

KRITISKO SLIMĪBU PAPILDAPDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI CI/01

spēkā no 2011. gada 1.jūnija

1. SAISTĪBA AR PAMATAPDROŠINĀŠANU

Kritisko slimību Papildapdrošināšanas noteikumi darbojas tikai vienlaicīgi ar Pamatapdrošināšanas noteikumiem un ir neatņemama Apdrošināšanas Līguma sastāvdaļa, ja tiek veikta kritisko slimību Papildapdrošināšana. Gadījumā, ja šie Noteikumi nonāk pretrunā ar Pamatapdrošināšanas noteikumiem attiecībā uz Papildapdrošināšanu ir jāvadās pēc šiem Noteikumiem.

2. NOTEIKUMOS LIETOTIE TERMINI

- 2.1. **Noteikumi** - šie kritisko slimību Papildapdrošināšanas noteikumi CI/01, kā arī jebkuri to pielikumi vai izmaiņas.
- 2.2. **Pamatapdrošināšana** – apdrošināšanas veids, par kuru izdota apdrošināšanas Polise un kuram pievienota kritisko slimību Papildapdrošināšana.
- 2.3. **Papildapdrošināšana** – kritisko slimību Papildapdrošināšana.
- 2.4. **Papildapdrošināšanas segums** – Pamatapdrošināšanas Polisē iekļautais kritisko slimību apdrošināšanas veids.
- 2.5. **Apdrošinātais** – fiziska persona, par kuras apdrošināšanu ir noslēgts Līgums. Apdrošinātais nevar būt jaunāks par 18 gadiem Līguma slēgšanas brīdī un vecāks par 65 gadiem Apdrošināšanas perioda beigās, ja vien Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs nevienojas savādāk.
- 2.6. **Apdrošināšanas gadījums** - Papildapdrošināšanas seguma darbības laikā pirmo reizi diagnosticēta kāda no kritiskajām slimībām.
- 2.7. **Labuma guvējs** – Apdrošinātā persona.
- 2.8. **Kritiskās slimības** – Apdrošinātāja noteiktas un šajos noteikumos iekļautas slimības, kas tiek klasificētas kā Kritiskas slimības un Apdrošināšanas gadījums šo noteikumu izpratnē.
- 2.9. **Izdziņošanas periods** – 30 kalendārās dienas, skaitot no Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās datuma

3. APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMS UN IZŅĒMUMI

- 3.1. Par Apdrošināšanas gadījumu šo Noteikumu izpratnē ir uzskatāmas šādas Kritiskās slimības, ja kāda no tām pirmo reizi diagnosticēta Apdrošinātajam Papildapdrošināšanas seguma darbības laikā:
- 3.1.1. **Jaundabīgie audzēji** – histoloģiski apstiprināta Jaundabīgo šūnu attīstība un to izplatīšanās veselajos audos. Pie šīs grupas tāpat pieder leikēmija (diagnozes kods C91-95 pēc Starptautiskās slimību klasifikācijas (turpmāk SSK-10)), limfoma (diagnozes kods C82-85 pēc SSK-10), Hodžkina slimība (diagnozes kods C81 pēc SSK-10) sākot ar otro stadiju un ādas melanomas (diagnozes kods C43 pēc SSK-10). Pēc SSK-10 Jaundabīgajiem audzējiem diagnozes kodi ir C00-97. Tiek izslēgti Jaundabīgie audzēji pie AIDS vīrusa, audzēju formas in situ, prekancerozi, dzemdes kakla displāzija, dzemdes kakla vēzis CIN1-CIN3, priekšdziedzera agrīnais vēzis (T1 pēc Starptautiskā audzēju klasifikatora TNM), bazālālais šūnu vai plakanšūnu ādas vēzis un ādas melanomas ar blīvumu mazāku par 1,5 pēc Breslova vai mazāku nekā III līmenis pēc Klarka;
- 3.1.2. **miokarda infarkts** – neatgriezeniski sirds muskuļa bojājumi sirds muskuļa asinsrites traucējumu dēļ. Diagnozei jābūt apstiprinātai ar izmaiņām elektrokardiogrammā (EKG), kas norāda uz infarktu, un ievērojamu kardiālo enzīmu paaugstinājumu asinīs. Diagnozes kods I21 pēc SSK-10;
- 3.1.3. **galvas smadzeņu insults** – cerebrāli vaskulārās saslimšanas gadījums, kas izraisa pastāvīgu, vairāk par 24 stundām ilgstošu neiroloģisku nepietiekamību. Pastāvīga neiroloģiska nepietiekamība nozīmē apdrošinātā motoro un sensoro funkciju bojājumu. Šajā grupā ietilpst galvas smadzeņu infarkts, intracerebrālā un/vai subarahnoidālā asiņošana. Diagnozei jābūt apstiprinātai, izmeklējot nesenās galvas smadzeņu izmaiņas ar kompjūtertomogrāfijas (KT) vai

