apdrošinātā medicīnisko izmeklēšanu Apdrošinātāja noteiktā medicīnas iestādē.
14. Gadījumos, ja dokumentu ir izsniegusi ārvalsts iestāde, Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt pareizi apliecinātu šī dokumenta tulkojumu latviešu valodā. Apdrošinātājs nesedz ar minēto saistītus izdevumus.

APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS SAŅĒMĒJS

15. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā Apdrošinātajam, ja vien Apdrošināšanas līgumā, nav noteikts cits Labuma guvējs, kuram ir tiesības saņemt šajos Papildapdrošināšanas noteikumos noteikto atlīdzību.
16. Apdrošināšanas atlīdzību nevar tikt izmaksāta personai, kuras tīša rīcība (saskaņā ar tiesas atzinumu) ir izraisījusi attiecīgo apdrošināšanas gadījumu. Šādā gadījumā, vainīgajam pienākošos apdrošināšanas atlīdzības daļu, izmaksā šādi:
 - 16.1. Proporcionāli citiem Apdrošināšanas līgumā noteiktajiem Labuma guvējiem;
 - 16.2. Apdrošinātajam, ja neviens cits Labuma guvējs nav noteikts.
17. Ja apdrošināšanas atlīdzības saņēmējs mirst pēc apdrošināšanas gadījuma, bet pirms viņam/viņai ir bijusi iespēja saņemt apdrošināšanas atlīdzību, tad to izmaksā mirušā saņēmēja mantiniekiem.

Papildapdrošināšanas noteikumu: Kritiskās slimības (Nr. CI_IG_1022) 1. PIELIKUMS

KRITISKO SLIMĪBU SARAKSTS

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1. Miokarda infarkts | 12. Kurlums |
| 2. Koronāro artēriju šuntēšanas operācija | 13. Runas spējas zudums |
| 3. Insults | 14. Multiplā skleroze |
| 4. Vēzis | 15. Parkinsona slimība |
| 5. Nieru mazspēja | 16. Labdabīgs smadzeņu audzējs |
| 6. Galveno orgānu transplantācija | 17. Alcheimera slimība |
| 7. Locekļu zaudēšana | 18. I tipa cukura diabēts |
| 8. Aklums | 19. Encefalīts |
| 9. Trešās pakāpes apdegumi | 20. Bakteriālais meningīts |
| 10. Aortas operācija | 21. Pilnīga un pastāvīga invaliditāte |
| 11. Sirds vārstuļa nomaiņa vai labošana | |

DEFINĪCIJAS

1. Miokarda infarkts

Miokarda infarkts ir sirds muskuļa daļas neatgriezenisks bojājums (nekroze) pēkšņa asins plūsmas traucējuma rezultātā noteiktajā apgabalā. Šī diagnoze ir jāpamato vismaz ar diviem no šādiem trīs kritērijiem:

- 1.1. raksturīgas sāpes krūtīs;
- 1.2. elektrokardiogrāfiskas izmaiņas, kas raksturīgas miokarda infarkta gadījumā;
- 1.3. miokarda infarktā raksturīgo bioķīmisko marķieru vērtību paaugstināšanās asinīs.

2. Koronāro artēriju šuntēšanas operācija

Valējas sirds operācijas veikšana, lai novērstu vienu vai vairāku koronāro artēriju sašaurināšanos vai nosprostojumu, ievieojot šuntēšanas transplantātu(-us). Koronārās artērijas sašaurināšanās vai nosprostojums ir jāpamato ar angiogrāfiju. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par angioplastiju, citām intraarteriālām vai lāzerprocedūram.

3. Insults

Akūts netraumatisks cerebrovaskulārs notikums, kas izraisa neatgriezenisku smadzeņu audu nāvi (insults trombozes vai embolijas dēļ vai asinsizplūdums) intrakraniāli. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai tad, ja paliekošs neiroloģiskais deficīts* saglabājas vismaz 3 (trīs) mēnešus pēc insulta.

4. Vēzis

Vēzis ir ļaundabīgu šūnu nekontrolējama augšana un izplatīšanās apkartējos audos.

Termiņš „vēzis” ietver arī leukēmiju, limfomas. Ir jāiesniedz neapšaubāmi pierādījumi par audu invāziju un ļaundabīga audzēja apstiprinošu histoloģiju.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par lokāli neinvazīviem audzējiem, kam ir tikai agrīnas ļaundabīgas izmaiņas (sākotnējās karcinomas jeb carcinoma in-situ), pirmsvēža stāvokli, audzēji kopā ar HIV / AIDS, jebkāds ādas vēzis, izņemot ļaundabīgas melanomas.

5. Nieru mazspēja

Abu nieru mazspēja terminālā stadijā, kā rezultātā pastāvīgi nepieciešama regulāra dialīze. Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā akūtas nieru mazspējas gadījumā, kad ir nepieciešama pagaidu dialīze.

