

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI VA/02-3

spēkā no 2020. gada 31. marta

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** – juridiska persona, kas noslēdz Līgumu ar Apdrošinātāju Apdrošināto personu labā.

1.3. **Apdrošinātā persona** – fiziska persona, kurai ir apdrošināmā interese un, kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas Līgums.

1.4. **Apdrošināšanas pieteikums** – Apdrošinātāja noteikts dokuments, kuru Apdrošinājuma ņēmējs iesniedz Apdrošinātājam, kurš nepieciešams apdrošināmā riska izvērtēšanai.

1.5. **Līgums** – apdrošināšanas līgums saskaņā ar Apdrošinātāja un Apdrošinājuma ņēmēja vienošanos, kur Apdrošinājuma ņēmējs apņemas veikt Apdrošināšanas prēmiju samaksu Līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī pildīt citas Līgumā noteiktās saistības. Apdrošinātājs apņemas, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, veikt Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu atbilstoši noslēgtajam Līgumam. Līgumā iesaistīto personu tiesiskās attiecības nosaka Līgums un Latvijas Republikas normatīvie akti.

1.6. **Polise** – dokuments, kurš apliecina Līguma noslēgšanu, un ietver 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 VA/02-3, kā arī jebkuri to pielikumi vai izmaiņas.

1.8. **Apdrošināšanas gadījums** – ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts notikums, kuram iestājoties, Līguma darbības laikā, saskaņā ar šiem noteikumiem un Apdrošināšanas programmas nosacījumiem, ir paredzēta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa.

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

1.10. **Līgumiestāde** – Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā reģistrēta iestāde, ar kuru Apdrošinātājs ir noslēdzis sadarbības līgumu par Apdrošināšanas programmā noteikto pakalpojumu sniegšanu Apdrošinātājam personām.

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

1.12. **Apdrošinājuma summa** – Apdrošināšanas programmā noteiktā maksimālā naudas summa, par kuru, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, Līguma darbības laikā tiek izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība atbilstoši Apdrošināšanas programmai un šiem Noteikumiem.

1.13. **Limits** – Apdrošināšanas programmā noteikta naudas summa vai veselības aprūpes pakalpojumu

skaitis, kuru robežās, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam Līguma darbības laikā, tiek izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība atbilstoši izvēlētai Apdrošināšanas programmai un Noteikumiem.

1.14. **Apdrošinātais risks** - Līgumā paredzētais no Apdrošinātās personas gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē, kad Apdrošinātājai personai var rasties izdevumi par Apdrošinātās personas programmā noteiktajiem pakalpojumiem.

1.15. **Apdrošināšanas karte** – Apdrošinātāja izsniegts noteikta parauga dokuments, kas apliecina Apdrošinātās personas tiesības saņemt pakalpojumus Līgumiestādēs saskaņā ar šiem noteikumiem un Apdrošināšanas programmu.

1.16. **Apdrošināšanas atlīdzība** – Apdrošinājuma summa vai tās daļa, kuru Apdrošinātājs izmaksā Apdrošinātājai personai vai Līgumiestādei, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, atbilstoši noslēgtajam Līgumam.

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

1.18. **Personas dati** – jebkāda informācija, kas ir Apdrošinātāja rīcībā un, kas attiecas uz identificētu vai identificējamu fizisko personu.

1.19. **Personas datu apstrāde** – jebkuras ar Personas datiem veiktas darbības, ieskaitot, bet ne tikai datu vākšanu, reģistrēšanu, ievadīšanu, glabāšanu, sakārtošanu, pārveidošanu, izmantošanu, nodošanu, pārraidīšanu un izpaušanu, bloķēšanu vai dzēšanu.

2. VISPĀRĪGIE NOTEIKUMI

2.1. Apdrošināšana ir spēkā Latvijas Republikas teritorijā Līgumā noteiktajos termiņos.

2.2. Par Apdrošināto personu var kļūt fiziska persona no 18 līdz 70 gadu vecumam, 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 Apdrošinātājai personai, viņa pilnvarotai personai, vai Līgumiestādei.

3. LĪGUMA NOSLĒGŠANA UN TĀ DARBĪBAS LAIKS

3.1. Līgums tiek slēgts uz vienu gadu. Izņēmuma gadījumos, Apdrošinātājam vienojoties ar Apdrošinājuma ņēmēju, var tikt noteikts cits Līguma darbības termiņš.

