

**VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI FIZISKĀM PERSONĀM VA/03-1**  
 spēkā no 2014. gada 13. janvāra

**1. NOTEIKUMOS LIETOTIE TERMINI**

1.1. **Apdrošinātājs** - Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāle, kas noslēdz ar Apdrošinājuma ņēmēju apdrošināšanas Līgumu.

1.2. **Apdrošinājuma ņēmējs** – fiziska persona, kurai ir tiesībspēja un rīcībspēja un kura noslēdz Līgumu ar Apdrošinātāju Apdrošināto labā.

1.3. **Apdrošinātais** – fiziska persona, kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas Līgums un kurai saskaņā ar noslēgto Līgumu starp Apdrošinātāju un Apdrošinājuma ņēmēju, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam tiek nodrošināta Apdrošināšanas programmā noteikto pakalpojumu apmaksā. Apdrošinātais nevar būt jaunāks par 1 gadu Apdrošināšanas perioda sākumā vai vecāks par 65 gadiem Apdrošināšanas perioda beigās.

1.4. **Apdrošināšanas pieteikums** – Apdrošinātāja noteikts dokuments, kuru Apdrošinājuma ņēmējs iesniedz Apdrošinātājam, lai informētu to par faktiem, kuri nepieciešami riska izvērtēšanai.

1.5. **Līgums** – apdrošināšanas līgums saskaņā ar Apdrošinātāja un Apdrošinājuma ņēmēja vienošanos par apdrošināšanas nosacījumiem. Līgumā iesaistīto personu tiesiskās attiecības nosaka Līgums un Latvijas Republikas normatīvie akti.

1.6. **Polise** – dokuments, kurš apliecina Līguma noslēgšanu, un ietver Līguma Noteikumus, Apdrošināšanas programmu(-as), Papildapdrošināšanas noteikumus (ja tiek veikta Papildapdrošināšana), kā arī jebkuru šajā punktā uzskaitīto dokumentu pielikumus, grozījumus un papildinājumus.

1.7. **Noteikumi** – šie Veselības apdrošināšanas noteikumi fiziskām personām VA/03-1, kā arī jebkuri to pielikumi vai izmaiņas.

1.8. **Apdrošināšanas gadījums** – notikums, kuram iestājoties apdrošināšanas darbības laikā, saskaņā ar Līgumu ir paredzēta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksā.

1.9. **Apdrošināšanas prēmija** – maksājums par apdrošināšanu, kuru Apdrošinājuma ņēmējs maksā Apdrošinātājam Līgumā noteiktā apmērā un termiņos.

1.10. **Apdrošināšanas programma** – Līgumā noteikts pakalpojumu kopums, kuru apmaksu, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, pilnībā vai daļēji sedz Apdrošinātājs.

1.11. **Apdrošinājuma summa** – Apdrošināšanas programmā noteikta naudas summa, kuras robežās, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, Līguma darbības periodā tiek izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība atbilstoši Apdrošināšanas programmai un Noteikumiem.

1.12. **Limits** – Apdrošināšanas programmā noteikta naudas summa vai veselības aprūpes pakalpojumu skaits, kuru robežās, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam Līguma darbības laikā, tiek izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība atbilstoši izvēlētai Apdrošināšanas programmai un Noteikumiem.

1.13. **Apdrošināšanas atlīdzība** – Apdrošinājuma summa vai tās daļa, kuru Apdrošinātājs izmaksā Apdrošinātājam, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, atbilstoši Apdrošināšanas programmai un Līgumam.

1.14. **Papildapdrošināšana** – apdrošināšanas veids, kurš papildus tiek iekļauts Līgumā.

1.15. **Līgumiestāde** – Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā reģistrēta iestāde, ar kuru Apdrošinātājs ir noslēdzis sadarbības līgumu par

Apdrošināšanas programmā noteikto pakalpojumu sniegšanu Apdrošinātājiem.

