

Papildapdrošināšanas noteikumi: Kritisko slimību gadījumā

Nr. CI_IG_1013

Šie kritisko slimību Papildapdrošināšanas noteikumi ir Apdrošināšanas līguma neatņemama sastāvdaļa, ja, Puses to parakstot, ir vienojušās par šo apdrošināšanas veidu (turpmāk – Papildapdrošināšana). Gadījumus, kas nav atrunāti Papildapdrošināšanas noteikumos, risina saskaņā ar Apdrošināšanas līgumam piemērotajiem noteikumiem. Visus Apdrošināšanas līgumam piemērojamos noteikumus nosaka Apdrošināšanas līgumā. Ja pastāv neatbilstības starp Apdrošināšanas līgumam piemērotajiem vispārējiem noteikumiem un Papildapdrošināšanas noteikumiem, noteicošie ir Papildapdrošināšanas noteikumi.

Apdrošināšanas gadījumi

1. Apdrošināšanas gadījums ir kritiskas slimības diagnosticēšana un ārstēšana vai ķirurģiskas operācijas veikšana Apdrošinātajai personai apdrošināšanas seguma spēkā esamības periodā atbilstoši Apdrošināšanas līgumā iekļautajam kritisko slimību sarakstam. Kritisko slimību un 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 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 6 mēnešos;
 - 4.2. diagnosticēta Apdrošinātajam esot HIV inficētam;
 - 4.3. radusies Apdrošinātā tīšas pašsakropļošanās, saindēšanās vai pašnāvības mēģinājuma rezultātā;
 - 4.4. izraisījusi Apdrošinātā nāvi 30 dienu laikā pēc slimības diagnosticēšanas ¹;

4.5. saistīta ar karadarbību, militārām operācijām, ārkārtas stāvokļa noteikšanu, kodolenerģijas iedarbību.

Apdrošināšanas gadījumā izmaksājamā atlīdzība

5. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksā atlīdzību, kas noteikta apdrošināšanas polisē kā kritisko slimību Papildapdrošināšanas summa.
6. Ja Papildapdrošināšanas summa ir tikusi palielināta, izmaksājamo atlīdzību kritiskās slimības diagnozes gadījumā pirmos sešus mēnešus pēc minētās summas palielināšanas nosaka, ņemot vērā mazāko Papildapdrošināšanas summu, kas bijusi spēkā pēdējo sešu 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, ne biežāk kā reizi kalendārājā gadā, veikt izmaiņas Kritisko slimību papildapdrošināšanas noteikumu 1.pielikumā noteiktajā kritisko slimību sarakstā, pievienojot jaunas slimības, izslēdzot esošās, veicot grozījumus definīcijās, diagnozes kritērijos. Apdrošinātajam ir jāinformē Apdrošinājumaņēmējs ne vēlāk kā vienu mēnesi pirms minētajiem grozījumiem. Ja Apdrošinājumaņēmējs nepiekrīt minētajiem grozījumiem, tad Apdrošinātājs rakstiski par to ir jāinformē. Šajā gadījumā apdrošinājumaņēmējam ir tiesības veikt ar Papildapdrošināšanu saistītus grozījumus polisē bez maksas vai lauzt Apdrošināšanas līgumu saskaņā ar vispārējos apdrošināšanas noteikumus noteikto procedūru. Ja Apdrošinājumaņēmējs nav rakstiski informējis Apdrošinātāju par vēlmi veikt grozījumus Papildapdrošināšanā vai lauzt Apdrošināšanas līgumu, pirms izmaiņu stāšanās spēkā datuma, kas ir noteikts paziņojumā par izmaiņu veikšanu, tiek uzskatīts, ka Apdrošinājumaņēmējs izmaiņām ir piekritis.

Apdrošināšanas atlīdzība, iestājoties neapdrošinātam gadījumam

9. Iestājoties neapdrošinātam gadījumam, Apdrošinātajam nav tiesības izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību.