3.2. Līguma neatņemamas sastāvdaļas ir:

3.2.1. Apdrošināšanas pieteikums;

3.2.2. Polise;

3.2.3. Rēķins;

3.2.4. Apdrošināšanas kartes, ja Apdrošināšanas programma to paredz.

3.3. Apdrošinātājam un Apdrošinājumaņēmējam vienojoties par apdrošināšanas noteikumiem, Apdrošinājumaņēmējs aizpilda un iesniedz Apdrošinātājam Apdrošināšanas pieteikumu. Apdrošināšanas pieteikuma aizpildīšana Apdrošinājumaņēmējam neuzliek pienākumu noslēgt Līgumu. Apdrošināšanas pieteikuma saņemšana Apdrošinātājam neuzliek pienākumu noslēgt Līgumu.

3.4. Pēc Apdrošināšanas pieteikuma saņemšanas Apdrošinātājs sagatavo un iesniedz Apdrošinājumaņēmējam rēķinu.

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

3.6. Līgums stājas spēkā Polīsē noteiktā termiņā, ja Apdrošinājumaņēmējs ir veicis Apdrošināšanas prēmijas samaksu Polīsē un rēķinā noteiktā termiņā un apjomā. Ja Apdrošinājumaņēmējs neveic Apdrošināšanas prēmijas samaksu Polīsē 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 Apdrošinājumaņēmējam izsniedz vai nosūta Apdrošinātājam personām paredzētas Apdrošināšanas programmas un Apdrošināšanas kartes, ja tās paredz izvēlēta Apdrošināšanas programma.

3.8. Ja Līguma darbības laikā Apdrošinājumaņēmējs nav veicis kārtējā perioda dalīto Apdrošināšanas prēmijas samaksu Polīsē un rēķinā noteiktā termiņā, tad Līguma darbība tiek apturēta. Apdrošinātājs nosūta Apdrošinājumaņēmējam rakstveida brīdinājumu par Polīsē un rēķinā noteiktā termiņā nesamaksātu apdrošināšanas prēmiju.

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

3.10. Ja Apdrošinājumaņēmējs nesamaksā Polīsē 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 Apdrošinātā persona nozaudē Apdrošināšanas karti, vai tā tiek nozagta, vai persona ir mainījusi datus, tad Apdrošināšanas karte uzskatāma par nederīgu. Apdrošinātājs, pamatojoties uz Apdrošinātās personas 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 Apdrošinātā persona ir pārsniegusi kādu no Polīsē noteiktām Apdrošināšanas summām vai Limitiem, tad Līguma darbība tiek apturēta tikai attiecībā uz šo Apdrošināto personu (Apdrošināšanas karti). Samaksājot Apdrošinātājam pārsnieguma Apdrošināšanas summu/Limitu, Līguma darbība Apdrošinātājai personai tiek atjaunota.

3.14. Līguma darbības laikā Apdrošinājumaņēmējs atbilstoši izmaiņām tā darba tiesiskās attiecībās ir tiesīgs veikt izmaiņas Apdrošināto personu sarakstā saskaņā ar Apdrošināšanas līguma likumu.

3.15. Apdrošinātājs Līgumu var izbeigt Līgumā un Apdrošināšanas līguma likumā noteiktajos gadījumos un kārtībā.

3.16. Apdrošināto personu ģimenes locekļiem un darbinieku grupām, kurās ir mazāk nekā 10 personas, Līguma noslēgšanai jāaizpilda Apdrošinātāja noteikta Individuālā anketa veselības apdrošināšanai.

4. APDROŠINĀŠANAS SUMMA UN APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA

4.1. Apdrošināšanas programmā norādītā Apdrošinājuma summa vai Limits tiek noteikts uz visu Līguma darbības laiku un attiecas uz katru Apdrošināto personu.

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

4.3. Slēdzot jaunu vai atjaunojot veselības apdrošināšanas Līgumu, Apdrošinātājs ir tiesīgs pārskatīt Apdrošināšanas prēmijas apmēru katrai Apdrošinātājai personai.

4.4. Papildus Apdrošināšanas prēmija tiek aprēķināta gadījumos, kad palielinās Apdrošinātāja saistību apmērs (piemēram, gadījumos, kad Līgumā tiek iekļautas jaunas Apdrošinātās personas).