1.16. **Apdrošināšanas karte** – Apdrošinātāja izsniegts plastikāta dokuments, kas apliecina Apdrošinātā tiesības saņemt pakalpojumus Līgumiestādēs saskaņā ar Apdrošināšanas programmu.

**2. VISPĀRĪGIE NOTEIKUMI**

2.1. Apdrošināšana ir spēkā Latvijas Republikas teritorijā Līgumā noteiktajā apdrošināšanas periodā.

2.2. Par Apdrošināto var kļūt fiziska persona, kura ir Latvijas Republikas pilsonis vai tās pastāvīgais iedzīvotājs vai persona, kura legāli uzturas tās teritorijā.

2.3. Apdrošināšanā tiek piemērots kompensācijas princips, izmaksājot Apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātājam vai viņa pilnvarotai personai, vai Līgumiestādei.

**3. LĪGUMA NOSLĒGŠANA UN TĀ DARBĪBAS LAIKS**

3.1. Līgums tiek slēgts uz vienu gadu.

3.2. Līguma neatņemamas sastāvdaļas ir:

3.2.1. Apdrošināšanas pieteikums;

3.2.2. Noteikumi;

3.2.3. Polise;

3.2.4. rēķins;

3.2.5. Apdrošināšanas kartes, ja Apdrošināšanas programma to paredz.

3.3. Apdrošinātājam un Apdrošinājuma ņēmējam vienojoties par apdrošināšanas nosacījumiem, Apdrošinājuma ņēmējs aizpilda un iesniedz Apdrošinātājam Apdrošināšanas pieteikumu. Apdrošināšanas pieteikuma aizpildīšana Apdrošinājuma ņēmējam neuzliek pienākumu noslēgt Līgumu. Apdrošināšanas pieteikuma saņemšana Apdrošinātājam neuzliek pienākumu noslēgt Līgumu.

3.4. Pēc Apdrošināšanas pieteikuma saņemšanas Apdrošinātājs sagatavo un iesniedz Apdrošinājuma ņēmējam rēķinu vai atsaka slēgt Līgumu.

3.5. Līgums tiek uzskatīts par noslēgtu, kad Apdrošinātājs un Apdrošinājuma ņēmējs abpusēji ir parakstījuši Polisi un Noteikumus.

3.6. Līgums stājas spēkā Polisē noteiktā termiņā, ja Apdrošinājuma ņēmējs ir veicis Apdrošināšanas prēmijas samaksu Polisē un rēķinā noteiktā termiņā un apjomā. Ja Apdrošinājuma ņēmējs neveic Apdrošināšanas prēmijas samaksu Polisē un rēķinā noteiktā termiņā un apjomā, tad, nestājoties spēkā, Līgums tiek izbeigts.

3.7. Apdrošinātājs 10 (desmit) darba dienu laikā pēc Apdrošināšanas prēmijas saņemšanas dienas izsniedz Polisi, Apdrošināšanas programmu aprakstus, Noteikumus un Apdrošināšanas kartes, ja tās paredz izvēlētai Apdrošināšanas programmai.

3.8. Ja Līguma darbības laikā nav veikta Apdrošināšanas prēmijas samaksā Polisē un rēķinā noteiktā apmērā un termiņā, tad Līguma darbība tiek apturēta. Apdrošinātājs nosūta Apdrošinājuma ņēmējam rakstveida brīdinājumu par Polisē un rēķinā noteiktā termiņā nesamaksātu apdrošināšanas prēmiju.

3.9. Līguma darbība tiek atjaunota pēc tam, kad Apdrošinātājs ir saņēmis Apdrošināšanas Polisē un rēķinā noteikto Apdrošināšanas prēmiju.

3.10. Ja Apdrošinājuma ņēmējs nesamaksā Polisē un rēķinā noteikto Apdrošināšanas prēmiju 15 (piecpadsmit) dienu laikā pēc brīdinājuma izsūtīšanas, tad Līgums tiek

izbeigts, ja vien Apdrošinātājs brīdinājumā nav noteicis citādi.