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 iesniedzami, piesakot apdrošināšanas atlīdzību

11. Apdrošinātajam iesniedzamais atlīdzības izmaksas pieteikums ir jāpamato ar šādiem dokumentiem un informāciju:
 - 11.1. dokuments, kas identificē personu, kura iesniedz atlīdzības izmaksas pieteikumu;
 - 11.2. dokuments par Labuma guvēja noteikšanu, ja tāds ir atsevišķi sagatavots;
 - 11.3. iesniegums, kurā norādīts apdrošināšanas gadījuma raksturs, datums un laiks, stacionārās vai ambulatorās ārstēšanas raksturs un ilgums, kā arī bankas konta rekvizītus, uz kuru pārskaitāma apdrošināšanas atlīdzība;
 - 11.4. medicīnas iestādes izsniegtas detalizētas medicīniskas izziņas, kurās aprakstīta Apdrošinātā slimības precīza diagnoze, anamnēze, izmeklēšana un ārstēšana, un kura var tikt izmantota, lai noteiktu diagnozes precīzu atbilstību Kritisko slimību Papildapdrošināšanas noteikumu 1.pielikumā aprakstītajām definīcijām un kritērijiem;
 - 11.5. izziņa par invaliditāti, ja tāda ir izsniegta.
12. Pēc Apdrošinātāja pieprasījuma ir jāiesniedz Apdrošināšanas polise (tās dublikāts) un tās grozījumi un pielikumi,

¹Dzīvības apdrošināšanas gadījumi ir noteikti dzīvības termiņapdrošināšanas noteikumos vai investīcijām piesaistītās apdrošināšanas noteikumos.

kas ir noformēti atbilstoši apdrošinātāja prasībām.

13. Apdrošinātājs var pieprasīt citus dokumentus, ja šādi dokumenti ir nepieciešami, lai pieņemtu lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu un noteiktu tās apmēru.

14. Apdrošinātājs var prasīt diagnozes pārbaudi, veicot Apdrošinātāja medicīnisko izmeklēšanu Apdrošinātāja noteiktā medicīnas iestādē. Šādas medicīniskas izmeklēšanas izmaksas sedz Apdrošinātājs.

15. Ja dokumentu ir izdevusi ārvalsts institūcija, Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt šī dokumenta notariāli apliecinātu tulkojumu latviešu valodā.

Apdrošinātājs nesedz minētos izdevumus.

Apdrošināšanas atlīdzības saņēmēji

16. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta Apdrošinātajam, ja vien Apdrošināšanas polisē vai tās grozījumos vai pielikumos, kas ir noformēti atbilstoši Apdrošinātāja prasībām, nav noteikts citādi.

17. Apdrošināšanas atlīdzība nevar tikt izmaksāta personai, kuras tīšs nodarījums (atbilstoši tiesas nolēmumam) ir izraisījis Apdrošināto gadījumu. Šādā gadījumā vainīgajam

pienākošos Apdrošināšanas atlīdzības daļu izmaksā šādi:

17.1. Citiem noteiktajiem Labuma guvējiem, proporcionāli palielinot katram izmaksājamo apdrošināšanas atlīdzības daļu;

17.2. Apdrošinātajam, ja neviens cits Labuma guvējs nav noteikts.

18. Ja apdrošināšanas atlīdzības saņēmējs ir miris pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, bet pirms ir radusies iespēja saņemt apdrošināšanas atlīdzību, tad apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta mirušā apdrošināšanas atlīdzības saņēmēja mantiniekiem.

Kritisko slimību papildapdrošināšanas noteikumu 1.pielikums

NR. CI_IG_1013

Kritisko slimību saraksts:

1. Sirdstrieka (miokarda infarkts)
2. Koronārās artērijas šuntēšanas operācija
3. Trieka
4. Vēzis
5. Nieru mazspēja
6. Galveno orgānu transplantācija
7. Locekļu zaudēšana
8. Aklums
9. Trešās pakāpes apdegumi
10. Aortas operācija
11. Sirds vārstuļa nomaiņa vai labošana
12. Kurlums
13. Runas spējas zudums
14. Izkaisītā skleroze
15. Parkinsona slimība pirms 60 gadu vecuma
16. Labdabīgs smadzeņu audzējs
17. Alzheimerā slimība pirms 60 gadu vecuma
18. Pilnīga un pastāvīga invaliditāte