5. MEDICĪNISKO PAKALPOJUMU SAŅĒMŠANAS UN APMĀKSAS KĀRTĪBA

5.1. Apdrošinātās personas ir tiesīgas saņemt Polīsē norādītos pakalpojumus saskaņā ar attiecīgo Apdrošināšanas programmu un šiem Noteikumiem.

5.2. Saņemot pakalpojumus Līgumiestādēs, Apdrošinātājai personai ir pienākums:

5.2.1. uzrādīt Apdrošināšanas karti, personu apliecinošu dokumentu (pasi, personas apliecību, dzimšanas apliecību (bērniem)) un medicīniskās indikācijas apliecinošus dokumentus, ja tiek veikti izmeklējumi vai ārstnieciskās manipulācijas;

5.2.2. apmaksāt pakalpojumu, ja par Līgumiestādē saņemtajiem Pakalpojumiem nav iespējams pilnībā vai daļēji norēķināties ar Apdrošināšanas karti;

5.2.3. ar savu parakstu apstiprināt pakalpojuma saņemšanas faktu.

5.3. Saņemot pakalpojumus iestādēs, kurām nav līgums ar Apdrošinātāju, vai gadījumos, kad par Līgumiestādē saņemtajiem Pakalpojumiem nav iespējams norēķināties ar Apdrošināšanas karti, Apdrošinātā persona pakalpojumu apmaksā no personīgajiem līdzekļiem.

5.4. Apdrošināšanas atlīdzība par Apdrošinātās personas saņemto pakalpojumu tiek izmaksāta:

5.4.1. Apdrošinātājai personai – atbilstoši Apdrošināšanas programmas nosacījumiem, iesniedzot Apdrošinātājam:

5.4.1.1. aizpildītu noteiktas formas pieteikumu apdrošināšanas atlīdzības izmaksai;

5.4.1.2. maksājumus apliecinošus dokumentus (piemēram, kvītis, EKA čekus), kuros precīzi norādīts pakalpojuma sniedzējs (nosaukums, reģistrācijas numurs, juridiskā adrese), pakalpojuma saņēmējs (vārds, uzvārds un personas kods), pakalpojuma (preces) nosaukuma atšifrējums, daudzums, cena un pakalpojuma saņemšanas datums;

5.4.1.3. Apdrošināšanas programmā norādītos dokumentus;

5.4.1.4. citus Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus, kas nepieciešami konkrētā apdrošināšanas gadījuma izvērtēšanai.

5.4.2. Līgumiestādei – atbilstoši noslēgtajam sadarbības līgumam ar Apdrošinātāju.

5.5. Lēmumu par apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātājs pieņem:

5.5.1. Apdrošinātājai personai – Apdrošināšanas programmā norādītajā termiņā, bet ne vēlāk kā 10 darba dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu, kas apstiprina konkrēto apdrošināšanas gadījumu, saņemšanas;

5.5.2. Līgumiestādei - atbilstoši noslēgtajam sadarbības līgumam ar Apdrošinātāju.

5.6. Kopējā izmaksājamā Apdrošināšanas atlīdzība katrai Apdrošinātājai personai par vienu vai vairākiem apdrošināšanas gadījumiem nevar pārsniegt Līgumā noteikto Apdrošinājuma summu.

5.7. Apdrošinātājs ir tiesīgs aizturēt Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu Apdrošinātājai personai līdz saistību izpildei, ja:

5.7.1. nav veikts Apdrošināšanas prēmijas maksājums Līgumā noteiktajā termiņā un apmērā;

5.7.2. nav veikta naudas summas atmaksa saskaņā ar Noteikumu 8.4.7. punktu.

5.8. Apdrošinātājs var atteikties izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja:

5.8.1. Apdrošinājuma ņēmējs vai Apdrošinātā persona ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ sniegusi nepatiesu informāciju Apdrošinātājam;

5.8.2. Apdrošinājuma ņēmējs vai Apdrošinātā persona nav izpildījis Līguma prasības;

5.8.3. Apdrošināšanas gadījums atbilst Noteikumu 6. nodaļā minētajiem Apdrošināšanas atlīdzību izmaksu izņēmumiem un Apdrošināšanas programmā norādītajiem izņēmumiem.

5.9. Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu Apdrošinātā persona var pieteikt:

5.9.1. Apdrošināšanas sabiedrības mājas lapā – www.compensalife.lv;

5.9.2. nosūtot uz e-pasta adresi – veselib@compensalife.lv;

5.9.2. Apdrošinātāja klientu apkalpošanas centros;

5.9.3. nosūtot pa pastu uz Apdrošinātāja juridisko adresi.