3.11. Apdrošinātājs visu ar Līgumu saistītos dokumentus nosūta elektroniski un/vai pasta sūtījumu veidā uz Līgumā vai ar to saistītos dokumentos norādītu adresi. Elektroniski sagatavots dokuments ir derīgs bez zīmoga un paraksta.

3.12. Ja Apdrošinātais nozaudē Apdrošināšanas karti, vai tā tiek nozagta, vai persona ir mainījusi datus, tad Apdrošināšanas karte uzskatāma par nederīgu. Apdrošinātājs, pamatojoties uz Apdrošinātā rakstisku iesniegumu, 10 (desmit) darba dienu laikā izgatavo jaunu Apdrošināšanas karti. Maksa par jaunas Apdrošināšanas kartes izgatavošanu ir 4.00 EUR.

3.13. Ja Līguma darbības laikā Apdrošinātais ir pārsniedzis kādu no Polisē noteiktām Apdrošināšanas summām vai Limitiem, tad Līguma darbība tiek apturēta tikai attiecībā uz šo Apdrošināto. Samaksājot Apdrošinātājam pārsnieguma Apdrošināšanas summu/Limitu, Līguma darbība Apdrošinātājam tiek atjaunota.

3.14. Ja Līguma darbības laikā Latvijas Republikā saskaņā ar Centrālās statistikas pārvaldes apkopotajiem datiem medicīnas pakalpojumu cenas vidēji palielinās vairāk nekā par 10%, tad Apdrošinātājs, vienojoties ar Apdrošināto, attiecīgi palielina Apdrošināšanas prēmiju.

3.15. Apdrošinātājs Līgumu var izbeigt Līgumā un Latvijas Republikas likumā „Par apdrošināšanas līgumu” noteiktajos gadījumos un kārtībā. Līguma izbeigšanas gadījumā, Apdrošinātāja administratīvie izdevumi saistībā ar apdrošināšanas līguma noslēgšanu ir 25 (divdesmit pieci) procenti no kopējās apdrošināšanas prēmijas.

#### **4. APDROŠINĀŠANAS SUMMA UN APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA**

4.1. Apdrošināšanas programmā norādītā Apdrošinājuma summa vai Limits tiek noteikts uz visu Polisē norādīto apdrošināšanas periodu un attiecas uz katru Apdrošināto.

4.2. Apdrošināšanas prēmijas apmēru nosaka Apdrošinātājs, ievērojot Apdrošināto personu skaitu, vecumu, veselības stāvokli, izvēlēto Apdrošināšanas programmu un citus risku ietekmējošus faktorus.

4.3. Apdrošināšanas prēmija ir samaksājama pirms Līguma spēkā stāšanās par visu Līguma darbības periodu ar vienreizēju iemaksu.

#### **5. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBA UN TĀS IZMAKSAS KĀRTĪBA**

5.1. Apdrošinātājam saskaņā ar Līgumu saņemtu pakalpojumu Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta:

5.1.1. Līgumiestādei saskaņā ar savstarpēji noslēgto līgumu, ja Apdrošinātais saņemot pakalpojumu uzrādījis Apdrošināšanas karti, personu apliecinošu dokumentu un apliecinājis pakalpojumu saņemšanu ar parakstu, vai

5.1.2. Apdrošinātājam vai tā pilnvarotai personai, ja Apdrošinātais ir apmeklējis iestādi, kura nav Apdrošinātāja Līgumiestāde, vai Līgumiestādē kādu citu iemeslu dēļ norēķinājies ar personīgiem līdzekļiem un iesniedzis Apdrošinātājam šādus dokumentus:

5.1.2.1. Apdrošinātāja noteiktas formas pieteikumu Apdrošināšanas atlīdzības izmaksai (pieejams arī [www.compensalife.lv](http://www.compensalife.lv));