Definīcijas

1. Sirdstrieka (miokarda infarkts)
Sirdstrieka ir sirds muskuļa daļas atmiršana (nekroze) pēkšņa asins plūsmas traucējuma rezultātā. Šī diagnoze ir jāpamato ar šādiem 3 kritērijiem:
 - 1.1. raksturīgu sāpju vēsture krūtīs;
 - 1.2. elektrokardiogrāfiskas izmaiņas, kas ir tipiskas miokarda infarkta gadījumā;
 - 1.3. paaugstināts sirds enzīmu līmenis asinīs.
2. Koronārās artērijas šuntēšanas operācija
Vaļējas sirds operācijas veikšana, lai novērstu divu vai vairāku koronāro artēriju sašaurināšanos vai blokādi, izmantojot kāju vēnas vai iekšējās krūšu artērijas, taču izslēdzot visas neķirurģiskas procedūras, piemēram, angioplastiju vai lāzertehniku. Ir jāiesniedz angiogrāfiski pierādījumi par attiecīgo slimību.
3. Trieka
Akūts cerebrovaskulārs incidents, kas izraisa neuroloģiskas komplikācijas, kas ilgst vairāk nekā 24 stundas, tostarp:
 - 3.1. smadzeņu audu infarkts;
 - 3.2. asinsizplūdums galvā;
 - 3.3. embolija no avota ārpus galvaskausa.

Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai tad, ja ir paliekoša neuroloģiska bojājuma pierādījumi, kuri ir jāapliecina ārstam neirologam ne ātrāk kā 6 nedēļas pēc triekas.

4. Vēzis
Vēzis ir ļaundabīgu šūnu nekontrolējama augšana un izplešanās, un audu invāzija. Ir jāiesniedz neapšaubāmi pierādījumi par audu invāziju un ļaundabīga audzēja histoloģija.

Termins „vēzis” ietver arī leukēmiju, limfomas.

Neapdrošinātie gadījumi:

- lokāli neinvazīvi audzēji, kam ir tikai agrīnas ļaundabīgas izmaiņas (neinvazīvas karcinomas), pirmsvēža stāvoklis (pirms melnais stāvoklis);
- jebkāds ādas vēzis, izņemot melanomu;
- I stadijas limfogrānulomatoze;
- hroniska limfocītiska leukēmija;
- audzēji kopā ar HIV / AIDS.

5. Nieru mazspēja
Nieru mazspējas pēdējā stadija abu nieru hronisku, neatgriezenisku darbības traucējumu rezultātā. Tas ir jāapliecina ar apdrošinātā regulāru nieru dialīzi vai nieru transplantāciju. Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā vienpusējas nefrektomijas un akūtas nieru mazspējas gadījumā (kad ir nepieciešama pagaidu dialīze).

6. Galveno orgānu transplantācija
Sirds, plaušu, aknu vai kaula smadzeņu faktiskā pārstādīšana Apdrošinātajam, vai Apdrošinātā iekļaušana oficiālā gaidīšanas sarakstā minēto transplantācijas operāciju veikšanai. Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā orgānu donoriem.

7. Locekļu vai locekļu funkciju zaudēšana
Pilnīgs un pastāvīgs divu vai vairāku locekļu funkciju zudums traumas vai slimības rezultātā, ja zaudēts loceklis vai tā funkcijas virs elkoņa vai ceļa locītavas. Gadījumos, kad šķiet, ka locekļu funkciju zudums ir pārejošs, tad gadījums ir uzskatāms par apdrošināšanas gadījumu, ja tas ilgst vismaz 6 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas.

8. Aklums

Pilnīgs, pastāvīgs un neatgriezenisks redzes zudums abās acīs traumas vai slimības rezultātā. Šo stāvokli nevar izārstēt ar medicīniskas ārstēšanas vai ķirurģisku procedūru palīdzību. Diagnoze ir klīniski jāapstiprina atbilstošam konsultantam. Gadījumos, kur šķiet, ka aklums ir pārejošs, tad gadījums ir uzskatāms par apdrošināšanas gadījumu, ja tas ilgst vismaz 6 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas.

9. Trešās pakāpes apdegumi
Trešās pakāpes apdegumi, kas izraisa ādas bojājumus pilnā biezumā, skarot vismaz 20% no kopējās ādas virsmas.

10. Aortas operācija
Vaļējas sirds operācijas veikšana saistībā ar aortas slimību un slimās aortas nomaiņu ar transplantātu. Šajā definīcijā aorta nozīmē krūšu un vēdera aortu, bet ne tās atzarojumus. Traumatiski aortas ievainojumi nav uzskatāmi par apdrošināšanas gadījumu.