5.10. Ja Apdrošināšanas atlīdzības pieteikums iesniegts Apdrošinātāja mājas lapā www.compensalife.lv, Apdrošinātājai personai ir pienākums:

5.10.1. uzglabāt Apdrošinātājam elektroniski iesniegto dokumentu oriģinālus 3 (trīs) gadus no Pakalpojuma saņemšanas brīža;

5.10.2. uzrādīt dokumentu oriģinālus pēc Apdrošinātāja pieprasījuma.

5.11. Apdrošinātājam ir tiesības:

5.11.1. nepieņemt medicīniskos un maksājumus apliecinošos dokumentus, kuros ir veikti labojumi un, kuri nav noformēti atbilstoši Latvijas Republikas spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem;

5.11.2. vienpusēji un bez iepriekšēja brīdinājuma veikt izmaiņas Līgumiestāžu un Līgumiestādēs apmaksājamo pakalpojumu sarakstā;

5.11.3. mainīt Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas un saņemšanas kārtību, saglabājot Apdrošināšanas

programmā norādīto apmaksājamo Pakalpojumu apjomu, iepriekš par to paziņojot Apdrošinājuma ņēmējam;

6. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU IZMAKSU IZŅĒMUMI

6.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, par:

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

6.1.2. pakalpojumiem, kuri veikti anonīmi vai bez medicīniskajām indikācijām;

6.1.3. ārstniecības personu vai atbalsta personāla izvēli medicīnisko manipulāciju veikšanai vai ārstniecības procesa nodrošināšanai;

6.1.4. medicīnisko dokumentu (darbnespējas lapu, receptšu, izziņu u.c.) noformēšanu;

6.1.5. higiēnas, medicīnas preču, tehnisko palīgīdzekļu iegādi,

6.1.6. medikamentu iegādi ārstniecības iestādē;

6.1.7. operācijās pielietotajiem materiāliem, digitālajām izdrukām, ierakstiem un Rtg filmām u.c.;

6.1.8. pakalpojumiem, kuri saņemti ārpus Līguma darbības perioda;

6.1.9. pakalpojumiem, kuri saskaņā ar Apdrošināšanas programmas nosacījumiem tiek uzskatīti par neapmaksājamiem vai saņemti, neievērojot Apdrošināšanas programmā noteikto pakalpojumu saņemšanas kārtību;

6.1.10. gadījumiem, kad, neievērojot ārstējošā ārsta norādījumus, Apdrošinātā persona ietekmējusi savu veselību;

6.1.11. traumu, saslimšanu un miesas bojājumu ārstēšanu, kuri iegūti teroraktos, masu nemieros un dabas katastrofu, kā arī epidēmiju un pandēmiju rezultātā.

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

7. APDROŠINĀTĀJA TIESĪBAS UN PIENĀKUMI

7.1. Apdrošinātājs ir tiesīgs pirms Līguma noslēgšanas pieprasīt Apdrošinājuma ņēmējam papildus informāciju apdrošināmā 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 personu, kas nonākusi Apdrošinātāja rīcībā, noslēdzot Līgumu, ievērojot Latvijas Republikas normatīvo aktu prasības fizisko personu datu aizsardzības jomā un izpaust to vienīgi Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

7.4. Uzsākot izmantot veselības apdrošināšanas pakalpojumus, Apdrošinātā persona piekrīt, ka Apdrošinātājam ir tiesības pārliecināties par Apdrošinātās personas sniegto ziņu patiesumu un, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, iepazīties ar viņa medicīnisko dokumentāciju.

7.5. Apdrošinātājam ir tiesības piedzīt naudas summu, kuru Apdrošinātājs ir izmaksājis par Noteikumu 8.4.7. apakšpunktā minētajiem gadījumiem no attiecīgās

Apdrošinātās personas un nepieciešamības gadījumā informēt Apdrošinājumaņēmēju.

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. Apdrošinātājs ir tiesīgs vienpusēji apturēt apdrošināšanu Apdrošinātājai personai vai izbeigt Līgumu, ja atklājas informācija, ka Apdrošinātā persona vai Apdrošinājumaņēmējs apzināti ar ļaunu nolūku vai aizrupjas neuzmanības sniedzis nepatiesas ziņas. Šajā gadījumā Apdrošinātājs ir tiesīgs neatmaksāt Apdrošinājumaņēmēja samaksāto prēmiju un pieprasīt segt zaudējumus, kas tam ir radušies šādas rīcības rezultātā.

