

**NELAIMES GADĪJUMU
APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI**
(BPA-2019/06, spēkā no 2019. gada 1. janvāra)



Baltic Underwriting Agency, AB
ID: 303489019
Kestucio 59, Vilnius 08214, Lithuania
T +370 52 667799
info@bunda.eu
www.bunda.eu

Saturs

I.	APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMI.....	3
1.	Nāve.....	3
2.	Nejaušs Invaliditāte.....	3
3.	Kritiskās slimības.....	5
4.	Traumas.....	6
5.	Slimnīcas nauda.....	6
6.	Dienas nauda.....	7
II.	IZŅĒMUMI (NEAPDROŠINĀTIE GADĪJUMI).....	8
7.	Neapdrošinātie gadījumi.....	8
III.	PAPILDUS APDROŠINĀŠANAS SEGUMA NOSACĪJUMI.....	10
8.	Apdrošināšana tikai darba laikā.....	10
9.	Apdrošināšanas nosacījuma segums Nāves gadījumā limits.....	10
10.	Dienas nauda saslimstot ar infekcijas slimību.....	10
11.	Sīkas traumas.....	11
12.	Visu darbinieku apdrošināšana.....	12
13.	Izvērstā invaliditātes apdrošināšana.....	12
14.	Izvērsums alkohola reibuma dēļ.....	12
15.	Izvērsums attiecībā uz sportu.....	12
16.	Ekipāžas apdrošināšana.....	13
17.	Ārstēšanas izmaksu apdrošināšana sakarā ar negadījumu.....	13
IV.	SŪDZĪBU IZSKATĪŠANAS KĀRTĪBA.....	15
V.	VISPĀRĒJIE NOSACĪJUMI.....	20
18.	Izmantotie jēdzieni.....	20
	Dalītā atbildība.....	23
19.	Apdrošināšanas objekts.....	23
20.	Apdrošināšanas summa.....	23
21.	Apdrošināšanas seguma robežas un teritorija.....	23
22.	Pušu pirmslīguma pienākumi un apdrošināšanas līguma slēgšanas procedūra.....	24
23.	Labuma guvēji.....	26
VI.	APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA DARBĪBAS TERMIŅŠ UN APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA.....	27
24.	Apdrošināšanas līguma darbības termiņš un apdrošināšanas periods, apdrošināšanas prēmijas maksājums.....	27
25.	Atcelšanas periods.....	28
26.	Apdrošināšanas līguma izmaiņu un izbeigšanas nosacījumi.....	28
27.	Automātiska apdrošināšanas līguma atjaunināšana.....	28
VII.	PUŠU TIESĪBAS UN PIENĀKUMI APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA DARBĪBAS LAIKĀ.....	30
28.	Apdrošinājumaņēmēja tiesības un pienākumi.....	30
29.	Apdrošinātāja tiesības un pienākumi.....	30
30.	Apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas termiņi.....	31
31.	Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas ierobežojumi.....	31
32.	Sods par apdrošināšanas līguma pārkāpšanu.....	32
33.	Paziņojumi.....	32
34.	Nobeiguma noteikumi.....	32
VIII.	APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS TABULA.....	34

I. APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMI

Apdrošināšanas gadījums ir apdrošināšanas līgumā atrunāts nelaimes gadījums (vai negadījums), kas noticis apdrošināšanas periodā un apdrošināšanas teritorijā Apdrošinājuma ņēmēja dzīvē, kā arī atbilst apdrošināšanas līgumā precizētajiem nosacījumiem un nav neapdrošināms gadījums, kas Noteikts Vispārīgajos noteikumos un par kuru apdrošinātājs ir apņēmies samaksāt apdrošināšanas atlīdzību. Puses vienojas par specifisku ar apdrošināšanas līgumu apdrošināmo nelaimes gadījumu (apdrošināšanas seguma izpratnē) sarakstu (izvēloties no 1-6 punktā norādītām grupām), kas ir norādītas apdrošināšanas polisē (pielikumā) un nosacījumos.

Nelaimes gadījums - pēkšņs, negaidīts notikums, kura laikā uz apdrošinātā ķermeni pret viņa gribu iedarbojas ārējs spēks, kas nodara kaitējumu veselībai vai kļūst par iemeslu apdrošinātā nāves gadījumam vai invaliditātei.

1. Nāve

- 1.1. Apdrošināšanas prēmija tiek izmaksāta viena gada laikā pēc nelaimes gadījuma, kura rezultātā apdrošinātais nodarīto miesas bojājumu dēļ miris.
- 1.2. Tiesai apdrošināto pasludinot par mirušu, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai gadījumos, kad tiesas spriedumā tiek norādīts, ka Apdrošinātais pazudis bez vēsts, un ir apstākļi, kas liek domāt, ka Apdrošinātais gājis bojā apdrošināšanas gadījuma rezultātā apdrošināšanas laikposmā.
- 1.3. Ja Apdrošinātais miris apdrošināšanas gadījuma rezultātā, tiek izmaksāta apdrošināšanas līgumā norādītā summa Nāves gadījumam. Ja tā paša nelaimes gadījuma dēļ, kura rezultātā Apdrošinātais miris, Apdrošinātajam jau tikušas izmaksātas atlīdzības atbilstoši Traumu vai Invaliditātes nosacījumiem, tad par izmaksāto summu tiek samazināta apdrošināšanas atlīdzība, kas pienākas Apdrošinātā Nāves gadījumā.
- 1.4. Ja Apdrošinātajam Apdrošināšanas gadījuma rezultātā iestājusies nāve, Apdrošinājuma ņēmējam, Labuma guvējam vai Mantniekam (pilnvarotai personai) jāvēršas pie Apdrošinātāja attiecībā uz apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, un jāiesniedz šādi dokumenti (dokumentu saraksts orientējošs):
 - 1.4.1. aizpildīta paziņojuma par zaudējumiem forma;
 - 1.4.2. Vienošanās par personisko datu apstrādi;
 - 1.4.3. akts par nelaimes gadījumu darbā (ja tas ir pielietojams);
 - 1.4.4. Dokumenta apliecinājums par negadījumu, kuru izsniegusi policijas, ugunsdzēsības un glābšanas dienests vai cita kompetenta iestāde (ja piemērojams);
 - 1.4.5. miršanas apliecība;
 - 1.4.6. ārstniecības iestādes dokumenti, kas apstiprina apdrošināšanas gadījumu vai tiesu ekspertīzes slēdziens (ja tāds eksistē).
- 1.5. Apdrošinātājs pēc saviem ieskatiem var pieprasīt arī citus dokumentus, kas nepieciešami, lai konstatētu nelaimes gadījuma faktu, cēloņus, apstākļus un sekas, un aprēķinātu apdrošināšanas atlīdzību.
- 1.6. Ja Apdrošinātais miris miršanas apliecībā norādītas Labuma guvēja tišas rīcības rezultātā, un to ir noteikusi tiesa, apdrošināšanas atlīdzība Labuma guvējam netiek izmaksāta. Tādā gadījumā apdrošināšanas atlīdzība, kas pienāktos vainīgajai personai, tiek izmaksāta citiem Labuma guvējiem, bet, ja Apdrošinātais nav norādījis citus Labuma guvējus, tad apdrošināšanas atlīdzība izmaksājama Mantniekam.
- 1.7. Ja Apdrošinātais mirst Mantnieka tišas rīcības rezultātā, un to ir noteikusi tiesa, viņam, kā Mantniekam, pienākošā apdrošināšanas atlīdzības daļa pienākas citiem Apdrošinātā Mantniekiem.

2. Nejauša Invaliditāte

- 2.1. Ar Apdrošināšanas līgumu tiek apdrošināts tikai tieši apdrošināšanas gadījuma (nelaimes gadījuma) rezultātā radusies invaliditāte, kad nelaimes gadījuma laikā radīti miesas bojājumi un kompetenta institūcija:
 - 2.1.1. Apdrošinātajam līdz 18 g. vecumam nosaka invaliditātes pakāpi, kas var būt:

- 2.1.1.1. viegla, vai
- 2.1.1.2. vidēja, vai
- 2.1.1.3. smaga.
- 2.1.2. Apdrošinātajam no 18 gadiem līdz pensijas vecumam nosaka darbības līmeni, kurš ir zemāks nekā tas, kas bija līdz apdrošināšanas gadījumam, t.i. tiek noteikts darbības trūkums, kas izteikts procentos:
 - 2.1.2.1. 100%–60% darbības – darbības persona, vai
 - 2.1.2.2. 59%–30% darbības – daļēji darbības persona, vai
 - 2.1.2.3. 29%–0% darbības – darbības persona.
- 2.1.3. Pensijas vecumu sasniegušam Apdrošinātajam tiek noteiktas speciālās vajadzības:
 - 2.1.3.1. speciālas pastāvīgas kopšanas nepieciešamība, vai
 - 2.1.3.2. speciālas pastāvīgas uzraudzības (palīdzības) nepieciešamība, vai
 - 2.1.3.3. speciāla vieglā automobiļa iegādes un tā tehniskās piemērošanas kompensācijas nepieciešamība vai speciāla transporta izdevumu kompensācijas nepieciešamība.
- 2.2. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai ilgtermiņa vai pastāvīgas Apdrošinātā invaliditātes gadījumā (kā norādīts zemāk, punktos 2.3. un 2.4.), un ja Apdrošinātajam kompetenta institūcija ir konstatējusi attiecīgu invaliditātes pakāpi vienu gadu no nelaimes gadījuma dienas.
- 2.3. Par ilglaicīgu tiek uzskatīta tāda invaliditāte, kad invaliditātes pakāpe, darbība (darbības zudums) vai speciālās vajadzības tiek noteiktajā laika posmā ne mazākam par 1 gadu.
- 2.4. Par pastāvīgu tiek uzskatīta invaliditāte, kad invaliditātes pakāpe, darbība (darbības zudums) vai speciālās vajadzības tiek noteiktajā laika posmā ne mazākam par 2 gadiem. Ja Apdrošinātajam vispirms tiek noteikta ilglaicīga invaliditāte, kura vēlāk tiek pagarināta, tad par pastāvīgu uzskatāma invaliditāte, kuras kopējais ilgums ir ne mazāks kā 2 gadi bez pārtraukuma.
- 2.5. Ja apdrošinātā persona kļūst par invalidu iestājoties apdrošināšanas gadījumam, apdrošināšanas sabiedrība izmaksā vienreizēju maksājumu. Apdrošināšanas atlīdzības apmērs tiek izteikts procentos no apdrošināšanas polisē (tās pielikumos) apmērā Noteiktajās apdrošinājuma summas invaliditātes gadījumam, un ir vienlīdzīgs:
 - 2.5.1. Apdrošinātajam no 18 gadiem līdz pensijas vecumam apdrošināšanas pabalstu aprēķina pēc kopumā Noteiktajā darbības zuduma (procentos), un:
 - 2.5.1.1. pastāvīgas darbības zuduma gadījumā, apdrošināšanas atlīdzība ir vienlīdzīga apdrošināšanas summas daļai invaliditātes gadījumā, vienlīdzīga darbības zudumam (procentos), vai
 - 2.5.1.2. ilglaicīga darbības zuduma gadījumā, apdrošināšanas atlīdzība ir vienlīdzīga apdrošināšanas summas daļai invaliditātes gadījumā, vienlīdzīga 1/3 zaudētās darbības lielumam (procentos). Ja Apdrošinātāja ekspertiem nav šaubu par ilgtermiņa darbības pagarinājumu, tad var piešķirt pastāvīgu darbības apdrošināšanas atlīdzību (šajā gadījumā apdrošināšanas atlīdzība par neatgriezenisku invaliditāti netiek atkārtoti maksāta);
 - 2.5.2. Apdrošinātām personām, kas jaunākas par 18 gadiem, invaliditātes apdrošināšanas atlīdzību aprēķina, pamatojoties uz noteikto invaliditātes pakāpi:
 - 2.5.2.1. viegla invaliditātes gadījumā apdrošināšanas atlīdzība ir vienlīdzīga ar 40% no summas, kas noteikta invaliditātes gadījuma apdrošināšanai;
 - 2.5.2.2. vidējas invaliditātes gadījumā apdrošināšanas atlīdzība ir vienlīdzīga ar 70% no summas, kas noteikta invaliditātes gadījuma apdrošināšanai;
 - 2.5.2.3. nosakot smagu invaliditātes līmeni, apdrošināšanas atlīdzība ir vienlīdzīga ar 100% no summas, kas noteikta invaliditātes gadījuma apdrošināšanai.
 - 2.5.3. Pensionēšanās vecuma Apdrošinātā invaliditātes gadījumā, apdrošināšanas atlīdzību aprēķina, pamatojoties uz īpašām vajadzībām, ar nosacījumu, ka īpašās vajadzības jānodrošina ne mazāk kā 2 gadu periodā (tikai neatgriezeniskas invaliditātes gadījumā):
 - 2.5.3.1. īpaša auto iegādes un tehniskās pielāgošanas nepieciešamībai, vai pieprasījumam kompensēt transporta izmaksas, apdrošināšanas atlīdzība ir vienlīdzīga ar 10% no summas, kas noteikta invaliditātes apdrošināšanai, vai
 - 2.5.3.2. pastāvīgai īpašai kopšanai (palīdzībai) apdrošināšanas atlīdzība ir vienlīdzīga ar 30% no Noteiktajās apdrošināšanas summas invaliditātes gadījumam, vai
 - 2.5.3.3. nepieciešamībai pēc pastāvīgas aprūpes apdrošināšanas atlīdzība ir vienlīdzīga 100% no apdrošinājuma summas invaliditātes gadījumā.

- 2.6. Ja kompetentās iestādes Noteiktajās invaliditāte, darbnespēja (darbspējas zudums), vai īpašas vajadzības Apdrošinātājam pamatoti rada šaubas, Apdrošinātājam ir tiesības uz sava rēķina vērsties pie attiecīgiem ekspertiem un (vai) un speciālistiem šajā jomā, un izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību paļauties uz šo ekspertu un (vai) profesionāļu ar secinājumiem par Apdrošinātā invaliditātes pakāpi, darbnespējas līmeni (darbspēju zaudējumu) un īpašām vajadzībām.
- 2.7. Apdrošināšanas prēmiju izmaksā vadoties no Noteiktajās invaliditātes līmeņa, darbnespējas (darbnespējas) vai īpašām vajadzībām, kuras noteiktas ar apdrošināšanas atlīdzības maksājuma datumu (ar nosacījumu, ka invaliditāte ir noteikta apdrošināšanas gadījuma rezultātā).
- 2.8. Ja Apdrošinātājam pirms apdrošināšanas gadījuma jau bija noteikta invaliditāte (invaliditātes līmenis vai darbnespējas zudums) un, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, invaliditātes pakāpe palielinājusies, apdrošināšanas atlīdzība tiek aprēķināta, pamatojoties uz procentos izteiktu starpību starp invaliditātes pakāpi vai darbnespējas līmeni pirms apdrošināšanas gadījuma un pēc apdrošināšanas gadījuma.
- 2.9. Ja pensijas vecuma Apdrošinātājam pirms apdrošināšanas gadījuma jau bija noteiktas kādas īpašas vajadzības, apdrošināšanas atlīdzība invaliditātes gadījumā viņam netiek izmaksāta.
- 2.10. Apdrošinātās personas invaliditāte jānosaka ne mazāk kā 6 mēnešu un ne vēlāk kā 12 mēnešu laikā pēc nelaimes gadījuma. Ja invaliditāte ir neapšaubāma, Apdrošinātājs ir tiesīgs apdrošināšanas atlīdzības maksājumu izmaksāt, negaidot noteikto termiņu (šajā gadījumā apdrošināšanas atlīdzība pēc invaliditātes noteikšanas atkārtoti nav jāmaksā).
- 2.11. Apdrošinātā invaliditātes gadījumā, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinājumaņēmējam, Apdrošinātājam vai Mantiniekam (pilnvarotai personai) jāvērsas pie Apdrošinātāja attiecībā uz apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, un jāiesniedz šādi dokumenti (dokumentu saraksts orientējošs):
 - 2.11.1. aizpildīta paziņojuma par zaudējumiem forma;
 - 2.11.2. Vienošanās par personisko datu apstrādi;
 - 2.11.3. akts par nelaimes gadījumu darbā (ja tas ir pielietojams);
 - 2.11.4. nelaimes gadījumu apstiprinošs policijas, ugunsdzēsēju un glābšanas dienesta vai citas kompetentas institūcijas izdots dokuments (ja tāds eksistē);
 - 2.11.5. ārstniecības iestādes izdoti dokumenti;
 - 2.11.6. kompetentas institūcijas izdoti invaliditāti, darbnespēju vai īpašas vajadzības (līmeņa) noteiktie dokumenti;
 - 2.11.7. Apdrošinātājs pēc saviem ieskatiem var pieprasīt arī citus dokumentus, kas nepieciešami, lai noteiktu apdrošināšanas gadījuma faktu, cēloņus, apstākļus un sekas, un aprēķinātu apdrošināšanas atlīdzību.

PAPILDUS APDROŠINĀŠANAS AIZSARDZĪBAS NOSACĪJUMI (IR SPĒKĀ TIKAI TAD, JA TĀS IZVĒLĒTAS UN IEKĻAUTAS APDROŠINĀŠANAS POLISĒ)

3. Kritiskās slimības

- 3.1. Apdrošināšanas atlīdzība tiek maksāta, ja apdrošinātājam līguma darbības laikā pirmo reizi dzīvē, diagnosticēta kritiska slimība, kuru apstiprina atbilstoši medicīniskie dokumenti un, kas iekļauta apdrošināšanas kompensāciju tabulā norādītajā kritisko slimību sarakstā šo apdrošināšanas noteikumu beigās, kā arī ir ievēroti kritiskās slimības diagnosticēšanas kritēriji.
- 3.2. Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta, ja:
 - 3.2.1. kritiskā slimība tiek diagnosticēta un/vai tās pirmie simptomi tiek konstatēti 90 dienu laikā no apdrošināšanas līguma sākuma (izņemot gadījumus, kad apdrošināšanas līgums Apdrošinājumaņēmējam ir spēkā bez pārtraukuma);
 - 3.2.2. diagnoze neatbilst visām apdrošināšanas kompensāciju tabulā norādītajām attiecīgajām atbilstošās kritiskās slimības pazīmēm;
 - 3.2.3. kritiskā slimība ir radusies laikā, kad apdrošinātais bijis inficēts ar imūndeficīta vīrusu (HIV) vai slims ar iegūtu imūndeficīta sindromu (AIDS).
- 3.3. Attiecībā uz vienu vai vairākiem apdrošināšanas gadījumiem, apdrošināšanas atlīdzība uz vienu apdrošināto personu nedrīkst pārsniegt 100% no apdrošināšanas līgumā norādītās summas kritiskās slimības gadījumā.