11. Sirds vārstuļa nomaiņa vai labošana
Vaļējas sirds operācijas veikšana saistībā ar medicīnisku nepieciešamību nomainīt vai labot vienu vai vairākus sirds vārstus. Tas ietver aortas, mitrālā, pulmonālā vai trikuspidālā vārstuļa nomaiņu vai labošanu stenozes vai mazspējas, vai šo faktoru apvienojuma rezultātā. Laparoskopiskas operācijas nav uzskatāmas par apdrošināšanas gadījumu.

12. Kurlums
Pilnīgs, pastāvīgs un neatgriezenisks dzirdes zudums abās ausīs. Šo stāvokli nevar izārstēt ar medicīniskas ārstēšanas vai ķirurģisku procedūru palīdzību. Diagnoze ir klīniski jāapstiprina atbilstošam konsultantam. Gadījumos, kur šķiet, ka kurlums ir pārejošs, tad gadījums ir uzskatāms par apdrošināšanas gadījumu, ja tas ilgst vismaz 6 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas.

13. Runas spēju zudums
Pilnīgs, pastāvīgs un neatgriezenisks runas spēju zudums fiziskas traumas vai slimības rezultātā. Tiek apdrošināti arī gadījumi, kas rodas ķirurģiskas operācijas vai slimības medicīniskas

ārstēšanas rezultātā. Šo stāvokli nevar izārstēt ar medicīniskas ārstēšanas vai ķirurģisku procedūru palīdzību. Diagnoze ir klīniski jāapstiprina atbilstošam konsultantam. Gadījumos, kur šķiet, ka runas spēju zudums ir pārejošs, tad gadījums ir uzskatāms par apdrošināšanas gadījumu, ja tas ilgst vismaz 6 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas.

14. Izkaisītā skleroze

Neirologa noteikta nešaubīga izkaisītās sklerozes diagnoze, kas atbilst visiem šiem kritērijiem:

- ir jāpastāv kustību vai maņu funkciju traucējumiem, kas nepārtraukti ilguši vismaz 3 mēnešus;
- diagnoze ir jāapstiprina ar pieprasījuma iesniegšanas laikā atzītām diagnostikas metodēm.

15. Parkinsona slimība pirms 60 gadu vecuma

Parkinsona slimība, kas izraisa roku trīcēšanu, muskuļu stīvumu un ķermeņa

kustību palēnināšanos pirms Apdrošinātās personas 60 gadu vecuma, ir jāapstiprina neirologam, izmantojot diagnostikas metodes, kas pieprasījuma iesniegšanas laikā ir atzītas. Netiek apdrošināta Parkinsona slimība, ko izraisījusi pārmērīga alkohola lietošana, zāļu pārdozēšana (ārsta izrakstītu vai citu) vai valsts iestāžu kontrolētu zāļu lietošana, ja vien tās nav likumīgi izrakstītas. Šim stāvoklim ir jābūt apliecinātam ar medicīniskiem dokumentiem un jāilgst vismaz 3 mēnešus.

16. Labdabīgs smadzeņu audzējs
Neļaudabīgs smadzeņu audzējs, kas ir izoperējams vispārējās anestēzijas stāvoklī vai ir neoperējams un izraisa pastāvīgus neiroloģiskus traucējumus. Netiek apdrošinātas visu veidu cistas, granulomas un anomālijas artērijās vai smadzeņu vēnās, hematomas un audzēji hipofīzē vai mugurkaulā. Diagnoze ir jāapstiprina neirologam vai neiroķirurgam un ar datortomogrāfijas

vai magnētiskās rezonanses attēlveidošanas iekārtu.

17. Alcheimera slimība pirms 60 gadu vecuma

Alcheimera slimība pirms 60 gadu vecuma ir jāapstiprina neirologam, izmantojot diagnostikas metodes, kas pieprasījuma iesniegšanas laikā ir atzītas. Šim stāvoklim ir jābūt apliecinātam ar medicīniskiem dokumentiem un jāilgst vismaz 3 mēnešus.

18. Pilnīga un pastāvīga invaliditāte
Apdrošinātajam slimības vai traumas rezultātā ir iestājusies pastāvīga, pilnīga un neatgriezeniska invaliditāte pirms 60 gadu vecuma sasniegšanas. Apdrošinātā persona nevar tikt nodarbināts un nespēj veikt nekādu darbu atalgojuma vai peļņas gūšanai. Apdrošinātajam ir jāsaņem pierādījumi, ka Apdrošinātā pilnīgā invaliditāte bez pārtraukumiem ilgst 6 mēnešus un turpināsies pēc šī perioda.