5.1.2.2. personificētu maksājumu apliecinošu dokumentu (EKA čeku, stingrās uzskaites kvīti, rēķinu) oriģinālu vai kopiju saskaņā ar 5.3. punktu, kurā norādīts pakalpojuma sniedzēja nosaukums, reģistrācijas numurs, juridiskā adrese, pakalpojumu saņēmēja (Apdrošinātā) vārds, uzvārds, personas kods, detalizēts pakalpojuma nosaukuma atšifrējums, pakalpojuma cena un sniegšanas datums;

5.1.2.3. izrakstu no Apdrošinātā ambulatorā un / vai stacionārā pacienta medicīniskās kartes (tajā norādīta Apdrošinātā pilna diagnoze, ārstēšana, izmeklējumu rezultāti),

ārsta norīkojuma kopiju un citus dokumentus, kas apstiprina saņemto pakalpojumu, ja tos paredz apdrošināšanas programma vai pieprasa Apdrošinātājs.

5.2. Apdrošinātājs ne vēlāk kā 10 (desmit) darba dienu laikā no Noteikumu 5.1.2. punkta apakšpunktos noteikto dokumentu saņemšanas dienas:

5.2.1. izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību, vai

5.2.2. norādot iemeslu informē Apdrošināto par atteikumu izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, vai

5.2.3. pieprasa papildus dokumentāciju Apdrošināšanas gadījuma izvērtēšanai. Pēc prasītās papildu dokumentācijas saņemšanas Apdrošinātājs atkārtoti izvērtē atlīdzības izmaksu pamatotību saskaņā ar Noteikumu 5.2. punktā noteikto kārtību.

5.3. Ērtākai atlīdzības pieteikšanai Apdrošinātais ir tiesīgs iesniegt Noteikumu 5.1.2. punkta apakšpunktos noteiktos dokumentus arī elektroniski - skenētā veidā (PDF vai JPEG formātā), tos nosūtot uz e-pastu: [veseliba@compensalife.lv](mailto:veseliba@compensalife.lv) vai augšupielādējot mājas lapā: [www.compensalife.lv](http://www.compensalife.lv) izmantojot e-pieteikšanas formu (sadaļā: E-birojs / Veselības apdrošināšanas pieteikumu reģistrācija).

5.4. Gadījumā, ja Noteikumu 5.1.2. punkta apakšpunktos noteikto dokumentu kopijas iesniegtas elektroniski saskaņā ar Noteikumu 5.3. punktu, tad Apdrošinātais šo dokumentu oriģinālus glabā 3 gadus, un pēc Apdrošinātāja pieprasījuma uzrāda attiecīgo dokumentu oriģinālus.

5.5. Apdrošinātājs ir tiesīgs aizturēt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu līdz saistību izpildei, ja:

5.5.1. nav veikts Apdrošināšanas prēmijas maksājums Līgumā noteiktā termiņā un apmērā;

5.5.2. nav veikta naudas summas atmaksa saskaņā ar Noteikumu 8.4.9. punktu.

5.6. Kopējā Apdrošināšanas atlīdzības summa katram Apdrošinātājam par vienu vai vairākiem Apdrošināšanas gadījumiem apdrošināšanas Līguma darbības laikā nevar pārsniegt Apdrošinājuma summu. Apdrošinātāja saistības pēc Apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas paliek spēkā starpības apmērā starp Polisē noteikto Apdrošinājuma summu un izmaksātajām Apdrošināšanas atlīdzībām.

5.7. Apdrošinātājs var atteikties izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja:

5.7.1. Apdrošinājumaņēmējs vai Apdrošinātais ar jaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ sniedzis nepatiesu informāciju Apdrošinātājam;

5.7.2. Apdrošinājumaņēmējs vai Apdrošinātais nav izpildījis Līgumā minētos pienākumus un noteikumus;

5.7.3. ja Apdrošināšanas gadījums atbilst Noteikumu 6. nodaļā minētajiem Apdrošināšanas atlīdzību izmaksu izņēmumiem.