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

8. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA UN APDROŠINĀTĀS PERSONAS TIESĪBAS UN PIENĀKUMI

8.1. Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības:

8.1.1. veikt izmaiņas Apdrošināto personu sarakstā, iesniedzot Apdrošinātājam noteiktas formas pieteikumu un samaksājot Apdrošināšanas prēmiju, ja tā ir palielinājusies;

8.1.2. saņemt neizmantoto prēmiju, kas aprēķināta saskaņā ar Līgumu;

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

8.2. Apdrošinājumaņēmēja pienākumi ir:

8.2.1. sniegt patiesu informāciju slēdzot Līgumu, kā arī rakstiski paziņot Apdrošinātājam par identifikācijas datu maiņu Apdrošināšanas periodā;

8.2.2. apmaksāt Apdrošināšanas prēmiju Polisē un rēķinā noteiktajā termiņā.

8.2.3. sniegt Apdrošinātājam precīzu un patiesu informāciju, kura ir nepieciešama Apdrošinātā riska novērtēšanai, slēdzot apdrošināšanas Līgumu;

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

8.2.5. informēt Apdrošināto personu par to, ka viņš tiek apdrošināts, un iepazīstināt to ar Apdrošināšanas programmas nosacījumiem un Noteikumiem. Pretējā gadījumā Apdrošinājumaņēmējs atbild par neinformētības sekām un sedz tos izdevumus, kas Apdrošinātājam radušies Apdrošinātās personas neinformētības rezultātā;

8.2.6. nodot Apdrošinātājai personai Apdrošināšanas programmu aprakstus, Noteikumus un Apdrošināšanas karti, ja to paredz izvēlētā Apdrošināšanas programma;

8.2.7. iesniegt Apdrošinātājam rakstveidā visas nepieciešamās izmaiņas Apdrošināto personu sarakstā 10 (desmit) darba dienas pirms datuma, kurā stāsies spēkā Līgums;

8.2.8. nodot Apdrošinātājam Apdrošināto personu Apdrošināšanas karti, ja attiecībā uz to Līguma darbība ir izbeigta vai izbeigtas darba tiesiskās attiecības starp Apdrošinājumaņēmēju un Apdrošināto personu;

8.2.9. atmaksāt vai nodrošināt, ka Apdrošinātājam tiek atmaksāta naudas summa par Noteikumu 8.4.7. punktā noteiktiem gadījumiem.

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

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

8.3. Apdrošinātās personas tiesības:

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. saņemt informāciju no Apdrošinātāja par Apdrošināšanas programmu, Noteikumiem, apdrošināšanas izmantošanu;

8.3.3. saņemt skaidrojumu no Apdrošinātāja par 8.4.7. punktā minēto rēķinu.

8.4. Apdrošinātās personas pienākumi:

8.4.1. rūpēties par savas veselības saglabāšanu un saslimšanas gadījumā, ievērot ārstējošā ārsta norādījumus;

8.4.2. iepazīties un ievērot Apdrošināšanas programmu un Noteikumus;

8.4.3. sekot, lai netiktu pārsniegti Apdrošināšanas programmas noteiktie Limiti un Apdrošinājuma summas;

8.4.4. tiklīdz tas ir iespējams, bet ne vēlāk kā Programmā noteiktajā termiņā, iesniegt Apdrošinātājam šo Noteikumu 5.4.1. punktā minētos dokumentus;

8.4.5. nepieļaut iespēju citai personai izmantot savu Apdrošināšanas karti vai savus identitātes datus. Šāda rīcība tiek uzskatīta par nelikumīgu un krāpniecisku darbību, par ko savukārt Apdrošinājumaņēmējs nekavējoties paziņo Apdrošinātājam;

8.4.6. Apdrošināšanas kartes nozaudēšanas vai zādzības gadījumā, nekavējoties, paziņot Apdrošinātājam;

8.4.7. 30 (trīsdesmit) dienu laikā no regresa rēķina saņemšanas atmaksāt Apdrošinātājam naudas summu, ko Apdrošinātājs ir izmaksājis Apdrošināšanas atlīdzībā Līgumiestādei/ Apdrošinātājam;

8.4.7.1. par Apdrošinātās personas saņemtu pakalpojumu pēc Apdrošinātās personas Apdrošināšanas kartes darbības apturēšanas/izbeigšanas vai Līguma darbības apturēšanas/izbeigšanas;