6. Galveno orgānu transplantācija

Pacientam, kuram kā recipientam veikta kaulu smadzeņu vai sirds, nieru, aknu, plaušu vai aizkuņģa dziedzera transplantācija vai Apdrošinātā iekļaušana oficiālajā gaidīšanas rindā uz šādu procedūru. Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā orgānu donoriem.

7. Locekļu vai locekļu funkciju zaudēšana

Pilnīgs un pastāvīgs divu vai vairāku locekļu zudums traumas vai slimības rezultātā. Par locekļu zudumu tiek uzskatīts locekļa vai tās funkcijas zudums virs plaukstas vai potītes locītavas. Gadījumos, kad funkciju zudums var būt pārejošs, gadījums ir uzskatāms par apdrošināšanas gadījumu, ja funkciju zudums ilgst vismaz 3 mēnešus pēc tā rašanās un to apstiprina speciālists, pamatojoties uz klīniskajiem simptomiem un diagnostikas izmeklējumiem.

8. Aklums

Pastāvīgs un neatgriezenisks redzes zudums abās acīs nelaimes gadījuma vai slimības rezultātā. Redzes zudums noteikumu izpratnē ir gadījums, kad pat pārbaudot, izmantojot redzes korekcijas palīg līdzekļus, labāk redzošās acs redzes asums ir mazāks par 6/60, mērot ar metrisko sistēmu, vai 0,1 pēc redzes asuma decimālas skalas, vai abu acu redzes lauka samazināšanās līdz 20° vai mazāk. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta gadījumos, kad stāvokli var koriģēt ar terapeitisku vai ķirurģisku ārstēšanu.

9. Trešās pakāpes apdegumi

Trešās pakāpes apdegumi, kas izraisa ādas bojājumus visos dermas slāņos, skarot vismaz 20% no kopējās ādas virsmas. Diagnoze un iesaistītā platība jāapstiprina speciālistam, izmantojot standartizētas, klīniski pieņemtas ķermeņa virsmas laukuma noteikšanas metodes.

10. Aortas operācija

Operācija, kas tiek veikta, lai likvidētu aneirismu, sašaurināšanos, obstrukciju vai aortas atslāņošanos. Aortas definīcija ietver aortas krūšu un vēdera daļas, bet ne tās atzarojumus. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta gan atvērtu, gan minimāli invazīvu procedūru, piemēram, endovaskulāru operāciju gadījumā.

11. Sirds vārstuļa nomaiņa vai labošana

Operācija, kas tiek veikta, lai nomainītu vai labotu vienu vai vairākus sirds vārstulus. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta gan atvērtu, gan minimāli invazīvu procedūru, piemēram, endovaskulāru operāciju gadījumā.

12. Kurlums

Pastāvīgs un neatgriezenisks dzirdes zudums abās ausīs nelaimes gadījuma vai slimības rezultātā. Dzirdes zudums tiek definēts kā gadījums, kad, pamatojoties uz audiometrisko izmeklēšanu, labāk dzirdošā ausī visos frekvenču diapazonos ir vismaz 90 db dzirdes sliekšnis. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta gadījumos, kad stāvokli var koriģēt ar ārstniecības palīdzību, tai skaitā ar dzirdes aparātu vai ķirurģiskām procedūrām.

13. Runas spēju zudums

Pilnīgs, pastāvīgs un neatgriezenisks runas spēju zudums nelaimes gadījuma vai slimības rezultātā. Tiek apdrošināti arī gadījumi, kas rodas ķirurģiskas operācijas vai slimības medicīniskas ārstēšanas rezultātā. Diagnoze par runas zudumu ir jāapstiprina speciālistam. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja pēc 6 mēnešiem kopš diagnozes konstatēšanas saglabājas pilnīgs runas zudums. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta runas zuduma gadījumā psihisku traucējumu dēļ.

14. Multiplā skleroze

Noteikta nešaubīga Multiplās sklerozes diagnoze, kas atbilst visiem šiem kritērijiem:

- ir jābūt klīniski apstiprinātiem motoras vai sensorās funkciju traucējumiem, kas nepārtraukti ilguši vismaz 6 (sešus) mēnešus;
- diagnoze ir jāapstiprina ar prasības iesniegšanas laikā atzītām diagnostikas metodēm.

15. Parkinsona slimība

Noteikta Parkinsona slimības diagnoze, kas apstiprināta, izmantojot diagnostikas metodes, kas bija spēkā prasības iesniegšanas brīdī. Apdrošinātajam ir jāpiedzīvo pastāvīgi motoriskās funkcijas traucējumi ar trīci vai muskuļu stīvumu. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja stāvoklis ilgst vismaz trīs (3) mēnešus. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta parkinsonisma sindromiem, tostarp toksisku faktoru, alkohola vai narkotiku lietošanas izraisītiem.