#### **6. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU IZMAKSU IZŅĒMUMI**

6.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par:

6.1.1. pakalpojumiem, kurus sniegusi iestāde vai persona, kas nav sertificēta un reģistrēta ārstniecības iestāžu reģistrā atbilstoši Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem;

6.1.2. pakalpojumiem, kuri nav iekļauti izvēlētajā Apdrošināšanas programmā vai saņemti neievērojot Apdrošināšanas programmā noteikto pakalpojumu saņemšanas kārtību;

6.1.3. anonīmi veiktiem pakalpojumiem, pakalpojumiem bez medicīniskām indikācijām, maksas profilaktiskām apskatēm un izmeklējumiem, ārsta honorāru, ārsta izvēli operācijai, dokumentu noformēšanu (potēšanas pases izrakstīšana, darba nespējas lapas noformēšana, reģistrēšanu u.c.);

6.1.4. ārsta – kosmetologa un plastiskā ķirurga pakalpojumiem, kosmētisko ārstēšanu, kosmētiskām vai plastiskām operācijām un ar tām saistītiem izdevumiem, skleroterapiju, sēnīšu diagnostiku un ārstēšanu, pedikīru, ieaugušu nagu rezekciju, pinņu ārstēšanu, ādas vai zemādas veidojumu (dzimumzīmju, teleangektāziju, kārpju,

varžacu, lipomu u.c.) diagnostiku un ar to ārstēšanu saistītiem izdevumiem;

6.1.5. dienas stacionāra maksas pakalpojumiem, maksas vēnu operācijām, lāzertechnikā, termoablācijas, radiofrekvences vai ultraskaņas tehnikā veiktām manipulācijām un operācijām;

6.1.6. homeopāta pakalpojumiem, netradicionālām ārstēšanas un diagnostikas metodēm (Folla diagnostiku, iridodiagnostiku, manuālo terapiju, osteorefleksoterapiju, adatu terapiju u.c.);

6.1.7. izdevumiem, saistītiem ar svara korekcijas programmām, hidrokolonoterapiju, dietologa pakalpojumiem;

6.1.8. ambulatoro rehabilitāciju (t.sk. par ārstniecisko masāžu, fizikālo terapiju, ārstniecisko vingrošanu, bobata terapiju, ūdens procedūrām un manuālo terapiju), vispārējo masāžu, vakuummassāžu, limfodrenāžu, slinga terapiju, teipošanu, jogu;

6.1.9. alergologa, imunologa un ģenētiķa pakalpojumiem, antioksidantu noteikšanu, imūnstatusa un kariotipa noteikšanu, imunizācijas efektivitātes pārbaudi, alerģijas paneļu diagnostiku, ērču izņemšanu no audiem un to pārbaudi;

6.1.10. venerologa un seksopatologa pakalpojumiem, seksuāli transmisīvu saslimšanu diagnostiku un ārstēšanu, HIV/AIDS un ar to saistīto saslimšanu diagnostiku un ārstēšanu;

6.1.11. psihiatra, psihoterapeita, psihologa, logopēda un miega speciālista pakalpojumiem, polisomnogrāfiju, psihisku slimību, atkarību diagnostiku un ārstēšanu;

6.1.12. onkoloģisku (t.sk. onkohematoloģisku) un hronisku saslimšanu ārstēšanu un diagnostiku;

6.1.13. ģimenes plānošanu (neauglības ārstēšanu un izmeklēšanu, mākslīgo apaugļošanu), pakalpojumiem, kas saistīti ar grūtniecības norisi, grūtniecības pārtraukšanu bez medicīniskām indikācijām, dzemdniecības pakalpojumiem, grūtniecības saglabāšanu un kontracepciju;

6.1.14. sirds operācijām mākslīgā asinsritē, dialīzi, audu vai orgānu transplantāciju;

6.1.15. redzi koriģējošām manipulācijām un operācijām, tīklieni koriģējošām operācijām (t.sk. kataraktas un glaukomas operācijām) un ar tām saistītajiem izdevumiem un preparātiem;