- 3.4. Ja slimības diagnoze nav iekļauta apdrošināšanas atlīdzības tabulā, apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.
- 3.5. Ja apdrošinātais mirst no kritiskās slimības, apdrošināšanas līgumā norādītā apdrošināšanas atlīdzība nāves gadījumā netiek izmaksāta (apdrošināšanas līgumā norādītā apdrošināšanas atlīdzība izmaksājama par kritisko slimību ar nosacījumu, ka izmaksa atbilst apdrošināšanas nosacījumiem un prasībām un atbilstoša apdrošināšanas atlīdzība nav jau tikusi iepriekš izmaksāta).
- 3.6. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinājuma ņēmējam, Apdrošinātajam vai Mantiniekam (pilnvarotai personai) jāvēršas pie Apdrošinātāja attiecībā uz apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, un jāiesniedz šādi dokumenti (dokumentu saraksts orientējošs):
 - 3.6.1. aizpildīta paziņojuma par zaudējumiem forma;
 - 3.6.2. Vienošanās par personisko datu apstrādi ;
 - 3.6.3. Veselības aprūpes iestādes izsniegti dokumenti, kas apstiprina diagnozi, anamnēzes dokumentācija, izmeklējumu un ārstēšanas apraksts ar norādi, ka slimība tikusi diagnosticēta pirmo reizi, kā arī, vai slimība atbilst kritisko slimību aprakstā noteiktajiem kritērijiem;
- 3.7. Apdrošinātājs pēc saviem ieskatiem var pieprasīt arī citus dokumentus, kas nepieciešami, lai noteiktu apdrošināšanas gadījuma faktu, cēloņus, apstākļus un sekas, un aprēķinātu apdrošināšanas kompensāciju.
- 3.8. Gadījumā, ja kādai no Apdrošinātajām personām tiek diagnosticēta kritiskā slimība, tad attiecībā uz šo personu kritisko slimību apdrošināšanas risku, limits tiek pārtraukts.

4. Traumas

- 4.1. Apdrošināšanas kompensācija tiek izmaksāta gadījumā, ja iestājoties apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinātais piedzīvo ķermeņa bojājumus (traumas), kuri nenoved pie nāves, vai invaliditātes, kā noteikts šajos noteikumos. Traumas gadījumā apdrošināšanas atlīdzības lielums izteikts procentos no apdrošināšanas līgumā norādītās apdrošināšanas summas traumu gadījumam, un to nosaka apdrošināšanas atlīdzības tabula šo apdrošināšanas noteikumu beigās.
- 4.2. Attiecībā uz vienu vai vairākiem apdrošināšanas gadījumiem, apdrošināšanas atlīdzība nedrīkst pārsniegt 100% no apdrošināšanas summas traumu gadījumā, un par vienas ķermeņa daļas visām traumām apdrošināšanas atlīdzība nedrīkst pārsniegt apdrošināšanas atlīdzību, kas maksājama par šīs ķermeņa daļas zaudēšanu.
- 4.3. Ja ķermeņa bojājums nav iekļauts apdrošināšanas atlīdzības tabulā, apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.
- 4.4. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinājuma ņēmējam, Apdrošinātajam (tā pilnvarotai personai) jāvēršas pie Apdrošinātāja attiecībā uz apdrošināšanas kompensācijas izmaksu, un jāiesniedz šādi dokumenti (dokumentu saraksts orientējošs):
 - 4.4.1. izziņa, kurā norādīts apdrošināšanas gadījuma datums un veids;
 - 4.4.2. Vienošanās par personisko datu apstrādi ;
 - 4.4.3. izziņa no stacionārās vai ambulatorās ārstniecības iestādes, kur norādīts apdrošināšanas gadījuma datums un veids, diagnoze, nozīmētā ārstēšana un slimības gaita.
 - 4.4.4. akts par nelaimes gadījumu darbā (ja tas ir pielietojams);
 - 4.4.5. izziņa par izdotu atbrīvojumu no darba, vai neierašanos mācību iestādē;
 - 4.4.6. nelaimes gadījumu apstiprinošs policijas, ugunsdzēsēju un glābšanas dienesta vai citas kompetentas institūcijas izdots dokuments (ja tāds eksistē);
 - 4.4.7. kaulu lūzumu gadījumā – rentgena uzņēmums vai tā apraksts.
- 4.5. Apdrošinātājs pēc saviem ieskatiem var pieprasīt arī citus dokumentus, kas nepieciešami, lai Noteiktāju apdrošināšanas gadījuma faktu, cēloņus, apstākļus un sekas, un aprēķinātu apdrošināšanas atlīdzību.

5. Slimnīcas nauda

- 5.1. Slimnīcas nauda tiek izmaksāta, ja apdrošināšanas gadījuma rezultātā radušos ķermeņa bojājumu vai veselības traucējumu dēļ Apdrošinātais tiek ievietots slimnīcā un ārstēts stacionāri.
- 5.2. Apdrošināšanas kompensācija par katru slimnīcā pavadīto dienu vienlīdzīga apdrošināšanas līgumā norādītajai vienas dienas slimnīcas naudai.

- 5.3. Ja ārstēšana stacionārā ilgst mazāk nekā 24 stundas diennaktī un mazāk nekā 3 dienas no vietas, slimnīcas nauda netiek izmaksāta.
- 5.4. Par vienu nelaimes gadījumu slimnīcas nauda tiek maksāta ne ilgāk kā 30 dienas.
- 5.5. Par visiem apdrošināšanas līguma laikā notikušiem nelaimes gadījumiem slimnīcas nauda nepārsniedz 90 dienas vienam apdrošinātajam.
- 5.6. Ja Apdrošinātais apdrošināšanas gadījuma dēļ nokļuvis slimnīcā, Apdrošinājumaņēmējam vai Apdrošinātajam (pilnvarotai personai) jāvēršas pie Apdrošinātāja attiecībā uz apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, un jāiesniedz šādi dokumenti (dokumentu saraksts orientējošs):
 - 5.6.1. aizpildīta paziņojuma par zaudējumiem forma;
 - 5.6.2. vienošanās par personisko datu apstrādi;
 - 5.6.3. akts par nelaimes gadījumu darbā (ja tas ir pielietojams);
 - 5.6.4. nelaimes gadījumu apstiprinošs policijas, ugunsdzēsēju un glābšanas dienesta vai citas kompetentas institūcijas izdots dokuments (ja tāds eksistē);
 - 5.6.5. izziņa no stacionārās ārstniecības iestādes, kur norādīta diagnoze un ārstēšanās ilgums.
- 5.7. Apdrošinātais pēc saviem ieskatiem var pieprasīt arī citus dokumentus, kas nepieciešami, lai noteiktu apdrošināšanas atlīdzības pamatojumu un tās apjomu.
- 5.8. Ja tā paša apdrošināšanas gadījuma dēļ par tām pašām dienām dienas atbilstoši apdrošināšanas līgumam būtu jāizmaksā gan slimnīcas nauda, gan dienas nauda, tad par šīm dienām tiek maksāta tikai slimnīcas nauda.

6. Dienas nauda

- 6.1. Dienas nauda tiek izmaksāta, ja Apdrošinātais uz laiku zaudē darbspēju apdrošināšanas gadījuma rezultātā radušos ķermeņa bojājumu vai veselības traucējumu dēļ.
- 6.2. Apdrošināšanas kompensācijas lielums par katru darbnespējas dienu ir vienlīdzīgs apdrošināšanas līgumā (tā pielikumos) noteiktajai vienas dienas dienasnaudas apdrošināšanas summai.
- 6.3. Dienas naudu sāk izmaksāt no nelaimes gadījuma dienas, bet ne agrāk kā Apdrošinātajam uzsākts sniegt medicīnisko palīdzību. Dienas nauda tiek maksāta par visām darbnespējas dienām, ieskaitot izejamās un svētku dienas.
- 6.4. Dienas nauda netiek izmaksāta, ja darbnespēja ilgst mazāk kā 7 dienas pēc kārtas.
- 6.5. Par vienu nelaimes gadījumu dienas nauda tiek maksāta ne ilgāk kā 60 dienas vienam Apdrošinātajam.
- 6.6. Par visiem apdrošināšanas līguma laikā notikušiem nelaimes gadījumiem dienas nauda nepārsniedz 180 dienas vienam Apdrošinātajam.
- 6.7. Dienas naudu nepilngadīgām nestrādājošām personām izmaksā, pamatojoties uz dokumentāriem pierādījumiem par darba nespēju, kas izdoti personai, kura aprūpē Apdrošināto personu.
- 6.8. Ja Apdrošinātais, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, uz laiku zaudē darbspēju, Apdrošinājumaņēmējam vai Apdrošinātajam (tā pilnvarotai personai) jāvēršas pie Apdrošinātāja attiecībā uz apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, un jāiesniedz šādi dokumenti (dokumentu saraksts orientējošs):
 - 6.8.1. aizpildīta paziņojuma par zaudējumiem forma;
 - 6.8.2. vienošanās par personisko datu apstrādi;
 - 6.8.3. akts par nelaimes gadījumu darbā (ja tas ir pielietojams);
 - 6.8.4. nelaimes gadījumu apstiprinošs policijas, ugunsdzēsēju un glābšanas dienesta vai citas kompetentas institūcijas izdots dokuments (ja tāds eksistē);
 - 6.8.5. izziņa no stacionārās vai ambulatorās ārstniecības iestādes, kur norādīta diagnoze, ārstēšanās veids un ilgums;
 - 6.8.6. izziņa par izdotu atbrīvojumu no darba, vai neierašanos mācību iestādē.
- 6.9. Apdrošinātais pēc saviem ieskatiem var pieprasīt arī citus dokumentus, kas nepieciešami, lai noteiktu apdrošināšanas atlīdzības pamatojumu un tās apjomu.
- 6.10. Apdrošinātajam ir tiesības atteikties izmaksāt dienas naudu, ja ārstniecības iestāde nav izdevusi atbilstošu darbnespējas apliecinājumu.

II. IZŅĒMUMI (NEAPDROŠINĀTIE GADĪJUMI)

7. Neapdrošinātie gadījumi

Neapdrošināts gadījums ir ikviens gadījums, kas nav uzskatāms par apdrošinātu atbilstoši šajos Nosacījumos noteiktajam, kā arī jebkurš šajos Nosacījumos noteiktais gadījums, par kuru Apdrošinātajam nav pienākuma izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību. Gadījums nav apdrošināms, un kompensācija netiek izmaksāta, ja:

- 7.1. Apdrošinātais veicis pašnāvību vai mēģinājis to darīt;
- 7.2. Apdrošinātais pats vai citas personas uz tā pieprasījumu tieši izraisījušas gadījumu;
- 7.3. Apdrošinātais piedalījies kautiņā, vai bijis tā ierosinātais (izņemot gadījumus, kad apdrošinātais ir iesaistījies sociāli vērtīgā darbībā (pašaizsardzība, aizsardzības nepieciešamība, nepārsniedzot robežas un savu civilo pienākumu izpildi) vai izmantojis fizisku spēku tiešā saistībā ar dienesta pienākumu izpildi);
- 7.4. Nelaiimes gadījums noticis apdrošinātā militārā dienesta armijā, vai cita līdzīga formējuma laikā;
- 7.5. Apdrošinātais ir apreibinājies ar alkoholu, toksiskām, narkotiskām vai citām psihoaktīvām vielām, vai stiprām zālēm bez ārsta norikojuma; šis punkts ir piemērojams, ja norādītiem apstākļiem bija tieša cēloņsakarība ar nelaiimes gadījuma izraisīšanu;
- 7.6. Pēc nelaiimes gadījuma Apdrošinātā persona izvairās no alkohola vai citu vielu pārbaudes, ja 7.5.punktā minētajiem apstākļiem bija vai varēja būt tieša cēloņsakarība starp minētajiem apstākļiem un nelaiimes gadījuma izraisīšanu.
- 7.7. Apdrošinātais vadīja transportlīdzekli bez tiesībām to vadīt, vai būdams alkohola (alkohola koncentrācija asinīs pārsniedza valsts, kurā transportlīdzeklis tika ekspluatēts, maksimāli pieļaujamo likmi), narkotiku vai toksisku vielu reibumā; šis punkts ir piemērojams, ja norādītiem apstākļiem bija tieša cēloņsakarība ar nelaiimes gadījuma izraisīšanu;
- 7.8. Apdrošinātā persona nodevusi transporta līdzekļa vadību personai, kurai nav tiesību vadīt attiecīgo transporta līdzekli vai kura ir alkohola (alkohola koncentrācija asinīs pārsniedza valsts, kurā transportlīdzeklis tika ekspluatēts, maksimāli pieļaujamo likmi), narkotiku vai toksisku vielu reibumā, kā arī gadījumos, kad apdrošinātā persona apzināti pārvietoja transporta līdzekli, kuru vada persona, kura ir alkohola (alkohola koncentrācija asinīs pārsniedza valsts, kurā transportlīdzeklis tika ekspluatēts, maksimāli pieļaujamo likmi), narkotiku vai toksisku vielu reibumā; šis punkts piemērojams, ja norādītiem apstākļiem ir tieša cēloņsakarība ar nelaiimes gadījuma izraisīšanu;
- 7.9. Apdrošinātais pēc nelaiimes gadījuma nav sekojis ārstēšanas režīmam vai medicīnu rekomendācijām;
- 7.10. Apdrošinātajai personai ir mugurkaula diska trūce, vēdera vai vēdera dobuma trūce, kuru izraisījuši fiziska piepūle (ieskaitot smagumu celšanu);
- 7.11. Ķirurģiskas rētas, kuras radušās kritisko vai cita veida slimību rezultātā;
- 7.12. Nelaiimes gadījums noticis kodolenerģijas, radiācijas, radioaktīvā piesārņojuma, kara, militāro mācību, kara vai īpašā stāvokļa, revolūcijas, nemieru, sacelšanās, masu nemieru, sabotāžas situācijā;
- 7.13. Nelaiimes gadījums noticis apdrošinātajam sportojot (kā aprakstīts sīkāk Vispārējos noteikumos), vai brīvo laiku pavadot paaugstināta riska apstākļos (kā aprakstīts sīkāk Vispārējos noteikumos), ja apdrošināšanas polisē (pielikumos) nav noteikts citādi. Lūgumā apdrošināt sniegtā informācija par sporta vai atpūtas paaugstinātu risku netiek uzskatīta par derīgu vienošanos apdrošināšanas segumam, kas paredzēts augsta riska sporta un brīvā laika pavadīšanai;
- 7.14. Nelaiimes gadījums noticis, pateicoties iedzimtām, hroniskām vai deģeneratīvām slimībām, iedzimtiem vai iegūtiem fiziskiem defektiem, izņemot fiziskās nepilnības, kas radušās cita apdrošināšanas gadījuma rezultātā, kas noticis apdrošināšanas līguma darbības laikā;
- 7.15. Nelaiimes gadījums noticis Apdrošinātā rīcības rezultātā, ko tiesa vai citas kompetenta iestāde vai amatpersona atzinusi par tīšu noziedzīgu nodarījumu, no kura izriet kriminālatbildība;
- 7.16. Nelaiimes gadījums noticis kriminālsankcijas, procesuālo pasākumu (sodu, uzraudzības un citu līdzekļu) piemērošanas brīdī Apdrošinātajam (piemēram, aizturēšana, laiks brīvības atņemšanas iestādē, un tā tālāk);
- 7.17. Nelaiimes gadījums noticis, Apdrošinātā veselība cietusi vai tas miris slimības vai slimības izraisītu krampju rezultātā (piem., diabēts, epilepsija vai citi konvulsīvi visa ķermeņa krampji, samaņas zudumu izraisošas slimības);

- 7.18. Nelaiemes gadījums noticis psihiskās reakcijas (afektīvie stāvokļi) psihiskās traumas, slimības vai citu garīga rakstura traucējumu dēļ;
- 7.19. Apdrošinātās personas veselības traucējumi vai nāve iestājusies čūskas kodiena, dzīvnieka vai insekta kodiena un /vai dzēliena izraisīta infekcijas slimības rezultātā (izņemot gadījumus, kas noteikti Papildus apdrošināšanās 10.punktā "Dienas nauda saslimšanas gadījumos ar infekcijas slimībām", ja šis nosacījums ir iekļauts apdrošināšanas polisē (tās pielikumos).
- 7.20. Apdrošinātās personas ievainojumi, kuri saistīti ar neakceptētu ārstēšanu un /vai ārstēšanu, kuru neatzīst oficiālā medicīna;
- 7.21. Apdrošinātās personas nelaimes gadījums, veselības traucējumi vai nāve iestājas ķirurģiskas iejaukšanās, ārstēšanas vai citu medicīnisku procedūru rezultātā, izņemot gadījumu, kad minētās procedūras veiktas tādu veselības traucējumu ārstēšanai, kurus izraisījis apdrošināts gadījums;
- 7.22. Tiesa pasludinājusi Apdrošināto personu par pazudušu;
- 7.23. Tiesa pasludinājusi Apdrošināto personu par mirušu, izņemot gadījumus, kuri uzskatāmi par apdrošinātiem atbilstoši šiem nosacījumiem;
- 7.24. Apdrošinātais miris slimības dēļ;
- 7.25. Apdrošināšanas aizsardzība nav spēkā tādu apstākļu dēļ, kas saistīti ar radioaktīvo starojumu, atomreakciju vai radioaktīvo piesārņojumu (LSW1210);
- 7.26. Apdrošināšana neapmaksā prasības, kuras jebkādā veidā saistītas vai tās ir izraisījušas teroristu uzbrukumus, tai skaitā uzbrukumus, kuru laikā tiek izmantots kodol-/ radioaktīvais starojums vai bioloģiskais ierocis.
Šī izņēmuma kontekstā, termins terorisms nozīmē personu vai personu grupu (-as), kas darbojas neatkarīgi, vai kādas organizācijas (-u) vai valsts (-u) vārdā / uzdevumā, ricību, tajā skaitā, bet ne tikai spēka vai vardarbības izmantošanu, kas veikta politisku, reliģisku, ideoloģisku vai etnisku iemeslu dēļ, tostarp ar nodomu ietekmēt valdību un/vai izraisīt bailes sabiedrībā vai jebkurā tās daļā (LSW1175).
- 7.27. Nepārvaramas varas apstākļi
- 7.27.1. Apdrošināšanas līgumslēdzēja Puse nav atbildīgas par apdrošināšanas līgumsaistību neizpildi, ja attiecīgā puse pierāda, ka līgumsaistību neizpildes cēlonis ir apstākļi ārpus tās kontroles un tos nav bijis iespējams paredzēt līguma noslēgšanas brīdī, un tādejādi šo apstākļu izraisītās sekas nav bijis iespējams novērst. Nepārvaramas varas apstākļi neietver tādus apstākļus, kā, attiecīgās puses finanšu resursu trūkums vai polises turētāja kontrahentu saistību neizpilde attiecībā pret polises turētāju un tā nespēju pildīt apdrošināšanas līgumā Noteiktajās saistības.
- 7.27.2. Ja nepārvaramas varas apstākļi ir pārejoši, puse, kura nespēj pildīt līgumsaistības, tiek atbrīvota no atbildības tikai uz laiku, kas ir atbilstošs attiecīgo nepārvaramas varas apstākļu ietekmei uz līgumsaistību izpildi.
- 7.27.3. Pusei, kuras apdrošināšanas līgumsaistību izpildi ietekmējuši vai ietekmēs nepārvaramas varas apstākļi, ir pienākums rakstiski informēt otru pusi par nepārvaramas varas apstākļiem 14 dienu laikā no nepārvaramas varas apstākļu iestāšanās brīža, vienlaicīgi norādot saistības, kuras netiek vai nevarēs tikt izpildītas. Šī punkta nosacījumi neatņem otram Pusei tiesības pārtraukt līgumu vai atlikt tā izpildi vai pieprasīt procentu maksājumus.
- 7.27.4. Gadījumā, ja nepārvaramas varas apstākļi ilgst vairāk nekā 2 mēnešus, apdrošināšanas līguma darbība jebkurā gadījumā tiek pārtraukta.