16. Labdabīgs smadzeņu audzējs

Smadzeņu, galvaskausa nervu vai smadzeņu apvalku audzējs, kas atrodas galvaskausa iekšienē un nav ļaundabīgs, bet izraisa kādu no tālāk minētajām sekām:

- 1) audzējs, kas izraisa paliekošu neiroloģisku deficītu*, kas saglabājas vismaz 3 (trīs) mēnešus;
- 2) tiek veikta invazīva operācija, lai noņemtu daļu vai visu audzēju;
- 3) tiek veikta stereotaktiskā radioķirurģija vai ķīmijterapija, lai iznīcinātu audzēja šūnas.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta cistu, granulomu, hematomu, smadzeņu artēriju vai vēnu anomāliju, hipofīzes audzēju un audzēja gadījumā HIV/AIDS klātbūtnē.

17. Alzheimeras slimība

Alzheimeras slimības diagnozi apstiprina, izmantojot diagnostikas metodes, kas ir atzītas pieprasījuma iesniegšanas laikā. Slimības rezultātā ir jābūt pastāvīgiem simptomiem, kurus apliecina ar pierādījumiem par progresējošu atmiņas zudumu, kā arī par progresējošu spēju zudumu spriest un uztvert, saprast, izteikt un īstenot idejas.

18. I tipa cukura diabēts

Noteikta 1. tipa cukura diabēta diagnoze, kas prasa pastāvīgu insulīna injekciju lietošanu. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta 2. tipa cukura diabēta (t.sk. 2. tipa cukura diabēta, kas tiek ārstēts ar insulīnu), gestācijas diabēta un citu glikozes tolerances traucējumu gadījumā.

19. Encefalīts

Noteikta encefalīta diagnoze, kas izraisa paliekošu neiroloģisku deficītu*, kas saglabājas vismaz trīs (3) mēnešus pēc diagnozes noteikšanas. Diagnozei jābūt balstītai uz tipiskiem klīniskiem simptomiem un cerebrospinālā šķidruma laboratoriskā izmeklēšanas rezultātiem. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja Apdrošinātajam ir diagnosticēts HIV/AIDS, kā arī mialģiska vai paraneoplastiska encefalomiēlīta gadījumā.

20. Bakteriālais meningīts

Noteikta bakteriāla meningīta diagnoze, kas izraisa paliekošu neiroloģisku deficītu*, kas saglabājas vismaz trīs (3) mēnešus pēc diagnozes noteikšanas. Diagnozei jābūt balstītai uz tipiskiem klīniskiem simptomiem un cerebrospinālā šķidruma izmeklējumu rezultātiem. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta visu citu meningīta formu, tostarp vīrusu meningīta, gadījumā.

21. Pilnīga un pastāvīga invaliditāte

Būtisks fizisko vai garīgo spēju zaudējums nelaimes gadījuma vai slimības dēļ, kas būtiski ierobežo Apdrošinātā spēju veikt jebkuru darbu vai aprūpēt sevi.

- Ja Apdrošinātais ir 18 gadus vecs vai vecāks, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta gadījumos, kad kompetentā Latvijas valsts institūcija nosaka, ka Apdrošinātā darbības zaudējuma līmenis ir 80% vai vairāk.
- Ja Apdrošinātais ir jaunāks par 18 gadiem, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja Latvijas valsts kompetentā iestāde ir piešķirusi Apdrošinātajam invaliditāti un ir izsniegusi atzinumu par īpašas kopšanas nepieciešamību.

Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai gadījumos, kad darbības zaudējums ir vismaz 80% apmērā vai invaliditāte ar nepieciešamību pēc īpašas kopšanas ilgst nepārtraukti 12 mēnešus vai ilgāk.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja darbības zaudējums vai invaliditāte ar nepieciešamību pēc īpašas kopšanas ir noteikti psihisku vai uzvedības traucējumu dēļ.

Ja Latvijā mainās oficiālās metodes darbības zaudējuma vai invaliditātes ar īpašas kopšanas nepieciešamību noteikšanai, apdrošināšanas atlīdzības gadījumā apdrošinātais var ievērot mainītos kritērijus darbības zaudējuma vai invaliditātes ar īpašas kopšanas nepieciešamību noteikšanai.

*Paliekošs neiroloģisks deficīts attiecas uz nervu sistēmas disfunkcijas simptomiem, kas tiek konstatēti neirologa klīniskās izmeklēšanas laikā. Simptomi ir nejutīgums, hiperestēzija (paaugstināta jutība), paralīze, lokāls vājums, dizarrija (grūtības runāt), afāzija (nespēja runāt), disfāģija (apgrūtināta rīšana), redzes traucējumi, grūtības staigāt, koordinācijas trūkums, trīce, krampji, letarģija, demence, delīrijs un koma.