8.4.7.2. par Apdrošinātās personas saņemtu pakalpojumu, kas saskaņā ar šiem Noteikumiem vai Apdrošinātās personas Apdrošināšanas programmu netiek apmaksāts;

8.4.7.3. par Apdrošinātās personas pārsniegtu Apdrošinājuma summu vai Limitu;

8.4.7.4. par trešas personas saņemtu pakalpojumu, kas ir izmantojusi Apdrošinātās personas apdrošināšanas karti;

8.4.7.5. par pakalpojumiem, kuriem Apdrošinātā persona nevar uzradīt dokumentu oriģinālus saskaņā ar Noteikumu 5.10.2. punktu.

8.4.7.6. par pakalpojumiem, kurus Apdrošinātā persona nav saņēmusi.

9. PERSONAS DATU APSTRĀDE UN AIZSARDZĪBA

9.1. Apdrošinātājs, atbilstoši normatīvo aktu prasībām, veicot Personas datu apstrādi, nodrošina šo datu aizsardzības obligāto tehnisko un organizatorisko prasību ievērošanu.

9.2. Personas datu apstrādes pārzinis ir Apdrošinātājs.

9.3. Apdrošinātāja Personas datu apstrādē iesaistītie darbinieki apstrādā fiziskas personas datus atbilstoši viņu darba pienākumos norādītajam Personas datu apstrādes mērķim un apjomam, ievērojot Apdrošinātāja noteiktās Personas datu apstrādes un konfidencialitātes prasības.

9.4. Apdrošinātājs ar sadarbības partneriem, kuri veic fiziskas personas datu apstrādi, noslēgtajos līgumos iekļauj pienākumu ievērot Personas datu apstrādes un aizsardzības prasības.

9.5. Noslēdzot Līgumu, Apdrošinājumaņēmējs apliecina un nodrošina, ka ir saņēmis Apdrošinātās personas rakstisku piekrišanu tā Personas datu apstrādei apdrošināšanas risku novērtēšanas, apdrošināšanas līguma noslēgšanas, administrēšanas un izpildīšanas vajadzībām.

9.6. Parakstot Līgumu, Apdrošinājumaņēmējs piekrīt, ka Apdrošinātājs kā pārzinis, Personas datu saņēmējs un Personas datu operators:

9.6.1. apstrādā Līguma darbības laikā iegūtos Personas datus, tai skaitā, sensitīvos Personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus;

9.6.2. pieprasa un saņem no trešajām personām - valsts un pašvaldību iestādēm, fiziskām un/vai juridiskām personām, tai skaitā, ārstniecības iestādēm jebkuru informāciju un dokumentus, tai skaitā par Apdrošinātā veselības stāvokli un saņemto medicīnisko

palīdzību, kā arī nāves apstākļiem, kas iestājušies Līguma darbības laikā;

9.6.3. veic no trešajām personām saņemtās informācijas un Personas datu, tai skaitā, sensitīvo Personas datu un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodu apstrādi un/vai nodod to apstrādei trešajām personām, ievērojot personas datu aizsardzības jomā un citos normatīvajos aktos noteiktās prasības. Apdrošinātājam ir tiesības veikt no trešajām personām saņemto Personas datu apstrādi.

9.7. Ja Apdrošinājumaņēmējs un Apdrošinātais Apdrošināšanas pieteikumā ir devis savu piekrišanu, Apdrošinātājam ir tiesības nosūtīt Apdrošinājumaņēmējam un Apdrošinātajai personai informāciju (komerciālos paziņojumus) par citiem Apdrošinātāja sniegtajiem apdrošināšanas pakalpojumiem.

9.8. Apdrošinātājs veic Apdrošinājumaņēmēja un Apdrošinātās personas, Personas datu, tajā skaitā sensitīvo Personas datu apstrādi, šādiem mērķiem:

9.8.1. Līguma noslēgšanai, administrēšanai un izpildei;

9.8.2. apdrošināšanas pakalpojumu piedāvāšanai un sniegšanai;

9.8.3. normatīvajos aktos noteikto prasību izpildei;

9.8.4. Apdrošinātāja tiesību un tiesisko interešu realizācijai un aizsardzībai;

9.8.5. Personas datu pārbaudei un precizēšanai valsts reģistros un normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā izveidotajās personas datu apstrādes sistēmās.

10. STRĪDU IZŠĶIRŠANA

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