III. PAPILDUS APDROŠINĀŠANAS SEGUMA NOSACĪJUMI

Puses vienojas par konkrētu papildinājumu sarakstu apdrošināšanas seguma nosacījumiem (izvēloties no 8-16 punktā norādītām grupām), kas ir norādīti apdrošināšanas polisē (tās pielikumos):

8. Apdrošināšana tikai darba laikā

8.1. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā tikai tad, ja nelaimes gadījums noticis:

8.1.1. Apdrošinātajam veicot darbu darba devēja uzdevumā;

8.1.2. Apdrošinātajam veicot citus ar darba procesu saistītos un darba devēja piešķirtos uzdevumus, vai atrodoties komandējumā;

8.1.3. Apdrošinātajam atrodoties darba devēja organizētās mācībās vai praksē;

8.1.4. Apdrošinātajam atrodoties pusdienu, papildus vai īpašu pārtraukumu laikā;

8.1.5. Apdrošinātajam sagatavojot vai kārtojot darba vietu darba laikā, pirms darba vai pēc tā;

8.1.6. Apdrošinātajam dodoties uz darbu, vai no darba.

8.2. Saskaņā ar šo papildus nosacījumu, lai saņemtu apdrošināšanas atlīdzību, ir jāiesniedz kompetentas iestādes sagatavotu aktu par nelaimes gadījumu darbā, ceļā uz darbu vai no darba.

8.3. Izvēloties šo apdrošināšanas nosacījumu, apdrošināšanas segums piemērojams saskaņā ar apdrošināšanas polisē (tās pielikumos) norādītiem apdrošināšanas seguma nosacījumiem tikai tad, ja negadījums noticis apdrošināšanas laikā un apdrošināšanas teritorijā 8.1.1-8.1.6 punktos Noteiktajos gadījumos.

9. Apdrošināšanas nosacījuma segums Nāves gadījumā limits

9.1. Saskaņā ar šo nosacījumu, apdrošināšanas segums ir derīgs tikai apdrošināšanas līgumā norādītam nāves gadījumu skaitam. Tas nozīmē, ka apdrošināšanas atlīdzība tiek maksāta par nāvi tikai par pirmo hronoloģiskā kārtībā norādīto nāves gadījumu. Ja apdrošinātā persona nomirst citā, nevis nelaimes gadījuma dienā, hronoloģiskā kārtībā nosakot apdrošinātos notikumus (nāves gadījumus), ir jāņem vērā miršanas datums, nevis apdrošināšanas gadījuma datums.

10. Dienas nauda saslimstot ar infekcijas slimību

Šis papildus nosacījums, ja tas tiek norādīts apdrošināšanas polisē (Pielikumos), ir piemērojams tikai tad, ja apdrošināšanas polisē (pielikumos) ir norādītas Nāves un Traumu apdrošināšanas seguma nosacījumi:

10.1. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā tikai tad, ja apdrošinātā persona ar čūskas, zīdītāju un kukaiņu (tai skaitā ērces) kodumu vai dzēlienu inficējas ar infekcijas slimību, un ir objektīvi pierādījumi, kas liecina, ka inficēšanās notikusi apdrošināšanas periodā.

10.2. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā tikai tad, ja pirmie simptomi parādās 30 (trīsdesmit) kalendāra dienas pēc līguma darbības sākuma. Šis noteikums nav attiecināms, atjauninot (pagarinot) apdrošināšanas līgumu uz tādiem pašiem nosacījumiem, kur paredzēta dienas nauda saslimšanai ar infekcijas slimību, un inficēšanās ar infekcijas slimību apdrošināšanas segums ir spēkā bez pārtraukuma.

10.3. Apdrošināšanas atlīdzības lielums tiek izteikts procentos no apdrošināšanas līgumā Noteiktajās summas traumu gadījumam, un tiek noteikts attiecībā pret infekcijas slimības ārstēšanas ilgumu:

10.3.1. ja ārstēšanas ilgums ir 3–4 dienas – 2%;

10.3.2. ja ārstēšanas ilgums ir 5–9 dienas – 4%;

10.3.3. ja ārstēšanas ilgums ir no 10 līdz 19 dienas – 7%;

10.3.4. ja ārstēšanas ilgums ir 20 dienas vai vairāk – 10%.

10.4. Ja apdrošinātās personas nāve iestājusies čūskas koduma, dzīvnieka vai insekta (tostarp ērces) koduma / dzēluma vai to izraisītas infekcijas slimības rezultātā, izmaksājamajai apdrošināšanas atlīdzībai jāatbilst apdrošināšanas summas apjomam, kas izmaksājama nāves gadījumā.

Ja Apdrošinātais miris čūskas, zīdītāju vai kukaiņu pārnēsātas infekcijas slimības dēļ, tiek izmaksāta kā apdrošināšanas polisē norādītā apdrošinājuma summa nāves gadījumā.

10.5. Ja Apdrošinātajam vai tā ģimenes locekļiem uzbrucis paša Apdrošinātā mājdzīvnieks, apdrošināšanas atlīdzība tiek samazināta par 50%.

10.6. Apdrošināšanas atlīdzība par šo papildus nosacījumu tiek izmaksāta tikai Nāves un/vai Traumu seguma gadījumā. Ja tā paša nelaimes gadījuma dēļ, kura rezultātā Apdrošinātais miris, Apdrošinātajam jau tikušas izmaksātas atlīdzības atbilstoši Traumu vai Invaliditātes nosacījumiem,

tad par izmaksāto summu tiek samazināta apdrošināšanas atlīdzība, kas pienākas Apdrošinātā Nāves gadījumā.

- 10.7. Apdrošināšanas segums nav spēkā, ja Apdrošinātā persona inficējas ar infekcijas slimību seksuālā, parenterālā, vai gaisa pilienu ceļā pārnēsājamām slimībām un to komplikācijām.

11. Sikas traumas

Šis papildu nosacījums, ja tas ir norādīts apdrošināšanas polisē (pielikumos), ir piemērojams tikai tad, ja apdrošināšanas polisē (pielikumos) ir iekļauts apdrošināšanas segums Traumu apdrošināšanai:

- 11.1. Apdrošināšanas segums saišu sastiepuma gadījumā nav spēkā pirmās 14 (četrpadsmit) kalendārās dienas, skaitot no polises spēkā stāšanās datuma. Apdrošināšanas izņēmums neattiecas uz polišu atjaunojumu, ja tas pats apdrošināšanas segums (sīkās traumas) ir ticis piemērots iepriekšējā polisē, un apdrošināšanas segums, attiecībā uz Apdrošināto personu, ir bijis bez pārtraukumiem.
- 11.2. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja apdrošināšanas gadījuma rezultātā Apdrošinātais guvis ievainojumus, un (vai) veselības problēmas, kas nav izraisījušas viņa nāvi vai invaliditāti, kā definēts šajos noteikumos, un nav iekļautas apdrošināšanu tabulā šo noteikumu beigās, ja šie bojājumi vai slimības kas izriet no šādām tālāk norādītām sīkām traumām:
- 11.2.1. jebkuras ķermeņa daļas saišu sastiepumi, kam nepieciešama gīpša imobilizācija vai plastmasas langete vai jebkāda līdzvērtīga imobilizācija, vai arī gūtā ievainojuma dēļ apdrošinātā persona nevarēja ierasties darbā vai mācību iestādē, 10 dienas vai ilgāk, un tas tiek apstiprināts ar attiecīgo iestāžu izsniegtiem dokumentiem;
- 11.2.2. akūta saindēšanās, pēc kuras Apdrošinātais ambulatoriski ārstēts vairāk nekā 7 dienām, vai vismaz 3 dienas slimnīcā;
- 11.2.3. rokas vai kājas pirksta (-u) brūces ar naga ievainojumu, ja šī bojājuma dēļ Apdrošinātais bija darba nespējīgs (nevarēja ierasties uz mācību iestādi), 3 dienas vai ilgāk;
- 11.2.4. rokas vai kājas pirksta (-u) dislokācija, pirksta (-u) cīpslas, pirksta (-u) nervu bojājums, ja ievainojuma dēļ Apdrošinātais bija darba nespējīgs (nevarēja ierasties uz mācību iestādi) 3 dienas vai ilgāk;
- 11.2.5. traumatiskā asfiksija, elektriskais šoks (no elektriskajiem tīkliem, ierīcēm, atmosfēras elektriskajām izlādēm), čūskas, zīdītāju un citu dzīvu būtnu kodums., ar nosacījumu, ka tiem seko hospitalizācija, izņemot gadījumus, ja ārstēšana noteikta, lai ārstētu infekcijas slimības (tādā gadījumā piemērojama dienas nauda par saslimšanu ar infekcijas slimību papildu aizsardzība, ja tas ir norādīts apdrošināšanas polisē (pielikumos)).
- 11.3. Apdrošināšanas atlīdzības summa par šiem ievainojumiem ir izteikta procentos no apdrošināšanas polisē Noteiktajās summas, un tiek noteikts šādi:
- 11.3.1. 1%, ja Apdrošinātais:
- 11.3.1.2. gūtā ievainojuma dēļ nebija darba nespējīgs, un minimālās darbnespējas, ambulatorās ārstēšanas vai imobilizācijas ilgums nav noteikts 11.2.1. – 11.2.5. punktā vai
- 11.3.1.3. gūtā ievainojuma dēļ bija darba nespējīgs (nevarēja apmeklēt izglītības iestādi) vai tika hospitalizēts, vai imobilizācija bija nepieciešama ievainojuma rezultātā līdz 14 dienām;
- 11.3.2. 2%, ja Apdrošinātais gūtā ievainojuma dēļ bija darba nespējīgs (nevarēja apmeklēt izglītības iestādi) vai tika hospitalizēts, vai imobilizācija ir nepieciešama ievainojuma rezultātā 14 dienas vai ilgāk.
- 11.4. Gadījumā, ja elpceļos, gremošanas traktā bija svešķermenis, kas tika izņemts ar endoskopijas palīdzību (izņemot svešķermeņus acīs, mutes vai deguna dobumos, mutē, aizdegunē, rīklē, taisnajā zarnā, makstī, urīnizvadkanālā), Apdrošināšanas atlīdzība ir 2% no Apdrošināšanas summas, kas norādīta Apdrošināšanas polisē, kas izmaksājama ievainojumu gadījumā.
- 11.5. Mīksto audu traumu (brūču) rezultātā, ja nepieciešama ķirurģiska ārstēšana, bet izveidojušās rētas (tiek rēķināts kopējais rētu garums / laukums), nepārsniedz 1,5 cm garumā un 1 kv. cm platībā (sejas priekšējā vai sānu virsma, zona zem žokļa kaula) vai 5 cm garumā (galvas matainajā daļā, ekstremitāšu, vidukļa zonā), apdrošināšanas atlīdzība ir vienlīdzīga ar 1% no apdrošināšanas polisē Noteiktajās apdrošinājuma summas traumas gadījumā.

- 11.6. Jebkuras ķermeņa daļas vai orgāna sasituma gadījumā, kā rezultātā Apdrošinātajai personai 3 dienas vai ilgāk iestājas darba nespēja (nespēja apmeklēt izglītības iestādi), vai tiek medicīniski diagnosticēta hematoma, apdrošināšanas atlīdzība ir vienāda ar 1% no apdrošināšanas polisē norādītās apdrošinājuma summas, kas izmaksājama traumu gadījumā.
- 11.7. Apdrošināšanas atlīdzība 1% apmērā no Apdrošināšanas summas, kas noteikta Apdrošināšanas polisē, kas izmaksājama ievainojumu gadījumā, tiek izmaksāta ja:
- 11.7.1. Atlikušie pigmenta plankumi / rētas sejas, kakla priekšējā vai aizmugurējā daļā, vai rajonā zem zoda ir mazāki par 1,5 cm, bet lielāki par 0,5 cm garumā vai mazāki par 1 kv. cm, bet lielāki par 0,5 kv. cm rajonā (tiek rēķināts kopējais pigmenta plankumu / rētu garums / laukums) termāla, ķīmiska apdeguma rezultātā;
- 11.7.2. Atlikušie pigmenta plankumi / rētas galvas, ekstremitāšu vai rumpja rajonā ir mazāki par 5 cm, bet lielāki par 2 cm (mazāki par 2 cm, bet lielāki par 1 cm bērniem līdz 10 gadu vecumam) garumā vai mazāki par 0,5%, bet lielāki par 0,25% no ķermeņa virsmas (tiek rēķināts kopējais pigmenta plankumu / rētu garums / laukums) termāla, ķīmiska apdeguma rezultātā. Pigmenta plankumi un rētas (izņemot rētas, kas izveidojušās pēc ķirurģiskas brūces savilkšanas) tiek mērītas pēc sadzīšanas perioda.
- 11.8. Ja apdrošināšanas gadījuma rezultātā jebkādu Apdrošinātā gūto miesas bojājumu dēļ apdrošināšanas atlīdzība tiek maksāta pēc traumas apdrošināšanas aizsardzības nosacījumiem, apdrošināšanas prēmijas par šo papildu apdrošināšanas segumu netiek izmaksāta, neņemot vērā ievainojumu, par kuru tiek maksāta Apdrošināšanas atlīdzība pēc traumas apdrošināšanas aizsardzības nosacījumiem.

12. Visu darbinieku apdrošināšana

- 12.1. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā visiem Apdrošinājumaņēmēja darbiniekiem, kam ir darba līgums ar Apdrošinājumaņēmēju, vai kas darbojas veltētā vai ieceltā amatā Apdrošinājumaņēmēja vadības vai pārraudzības orgānos (tai skaitā no jauna radīti amati).
- 12.2. Visi no jauna darbā pieņemtie Apdrošinājumaņēmēja darbinieki uzskatāmi par automātiski apdrošinātiem no darbā pieņemšanas dienas.
- 12.3. Visiem no darba atbrīvotiem Apdrošinājumaņēmēja darbiniekiem apdrošināšanas aizsardzība automātiski beidz darboties no atbrīvošanas (darba attiecību izbeigšanas) dienas.
- 12.4. Apdrošināšanas līguma termiņa beigās (vai citā apdrošināšanas līgumā Noteiktajā laikā) Apdrošinājumaņēmējs iesniedz Apdrošinātajam ziņas, bet uz Apdrošinātāja pieprasījumu – arī tās apstiprinātošus dokumentus par Apdrošinājumaņēmēja darbinieku skaita izmaiņām aizvadītajā apdrošināšanas periodā. Apdrošinātājs, balstoties uz iesniegto informāciju, proporcionāli faktiski aprēķina laikposmā apdrošinātajam darbinieku skaitam, pārrēķina gada apdrošināšanas prēmiju.

13. Izvērstā invaliditātes apdrošināšana

Šis papildu nosacījums, ja tas ir norādīts apdrošināšanas polisē (Pielikumos) piemērojams tikai tad, ja apdrošināšanas polisē (Pielikumos) ir norādīts Invaliditātes apdrošināšanas seguma nosacījums:

- 13.1. Ja Apdrošinātais apdrošināšanas gadījuma dēļ zaudē vairāk kā 70% darbspējas (bērniem līdz 18 gadiem – smagas invaliditātes gadījumā), tiek izmaksāta divreiz lielāka apdrošināšanas atlīdzība nekā paredzēts. Pensijas vecuma Apdrošinātajiem šis papildus apdrošināšanas nosacījums nav izmantojams.

14. Izvērsums alkohola reibuma dēļ

- 14.1. Ja alkohola koncentrācija Apdrošinātā asinīs nepārsniedz 0,6 promiles, un to apliecina medicīniski dokumenti, tiek uzskatīts, ka alkohola reibumam nav cēloniskas sakarības ar notikušo nelaimes gadījumu.

15. Izvērsums attiecībā uz sportu

- 15.1. Sporta aktivitātes nozīmē piedalīšanos jebkāda veida sporta nodarbībās, treniņos vai sacensībās, kuras organizē sporta organizācijas. Par sporta organizācijām ir uzskatāmi oficiāli sporta klubi, sporta centri, sporta skolas, sporta objekti, sporta federācijas, asociācijas un biedrības, kā arī citas organizācijas un institūcijas, kuras ir iesaistītas sporta aktivitātēs un rada nosacījumus iesaistei fiziskajā audzināšanā un sportā, sportistu trenēšanā, sacensību organizēšanā un citos fiziskās

audzināšanas un sporta pasākumos.

16. Ekipāžas apdrošināšana

- 16.1. Saskaņā ar šo papildus nosacījumu, par Apdrošināto tiek uzskatīti par apdrošināšanas polisē norādītā mehāniskā transportlīdzekļa vadītājs un pasažieri.
- 16.2. Saskaņā ar šo papildus nosacījumu, par apdrošināšanas gadījumu tiek uzskatīts par apdrošināšanas līguma darbības laikā noticis nelaimes gadījums, ja ir izpildīti visi no šiem nosacījumiem:
 - 16.2.1. nelaimes gadījums noticis ceļu satiksmes negadījuma laikā Apdrošinātajam atrodoties apdrošināšanas polisē norādītajā transportlīdzeklī, un
 - 16.2.2. satiksmes negadījumā iesaistītas vismaz divas automašīnas, vai cietušas trešās personas, vai nodarīts kaitējums trešās personas īpašumam, un
 - 16.2.3. Apdrošinātais (transportlīdzekļa vadītājs) ir satiksmes negadījuma vaininieks, kā arī negadījuma vaininieks transportlīdzekļu īpašnieku civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas izpratnē, un
 - 16.2.4. satiksmes negadījums saskaņā ar noteikto kārtību reģistrēts policijā.
- 16.3. Ja Apdrošinātajam par apdrošināšanas gadījumu saskaņā ar apdrošināšanas līgumu, var izmaksāt apdrošināšanas kompensāciju par šo papildu apdrošināšanas aizsardzības punktu un citu apdrošināšanas aizsardzības punktu, apdrošināšanas kompensācija par šo papildu apdrošināšanas punktu netiek izmaksāta.

17. Ārstēšanas izmaksu apdrošināšana sakarā ar negadījumu

Šis papildu nosacījums, ja tas ir norādīts Apdrošināšanas polisē (pielikumos), ir piemērojams tikai tad, ja Apdrošināšanas polisē (pielikumos) ir iekļauts Apdrošināšanas segums Traumu apdrošināšanai:

- 17.1. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par ārstēšanas izmaksām, kas radušās Apdrošinātajam (vienam no vecākiem, adoptētajiem vai aizgādņiem, ja apdrošinātais ir nepilngadīgs) Apdrošināšanas gadījuma laikā Apdrošinātā pastāvīgās uzturēšanās valstī par medicīniski pamatotas veselības aprūpes pakalpojumiem un aprīkojumu, ko izrakstījis ārsts, kas nepieciešams traumas rezultātā, kas iekļauts Apdrošināšanas kompensāciju tabulā, vai sīkas traumas rezultātā saskaņā ar šo Noteikumu 11. punktu Sīkas traumas, ja sīka trauma ir iekļauta Apdrošināšanas polisē.