- magnētiskās rezonanses tomogrāfa (MRT) palīdzību. Diagnozes kods I60-64 pēc SSK-10. Tiek izslēgta apdrošinātā smadzeņu tranzitorā išēmija, kā arī iekšējā asiņošana smadzenēs un galvas smadzeņu insults traumas rezultātā;
- 3.1.4. **koronārā ķirurģija** – vienas vai vairāku sašaurinātu vai pilnībā aizsprostotu artēriju nomaīņa šuntējot, lai uzlabotu apasiņošanu bojātā miokarda apvidū. Operācija tiek veikta, lai samazinātu išēmiskās sāpes un nomainītu aizsprostoto koronāro artēriju atbilstoši dzīvības funkcijām. Operācija tiek veikta, atverot krūšu kurvi. Koronārās artērijas aizsprostojumam jābūt pamatotam angiogrāfiski un kardiologam jāapliecina operācijas nepieciešamība. Tiek izslēgta perkutāna translumināra koronāra angioplastika un citas neķirurģiskas manipulācijas;stacionārā ārstēšanās,
- 3.1.5. **izkaisītā skleroze** – centrālās nervu sistēmas progresējoša saslimšana, kas bojā mielīna apvalku ap galvas un muguras smadzeņu nervu šūnām. Diagnoze jāpamato ar vairāk nekā viena sklerozes perēkļa izmeklējumiem galvas vai muguras smadzeņu apvidū ar magnētiskās rezonanses tomogrāfijas (MRT) palīdzību un oligoklonālām joslām muguras smadzeņu šķidrumā un jāapliecina neirologam, balstoties uz vairāk nekā vienu slimības epizodi. Diagnozes kods G35 pēc SSK-10;
- 3.1.6. **nieru nepietiekamība** – nieru slimības terminālā stadijā, kā dēļ apdrošinātajam ir vajadzīga pastāvīga dialīze vai nieres pārstādīšana;
- 3.1.7. **orgāna transplantācija** – sirds, sirds un plaušas, aknas, nieres, aizkuņģa dziedzera vai kaula smadzeņu pārstādīšanas operācija attiecīgā orgāna neatgriezeniska bojājuma dēļ. Par apdrošināšanas gadījumu tāpat uzskatāma apdrošinātā iekļaušana augšminētā orgāna pārstādīšanas rindas oficiālajā sarakstā. Transplantācijai jābūt medicīniski nepieciešamai, bet orgāna bojājumam jābūt objektīvi apliecinātam;
- 3.1.8. **sirds operācija** – sirds vārstuļa primārā operācija, atverot krūšu kurvi vai endoskopijas ceļā, lai nomainītu vai koriģētu vienu vai vairākus sirds vārstuljus. Operācijas nepieciešamībai jābūt kardiologa apliecinātai;
- 3.1.9. **redzes zaudējums** - abu acu pilnīgs un paliekošs redzes zaudējums. Minimāli redzes zaudējuma ilgumam secīgi jābūt vismaz sešu mēnešu garumā;
- 3.1.10. **vienas vai vairāku ekstremitāšu zaudējums** vai arī pilnīga un paliekoša paralīze augstāk par ceļa un elkoņa locītavu. Paralīzei secīgi jāilgst vismaz sešu mēnešu garumā. Diagnozei jābūt neirologa apliecinātai.
- 3.2. **Izņēmumi.** Par Apdrošināšanas gadījumu šo Noteikumu izpratnē netiek uzskatīta Apdrošinātā saslimšana ar Kritisko slimību, ja tā iestājusies:
- 3.2.1. sakarā ar karadarbību (neatkarīgi no tā, vai ir pasludināts kara stāvoklis vai nē), Terorismu, masu nemieriem, revolūciju, radioaktīvo saindēšanos vai piesārņojumu, kodolsprādzienu, dabas vai tehnoloģisku katastrofu, saistībā ar kuru attiecīgās valsts centrālās vai vietējās varas iestādes izsludinājušas ārkārtas, katastrofas vai tiem pielīdzināmu stāvokli, vai iedzīvotāju evakuāciju, neatkarīgi no tā, vai šāda izsludināšana notikusi pirms vai pēc katastrofas iestāšanās.
- 3.2.2. Apdrošinātajam sev tīši nodarot fizisku ievainojumu, labprātīgi sevi pakļaujot ārkārtējām briesmām, kā arī Apdrošinātajam izdarot pašnāvības mēģinājumu,
- 3.2.3. apzināti bez konsultēšanās ar ārstu nepareizi lietojot medikamentus, kā arī sakarā ar Apdrošinātā saindēšanos, pārmērīgi lietojot alkoholu, narkotiskas, toksiskas vai citas apreibinošas vielas;
- 3.2.4. sakarā ar Apdrošinātā, Apdrošinājumaņēmēja vai Labuma guvēja jaunu nolūku, rupju neuzmanību vai prettiesisku rīcību,
- 3.2.5. cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) un iegūtā imūndeficīta sindroma (AIDS) rezultātā,
- 3.2.6. sakarā ar Apdrošinātā atteikšanos no ārstēšanas vai ārsta rekomendāciju neievērošanu,
- 3.2.7. triju mēnešu laikā (90 kalendārās dienas) pēc Papildapdrošināšanas seguma darbības sākuma,