6.1.16. sporta ārsta pakalpojumiem, protezēšanas – ortozēšanas speciālista pakalpojumiem, iedzimtu patoloģiju endoprotezēšanas operācijām, skeleta - kaulu deformācijas operācijām;

6.1.17. pakalpojumu izdevumiem, kas radušies, ārstējot pirms Līguma darbības sākuma konstatētu slimību vai traumu stacionārā vai rehabilitācijas centrā;

6.1.18. pakalpojumiem saistībā ar obligātām veselības pārbaudēm;

6.1.19. tehniskiem palīg līdzekļiem (ortozēm, protēzēm, balsta līdzekļiem u.c.), medicīnas precēm (glikometriem, krājtelpām, vakutaineriem, spoguļiem, špātelēm, individuālajiem higiēnas komplektiem u.c.);

6.1.20. gadījumiem, kad Apdrošinātais Jaunos nolūkos ietekmējis savu veselību (Apdrošinātājam ir tīši sev nodarīti ievainojumi, pašnāvība vai tās mēģinājums);

6.1.21. iedzimtu slimību, anomāliju un deformāciju ārstēšanu;

6.1.23. traumu un saslimšanu ārstēšanu, kas iegūtas profesionāla sporta rezultātā vai alkohola, narkotisko, toksisko vai citu apreibinošu vielu iespaidā;

6.1.24. traumu, saslimšanu un miesas bojājumu ārstēšanu, kuri iegūti karā, teroraktos, masu nemieros, radioaktīvā saindēšanās, pandēmijas un dabas katastrofu rezultātā;

6.1.22. gadījumiem, kad Apdrošinātais vai Apdrošinājuma ņēmējs apzināti maldinājis Apdrošinātāju;

6.1.23. gadījumiem, kad Apdrošinātais nav iesniedzis vai nevar iesniegt Apdrošinātājam Noteikumu 5.1.2. punkta apakšpunktos noteiktos dokumentus, vai iesniegtajos dokumentos ir neatrunāti labojumi un/vai svītrojumi;

6.1.24. pakalpojumiem, kuri nav apmaksāti vai saņemti Līguma darbības laikā.

6.2. Ja pastāv pretrunas starp Noteikumiem un Apdrošināšanas programmām, tad noteicošā ir Apdrošināšanas programma.

## 7. APDROŠINĀTĀJA TIESĪBAS UN PIENĀKUMI

7.1. Apdrošinātājs ir tiesīgs pirms Līguma noslēgšanas pieprasīt Apdrošinājuma ņēmējam papildus informāciju riska izvērtēšanai.

7.2. Apdrošinātājam ir pienākums saskaņā ar noslēgto apdrošināšanas Līgumu, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, veikt Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu šo Noteikumu 5. nodaļā paredzētajā kārtībā.

7.3. Apdrošinātāja pienākums ir izmantot informāciju par Apdrošināto, kas nonākusi Apdrošinātāja rīcībā, noslēdzot Līgumu, ievērojot Latvijas Republikas Fizisko peronu datu aizsardzības likumu un izpaust to vienīgi Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

7.4. Uzsākot lietot veselības apdrošināšanu, Apdrošinātais piekrīt, ka Apdrošinātājam ir tiesības pārlicināties par Apdrošinātā sniegto ziņu patiesumu un, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, iepazīties ar viņa medicīnisko dokumentāciju, un neskaidrību gadījumā piekrist ekspertīzei pie Apdrošinātāja izvēlēta ārsta eksperta veselības stāvokļa pārbaudei sakarā ar Apdrošināšanas gadījumu.

7.5. Apdrošinātājam ir tiesības piedzīt naudas summu, kuru Apdrošinātājs ir izmaksājis par Noteikumu 8.4.9. apakšpunktā minētajiem gadījumiem no attiecīgā Apdrošinātā vai Apdrošinājuma ņēmēja, ja neizdodas šo naudas summu atgūt no Apdrošinātā.