Gadījumā, ja tiek norādīti medicīniskie pakalpojumi, ko saņēmis Apdrošinātais par Apdrošināšanas gadījumu, ārstēšanas izmaksu summa, kas apstiprināta ar finanšu dokumentiem, tiek izmaksāta par:

- 17.1.1. konsultācijām ar ārstiem-speciālistiem (traumatologiem, ķirurgiem, neirologiem, radiologiem, ultraskaņas ārstiem, odontologiem utt.);
 - 17.1.2. operācijām un procedūrām (ķirurģisku brūču savilkšanu, brūču pārsiešanu, injekcijām, infūzijām);
 - 17.1.3. diagnostiskajiem izmeklējumiem (laboratorijas, funkcionālajiem, radioloģijas, instrumentālajiem), kas nepieciešami, lai apstiprinātu ievainojumus un veiktu ārstēšanu;
 - 17.1.4. zobu traumu ārstēšanai;
 - 17.1.5. ārstēšanu un pakalpojumiem, kas netiek kompensēti no obligātās veselības apdrošināšanas fonda budžeta (komforta pakalpojumiem, papildu aprūpi, kopšanu, medicīniskā aprīkojuma un medicīnas samaksu) ambulatorajā veselības aprūpes iestādē;
 - 17.1.6. medikamentu iegādi, medicīniskas palīdzības vai tehniskās ortopēdijas piederumiem (pārsējiem, saitēm, šļircēm, protēzēm, spieķiem, kruķiem, medicīniskās pašpalīdzības iekārtu iegādi vai nomu), ko reģistrēja Zaļu valsts aģentūra un kas iegādāti aptiekā;
 - 17.1.7. Medicīniski pamatotu ambulatoru un / vai stacionāru traumas seku aprūpi (fizioterapijas procedūras, individuālā vai grupas kinēziterapija, medicīniskā masāža, konsultācijas ar kinēziterapijas speciālistu, ergoterapeitu vai logopēdu), ko izrakstījis ārsts.
- 17.2. Apdrošināšanas kompensācija netiek izmaksāta par ārstēšanas izmaksām, kas radušies Apdrošinātajam par:
 - 17.2.1. gadījumu, kas netiek apdrošināts saskaņā ar šo Noteikumu punktiem;
 - 17.2.2. veselības aprūpes pakalpojumiem un / vai ārstēšanu, kuras ilgumu un pamatojumu nav iespējams pamatot ar iesniegtajiem vai pieejamajiem medicīniskajiem dokumentiem;

- 17.2.3. veselības aprūpes pakalpojumiem, ko sniedzis Apdrošinātā pastāvīgās uzturēšanās valsts attiecīgās iestādes nelicencēts pakalpojumu sniedzējs un / vai pielietojot nepārbaudītas diagnozes un ārstēšanas metodes;
- 17.2.4. orgānu transplantāciju, kaula smadzeņu transplantāciju, hemodialīzes procedūrām;
- 17.2.5. kosmētiskajām un plastiskajām operācijām, kosmētiskajām un skaistuma procedūrām, redzes lāzera korekcijām;
- 17.2.6. brillu, kontaktlēcu, to kopšanas produktu iegādi, brillu, mākslīgo lēcu izveidi;
- 17.2.7. uztura bagātinātāju, anabolisko steroīdu, svara samazināšanas, potences palielināšanas medicīnisko produktu iegādi, higiēnas medicīnisko produktu, kosmētikas un kontracepcijas līdzekļu, dažādu atkarību ārstēšanas produktu, kā arī Eiropas Savienībā neregistrētu medicīnisko produktu iegādi;
- 17.2.8. medicīnisko iekārtu iegādi (piemēram, termometru, inhalatoru, testeru, sildītāju, dzirdes aparātu, svaru, asinsspiediena mērīšanas iekārtu, glikozes mērītāju utt. iegādi);
- 17.2.9. medicīniski nepamatoti psihiatra un / vai psihologa pakalpojumiem un konsultācijām;
- 17.2.10. medicīnas un citu dokumentu iesniegšanu.
- 17.3. Izmaksājamā Apdrošināšanas atlīdzība par vienu Apdrošināšanas gadījumu nedrīkst pārsniegt 1.500 EUR.
- 17.4. Apdrošināšanas atlīdzība, kas izmaksājama par vairākiem Apdrošināšanas gadījumiem, nedrīkst pārsniegt 100% no ārstēšanas izmaksu summas, kas noteikta Apdrošināšanas polisē, kas nevar būt lielāka par 3.000 EUR.
- 17.5. Ja iestājas apdrošināšanas gadījums, polises īpašnieks, Apdrošinātais (to pilnvarota persona) iesniedz iesniegumu Apdrošinātājam par Apdrošināšanas atlīdzību izmaksu un iesniedz šādus dokumentus (dokumentu sākotnējais saraksts):
 - 17.5.1. aizpildītu paziņojuma par zaudējumiem formu;
 - 17.5.2. vienošanos par personīgo datu apstrādi;
 - 17.5.3. ārstēšanas izmaksu pamatojuma finanšu dokumentus (čekus, apmaksātās kvītis, bankas izrakstus utt.)

IV. SŪDZĪBU IZSKATĪŠANAS KĀRTĪBA

Visas sūdzības vispirms jāiesniedz Lloyd pilnvarotajam pārstāvim Lietuvā:

Kristina Penkaitienė, CEO
Baltic Underwriting Agency, AB
Kestucio 59, Viļņa 08124, Lietuva
info@bunda.eu

LIETUVAS KLIENTIEM

Jūsu sūdzības saņemšana tiks apliecināta rakstveidā 5 (piecu) darba dienu laikā pēc tās saņemšanas dienas.

Lēmums par jūsu sūdzību tiks nosūtīts jums rakstveidā 15 (piecpadsmit) darba dienu laikā pēc sūdzības saņemšanas dienas.

Ja jūs joprojām neesat apmierināts ar gala atbildi vai attiecīgi neesat saņēmuši gala atbildi 15 (piecpadsmit) darba dienu laikā pēc sūdzības saņemšanas dienas, jūs esat tiesīgs sūdzēties Lietuvas Bankā. Kontaktinformācija:

Lietuvas Banka

Uzraudzības dienests

Žirmūnų g. 151

Viļņa 09128

Lietuva

Tel. +370 5 268 0029

Fakss +370 5 268 0038

info@lb.lt

www.lb.lt/consumer_protection

Ja esat iegādājies līgumu tiešsaistē, jūs varat arī iesniegt sūdzību, izmantojot ES platformu strīdu izšķiršanai tiešsaistē (ODR). ODR platforma ir pieejama www.ec.europa.eu/odr.

Iepriekšminētā sūdzību izskatīšanas kārtība nekaitē jūsu tiesībām ierosināt lietu vai alternatīvu strīdu risināšanas procesu atbilstoši savām līgumā noteiktajām tiesībām.

LBS0041

01.01.2019.

LATVIJAS KLIENTIEM

Par jūsu sūdzības saņemšanu nekavējoties tiks paziņots rakstveidā.

Lēmums par jūsu sūdzību tiks nosūtīts jums rakstveidā 8 (astoņu) nedēļu laikā pēc sūdzības saņemšanas dienas.

Ja jūs joprojām neesat apmierināts ar gala atbildi vai attiecīgi neesat saņēmuši gala atbildi 8 (astoņu) nedēļu laikā pēc sūdzības saņemšanas dienas, jūs esat tiesīgs iesniegt sūdzību Patērētāju tiesību aizsardzības centrā vai Finanšu un kapitāla tirgus komisijā. Kontaktinformācija:

Patērētāju tiesību aizsardzības centrs
Brīvības iela 55
Rīga
LV-1010
Latvija

Tel. +371 6545 2554
Fakss +371 6738 8634
ptac@ptac.gov.lv

www.ptac.gov.lv/en/content/consumer-protection-0

Finanšu un kapitāla tirgus komisija

Kungu iela 1

Rīga

LV-1050

Latvija

T +371 67774800

fktk@fktk.lv

www.fktk.lv/en/commission/about-us/2011-10-19-consumer-complaints-hand.html

Ja esat iegādājies līgumu tiešsaistē, jūs varat arī iesniegt sūdzību, izmantojot ES platformu strīdu izšķiršanai tiešsaistē (ODR). ODR platforma ir pieejama www.ec.europa.eu/odr.

Iepriekšminētā sūdzību izskatīšanas kārtība nekaitē jūsu tiesībām ierosināt lietu vai alternatīvu strīdu risināšanas procesu atbilstoši savām līgumā noteiktajām tiesībām.

LBS0055

01.01.2019.

IGAUNIJAS KLIENTIEM

Par jūsu sūdzības saņemšanu nekavējoties tiks paziņots rakstveidā.

Lēmums par jūsu sūdzību tiks nosūtīts jums rakstveidā 8 (astoņu) nedēļu laikā pēc sūdzības saņemšanas dienas.

Ja jūs joprojām neesat apmierināts ar gala atbildi vai attiecīgi neesat saņēmuši gala atbildi 8 (astoņu) nedēļu laikā pēc sūdzības saņemšanas dienas, jūs esat tiesīgs sūdzēties Patērētāju strīdu risināšanas komitejā Igaunijā. Kontaktinformācija:

Patērētāju strīdu risināšanas komiteja

Patērētāju tiesību aizsardzības padome

Pronksi 12,

10117 Tallina

Igaunija

Tel. +372 6201 920

avaldus@komisjon.ee or info@tarbijakaitseamet.ee

www.tarbijakaitseamet.ee/en/consumer-disputes-committee

Ja esat iegādājies līgumu tiešsaistē, jūs varat arī iesniegt sūdzību, izmantojot ES platformu strīdu izšķiršanai tiešsaistē (ODR). ODR platforma ir pieejama www.ec.europa.eu/odr.

Iepriekšminētā sūdzību izskatīšanas kārtība nekaitē jūsu tiesībām ierosināt lietu vai alternatīvu strīdu risināšanas procesu atbilstoši savām līgumā noteiktajām tiesībām.

LBS0053

01.01.2019.

POLIJAS KLIENTIEM

Par jūsu sūdzības saņemšanu nekavējoties tiks paziņots rakstveidā.

Lēmums par jūsu sūdzību tiks nosūtīts jums rakstveidā 30 (piecpadsmit) dienu laikā, pa pastu, pēc sūdzības saņemšanas dienas. Lēmumu jums var nosūtīt pa e-pastu, ja esat to pieprasījuši un norādījuši e-pasta adresi.

Ja lēmumu nevarēs paziņot 30 dienu laikā tādēļ, ka sūdzība ir sarežģīta, ar jums sazināsies. Jums izskaidros kavēšanās iemeslu, apstākļus, kuri nepieciešami lietas izskatīšanai, kā arī paredzamo laiku, kad tiks sniegta atbilde – ne vairāk kā 60 (sešdesmit) dienas pēc sūdzības saņemšanas.

Ja jūs joprojām neesat apmierināts ar gala atbildi vai attiecīgi neesat saņēmuši gala atbildi 15 (piecpadsmit) darba dienu laikā pēc sūdzības saņemšanas dienas, jūs esat tiesīgs sūdzēties Finanšu ombudā.

Kontaktinformācija:

Finanšu ombuds

Al. Jerozolimskie 87

02-001 Varšava

Polija

Tel. +48 22 333 73 26/27

Fakss +48 22 333 73 29

biuro@rf.gov.pl

www.rf.gov.pl/

Ja esat iegādājies līgumu tiešsaistē, jūs varat arī iesniegt sūdzību, izmantojot ES platformu strīdu izšķiršanai tiešsaistē (ODR). ODR platforma ir pieejama www.ec.europa.eu/odr.

Iepriekšminētā sūdzību izskatīšanas kārtība nekaitē jūsu tiesībām ierosināt lietu vai alternatīvu strīdu risināšanas procesu atbilstoši savām līgumā noteiktajām tiesībām.

LBS0039

01.01.2019.

SOMIJAS KLIENTIEM

Par jūsu sūdzības saņemšanu nekavējoties tiks paziņots rakstveidā.

Lēmums par jūsu sūdzību tiks nosūtīts jums rakstveidā 8 (astoņu) nedēļu laikā pēc sūdzības saņemšanas dienas.

Ja jūs joprojām neesat apmierināts ar gala atbildi vai attiecīgi neesat saņēmuši gala atbildi 8 (astoņu) nedēļu laikā pēc sūdzības saņemšanas dienas, jūs esat tiesīgs sūdzēties Finanšu ombuda birojā vai Strīdu izskatīšanas padomē. Kontaktinformācija:

Finanšu ombuda birojs
Porkkalankatu 1
00180 Helsinki
Somija

T +358 9 6850 120
F +358 9 6850 1220
info@fine.fi
www.fine.fi/en/frontpage.html

Strīdu izskatīšanas padome
Hämeentie 3
a/k 306
00531 Helsinki
Somija

T +358 29 566 5200
F +358 29 566 5249
kril@oikeus.fi
www.kuluttajariita.fi/en/index/kuluttaja-asiat/kuluttaja-asiat/vakuutuksetjapanakit.html

Ja esat iegādājies līgumu tiešsaistē, jūs varat arī iesniegt sūdzību, izmantojot ES platformu strīdu izšķiršanai tiešsaistē (ODR). ODR platforma ir pieejama www.ec.europa.eu/odr.

Iepriekšminētā sūdzību izskatīšanas kārtība nekaitē jūsu tiesībām ierosināt lietu vai alternatīvu strīdu risināšanas procesu atbilstoši savām līgumā noteiktajām tiesībām.

LBS0054

01.01.2019.

V. VISPĀRĒJIE NOSACĪJUMI

Noslēdzot apdrošināšanas līgumu, spēkā ir tikai tie apdrošināšanas aizsardzības nosacījumi, papildus apdrošināšanas aizsardzības nosacījumi, un norādījumi Apdrošinātajam, kas norādīti apdrošināšanas līgumā. Ja apdrošināšanas līgumā norādītie nosacījumi neatbilst šajos apdrošināšanas noteikumos norādītajiem apdrošināšanas aizsardzības nosacījumiem, papildus apdrošināšanas aizsardzības nosacījumiem, un norādījumiem Apdrošinātajam, tad jāvadās no apdrošināšanas līgumā norādītajiem nosacījumiem.

18. Izmantotie jēdzieni

- 18.1. **Apdrošinātājs** – Beļģijā reģistrēta sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Lloyd’s Insurance Company” S.A., juridiskā adrese 14. stāvs, Bastion Tower, Place du Champ de Mars 5, 1050 Brisele, Beļģija, kas reģistrēta uzņēmumu reģistrā Banque-Carrefour des Entreprises/ Kruispuntbank van Ondernemingen ar reģistrācijas numuru 682.594.839 RLE (Brisele). Tā ir apdrošināšanas sabiedrība, kuras darbību uzrauga Beļģijas Nacionālā banka. Tās uzņēmuma atsauces numurs(-i) un citi rekvizīti ir atrodamī tīmekļa vietnē www.nbb.be.
Tīmekļa vietnes adrese: www.lloyds.com/brussels
E-pasts: enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com
- 18.2. **Apdrošinājumaņēmējs** – persona, kas ir pieprasījusi Apdrošinātajam noslēgt apdrošināšanas līgumu, vai kuram Apdrošinātājs piedāvājis noslēgt apdrošināšanas līgumu, vai kas noslēdza līgumu ar Apdrošinātāju saskaņā ar šiem noteikumiem attiecībā uz savām vai citas personas, kas, noslēdzot apdrošināšanas līgumu, kļūst par Apdrošināto, mantiskajām interesēm.
- 18.3. **Apdrošinātais** – apdrošināšanas līgumā (tā pielikumos) norādīta fiziska persona, kura dzīvē notiekot apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinātajam jāizmaksā viņam apdrošināšanas atlīdzība. Kā Apdrošinātie var tikt norādīti:
- 18.3.1. konkrētas apdrošināmas fiziskas personas;
- 18.3.2. apdrošināmas darba vietas konkrētā uzņēmumā, iestādē vai organizācijā;
- 18.3.3. apdrošināmi amati konkrētā uzņēmumā, iestādē vai organizācijā.
Ja ar Apdrošināšanas līgumu tiek apdrošinātas darba vietas vai amati konkrētā, uzņēmumā, iestādē vai organizācijā, par Apdrošinātajiem uzskatāmas fiziskas personas, kas ieņem attiecīgās darba vietas vai amatus minētajā laikposmā konkrētajā uzņēmumā, iestādē vai organizācijā. Ja persona apdrošināšanas periodā strādāja attiecīgajā birojā, uzņēmumā, vai organizācijā nepilnu laiku, šāda persona ir uzskatāma par Apdrošināto brīdī, kad viņš strādā attiecīgajā darba vietā vai birojā. Apdrošinājumaņēmējs var mainīt konkrēto apdrošināto personu, apdrošinātās darba vietas vai amatus tikai ar Apdrošinātāja rakstveida piekrišanas. Apdrošinātāja piekrišana nav nepieciešama, ja līgumā ir iekļauts papildus apdrošināšanas seguma nosacījums “5. Visu darbinieku apdrošināšana”, vai arī ja šai sadaļā punktos 18.3.2. un 18.3.3. norādītajos gadījumos ir izmaiņas Apdrošinātā darbiniekos, vai amatos.
- 18.4. **Labuma guvējs** – apdrošināšanas polisē (pielikumos) vai Apdrošinājumaņēmēja (vai Noteiktajos apdrošināšanas līgumā noteiktajos gadījumos - Apdrošinātā) iecelta persona, kam apdrošināšanas gadījumā ir tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību. Gadījumos, kad Labuma guvējs konkrētajā apdrošināšanas līgumā nav norādīts, tiek uzskatīts, ka apdrošināšanas līgums ir noslēgts par labu Apdrošinātajam. Labuma guvējs tiek norādīts šajos noteikumos noteiktajā kārtībā.
- 18.5. **Mantinieks** – persona, kas pēc Apdrošinātā nāves likumā Noteiktajā kārtībā pārņem visas vai daļu no Apdrošinātā tiesībām un pienākumiem saskaņā ar apdrošināšanas līgumu (tai skaitā tiesības uz maksājumu prasījumiem), un kas iesniedz atbilstošu mantojuma tiesības apstiprinošu apliecinājumu vai citu saskaņā ar tiesību aktiem izdotu mantojuma tiesības apstiprinošu dokumentu.
- 18.6. **Pilnvarotā persona** – persona, kurai likumdošanā Noteiktajā kārtībā ir piešķirta atbilstoša pilnvara pārstāvēt Apdrošinājumaņēmēju, Apdrošināto vai Labuma guvēju attiecībās ar Apdrošinātāju attiecībā uz atbilstoši šiem noteikumiem noslēgtu apdrošināšanas līgumu.
- 18.7. **Apdrošināto grupa** – situācija, kad ar vienu apdrošināšanas līgumu tiek apdrošināšanas ne mazāk kā divu Apdrošināto mantiskās intereses.
- 18.8. **Apdrošināšanas prēmija** – apdrošināšanas līgumā (tā pielikumos) norādīta naudas summa, kuru Apdrošināšanasņēmējs apdrošināšanas līgumā Noteiktajā kārtībā maksā Apdrošinātajam par apdrošināšanas aizsardzību, ko nodrošina atbilstoši šiem noteikumiem noslēgts apdrošināšanas līgums.
- 18.9. **Apdrošināšanas atlīdzība** – naudas summa, kuru, notiekot apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinātajam jāizmaksā personai, kam uz to ir tiesības, atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši apdrošināšanas līguma nosacījumiem ir:

- 18.9.1. Apdrošinātajam, kura mantiskās intereses ir apdrošinātas ar apdrošināšanas līgumu, un tām apdrošināšanas gadījuma dēļ nodarīts zaudējums, bet Apdrošinātā nāves gadījumā – Mantiniekam; par Apdrošināto tāpat arī uzskatāms Apdrošinājumaņēmējs, ja ar apdrošināšanas līgumu ir apdrošinātas tā mantiskās intereses, un tām apdrošināšanas gadījuma dēļ nodarīts zaudējums; Labuma guvējs Apdrošinātā nāves gadījumā un ja viņš norādīts apdrošināšanas līgumā (tā pielikumos) vai nozīmēts šajos apdrošināšanas noteikumos paredzētajā kārtībā.
- 18.10. **Apdrošināšanas noteikumi**– šie nelaimes gadījumu apdrošināšanas noteikumi, saskaņā ar kuriem tiek noslēgts apdrošināšanas līgums un kuru nosacījumi tiek piemēroti apdrošināšanas līgumam, ja vien apdrošināšanas polisē (tās pielikumos) nav noteikts citādi.
- 18.11. **Apdrošināšanas gadījums** – nelaimes gadījums (negadījums), kas norādīts apdrošināšanas līgumā, noticis apdrošināšanas līguma darbības teritorijā un apdrošināšanas līguma darbības laikā, kā rezultātā Apdrošinātajam ir pienākums izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību. Apdrošināšanas gadījumi definēti šo apdrošināšanas noteikumu I nodaļā.
- 18.12. **Neapdrošināms gadījums** – jebkurš notikums, kas nav apdrošināšanas gadījums saskaņā ar šiem apdrošināšanas noteikumiem, kā arī šajos apdrošināšanas noteikumos.
- 18.13. **Invalīds** – persona, kuram kompetenta valsts iestāde likumā paredzētajā kārtībā atzinusi invaliditātes līmeni, vai 55 procentu vai mazāk darbības, vai īpašas vajadzības; par invalīdu tiek uzskatīta arī persona, kam līdz 2005. gada 30. jūnijam piešķirta I, II vai III invaliditātes grupa.
- 18.14. **Invaliditāte** – cilvēka ķermeņa uzbūves un funkciju traucējumu un nelabvēlīgu vides faktoru mijiedarbības izraisīta ilgtermiņa veselības pasliktināšanās, iespēju piedalīties sabiedrības dzīvē un biznesā samazināšanās. Tiek apdrošināta tikai invaliditāte, kurai ir tieša saistība ar apdrošināšanas gadījumu.
- 18.15. **Invaliditātes līmenis** – kompetentās iestādes visaptveroši novērtēts un atbilstoši likumdošanai noteikts personas veselības stāvoklis, neatkarības pakāpe ikdienas darbību veikšanā un iespējās attīstīties. Tiek apdrošināta tikai invaliditāte, kurai ir tieša saistība ar apdrošināšanas gadījumu.
- 18.16. **Darbspējas līmenis** – personas spēja realizēt iepriekš apgūtās profesionālās kompetences un iegūt jaunas profesionālās kompetences, vai veikt darbu, kam vajadzīga mazāka profesionālā kompetence; darbības līmeni nosaka kompetentā institūcija likumdošanā paredzētajā kārtībā.
- 18.17. **Darbspējas zaudēšana** – Apdrošinātā darbības līmeņa samazināšanās. Tiek apdrošināta tikai tāda darbības līmeņa samazināšanās, kurai ir tieša saistība ar apdrošināšanas gadījumu.
- 18.18. **Īpašas vajadzības** – vajadzība pēc īpašas palīdzības, kas izriet no cilvēka iedzimtajām vai iegūtajām ilgtermiņa veselības problēmām (invaliditāte vai darba nespēja) un nelabvēlīgiem vides faktoriem; īpašas vajadzības nosaka kompetentās institūcijas likumdošanā noteiktajā kārtībā. Tiek apdrošināta tikai ar tādām īpašām vajadzībām saistīta invaliditāte, kurai ir tieša saistība ar apdrošināšanas gadījumu.
- 18.19. **Norādījumi Apdrošinātajam** – Apdrošināšanas polisē (tās pielikumos) un (vai) apdrošināšanas noteikumos norādītie pasākumi, kas Apdrošinājumaņēmējam, Apdrošinātajam un (vai) Labuma guvējam ir jāveic, vai darbība, no kuras Apdrošinājumaņēmējam, Apdrošinātajam un (vai) Labuma guvējam ir jāatturas, vai citi apstākļi, kuru esamība vai neesamība Apdrošinājumaņēmējam, Apdrošinātajam un (vai) Labuma guvējam ir jānodrošina; Apdrošinājumaņēmējam, Apdrošinātajam un (vai) Labuma guvējam šādus Apdrošinātāja norādījumus ir jāpilda visā apdrošināšanas periodā, ja vien konkrētā gadījumā nav norādīts citādi.
- 18.20. **Apdrošināšanas seguma nosacījumi** – šajos apdrošināšanas noteikumos norādītie vispārējie apdrošināšanas seguma nosacījumi (Apdrošināšanas noteikumu I nodaļa); uz apdrošināšanas līgumu attiecas tikai tie apdrošināšanas seguma nosacījumi, kas iekļauti apdrošināšanas polisē (tās pielikumos);
- 18.21. **Papildus apdrošināšanas seguma nosacījumi** – šajos apdrošināšanas noteikumos norādītie papildus apdrošināšanas seguma nosacījumi (Apdrošināšanas noteikumu II nodaļa) un kurus piemēro tikai kopā ar vispārējiem apdrošināšanas seguma nosacījumiem; uz apdrošināšanas līgumu attiecināmi tikai tie papildus apdrošināšanas seguma nosacījumi, kas ir norādīti apdrošināšanas polisē (tās pielikumos);
- 18.22. **Lūgums** – Apdrošinātāja noteiktas formas lūgums noslēgt apdrošināšanas līgumu, kuru noteikumos noteiktajos gadījumos pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas jāiesniedz Apdrošinājumaņēmējam.
- 18.23. **Apdrošināšanas līgums** – pamatojoties uz šiem noteikumiem noslēgts nelaimes gadījumu apdrošināšanas līgums starp Apdrošinātāju un Apdrošinājumaņēmēju, kuru veido visi vai daļa no šiem dokumentiem:

- 18.23.1. lūgums;
 - 18.23.2. apdrošināšanas polise (tās pielikumi);
 - 18.23.3. šie apdrošināšanas noteikumi;
 - 18.23.4. Citi dokumenti, ja norādīts, ka tie ir apdrošināšanas līguma sastāvdaļa.
- 18.24. **Apdrošināšanas riska palielināšanās** – par apdrošināšanas riska palielināšanos uzskatāmi gadījumi, kad:
- 18.24.1. vairāk nekā par 10% pieaug apdrošināšanas polisē (vai pielikumā) Apdrošināto (personu, kas apdrošinātas vai apdrošināto darba vietu, vai amatu) skaits (izņemot gadījumus, kad līgumā ir pakļauts papildus apdrošināšanas segums „5. visu darbinieku apdrošināšana”), vai
 - 18.24.2. izmainās apdrošināšanas polisē (vai Pielikumā) norādītie apdrošinātie amati (izņemot gadījumus, kad līgumā ir pakļauts papildus apdrošināšanas segums „5. visu darbinieku apdrošināšana” vai
 - 18.24.3. izmainās Apdrošināto darba raksturs, vai
 - 18.24.4. Apdrošinātais sāk nodarboties ar sportu, vai citu sporta veidu, kā norādīts apdrošināšanas polisē („sports” ir definēts Vispārējo noteikumu 18.25. punktā), vai
 - 18.24.5. Apdrošinātais iesaistoties augsta riska atpūtas veidos („augsta riska” atpūta definēta Vispārējo noteikumu 18.26. punktā), vai
 - 18.24.6. Apdrošinātais kļūst par invalidu vai palielinās viņa invaliditātes pakāpe, darbnespēja vai palielinās (rodas jaunas) īpašās vajadzības, vai
 - 18.24.7. Apdrošinātajam izpaužas vai tiek noteikti psihiski un uzvedības traucējumi, vai
 - 18.24.8. Apdrošināto tiesa atzinusi par ricībnespējīgu, vai ar ierobežotu ricībbspēju, vai
 - 18.24.9. Ja Apdrošinātajam apdrošināšanas periodā diagnosticēta smaga, neārstējama vai grūti ārstējama slimība, piemēram, vēzis trešajā vai ceturtajā stadijā, nieru mazspēja, izkaisītā skleroze, un citas, kuras nav diagnosticētas, noslēdzot apdrošināšanas līgumu, vai
 - 18.24.10. Apdrošinājumaņēmējs (juridiska persona) tiek reorganizēts (vai piedalās reorganizācijā), pārstrukturēts, likvidēts, visi vai būtiska daļa no tā tiek pārdota kā aktīvu komplekss vai radikāli mainās Apdrošinātā kontrolējošās personas (kam pieder 50 procenti vai vairāk balsu Apdrošinātā dalībnieku kopsapulcē);
 - 18.24.11. citas būtiskas izmaiņas apdrošināšanas līgumā paredzētos apstākļos, kas palielina vai var palielināt risku.
- 18.25. **Sportošana** – dalība sporta organizāciju organizētās jebkāda veida sporta nodarbībās, treniņos un sacensībās. Sporta organizācijas ietver: sporta klubi ar juridiskās persona statusu, sportacentri, sporta skolas, sporta bāzes, sporta federācijas, asociācijas un biedrības, un citas iestādes un organizācijas, kas iesaistītas ar sporta aktivitātēm un kas rada nosacījumus praktizēt fizisko kultūru un sportu, apmācīt sportistus, organizēt sporta sacīkstes un citas fiziskās kultūras un sporta pasākumus. Individuālās un grupu sporta aktivitātes, kas tiek paredzētas veselības uzlabošanas mērķiem, ir tikai Apdrošinātā brīvā laika atpūtas veids, netiek uzskatīts par sportu, ar nosacījumu, ka netiek ņemta dalība sacensībās un maratonos un šāds brīvā laika atpūtas veids nav paaugstināta riska, kā noteikts šajos noteikumos.
- 18.26. **Palielinātais risks brīvā laika pavadīšana** – nodarbošanās ar dzīvībai vai veselībai bīstamu sporta veidu (ekstremāla sporta joma vai darbība) vai darbība, kas parasti prasa īpašu aprīkojumu vai aksesuārus. Par bīstamiem dzīvībai vai veselībai uzskatāmi šie un līdzīgi sporta veidi un darbības: kaujas un kontakta sports (bokss, cīkstēšanās, un līdzīgi sporta veidi); lidaparātu pilotēšana (planēšana, akrobātiskā lidošana, lidošana ar paraplānu, gaisa balonu, vai citiem vieglajiem lidaparātiem); gaisa sporta nozares (izpletņlēcšana, kaitbords (kaitošana) un līdzīgas sporta nozares un nodarbības); ūdens sporta nozares (niršana dziļumā ar tam paredzētu aprīkojumu, burāšana okeānā, peldēšana pa kalnu upēm, sērfošana); auto un moto sports; velosports (velokross, kalnu velosipēdu sports); sporta nozares un nodarbības, kurās tiek izmantoti šaujamo ieroci; speleoloģija; ekspedīcijas kalnos, džungļos, tuksnešos vai citās neapdzīvotās vietās; alpīnisms; gumijlēkšana; kalnu slēpošana ārpus tam ierīkotām trasēm; braukšana ar kvadriciklu; braukšana ar motociklu, kura jauda pārsniedz 74 kW (100 ZS).
- 18.27. **Apdrošināšanas segums** – Apdrošinātāja pienākums izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību notiekot apdrošināšanas gadījumam saskaņā ar apdrošināšanas līgumu.

- 18.28. **Apdrošināšanas periods** – laiks no apdrošināšanas sākuma līdz beigām, kā norādīts apdrošināšanas polisē (tās pielikumā).

Šajos apdrošināšanas noteikumos izmantotie, definētie jēdzieni izteikti vienskaitli nozīmē arī daudzskaitli un otrādi, un noteikumi, kas izteikti vīriešu vai sieviešu dzimtē jāsaprot kā tādi, kas aptver arī otru dzimti. Šajos apdrošināšanas noteikumos izmantotie, definētie jēdzieni definēti tā, kā tie noteikti Vispārīgajos noteikumos, neatkarīgi no tā, vai tiek izmantoti ar lielu vai mazu burtu. Daļa no apdrošināšanas noteikumiem un apdrošināšanas noteikumu sadaļu virsraksti tiek izmantoti tikai ērtības labad, un tie nevar būt par pamatu apdrošināšanas noteikumu interpretācijai. Izņemot dažus no šiem apdrošināšanas noteikumiem, kas vērsti vienīgi uz Apdrošināto vai Labuma guvēju, visi uz Apdrošinājuma ņēmēju attiecināmie noteikumi attiecināmi gan uz Apdrošināto, gan Labuma guvēju, ciktāl tas nav pretrunā ar nelaiemes gadījumu apdrošināšanas būtību un Apdrošinātā un Labuma guvēja tiesības un pienākumiem.

Gadījumā, ja ir pretrunas vai neatbilstības starp apdrošināšanas sigma nosacījumiem un Polises (tās pielikumu) nosacījumiem, Polises (tās pielikumu) nosacījumi ir noteicošie.

Dalītā atbildība

Apdrošinātāju atbildība to parakstīto apdrošināšanas līgumu ietvaros ir dalīta nevis solidāra un ir attiecināma tikai un vienīgi uz to individuāli uzņemtajām saistībām. Apdrošināšanas līgumu parakstījušie apdrošinātāji nav atbildīgi par attiecīgo līgumsaistību daļēju vai pilnīgu neizpildi jebkādu iemeslu dēļ no citu līgumu parakstījušo apdrošinātāju puses.

08/94

LSW1001 (Apdrošināšana)

19. Apdrošināšanas objekts

- 19.1. Apdrošināšanas objekts – mantiskās intereses, kas saistītas ar Apdrošinātā veselību, traumām un dzīvību, tiek apdrošinātas saskaņā ar apdrošināšanas līgumā Noteiktajiem nosacījumiem.

20. Apdrošināšanas summa

- 20.1. Apdrošinājuma summa – Apdrošināšanas polisē (pielikumos) Noteiktajā naudas summa, kas nevar pārsniegt apdrošināšanas atlīdzību. Ja vien līgumā nav noteikts citādi, apdrošinājuma summu par atlikušo apdrošināšanas periodu samazina par izmaksāto apdrošināšanas atlīdzības summu. Apdrošinātajam saskaņā ar apdrošināšanas līgumu izmaksājamā summa nedrīkst pārsniegt kopējo apdrošināšanas līgumā noteikto apdrošinājuma summu.
- 20.2. Katram apdrošināšanas aizsardzības nosacījumam tiek noteikta atsevišķa apdrošinājuma summa.
- 20.3. Apdrošinājuma summas lielums nosakāms ar Apdrošinātāja un Apdrošinājuma ņēmēja piekrišanu un norādāms apdrošināšanas polisē (tās pielikumos).
- 20.4. Ja vien apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādi, apdrošinājuma summa attiecas atsevišķi uz katru Apdrošināto, tas ir, ja apdrošināšanas līgums attiecas uz vairāk nekā vienu Apdrošināto, tad katram Apdrošinātajam pie apdrošināšanas gadījuma iestāšanās var tikt izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība līdz norādītajai apdrošinājuma summai. Šis punkts neattiecas uz Nāvi apdrošinātā notikuma dēļ apdrošināšanas limita gadījumā, kad apdrošināšanas segums ir derīgs tikai apdrošināšanas polisē noteiktajam nāves gadījumu skaitam apdrošināšanas gadījumu dēļ.
- 20.5. Ja vien apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādi, apdrošināšanas polisē (pielikumā) apdrošinājuma summa ir vienāda visiem ar šo līgumu apdrošinātajiem Apdrošinātajiem.

21. Apdrošināšanas seguma robežas un teritorija

- 21.1. Apdrošināšanas segums apdrošināšanas laikposmā ir spēkā apdrošinātajiem notikumiem visā pasaulē, ja vien apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādi.
- 21.2. Apdrošināšanas segums apdrošināšanas laikposmā ir spēkā visu diennakti, ja vien apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādi.

22. Pušu pirmslīguma pienākumi un apdrošināšanas līguma slēgšanas procedūra

- 22.1. Apdrošināšanas līguma slēgšanai, Apdrošinājumaņēmējs iesniedz Apdrošinātājam noteiktas formas pieteikuma veidlapu. Pieteikumu var neiesniegt, ja Apdrošinājumaņēmējs Apdrošinātājam sniedz informāciju, kas ir pietiekama, lai novērtētu apdrošināšanas risku, un ietver visus būtiskos faktus, kā izklāstīts turpmāk šīs sadaļas 22.7. punktā.
- 22.2. Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt papildus dokumentus un informāciju, ko tas uzskata par nepieciešamu apdrošināšanas riska izvērtēšanai un apdrošināšanas līguma slēgšanai. Apdrošinātājs ir tiesīgs pieprasīt no Apdrošinājumaņēmēja dokumentus, kas apliecina apdrošināmo personu vecumu, veselības stāvokli, nodarbošanos, un citus apdrošināšanas riskam būtiskos apstākļus. Apdrošinātājs nepieprasīs iesniegt ģenētisko pētījumu rezultātus.
- 22.3. Ja Apdrošinājumaņēmējs ir uzņēmums, iestāde vai organizācija, kas vēlas apdrošināt savus darbiniekus, darba vietas vai amatus, arī Apdrošinātājs ir tiesīgs pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas apskatīt apdrošināmo personu darbavietas un apstākļus. Apdrošinātāja nespēja izmantot šajā punktā minētās tiesības neierobežo cita Apdrošinātāja tiesības saskaņā ar apdrošināšanas līgumu.
- 22.4. Pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas, Apdrošinājumaņēmējam jāsniedz Apdrošinātājam visu zināmo informāciju par Apdrošinājumaņēmēju un apdrošināmām personām:
- 22.4.1. vai apdrošināmā persona ir invalīds (noteikta invaliditāte, darbnespēja vai īpašas vajadzības), tai ir psihiski vai uzvedības traucējumi (garīga slimība), tiesa to ir atzinusi par rīcībnespējīgu, vai ar ierobežotu rīcībspēju;
- 22.4.2. vai apdrošināmā persona apdrošināšanas līguma darbības laikā gatavojas sportot vai iesaistīties paaugstināta riska atpūtas veidos;
- 22.4.3. vai ir noslēgti, vai plānots noslēgt vēl citus nelaiemes gadījumu apdrošināšanas līgumus, ar ko apdrošināta vai var tikt apdrošināta persona, kas vēlas noslēgt apdrošināšanas līgumu.
- Šīs prasības neattiecas uz darba devējiem, kas apdrošina darbinieku grupas.
- 22.5. Sniegt Apdrošinātājam visu zināmo informāciju par apstākļiem, kam var būt būtiska ietekme uz apdrošināšanas gadījuma iestāšanās varbūtību un iespējamo zaudējumu apjomu (apdrošināšanas risku).
- 22.6. nododot Apdrošinātājam ziņas par apdrošināmām personām, tai skaitā īpašas ziņas par personu (ziņas par veselību), nodrošināt to, ka ziņas par personām tiek nodotas Apdrošinātājam tikai ar šo personu iepriekšēju rakstisku piekrišanu.
- 22.7. Par būtiskiem apstākļiem, par kuriem Apdrošinājumaņēmējam jāpaziņo Apdrošinātājam, tiek uzskatīti:
- 22.7.1. šīs sadaļas 22.4 punktā norādītā informācija; pieteikumā pieprasītā informācija, izņemot gadījumus, kad pieteikums netiek aizpildīts; cita Apdrošinātāja pieprasītā rakstveida informācija; informācija par citiem nelaiemes gadījumu apdrošināšanas līgumiem, saskaņā ar kuriem tas ir apdrošināts, ja apdrošināšanas laikposms pilnībā vai daļēji sakrīt ar līguma, kuru gatavojas noslēgt, darbības termiņu. Pamatojoties uz Apdrošinājumaņēmēja sniegto informāciju un dokumentiem un apdrošināmo personu darba vai citas darbības vietas un apstākļu apsekošanu (ja tāda tiek veikta), Apdrošinātājs iesniedz Apdrošinājumaņēmējam piedāvājumu par apdrošināšanas līguma noteikumiem.
- 22.9. Apdrošināšanas līgums tiek noslēgts, Apdrošinājumaņēmējam pieņemot Apdrošinātāja piedāvājumu. Ja konstatē neatbilstību starp polisi (pielikumiem) un pieprasījuma saturu, ja tāds iesniegts, priekšroka tiek dota apdrošināšanas polisē (pielikumos) norādītajiem nosacījumiem.
- 22.10. Apdrošinātājam ir tiesības atteikties iesniegt piedāvājumu apdrošināšanas līguma nosacījumu dēļ, vai tiesības atteikties noslēgt apdrošināšanas līgumu, nenorādot atteikuma iemeslus.
- 22.11. Apdrošinājumaņēmējs var noslēgt apdrošināšanas līgumu attiecībā uz savām vai citas personas (Apdrošinātā) mantiskajām interesēm, un par labu sev, Apdrošinātājam vai jebkurai citai trešajai personai (Labuma guvējam). Ja vien līgumā nav noteikts citādi, visos gadījumos Apdrošinājumaņēmējs ir atbildīgs Apdrošinātāja priekšā par pareizu līguma izpildi. Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt, lai Apdrošinātais izpildītu savu apdrošināšanas līguma daļu, ja Apdrošinājumaņēmējs nepilda šo daļu. Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt, arī, lai Labuma guvējs izpildītu šo apdrošināšanas līguma daļu, ja Apdrošinājumaņēmējs nepilda šo daļu un Labuma guvējs pieprasa izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši apdrošināšanas līgumam.
- 22.12. Apdrošināšanas līgums pēc Apdrošinātāja izvēles tiek noslēgts vienā no šiem veidiem:

- 22.12.1. abām apdrošināšanas līguma pusēm parakstot noteiktas formas apdrošināšanas polisi; Apdrošinātājam izdodot Apdrošinājumaņēmējam parakstītu apdrošināšanas polisi, bet Apdrošinājumaņēmējam samaksājot Apdrošinātājam apdrošināšanas polisē noteikto apdrošināšanas prēmiju vai tās pirmo daļu apdrošināšanas polisē Noteiktajā kārtībā un termiņos. Apdrošinātāja vārdā apdrošināšanas līgumu paraksta pilnvarota persona. Apdrošinātāja parakstam līdzvērtīgs Apdrošinātāja pilnvarotās personas faksimila paraksts.
- 22.14. Ja Apdrošinājumaņēmējs pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas iesniedza Apdrošinātājam informāciju, zinot, ka tā ir nepatiesa, tas tiek uzskatīts par būtisku līguma pārkāpumu. Tādā gadījumā Apdrošinātājam pēc izvēles ir tiesības izbeigt līgumu, vai pieprasīt atzīt līgumu par spēkā neesošu. Apdrošinātājam šādas tiesības ir arī tad, ja apzināti nepatiesu informāciju sniedz Apdrošinātais, neatkarīgi no tā, vai Apdrošinājumaņēmējs zināja par informācijas nepatieso raksturu.
- 22.15. Apdrošināšanas līgumā ir paredzēts, ka, ja Apdrošinājumaņēmējs pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas nolaidības vai neuzmanības dēļ nav iesniedzis šīs nodaļas 22.7. punktā norādīto informāciju, Apdrošinātājs var, ne vēlāk kā divu mēnešu laikā no dienas, kad kļuvis zināms par šo apstākli, piedāvāt Apdrošinājumaņēmējam grozījumus apdrošināšanas līgumā. Ja Apdrošinājumaņēmējs atsakās to darīt, vai arī viena mēneša laikā nesniedz atbildi uz priekšlikumu, Apdrošinātājs ir tiesīgs pieprasīt izbeigt apdrošināšanas līgumu. Ja apdrošināšanas līgums šajā punktā minēto apstākļu dēļ nav pārtraukts, notiekot apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinātājam ir jāizmaksā daļu no apdrošināšanas atlīdzības, kas tiktu izmaksāta Apdrošinājumaņēmējam, pēc pienācīgas informācijas saņemšanas par būtiskiem apstākļiem pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas, proporcionāli attiecībai starp noteikto apdrošināšanas prēmiju un prēmiju, kas būtu noteikta, ja savlaicīgi sniegta būtiska informācija par apstākļiem. Šis punkts ir piemērojams tikai tad, ja informācija nav sniegta apdrošinātās personas nolaidības vai neuzmanības dēļ.
- 22.16. Ja Apdrošinātājs, zinot apstākļus, par ko Apdrošinājumaņēmējs nav informējis nolaidības vai neuzmanības dēļ, nebūtu noslēdzis apdrošināšanas līgumu, Apdrošinātājam ir tiesības izbeigt apdrošināšanas līgumu divu mēnešu laikā kopš ir kļuvis zināms, ka Apdrošinājumaņēmējs nav sniedzis 22.7 punktā norādīto informāciju nolaidības vai neuzmanības dēļ. Notiekot apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinātājam ir tiesības atteikties izmaksāt apdrošināšanas prēmiju, ja neviens Apdrošinātājs, kam ir tiesības veikt apdrošināšanas uzņēmējdarbību un piedāvāt nelaimes gadījumu apdrošināšanas pakalpojumus Lietuvā, zinot apstākļus, kurus Apdrošinājumaņēmējs aiz neuzmanības nav atklājis, nebūtu iesaistījušies līgumā. Šis punkts ir piemērojams tikai tad, ja informācija nav sniegta apdrošinātās personas nolaidības vai neuzmanības dēļ.
- 22.17. Ja apdrošināšanas līgums aptver personu grupu (darbavietu, amatu), un apdrošinātās personas pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas ir apzināti sniegušas nepatiesu informāciju par daļu no Apdrošinātājiem, vai nav sniegušas informāciju neuzmanības vai nolaidības rezultātā, 22.14 – 22.16. punkta nosacījumi nav piemērojami visam līgumam, bet tikai attiecībā uz šīm apdrošinātājiem personām, kas apzināti sniegušas nepatiesu informāciju par daļu no Apdrošinātājiem, vai nav sniegušas informāciju neuzmanības vai nolaidības rezultātā.
- 22.18. Apdrošinājumaņēmēja pienākumi:
- 22.18.1. sniegt precīzu informāciju, kas nepieciešama riska izvērtēšanai un apdrošināšanas līguma noslēgšanai; savlaicīgi maksāt apdrošināšanas polisē (pielikumos) norādīto prēmiju (vai tās daļas); nodrošināt, ka noslēdzot un pildot apdrošināšanas līgumu, Apdrošinātājam iesniegtās īpašās ziņas būtu iesniegtas un pārvaldītas ar Apdrošināto iepriekšēju piekrišanu. Apdrošinājumaņēmēja tiesības:
- 22.19.1. iepazīties ar šiem apdrošināšanas noteikumiem un saņemt to kopiju; atteikties slēgt apdrošināšanas līgumu, nenorādot iemeslu. Apdrošinātāja pienākumi:
- 22.20.1. Informēt Apdrošinājumaņēmēju par šiem apdrošināšanas noteikumiem un izsniegt to kopiju; izsniegt Apdrošinājumaņēmējam apdrošināšanas polisi vai citus apdrošināšanas līguma noslēgšanu apliecinošus dokumentus. Apdrošinātāja tiesības:
- 22.21.1. pieprasīt, lai Apdrošinājumaņēmējs sniedz Apdrošinātājam visu Apdrošinājumaņēmējam zināmu un pareizu informāciju, kas nepieciešama, lai novērtētu apdrošināšanas risku un noslēgtu apdrošināšanas līgumu; noslēdzot un izpildot apdrošināšanas līgumu, pārvaldīt Apdrošinājumaņēmēja, Apdrošinātā, Labuma guvēja un prēmijas maksātāja personisko informāciju bez viņu piekrišanas, izņemot tās ziņas par personām, ko Apdrošinātājs pārvalda ar

viņu piekrišanu; atteikties slēgt apdrošināšanas līgumu, nenorādot iemeslu; veikt apdrošināamo personu darba vietas un apstākļu apsekošanu.

23. Labuma guvēji

- 23.1. Apdrošinājumaņēmējam un Apdrošinātajam ir tiesības iecelt Labuma guvēju, kas apdrošināšanas gadījumā būtu tiesīgs saņemt apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar apdrošināšanas līguma nosacījumiem un kārtību. Var tikt iecelti vairāki Labuma guvēji. Ja Apdrošinātais ir pats izraudzījies vairākus Labuma guvējus un nav norādījis tiem piešķiramās apdrošināšanas atlīdzības daļas, tiks uzskatīts, ka šo Labuma guvēju daļas ir vienlīdzīgas.
- 23.2. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta apdrošināšanas līgumā norādītam Labuma guvējam tikai Apdrošinātā nāves gadījumā. Visos citos gadījumos, atlīdzību izmaksā Apdrošinātajam.
- 23.3. Labuma guvējs var tikt nozīmēts gan apdrošināšanas līguma noslēgšanas, gan arī apdrošināšanas līguma darbības laikā. Tiek uzskatīts, ka Labuma guvējs ir nozīmēts tikai tad, ja tas tiek norādīts apdrošināšanas polisē, tās pielikumā vai Apdrošinātāja izdotā apliecinājumā par nozīmēto Labuma guvēju.
- 23.4. Ja Apdrošinātais ir jaunāks par 18 gadiem, vai ir deklarēts nepieskaitāms vai ierobežotas pieskaitāmības, kā Labuma guvējs var tikt nozīmēts tikai Apdrošinātā tuvs radnieks. Šis punkts attiecas arī uz Labuma guvēja nomainīšanu uz citu personu.
- 23.5. Labuma guvēju var nomainīt uz citu personu. Lai nomainītu Labuma guvēju, Apdrošinājumaņēmējam (vai Apdrošinātajam, ja Labuma guvēju ir nozīmējis Apdrošinātais), jāiesniedz rakstveida paziņojumu apdrošinātājam.
- 23.6. Labuma guvēju nevar aizstāt ar citu personu, ja viņam ir kādi pienākumi saskaņā ar apdrošināšanas līgumu, vai ja pie apdrošināšanas gadījuma iestāšanās tas pieprasījis izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību.
- 23.7. Ja apdrošināšanas līgums attiecas vairāk nekā uz vienu apdrošināto personu, katra no tām var iecelt Labuma guvēju, kas būtu tiesīgi uz apdrošināšanas atlīdzību, ja apdrošinātās personas dzīvē notiek apdrošināšanas gadījums. Tomēr Apdrošinātais var nozīmēt Labuma guvēju citam Apdrošinātajam tikai ar šī Apdrošinātā iepriekšēju rakstisku piekrišanu. Šis punkts attiecas arī uz Labuma guvēja nomaiņu uz citu personu.
- 23.8. Kad apdrošināšanas līgumu slēdz uzņēmums, iestāde vai organizācija, un ar tādu apdrošināšanas līgumu apdrošināma grupa Apdrošināto, Apdrošinājumaņēmējs ir tiesīgs nozīmēt Labuma guvēju, kurš apdrošināšanas gadījumā iegūtu tiesības pretendēt uz apdrošināšanas atlīdzību par citu Apdrošināto, visiem vai daļu no Apdrošinātajiem saskaņā ar apdrošināšanas līgumu, tikai ar iepriekšēju rakstisku šāda Apdrošinātā piekrišanu. Šis punkts attiecas arī uz Labuma guvēja nomaiņu uz citu personu.
- 23.9. Apdrošināšanas līgumā var tikt nozīmēts neatceļams Labuma guvējs. Neatceļams Labuma guvējs nevar vienpusēji bez Labuma guvēja, Apdrošinājumaņēmēja (vai Apdrošinātā) piekrišanas tikt atcelts un aizstāts.

VI. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA DARBĪBAS TERMIŅŠ UN APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA**24. Apdrošināšanas līguma darbības termiņš un apdrošināšanas periods, apdrošināšanas prēmijas maksājums**

- 24.1. Apdrošināšanas periods ir norādīts apdrošināšanas polisē (pielikumos), un tas nesākas ātrāk kā šajā nodaļā 24.2. punktā dienā 00 stundās 00 minūtēs.
- 24.2. Apdrošināšanas līgums stājas spēkā:
- 24.2.1. ja līgums tiek noslēgts abām pusēm parakstot formas apdrošināšanas polisi attiecīgā datumā, vai vēlākā datumā, kas apdrošināšanas polisē;
- 24.2.2. ja apdrošināšanas līgumu paraksta Apdrošinātājs un izdod to Apdrošinājumaņēmējam, kas savukārt samaksā visu prēmiju vai tās pirmo daļu no tā - atbilstoši apdrošināšanas polisē datumam, bet tikai ar nosacījumu, ka prēmija vai tās daļa tiek samaksāta ne vēlāk kā apdrošināšanas polisēprēmijas vai tās daļas no maksājuma datumā.
- 24.3. Ja apdrošināšanas polisē (pielikumos) nav citādi, tiek pieņemts, ka līgums ir noslēgts un stājas spēkā saskaņā ar kārtību, kas izklāstīta šīs nodaļas punktā 24.2.2.
- 24.4. Ja apdrošināšanas prēmija vai tās daļa netiek samaksāta apdrošināšanas polisē maksājuma dienā, Apdrošinātājs par to paziņo Apdrošinājumaņēmējam rakstveidā, norādot, ka gadījumā, ja Apdrošinājumaņēmējs nesamaksā prēmiju vai tās daļu 30 dienu laikā pēc paziņojuma nosūtīšanas dienas, apdrošināšanas segums bez atsevišķa Apdrošinātāja paziņojuma tiks apturēts, un atjaunots tikai Apdrošinājumaņēmējam samaksājot prēmiju vai tās daļu. Ja apdrošināšanas gadījums ir iestājies apdrošināšanas seguma apturēšanas laikā, Apdrošinātājam nav pienākums izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību. Ja apdrošināšanas seguma apturēšana apdrošināšanas prēmijas nemaksāšanas dēļ turpinās ilgāk par 3 mēnešiem, Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji izbeigt apdrošināšanas līgumu.
- 24.5. Apdrošināšanas prēmija un tās maksājumu termiņi un nosacījumi ir paredzēti apdrošināšanas līgumā.
- 24.6. Apdrošinātājs aprēķina prēmiju, ņemot vērā Apdrošinājumaņēmēja iesniegto un citusaistīto informāciju, apdrošināšanas risku un citus apdrošināšanas līguma nosacījumus.
- 24.7. Apdrošināšanas prēmija vai tās daļa tiek uzskatīta par samaksātu, kad attiecīgā summa tiek ieskaitīta Apdrošinātāja bankas kontā vai Apdrošinātāja kasē, ja vien līgumā nav citādi.
- 24.8. Apdrošināšanas līgums tiek izbeigts:
- 24.8.1. izbeidzoties apdrošināšanas polisē, fiksētajam apdrošināšanas periodam (apdrošināšanas līguma termiņa beigās 24 stundās 00 min. dienā, kas atzīmēta apdrošināšanas polisē kā līguma termiņa beigu datums);
- 24.8.2. ja Apdrošinājumaņēmējs (juridiska persona), tiek likvidēts vai pārtraukta tā darbība citu iemeslu dēļ, bez pēctecības;
- 24.8.3. ja puses rakstiski vienojas, ka līgums tiek izbeigts, vai apdrošināšanas līgums tiek pārtraukts likumā vai apdrošināšanas noteikumos paredzētā pamatojuma un kārtības dēļ;
- 24.8.4. Kad Apdrošinātājs samaksājis pilnu apdrošināšanas līgumā paredzēto apdrošināšanas atlīdzību. Ja apdrošināšanas līgums ir par labu Apdrošināto grupai, apdrošināšanas līgums beidzas tikai tam, Apdrošinātajam, kuram pienākošies visi apdrošināšanas maksājumi tikuši veikti;
- 24.8.5. ja Apdrošinātais (fiziska persona) nomirst vai tiek likvidēta darbavieta vai amats. Ja apdrošināšanas līgums ir par labu Apdrošināto grupai, apdrošināšanas līgums beidzastikai mirušajam Apdrošinātajam, vai Apdrošinātajam, kura darbavieta vai amats likvidēts;
- 24.8.6. ja ir cits likumdošanā paredzēts līguma izbeigšanas pamats.
- 24.9. Ja apdrošināšanas līgums tiek noslēgts atbilstoši šīs sadaļas 24.2.2. punktā minētajiem nosacījumiem, un apdrošināšanas polisē termiņā netiek samaksāta visa apdrošināšanas prēmija (tās pirmā daļa), apdrošināšanas segums saskaņā ar apdrošināšanas līgumu bez iepriekšēja brīdinājuma Apdrošinājumaņēmējam netiek nodrošināts līdz dienai, kad faktiski samaksāta apdrošināšanas prēmija (tās pirmā daļa).
- 24.10. Pēc līguma termiņa beigām vai tā izbeigšanas, Apdrošinātajam paliek pienākums samaksāt prēmiju par apdrošināšanas seguma derīguma termiņu.

25. Atcelšanas periods

- 25.1. Jums ir tiesības atcelt šo apdrošināšanu līdz pat apdrošināšanas perioda sākumam bez jebkāda veida paskaidrojumiem, ja Jūs mums iesniedzat pieprasījumu par atcelšanu 14 dienu laikā no:
- 25.1.1. datuma, kad Jūs saņēmāt polises dokumentus, vai
- 25.1.2. apdrošināšanas perioda sākuma,
- atkarībā no tā, kurš notikums ir vēlāk. Atmaksā nav attiecināma ne uz kādiem incidentiem, kas var kalpot par pamatu prasības celšanai. Lai atceltu, lūdzam sazināties ar Baltic Underwriting Agency, AB.