3.2.8. un Apdrošinātais ir miris mēneša laikā (30 kalendārās dienas) pēc Kritiskās slimības diagnosticēšanas,
3.2.9. eksperimentālas vai netradicionālas ārstēšanas rezultātā,

4. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBA

4.1. Papildapdrošināšanas atlīdzību izmaksā saskaņā ar apdrošināšanas Polise iekļauto Papildapdrošināšanas segumu, un šiem apdrošināšanas Noteikumiem.

4.2. Apdrošinātā saslimšanas ar Kritisko slimību gadījumā, kas iestāties ne ātrāk kā 90 dienas pēc papildapdrošināšanas seguma darbības sākuma datuma, Apdrošinātājs izmaksā Apdrošinātājam Apdrošināšanas atlīdzību Polise norādītās apdrošinājuma summas apmērā, kas attiecas uz segumu "Kritiskās slimības".

5. IZMAIŅAS LĪGUMĀ

5.1. Apdrošinājuma ņēmējs Apdrošināšanas perioda laikā var ierosināt izdarīt izmaiņas Līgumā, tai skaitā:

5.1.1. mainīt Papildapdrošināšanas seguma apdrošinājuma summu,

5.1.2. iekļaut jaunu Papildapdrošināšanas segumu.

5.2. 5.1. punktā minētās izmaiņas stājas spēkā ar rakstisku Apdrošinātāja piekrišanu un citu Apdrošinātāja izvirzīto nosacījumu izpildi, ja tādi tiek noteikti.

5.3. Apdrošinātājam ir tiesības veikt izmaiņas Papildapdrošināšanas Noteikumos vai tarifu noteikšanas principos attiecībā uz nākamo Pamatapdrošināšanas gadu, par to rakstiski informējot Apdrošinājuma ņēmēju 30 dienas pirms nākamā Pamatapdrošināšanas gada sākuma.

5.4. Ja Apdrošinātā profesijas vai nodarbošanās maiņa palielina apdrošināto risku, Apdrošinātājam ir tiesības veikt izmaiņas Papildapdrošināšanas Noteikumos vai tarifu noteikšanas principos, vai arī izbeigt Papildapdrošināšanu, par to rakstiski informējot Apdrošinājuma ņēmēju 15 dienas pirms izmaiņu stāšanās spēkā.