7.6. Apdrošinātājam ir tiesības piedzīt regresa kārtībā no vainīgās personas zaudējumus, kuri radušies, apmaksājot ārstnieciskos izdevumus personām, kuras cietušas fizisku vai juridisku personu prettiesiskas darbības vai bezdarbības rezultātā.

7.7. Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt medicīnisko vai finanšu dokumentāciju atbilstoši Noteikumu 5.1.2. apakšpunktam.

7.8. Apdrošinātājam ir tiesīgs vienpusēji apturēt apdrošināšanu Apdrošinātājam vai izbeigt Līgumu, ja atklājas informācija, ka Apdrošinātais vai Apdrošinājuma ņēmējs apzināti ar ļaunu nolūku vai aiz rupjas neuzmanības sniedzis nepatiesas ziņas. Šajā gadījumā Apdrošinātājs ir tiesīgs neatmaksāt Apdrošinājuma ņēmēja samaksāto prēmiju un pieprasīt segt zaudējumus, kas tam ir radušies šādas rīcības rezultātā.

7.9. Apdrošinātājs ir tiesīgs sniegt un saņemt ziņas par Apdrošināto no tām trešajām personām, kurām Apdrošinātājs ar līgumu ir uzticējis sniegt pakalpojumus, kas ir nepieciešami Apdrošinātājam Līgumā noteikto pienākumu izpildei.

7.10. Apdrošinātājam ir pienākums nodrošināt Līgumiestāžu saraksta pieejamību tā mājas lapā: [www.compensalife.lv](http://www.compensalife.lv).

## 8. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA UN APDROŠINĀTĀ TIESĪBAS UN PIENĀKUMI

8.1. Apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības:

8.1.1. saņemt no Apdrošinātāja Polisi, Apdrošinātiem paredzētus Apdrošināšanas programmu aprakstus, Noteikumus un Apdrošināšanas kartes, ja tās paredz izvēlēta Apdrošināšanas programma;

8.1.2. saņemt apdrošināšanas pakalpojumus saskaņā ar Līguma nosacījumiem;

8.1.3. pieprasīt, lai Apdrošinātājs elektroniski sagatavotu dokumentu iesniedz arī papīra formā un parakstītu.

8.2. Apdrošinājuma ņēmēja pienākumi ir:

8.2.1. sniegt patiesu informāciju slēdzot Līgumu, kā arī Līguma darbības laikā rakstiski paziņot Apdrošinātājam par Apdrošinājuma ņēmēja un Apdrošinātā identifikācijas datu vai kontaktinformācijas maiņu;

8.2.2. samaksāt vai nodrošināt, ka Apdrošinātājam tiek samaksāta Apdrošināšanas prēmija Polisē un rēķinā noteiktajā apmērā un termiņā.

8.2.3. sniegt Apdrošinātājam precīzu un patiesu informāciju, kurai ir nozīme Apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanā, un kas ir svarīga, slēdzot apdrošināšanas Līgumu;

8.2.4. paziņot Apdrošinātājam par citiem tam zināmiem spēkā esošiem apdrošināšanas līgumiem par Apdrošinātā veselības apdrošināšanu;

8.2.5. informēt Apdrošināto par Līguma nosacījumiem un nodrošināt, ka Līguma nosacījumi no Apdrošināto puses tiek ievēroti. Pretējā gadījumā Apdrošinājuma ņēmējs atbild par neinformētības sekām un sedz tos izdevumus, kas Apdrošinātājam radušies Apdrošinātā neinformētības rezultātā;

8.2.6. nodot Apdrošinātājam Apdrošināšanas programmu aprakstus, Noteikumus un Apdrošināšanas karti, ja to paredz izvēlētajā Apdrošināšanas programmā;

8.2.7. atmaksāt vai nodrošināt, ka Apdrošinātājam tiek atmaksāta naudas summa par Noteikumu 8.4.9. punktā noteiktiem gadījumiem.