26. Apdrošināšanas līguma izmaiņu un izbeigšanas nosacījumi

- 26.1. Apdrošināšanas līgumu var grozīt ar abpusēju vienošanos starp Apdrošinātāju un Apdrošinājumaņēmēju. Apdrošināšanas līguma izmaiņas ir spēkā tikai tad, ja tās ir pareizi noformētas kā līguma pielikumi. Apdrošināšanas līguma pielikumi stājas spēkā no dienas, kas norādīta attiecīgajā pielikumā.
- 26.2. Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības izbeigt līgumu jebkurā gadījumā. Ja Apdrošinājumaņēmējs lauž apdrošināšanas līgumu pirms termiņa, tam tiek atgriezta samaksātā apdrošināšanas prēmija par atlikušo līguma darbības laiku, atskaitot apdrošināšanas līguma slēgšanas un izpildes izmaksas (līdz 25% no apdrošināšanas prēmijas).
- 26.3. Ja apdrošināšanas objekts ir zudis un tas nav apdrošināšanas gadījums, Apdrošinājumaņēmējam tiek atgriezta apdrošināšanas prēmija par polises atlikušo darbības laiku.
- 26.4. Apdrošinātājam ir tiesības vienpusīgi, nevērsoties tiesā, izbeigt apdrošināšanas līgumu, ja Apdrošinājumaņēmējs ir būtiski pārkāpis apdrošināšanas līguma nosacījumus. Par būtiskiem apdrošināšanas līguma nosacījumiem tiek uzskatīti:
- 26.4.1. apdrošināšanas prēmijas vai tās daļas nemaksāšana vai nesamaksāšana laicīgi. Šajā gadījumā līgums tiek izbeigts atbilstoši kārtībai;
- 26.4.2. neziņošana par apdrošināšanas riska palielināšanos laikā;
- 26.4.3. Citi ievērojami apdrošināšanas līguma pārkāpumi, kas norādīti apdrošināšanas polisē (tās pielikumos) un šajos apdrošināšanas.
- 26.5. Apdrošināšanas līgums tiek izbeigts, Apdrošinātājam nosūtot paziņojumu Apdrošinājumaņēmējam. Ja ir Labuma guvējs, Apdrošinātājam paziņojums par līguma pārtraukšanu ir jānosūta arī Labuma guvējam.
- 26.6. Visiem riskiem, kuru apdrošināšana ir vai var nokļūt pretrunā ar Apvienoto Nāciju Organizācijas, Eiropas Savienības vai Amerikas Savienotajām Valstīm (turpmāk - ASV) tirdzniecības ierobežojumiem, aizliegumiem vai sankcijām, apdrošināšanas segums vairs nav spēkā no dienas, kad stājas spēkā minētie ierobežojumi, aizliegumi vai sankcijas. Gadījumā, ja tiek piemērotas Apvienoto Nāciju Organizācijas, Eiropas Savienības un Amerikas Savienoto Valstu sankcijas un tās tieši vai netieši traucē Apdrošinātāju sniegt pakalpojumus saskaņā ar konkrētu apdrošināšanas līgumu, Apdrošinātājam ir tiesības izbeigt šo līgumu, par to rakstiski informējot Apdrošinājumaņēmēju. Līgums tiek izbeigts pēc 14 dienām no tās dienas, kad Apdrošinājumaņēmējs saņem paziņojumu par līguma izbeigšanu. Ja paziņojuma piegāde nav iespējama (vai tas nesasniedz adresātu) komunikācijas (saziņas) līdzekļu darbības traucējumu dēļ, un Apdrošinātājs par to nav informēts un nav alternatīvas komunikācijas (sakarū) līdzekļu ar Apdrošinājumaņēmēju, uzskatāms, ka paziņojumu par līguma pārtraukšanu Apdrošinājumaņēmējs ir saņēmis dienā, kad tas tika nosūtīts.

27. Automātiska apdrošināšanas līguma atjaunināšana

- 27.1. Beidzoties apdrošināšanas periodam, līgums automātiski tiek pagarināts vēl uz vienu gadu, ja Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs individuāli vienojušies par līguma automātiskas atjaunošanas nosacījumiem, un tas paredzēts apdrošināšanas polisē (tās pielikumos).
- 27.2. Apdrošināšanas līgums nākošajam periodam tiek noslēgts, kad Apdrošinātājs paraksta apdrošināšanas polisi un nosūta vai nodod to Apdrošinājumaņēmējam līdz tā spēkā esošā apdrošināšanas līguma beigu datumam, un Apdrošinājumaņēmējs samaksā apdrošināšanas polisē noteikto prēmiju, vai tās pirmo daļu apdrošināšanas polisē noteiktajā termiņā. Ja Apdrošinājumaņēmējs nesamaksā apdrošināšanas polisē noteikto apdrošināšanas prēmiju, vai tās pirmo daļu, apdrošināšanas police citam vienu gada periodam nav spēkā un nav uzskatāma par noslēgtu.

- 27.3. Ja atjaunojot apdrošināšanas līgumu, ir būtiskas izmaiņas līguma nosacījumos (apdrošinājuma summa, prēmija, pašrisks), vai arī izmantota cita apdrošināšanas noteikumu versija, Apdrošinājumaņēmējam jaunā apdrošināšanas polise un apdrošināšanas noteikumu versija ir jānosūta vai jāizsniedz ne vēlāk kā divus mēnešus pirms apdrošināšanas perioda beigām, vai Apdrošinājumaņēmējam jābūt citādi par to informētam rakstveidā ne vēlāk kā divus mēnešus pirms apdrošināšanas līguma beigām.
- 27.4. Ja no Apdrošinātāja neatkarīgu apstākļu dēļ nebija iespējams prognozēt nepieciešamību mainīt līguma pamatnosacījumus, kā paredzēts 25.3 punktā iepriekš, līguma automātiskas atjaunošanas nosacījums nav attiecināms. Šajā gadījumā Apdrošinātājs Apdrošinājumaņēmējam ne vēlāk kā 5 (piecas) darba dienas pirms pašreizējā apdrošināšanas līguma izbeigšanās nosūta priekšlikumu jauna apdrošināšanas līguma noslēgšanai.
- 27.5. Apdrošinājumaņēmējs var atteikties automātiski atjaunināt apdrošināšanas līgumu, paziņojot par to rakstveidā jebkurā laikā pirms spēkā esošā apdrošināšanas līguma termiņa beigām.
- 27.6. Apdrošinātājs var atteikties atjaunot apdrošināšanas līgumu, paziņojot par to Apdrošinājumaņēmējam rakstveidā ne vēlāk kā vienu mēnesi, bet ja līguma termiņš ir mazāks par trim mēnešiem - ne vēlāk kā vienu nedēļu pirms spēkā esošā apdrošināšanas līguma termiņa beigām.

VII. PUŠU TIESĪBAS UN PIENĀKUMI APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA DARBĪBAS LAIKĀ

28. Apdrošinājumaņēmēja tiesības un pienākumi

28.1. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums:

- 28.1.1. laicīgi samaksāt apdrošināšanas prēmiju vai tās daļas;
- 28.1.2. sniegt Apdrošinātājam pareizu informāciju, kas saistīta ar apdrošināšanas līgumu;
- 28.1.3. līguma darbības laikā izpildīt Apdrošinātāja norādījumus (piemēram, apdrošināšanas riska samazināšana un drošības pasākumi), kas noteikti apdrošināšanas līgumā;
- 28.1.4. ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā (ja vien līgumā nav noteikts citādi) informēt apdrošinātāju par apdrošināšanas riska palielināšanos;
- 28.1.5. iepazīstināt Apdrošināto un (vai) Labuma guvēju (Labuma guvējus) ar apdrošināšanas līguma nosacījumiem, Apdrošinātā un (vai) Labuma guvēja tiesībām un pienākumiem, apdrošināšanas līguma grozījumiem, informēt par apdrošināšanas līguma izbeigšanu.

28.2. Palielinoties apdrošināšanas riskam, Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt mainīt līguma noteikumus un (vai) palielināt apdrošināšanas prēmiju. Ja Apdrošinājumaņēmējs šādā gadījumā nepiekrīt mainīt līguma noteikumus un (vai) maksāt augstāku apdrošināšanas prēmiju, Apdrošinātājam ir tiesības vērsties tiesā par apdrošināšanas līguma pārtraukšanu vai grozījumiem būtisku izmaiņu apstākļos. Nepaziņošana Apdrošinātājam par riska palielināšanos tiek uzskatīta par būtisku apdrošināšanas līguma pārkāpumu, kura gadījumā Apdrošinātājs ir tiesīgs savas izvēles:

- 28.2.1. vienpusīgi izbeigt apdrošināšanas līgumu;
 - 28.2.2. samazināt izmaksājamo apdrošināšanas atlīdzību vai
 - 28.2.3. atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību.
- 28.3. Apdrošinātājs iegūst šīs sadaļas punktos 28.2.2 un 28.2.3. Noteiktajās tiesības tikai tad, ja apdrošināšanas gadījuma vai zaudējuma palielināšanās iemesls bija saistīts galvenokārt ar Apdrošinātājam nepaziņotiem apstākļiem, kas paaugstinājuši apdrošināšanas risku.
- 28.4. Iestājoties nelaimes gadījumam, Apdrošinātājam personai ne vēlāk kā 48 (četrdesmit astoņu) stundu laikā jāvērsas veselības aprūpes iestādē un jāsaņem atbilstoša ārstēšana.
- 28.5. Ja noticis nelaimes gadījums, Apdrošinājumaņēmējam Apdrošinātājam vai tā pilnvarotai personai:
- 28.5.1. jāpaziņo par gadījumu Apdrošinātājam nekavējoties, bet ne vēlāk kā 10 darba dienu laikā pēc gadījuma, gadījuma sekas iestāšanās (ja sekas parādījušās / noteiktas vēlāk) vai uzzinot par nelaimes gadījumu (ja Apdrošinājumaņēmējs uzzinājis par gadījumu vēlāk);
 - 28.5.2. jāpaziņo Apdrošinātājam par Apdrošinātā kritiskās slimības diagnosticēšanu 20 darba dienu laikā. Ja Apdrošinātais ir hospitalizēts stacionārās ārstēšanas saņemšanai veselības aprūpes iestādē, Apdrošinātājs ir jāinformē par kritisku slimību 20 darba dienu laikā no pēdējās Apdrošinātā stacionārās ārstēšanas dienas.
 - 28.5.3. ja Apdrošinātais miris saistībā ar nelaimes gadījumu vai kritisku slimību, paziņot Apdrošinātājam 20 dienu laikā, pat tad, ja par gadījumu ir jau ziņots;
 - 28.5.4. saglabāt un iesniegt Apdrošinātājam visus pienācīgi aizpildītus dokumentus, kas saistīti ar gadījumu;
 - 28.5.5. Veikt apdrošinātāja apmaksātus medicīniskos izmeklējumu gadījumos, ja piestādītie dokumenti nav pietiekami, lai atbilstoši izvērtētu ārēju cēloņu rezultātā iegūtās traumas.;
 - 28.5.6. sniegt Apdrošinātājam vai tā pārstāvim iespēju izmeklēt gadījuma cēloņus, sekas un apstākļus;
 - 28.5.7. Pēc apdrošinātāja pieprasījuma atgriezt apdrošinātājam izmaksāto atlīdzību vai pārmaksāto tās daļu 30 kalendāro dienu laikā gadījumā, ja atklājas, ka apdrošināšanas atlīdzība nav bijusi jāizmaksā vai tās apjomam bija jābūt mazākam atbilstoši līguma nosacījumiem..

29. Apdrošinātāja tiesības un pienākumi

29.1. Apdrošinātājam ir pienākums:

- 29.1.1. uz Apdrošinājumaņēmēja pieprasījumu izsniegt apdrošināšanas polises dublikātu vai citus apdrošināšanas līguma noslēgšanu pierādošus dokumentus;
 - 29.1.2. ja iestājas apdrošināšanas gadījums, apdrošināšanas līgumā paredzētos termiņos un pēc tā nosacījumiem izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību.
- 29.2. Ja notiek nelaimes gadījums, Apdrošinātājam ir tiesības nosūtīt savus izraudzītos speciālistus (ārstus), lai izpētītu cietušā Apdrošinātā veselības stāvokli.
- 29.3. Polises turētāja, apdrošinātās personas un /vai labuma saņēmēja Apdrošinātājam sniegtās informācijas glabāšanā jāievēro konfidencialitāte un tā ir izmantojama tikai un vienīgi

apdrošināšanas līguma noslēgšanai, un polises turētāja, apdrošinātās personas un / vai labuma guvēja līgumtiesību izmantošanai un līgumsaistību izpildei un ar tiem saistītajos gadījumos, kuri varētu tikt apstiprināti kā apdrošinātie gadījumi, kā arī citiem ar likumu noteiktajiem mērķiem.

- 29.4. Informācija par polises turētāju, apdrošināto personu un / vai labuma guvēju var tikt atklāta:
- 29.4.1. Apdrošinātāja darbiniekiem, kuriem šī informācija nepieciešama apdrošināšanas līguma noslēgšanai un / vai administrēšanai, ar apdrošināšanas līgumu saistīto gadījumu izmeklēšanai, kuri varētu tikt atzīti kā apdrošinātie gadījumi;
- 29.4.2. Tiesām, tiesībaizsardzības iestādēm un citām institūcijām likumdošanā noteiktajos gadījumos.;
- 29.4.3. Pirmstiesas strīdu izšķiršanas iestādēm, šķīrējtiesai (-ām), starpniekiem, advokātiem, citām iesaistītajām personām strīdus risināšanā starp Polises turētāju, apdrošināto personu un / vai labuma guvēju, un apdrošinātāju;
- 29.4.4. Pārapirošinātājiem, apdrošinātāja korporatīvo akcionāru darbiniekiem;
- 29.4.5. Apdrošinātāja nolīgtajiem ekspertiem;
- 29.4.6. Ar polises turētāja, apdrošinātās personas un / vai labuma guvēja rakstisku piekrišanu.

30. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas termiņi

- 30.1. Apdrošinātājs, saņemot visus dokumentus saistībā ar apdrošināšanas gadījuma faktu, cēloņiem, apstākļiem un sekām, un apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšanai, izmaksā apdrošināšanas atlīdzību ne vēlāk kā 30 dienu laikā no brīža, kad no Apdrošinājumaņēmēja, Apdrošinātā, Labuma guvēja, valsts iestādes, vai jebkuras citas fiziskas vai juridiskas personas saņēmusi galīgo informāciju un dokumentus, lai noteiktu apdrošinātā notikuma faktu, cēloņus, apstākļus un sekas, un aprēķinātu apdrošināšanas atlīdzību.
- 30.2. Apdrošinātājam ir tiesības atlikt maksājumu:
- 30.2.1. līdz būs saņemta visa nepieciešamā informācija un dokumenti, lai noteiktu apdrošināšanas gadījuma faktu, cēloņus, apstākļus un sekas, un aprēķinātu apdrošināšanas atlīdzību;
- 30.2.2. ja ir sākta pirmstiesas izmeklēšana vai tiesvedība, kas saistīta ar apdrošināšanas gadījumu - līdz procesa beigām, vai lietas apstākļu noskaidrošanai, bet tikai tādā gadījumā, ja uzsāktās lietas izmeklēšanā vai tiesvedībā ir noskaidroti fakti, kas norāda, ka gadījums var tikt atzīts par neapdrošināmu, vai attiecībā uz kuru Apdrošinātājam būtu tiesības atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību.
- 30.3. Ja tas ir apdrošināšanas gadījums, bet Apdrošinājumaņēmējs un Apdrošinātājs nevar vienoties par apdrošināšanas atlīdzības summu, uz Apdrošinājumaņēmēja pieprasījumu Apdrošinātājs maksā summu, kas vienlīdzīga pušu neapstrīdamai apdrošināšanas atlīdzībai, ja precīza zaudējuma apjoma noteikšana ievēlka ilgāk par 3 mēnešiem.

31. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas ierobežojumi

- 31.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja gadījums ir neapdrošināms.
- 31.2. No aprēķinātās apdrošināšanas atlīdzības summas var tikt atvilkta nesamaksātās apdrošināšanas prēmijas daļas, kuru maksājuma termiņš ir pagājis, ja apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādi.
- 31.3. Apdrošinātājam ir tiesības samazināt apdrošināšanas atlīdzību, vai to neizmaksāt, ja:
- 31.3.1. Apdrošinājumaņēmējs ir noslēpis informāciju vai sniedzis nepatiesas ziņas, un tam ir bijusi ietekme uz Apdrošinātāja lēmumu noslēgt apdrošināšanas līgumu vai noteikt apdrošināšanas nosacījumus (ņemot vērā Vispārējo noteikumu 22.14. – 22.17. punkta nosacījumus);
- 31.3.2. Apdrošinājumaņēmējs nav laicīgi paziņojis Apdrošinātājam par apdrošināšanas gadījumu, ja vien netiek pierādīts, ka Apdrošinātājs uzzinājis par apdrošināšanas gadījumu laikā, vai nepaziņošana par apdrošināšanas gadījumu neietekmēja apdrošinātāja pienākumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību;
- 31.3.3. ja pēc Apdrošinājumaņēmēja, Apdrošinātā, Labuma guvēja vai jebkuras citas fiziskas vai juridiskas personas iesniegtās informācijas nevar noteikt apdrošināšanas gadījuma datumu, apstākļus, kas attiecas uz apdrošināšanas gadījuma atzīšanu, gūto traumu raksturu, kā arī, ja Apdrošinātājam iesniegtās ziņas par gadījumu ir maldinošas, un tas ietekmē atlīdzības summas aprēķināšanu;
- 31.3.4. Apdrošinājumaņēmējs, Apdrošinātājs vai Labuma guvējs neļauj vai kavē Apdrošinātāja piekļuvi medicīnas vai citiem dokumentiem, kas saistīti ar gadījumu (ieskaitot Apdrošinātā medicīnisko dokumentāciju), vai, lai pārbaudītu Apdrošinātā veselības stāvokli;

- 31.3.5. Apdrošinājumaņēmējs, Apdrošinātais vai Labuma guvējs nav pienācīgi izpildījuši Apdrošinātāja norādījumus Apdrošinājumaņēmējam;
- 31.3.6. Apdrošinājumaņēmējs, Apdrošinātais vai Labuma guvējs pārkāpis citus līguma noteikumus;
- 31.3.7. citos likumdošanā Noteiktajos gadījumos.

32. Sods par apdrošināšanas līguma pārkāpšanu

- 32.1. Par novēlotu finansiālo saistību izpildi, pusēm ir tiesības pieprasīt vienai no otras sodu, ja tas ir noteikts apdrošināšanas polisē (tās pielikumos).

33. Paziņojumi

- 33.1. Jebkuram paziņojumam, ar ko puses sazinās viena ar otru, ir jābūt rakstveida. Paziņojumi uzskatāmi par pienācīgi nodotiem citai pusei, ja tie tiek nodoti vismaz vienā no šiem veidiem:
 - 33.1.1. pret parakstu nododot otrai pusei tās juridiskā biroja adresē, kas norādīta apdrošināšanas polisē, vai tās puses paziņojumā par adreses maiņu;
 - 33.1.2. nosūtot pa pastu otrai pusei, uz adresi, kas norādīta apdrošināšanas polisē vai tās puses paziņojumā par adreses maiņu;
 - 33.1.3. nosūtot pa faksu, kas norādīts apdrošināšanas polisē vai tās puses paziņojumā par faksa numura maiņu;
 - 33.1.4. nosūtot pa e-pastu otrai pusei, uz adresi, kas norādīta apdrošināšanas polisē vai tās puses paziņojumā par e-pasta adreses izmaiņām.
- 33.2. Par paziņojuma saņemšanas datumu ir uzskatāms datums, kuru saņēmējs atzīmē kā paziņojuma (dokumentu) saņemšanas datumu. Ja paziņojums tiek nosūtīts pa pastu, saņemšanas datumu nosaka saskaņā ar oficiālo pasta nodaļas, kam uz to ir tiesības, zīmogu. Gadījumos, kad nav nekādu pierādījumu par dokumentu saņemšanu pa pastu, datumu nosaka pēc paziņojuma nosūtīšanas dienas, pieskaitot laiku, kas nepieciešams normālai piegādei (5 darba dienu laikā).
- 33.3. Puses nekavējoties informē viena otru par juridiskās adreses, faksa numura, e-pasta adreses maiņu. Ja puses nespēj izpildīt šo pienākumu, paziņojumi tiek nosūtīti uz pēdējo zināmo puses adresi un tiek uzskatīti par izsniegtiem. Atteikums pieņemt paziņojumu, vai parakstīties par tā saņemšanu pielīdzināms saņemšanai.
- 33.4. Paziņojumus var iesniegt pa faksu vai e-pastu, ja puses par to individuāli vienojas, norādot faksa numuru un (vai), e-pasta adresi apdrošināšanas polisē (tās pielikumos).
- 33.5. Ja apdrošināšanas līgumā paredzēts Labuma guvējs, visi šajos noteikumos, kas minētie paziņojumi ir jānosūta arī Labuma guvējam.