5.5. Ja Apdrošinājuma ņēmējs nepiekrīt izmaiņām Papildapdrošināšanas noteikumos vai tarifu noteikšanas principos uz nākamo apdrošināšanas gadu, kā arī visā Pamatapdrošināšanas darbības laikā, Apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības pieprasīt Papildapdrošināšanas pārtraukšanu, par to rakstiski informējot Apdrošinātāju.

6. PAPILDAPDROŠINĀŠANAS IZBEIGŠANA

6.1. Papildapdrošināšana tiek izbeigta:

6.1.1. Apdrošinātā nāves gadījumā,

6.1.2. ja Apdrošinājuma ņēmējs vai Apdrošinātājs pārtrauc Papildapdrošināšanu,

6.1.3. iestājoties papildapdrošināšanas gadījumam,

6.1.4. beidzoties Pamatapdrošināšanai,

6.1.5. Apdrošinātājam sasniedzot 65 gadu vecumu.

7. APDROŠINĀTĀ PIENĀKUMI

7.1. Saslimstot ar Kritisko slimību, Apdrošinātājam:

7.1.1. Nekavējoties un ne vēlāk kā mēneša laikā (30 kalendārās dienas) jāpaziņo Apdrošinātājam par Kritisko slimību,

7.1.2. jāpilda ārsta norādījumi,

7.1.3. jā rūpējas, lai Apdrošinātā veselības stāvoklis nepasliktinās,

7.1.4. pēc Apdrošinātāja pieprasījuma jāļauj Apdrošinātāja izvēlētam ārstam – ekspertam veikt Apdrošinātā izmeklēšanu,

7.1.5. ne vēlāk kā triju mēnešu laikā (90 kalendārās dienas) jāiesniedz Apdrošinātājam noteiktas formas pieteikums.

7.2. Apdrošinātājam ir tiesības samazināt vai atteikt Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, ja Apdrošinātais neievēro 7.1. punktā noteikto.

7.3. Apdrošinātājam 30 dienu laikā rakstiski ir jāinformē Apdrošinātājs par profesijas vai nodarbošanās maiņu, ja tā var palielināt apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību.

8. APROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSĀŠANAS KĀRTĪBA

8.1. Lai pieprasītu Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, ir jāiesniedz sekojoši dokumenti Apdrošinātājam:

8.1.1. pieteikums Kritisko slimību Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai,

8.1.2. Apdrošinātā pases vai autovadītāja apliecības kopija, uzrādot oriģinālu,

8.1.3. Apdrošinātā slimības vēstures izrakstu,

8.1.4. Sertificēta ārsta atzinumu, kas atbilst Apdrošinātāja prasībām, par Apdrošinātā saslimšanu ar Kritisko slimību.

8.2. Pirms Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas Apdrošinātājs var pieprasīt:

8.2.1. Apdrošinātā medicīnisku papildpārbaudi pie ārstiem, kurus noteicis Apdrošinātājs,

8.2.2. pārbaudīt ārsta slēdziena pamatotību un citus dokumentus, kā arī iesniegt pieprasījumu trešajām personām, kas varētu būt informētas par Apdrošinātā veselības stāvokli.

8.3. Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā par slimībām, kas nav iekļautas šo Noteikumu Kritisko slimību sarakstā.

8.4. Jebkurš viltojums, nepareizs apgalvojums, noklusēšana vai Apdrošinātāja pieprasītās informācijas nesniegšana, kas ietekmē Apdrošināšanas atlīdzības noteikšanu, var būt par iemeslu samazināt vai atteikt Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu.

8.5. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā 30 dienu laikā pēc visu Apdrošinātāja pieprasīto dokumentu saņemšanas un ne ātrāk kā 30 dienas pēc Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās (Kritiskās slimības diagnosticēšanas datuma), vai arī Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas atteikuma gadījumā Apdrošinātājam 30 kalendāro dienu laikā rakstveidā tas jāpaziņo iesniedzējam, paziņojumā norādot Apdrošināšanas atlīdzības atteikuma iemeslus.