8.2.8. atlīdzināt Apdrošinātājam visus ar Līgumu noslēgšanu saistītos izdevumus, kā arī Līguma darbības laikā nesamaksāto prēmiju, ja Līgums tiek izbeigts saskaņā ar Noteikumu 3.10. punktu.

8.2.9. nekavējoties informēt Apdrošinātās personas, ja Līgums tiek apturēts vai izbeigts.

8.3. Apdrošinātā tiesības ir:

8.3.1. saņemt Apdrošināšanas atlīdzību par pakalpojumiem, kas saņemti un apmaksāti iestādēs, kas nav Apdrošinātāja Līgumiestādēs, tādā apmērā un kārtībā, kā to paredz noslēgtais Līgums un Noteikumi;

8.3.2. prasīt Apdrošinātājam informāciju par Apdrošināšanas programmu, Noteikumiem, apdrošināšanas izmantošanu un Līgumiestādēm;

8.3.3. prasīt Apdrošinātājam pamatojumu par 8.4.9. punkta rēķinu.

8.4. Apdrošinātā pienākumi ir:

8.4.1. rūpēties par savas veselības saglabāšanu;

8.4.2. iepazīties ar savu Apdrošināšanas programmu un šiem apdrošināšanas Noteikumiem;

8.4.3. sekot, lai netiktu pārsniegti apdrošināšanas Limiti un Apdrošinājuma summas;

8.4.4. iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, ievērot ārstējošā ārsta norādījumus;

8.4.5. tiklīdz iespējams, bet ne vēlāk kā:

8.4.5.1. 90 (deviņdesmit) kalendāro dienu laikā no Apdrošināšanas gadījuma dienas, iesniegt Apdrošinātājam dokumentus saskaņā ar Noteikumu 5.1.2. punktu;

8.4.5.2. 30 (trīsdesmit) kalendāro dienu laikā no Apdrošinātāja pieprasījuma dienas, uzrādīt Apdrošinātājam dokumentu oriģinālus saskaņā ar Noteikumu 5.4. punktu;

8.4.6. nepieļaut iespēju citai personai izmantot savu Apdrošināšanas karti. Šāda rīcība tiek uzskatīta par nelikumīgu un krāpniecisku darbību;

8.4.7. nodot Apdrošinātājam Apdrošināšanas karti, ja tās darbība ir izbeigta;

8.4.8. Apdrošināšanas kartes nozaudēšanas vai zādzības gadījumā par šo notikumu, nekavējoties, paziņot Apdrošinātājam;

8.4.9. 30 (trīsdesmit) dienu laikā no regresa rēķina saņemšanas atmaksāt Apdrošinātājam naudas summu, ko Apdrošinātājs Apdrošināšanas atlīdzībā ir izmaksājis Līgumiestādei/ Apdrošinātājam:

8.4.9.1. par Apdrošinātā saņemtu pakalpojumu pēc Apdrošinātā Apdrošināšanas kartes darbības apturēšanas/izbeigšanas vai Līguma darbības apturēšanas/izbeigšanas;

8.4.9.2. par Apdrošinātā saņemtu pakalpojumu, kas saskaņā ar šiem Noteikumiem vai Apdrošinātā Apdrošināšanas programmu netiek apmaksāts;

8.4.9.3. par Apdrošinātā pārsniegtu Apdrošinājuma summu vai Limitu;

8.4.9.4. par trešās personas saņemtu pakalpojumu, kas ir izmantojusi Apdrošinātā apdrošināšanas karti;

8.4.9.5. par pakalpojumiem, kuriem Apdrošinātais nevar uzrādīt dokumentu oriģinālus saskaņā ar Noteikumu 5.4. punktu.

## **9. STRĪDU IZŠĶIRŠANA**

9.1. Visi strīdi saistībā ar Līgumu tiek risināti sarunu ceļā. Ja vienošanās netiek panākta, strīdus izšķir Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.