34. Nobeiguma noteikumi

- 34.1. Ja apdrošināšanas līgumā minētās apdrošinājuma summas, pašriskā (franšīzes) nodevas vai citas summas noteiktas citā valūtā, nevis EUR, atbilstošie maksājumi saskaņā ar apdrošināšanas līgumu jāveic EUR, pēc oficiālā Lietuvas Bankas Noteiktajā EURun attiecīgās valūtas maiņas kursa apmaksas dienā.
- 34.2. Apdrošinātājs var nodot Apdrošinātāja tiesības un pienākumus saskaņā ar apdrošināšanas līgumu citam apdrošinātājam likumdošanā Noteiktajā kārtībā. Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības likumdošanā Noteiktajā kārtībā rakstisku paust savu nostāju pretenziju gadījumā pret apdrošinātāja tiesību un pienākumu, kas izriet no apdrošināšanas līguma, nodošanu. Šo Apdrošinājumaņēmēja pretenziju vērā ņemšana Apdrošinātājam nav obligāta. Ja Apdrošinājumaņēmējs nepiekrīt tiesību un pienākumu saskaņā ar apdrošināšanas līgumu nodošanai, viņam ir tiesības izbeigt līgumu parastajā kārtībā (tas pats attiecas arī uz Apdrošinājumaņēmēja un Apdrošinātāja savstarpējiem norēķiniem), kad Apdrošinājumaņēmējs apdrošināšanas līgumu beidzas pirms termiņa.
- 34.3. Puses nepārprotami vienojas, ka šo uz Apdrošināšanu attiecas tikai un vienīgi Latvijas/Lietuvas/Igaunijas/Polijas/Somijas likumdošana un tiesu prakse, un jebkuri no šīs Apdrošināšanas izrietošie vai ar to saistītie strīdi ir risināmi jebkurā Latvijas/Lietuvas/Igaunijas/Polijas/Somijas kompetentajā tiesā atbilstoši to jurisdikcijai.
Ar šo "Lloyd's Insurance Company" S.A. piekrīt, ka visas tiesas pavēstes, paziņojumi vai informācija par tiesas procesiem, par kuriem jāpaziņo tai, lai ierosinātu jebkādu tiesvedību pret to saistībā ar šo Apdrošināšanu, ir uzskatāmi par pienācīgi piegādātiem, ja tie ir adresēti un piegādāti uz šādu adresi:

Tomas Kontautas,
Lloyd's pilnvarotais pārstāvis Lietuvā,
c/o Sorainen, Jogailos 4, 01116 Viļņa, Lietuva.
Tālr. + 370 52 649 376.
Fakss + 370 52 685 041.
E-pasts: tomas.kontautas@lloyds.com

kurš šajā gadījumā ir pilnvarots pieņemt šādus paziņojumus un pavēstes tās vārdā.

Piešķirot iepriekšminētās pilnvaras, "Lloyd's Insurance Company" S.A. neatsakās no savām tiesībām pamatoties uz īpašiem piegādes kavējumiem vai laika periodiem, kādos tā ir tiesīga saņemt šādas pavēstes, paziņojumus vai informāciju par tiesas procesiem sakarā ar to, ka tās atrašanās vai reģistrācijas vieta ir Beļģijā.

VIII. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS TABULA

Zemāk norādītā apdrošināšanas atlīdzības tabula izmantojama tikai tādā gadījumā, ja ir izvēlētas adekvāti apdrošināšanas seguma nosacījumi.

Nosacījums	Ķermeņa ievainojums (trauma) vai stāvoklis	Atlīdzība %
Piezīme:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai par kaulu lūzumiem un mežģījumiem, ko apstiprina rentgenogrammas un, magnētiskās rezonanses attēliem (MRI). 2. Apdrošināšanas atlīdzība par pirmo kaulu (locītavu) dislokāciju tiek izmaksāta tikai tad, ja tā ir primārā dislokācija, un funkcija tikusi atjaunota medicīnas iestādē. 3. Kaulu fragmentu plīsumu/ lūzumu, ieplīsumu, sub-periostālo lūzumu gadījumos, kad ārstēšana notiek konservatīvi, izmaksā 50% no apdrošināšanas atlīdzības pilna kaula lūzuma gadījumā. Ja ir tā paša kaula lūzums un dislokācija, tad tiek izmaksāta tikai viena (lielākā) apdrošināšanas prēmija. 4. Apdrošināšanas atlīdzība nav izmaksājama kaulu fragmentu (šķembu) atdalīšanās, tangenciālu kaulu virsmas integritātes bojājumu gadījumos. 5. Viena kaula lūzumi vairākās vietās uzskatāmi par vienu lūzumu (tiek izmaksāta viena, lielākā apdrošināšanas prēmija). Ja kaula (locītavas) mežģījuma vai lūzuma dēļ tika veikta operācija, apdrošināšanas prēmija tiek palielināta par 50%. 6. Par vienu apdrošināšanas gadījumu apdrošināšanas atlīdzība par ķirurģisku ārstēšanu, attiecībā uz vienu Apdrošināšanas gadījumu un/ vai to pašu kaulu lūzumu, var tikt palielināta tikai vienu reizi. Par operāciju sauc par ķirurģisku procedūru, kurā kaulu gali ir tiek sastiprināti ar ķirurģijas naglām, stiepli, plāksni vai ārējās fiksācijas ierīci. Operācija, kuras laikā tiek apstrādāti vairāki vienas ķermeņa daļas kauli, uzskatāma par vienu operāciju (maksājums par operāciju šajā gadījumā tiek aprēķināts pēc augstākās apdrošinājuma summas). 7. Slēgta kaulu un locītavu atjaunošana nav uzskatāma par operāciju. 8. Atkārtota kaulu lūzuma kaulu loksodromas vai metāla konstrukcijas gadījumā tiek izmaksāts 50% no apdrošināšanas atlīdzības, kas maksājama tā kaula lūzuma gadījumā. 9. Patoloģisku vai stresa lūzumu gadījumā apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta 50% apmērā no atlīdzības, kas maksājama par attiecīgā kaula lūzumu. 10. Kaula mežģījuma gadījumā tiek izmaksāta 50% no apdrošināšanas prēmijas, kas maksājama tā kaula mežģījuma gadījumā, bet ne vairāk kā 300 EUR. 11. Pseudoartrozes, kas ilgst ilgāk nekā 9 mēnešus pēc nelaimes gadījuma dienas, gadījumā lieta tiek izmaksāta 70% no apdrošināšanas atlīdzības, kas izmaksājama tā kaula lūzuma gadījumā. 12. Ja vienā apdrošināšanas gadījumā tiek dislocēti kauli, un/ vai lūzt kauli tajā pašā apgabalā, un tiek bojāti mīkstie audi, muskuļi, cīpslas, saites, apdrošināšanas atlīdzība maksājama vienā - visnopietnākajā seku gadījumā. 	
1.	Galvaskauss:	
1.1.	Velves kaulu lūzumi	10
1.2.	Pamatnes kaulu lūzumi	15
1.3.	Velves un pamatnes kaulu lūzumi	20
Piezīme:	1. Vairāki velves un pamatnes kaulu lūzumi vērtējami kā viens lūzums.	
2.	Sejas kauli:	
2.1.	Deguna kaulu lūzums	3
2.2.	Apakšžokļa kaula lūzums	6
2.3.	Augšžokļa kaula lūzums	7
2.4.	Citu sejas kaulu (sietiņkaula, acu dobumu, mēles kaula, deguna blakusdobumu sienīņas) lūzumi	5
2.5.	Apakšžokļa kaula izmežģījums	5
Piezīme:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Žokļa kaula lūzums abās pusēs vērtējams kā viens lūzums. 2. Ja laužts augšžokļa un apakšžokļa kauls, apdrošināšanas atlīdzības summējas. 	

	3. Ja žokļa kauls laužts stomatoloģiskas procedūras laikā, kas veikta apdrošināšanas gadījuma dēļ, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta. 4. Alveolas lūzums nav uzskatāms par žokļa kaula lūzumu. 5. Augšžokļa kaula un vaigu kaulu lūzumi uzskatāmi par vienu lūzumu. 6. Par visiem sejas kaulu lūzumiem tiek izmaksāts ne vairāk kā 15% no apdrošināšanas summas.	
3.	Ribu kauli un krūšukauls:	
3.1.	1 -2 ribu lūzumi	3
3.2.	3 -5 ribu lūzumi	5
3.3.	6 vai vairāk ribu lūzumi	10
Piezīme:	1. Ribas skrimšļa daļas lūzums ir pielīdzināms ribas lūzumam. 2. Apdrošināšanas atlīdzība ir jāizmaksā arī tad, ja riba lūzusi reanimācijas laikā, neatkarīgi no reanimācijas iemesla. 3. Apdrošināšanas atlīdzība tiek noteikta atbilstoši kopējam laužto ribu skaitam abās pusēs.	
3.4.	Krūšukaula lūzumi	5
Piezīme:	1. Apdrošināšanas atlīdzība ir jāizmaksā arī tad, ja krūšukauls lūzis reanimācijas laikā, neatkarīgi no reanimācijas iemesla.	
4.	Mugurkauls:	
4.1.	Mugurkaula kakla, krūšu vai jostas daļas skriemeļu vai loku lūzumi:	
4.1.1.	viena skriemeļa	15
4.1.2.	divu skriemeļu	20
4.1.3.	trīs un vairāk skriemeļu	25
4.2.	Mugurkaula kakla, krūšu vai jostas daļas skriemeļu dislokācija / samežģījums, skriemeļu atzaru (šķērsenisko, iekavu) lūzumi:	
4.2.1.	viena skriemeļa	5
4.2.2.	divu un vairāk skriemeļu	7
4.3.	Krustakaula lūzumi	10
4.4.	Mugurkaula beigu (asteskaula) lūzums	3
Piezīme:	1. Ja apdrošināšanas atlīdzība jāizmaksā mugurkaula skriemeļu un/vai loku lūzumu dēļ, tad mugurkaula skriemeļu atzaru bojājumu dēļ apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta. 2. Ja mugurkaula skriemeļu un/vai loku lūzumu dēļ bijusi operācija, apdrošināšanas atlīdzība netiek palielināta. 3. Ja ir bijuši bojājumi kopā ar muguras smadzeņu bojājumiem, tad apdrošināšanas atlīdzība jāizmaksā, pamatojoties uz abiem bojājumiem.	
5.	Roka:	
5.1.	Atslēgas kaula, lāpstiņas lūzums	5
5.2.	Atslēgas kaula izmežģījums	5
5.3.	Pleca kaula lūzums	10
5.4.	Dziļš locītavas (pleca kaula) izmežģījums	5
Piezīme:	1. Apdrošināšanas atlīdzība par parasto izmežģījumu tiek izmaksāta tikai vienu reizi un tikai tad, ja atkārtotais izmežģījums ir recidīvs sākotnējam izmežģījumam, kas noticis apdrošināšanas periodā un atkārtots izmežģījums, noticis ne vēlāk kā viena gada laikā no sākotnējā izmežģījuma dienas. Ja primārais izmežģījums noticis pirms apdrošināšanas perioda, tad atkārtoti izmežģījumi nav apdrošināšanas gadījumi un apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.	
5.5.	Dilba kaula lūzumi:	
5.5.1.	elkoņa kaula lūzums	5
5.5.2.	spieķa kaula lūzums	5
Piezīme	1. Apdrošināšanas atlīdzība par abu apakšdelmu kaulu (elkoņa kaula un spieķkaula) lūzumiem vienai rokai nedrīkst pārsniegt 8% no apdrošinājuma summas.	
5.5.3.	spieķa kaula un / vai elkoņa kaula izliekuma lūzums	2
5.6.	Dilba kaulu izmežģījums	5

5.7.	Plauksta kaulu lūzumi/ izmežģījumi:	
5.7.1.	navikulārā kaula lūzums / izmežģījums	5
5.7.2.	citū plauksta kaulu lūzums/ izmežģījums	3
Piezīme:	1. Par visiem plauksta kaulu (izņemot navikulāro kaulu) lūzumiem/ izmežģījumiem tiek izmaksāts ne vairāk kā 10% no apdrošinājuma summas.	
5.8.	Delnas kaulu lūzumi/ izmežģījumi	3
Piezīme:	1. Par visiem vienas plauksta delnas kaulu lūzumiem izmaksā ne vairāk kā 8% no apdrošinājuma summas.	
5.9.	Pirksta kaulu lūzums	
5.9.1.	īkšķa lūzums	3
5.9.2.	citū pirkstu lūzumi	2
Piezīme:	1. Viena pirksta vairāki kaulu lūzumi tiek novērtēti kā viens lūzums. 2. Par visiem vienas rokas pirkstu (izņemot īkšķi) lūzumiem izmaksā ne vairāk kā 5% no apdrošinājuma summas.	
5.10.	Zaudējumi	
5.10.1.	Rokas zaudējums virs elkoņa locītavas	75
5.10.2.	Rokas zaudējums virs plauksta locītavas līdz elkonim	65
5.10.3.	Plauksta zaudējums	50
5.10.4.	Pirmā pirksta (īkšķa) abu falangu zaudējums	20
5.10.5.	Pirmā pirksta (īkšķa) naga falangas zaudējums	10
5.10.6.	Otrā pirksta (rādītājpirksta) trīs falangu zaudējums	15
5.10.7.	Otrā pirksta (rādītājpirksta) divu falangu zaudējums	10
5.10.8.	Otrā pirksta (rādītājpirksta) vienas falangas zaudējums	5
5.10.9.	Trešā, ceturta vai piektā pirksta (vidējā pirksta, zeltneša, mazā pirkstiņa) trīs falangu zaudējums.	5
5.10.10.	Trešā, ceturta vai piektā pirksta (vidējā pirksta, zeltneša, mazā pirkstiņa) divu falangu zaudējums.	4
5.10.11..	Trešā, ceturta vai piektā pirksta (vidējā pirksta, zeltneša, mazā pirkstiņa) vienas falangas zaudējums.	3
Piezīme:	1. Saskaņā ar šo punktu izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības apjoms jāatskaita no apdrošināšanas atlīdzības apjoma, kas izmaksājams par šo pašu gadījumu atbilstoši nelaimes gadījumu apdrošināšanai	
6.	Dibens:	
6.1.	Iegurņa kaula, kaunuma kaula, dibena kaula, sēžas kaula lūzumi	5
6.2.	Gūžas kaula locītavas iedobuma lūzums	10
6.3.	Savienojuma plīsums	
6.3.1.	Vienpusējs simfīzes plīsums	7
6.3.2.	Abpusējs simfīzes plīsums	12
Piezīme:	1. Par visām iegurņa kaula traumām izmaksā ne vairāk kā 20% no apdrošinājuma summas.	
7.	Kāja:	
7.1.	Augšstilba lūzumi:	
7.1.1.	augšstilba izaugumu, ķermeņa, distālā gala lūzumi	10
7.1.2.	Augšstilba kaula galvas un / vai kakliņa lūzums	15
7.1.3.	Daudzfragmentu un segmentāls augšstilba lūzums	15
7.2.	Augšstilba izmežģījums	7
7.3.	Ceļa skriemeļa lūzums	7
7.4.	Ceļa skriemeļa izmežģījums	4
7.5.	Apakšstilba lūzumi:	
7.5.1.	iekšējās potītes aizmugurējās šķautnes lūzums	5
7.5.2.	apakšstilba (izņemot iekšējās potītes aizmugurējās šķautnes) lūzums	8
7.6.	Liela kaulu izmežģījums	5
7.7.	Apakšējā kājas kauls dislokācija	5
7.8.	Pēdas pamata (izņemot papēža kaulu, veltna kaulu) izmežģījums	4
7.9.	Papēža kaula, veltna kaula lūzums	6

Piezīme:	1. Apdrošināšanas atlīdzība par abu kaulu (papēža kaula un veltņa kaula) lūzumiem vienai pēdai nedrīkst pārsniegt 10% no apdrošinājuma summas.	
7.10.	Veltņa kaula dislokācija	5
Piezīme:	1. Par visām apakšstilba-kaulu no potītes traumām kopējā maksājamā summa nevar pārsniegt 20% no apdrošinājuma summas.	
7.11.1.	Pēdas kaulu lūzumi	3
7.11.2.	Pēdas kaulu izmežģījums	4
Piezīme:	1. Par visām vienas pēdas kaulu traumām kopējā maksājamā summa nevar pārsniegt 10% no apdrošinājuma summas.	
7.12.	Kājas pirksta kaulu lūzumi:	
7.12.1.	a) īkšķa lūzums	3
7.12.2.	b) citu pirkstu lūzumi	2
Piezīme:	1. Viena pirksta kaula vairāki lūzumi tiek novērtēti kā viens lūzums. 2. Par visiem vienas pēdas pirkstu (izņemot īkšķi) lūzumiem maksājamā summa nevar pārsniegt 5% no apdrošinājuma summas.	
7.13	Zaudējumi	
7.13.1.	Kājas zaudējums virs ceļgala locītavas	70
7.13.2.	Pēdas zaudējums virs pēdas locītavas	60
7.13.3.	Pēdas zaudējums	45
7.13.4.	Pirmā pirksta zaudējums	5
7.13.5.	Pirmā pirksta vienas falangas zaudējums	3
7.13.6.	otrā, trešā, ceturtā, piektā pirksta zaudējums	4
7.13.7.	otrā, trešā, ceturtā, piektā pirksta vienas vai divu falangu zaudējums	2
Piezīme:	1. Saskaņā ar šo punktu izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības apjoms jāatskaita no apdrošināšanas atlīdzības apjoma, kas izmaksājams par šo pašu gadījumu atbilstoši nelaimes gadījumu apdrošināšanai.	
8.	Mikstie audi:	
8.1.	Sejas, priekšējās vai sānu puses kakla virsmas, zonas zem žokļa kaula mīksto audu bojājums (mehāniska, ķīmiska, siltuma vai citas akūtas vardarbīgas ietekmes dēļ, kā arī stāvoklis pēc ādas pārstādīšanas operācijas):	
8.1.1.	sejas bojājumi ir redzami, bet seja neizskatās sabojāta un dabiskais izskats nav mainījies, ir pigmenta plankums/ rēta (1,5 līdz 5 cm garumā un 1-2 kv.cm apjomā).	2
8.1.2.	sejas bojājumi ir redzami, bet seja neizskatās sabojāta un dabiskais izskats nav mainījies, ir pigmenta plankums/ rēta vismaz 5 cm garumā un 2 kv.cm apjomā.	5
Piezīme:	1. Pigmenta plankumi un rētas (izņemot rētas no šūtām brūcēm) redzamas pēc sadzīšanas, ne mazāk kā 3 mēnešus pēc traumas. 2. Ja ir vairāk nekā viens pigmenta plankums / rēta, tad tiek rēķināts kopējais pigmenta plankumu / rētu garums/ platība.	
8.2.	Galvas ādas matainās daļas, ekstremitāšu, rumpja mīksto audu bojājumi:	
8.2.1.	mīksto audu bojājumi, kuru dēļ radusies rēta ir lielāka par 5 cm (2 cm bērniem līdz 10 gadu vecumam):	
8.2.1.1.	un ir no 5 cm līdz 0,5% ķermeņa virsmas platības (2 cm bērniem līdz 10 gadu vecumam)	2
8.2.1.2.	no 0,5 līdz 1% ķermeņa virsmas platības ieskaitot	3
8.2.1.3.	lielāki nekā 1% līdz 2% ķermeņa virsmas platības ieskaitot	5
8.2.1.4.	lielāki nekā 2% līdz 4% ķermeņa virsmas platības ieskaitot	8
8.2.1.5.	lielāki nekā 4% līdz 15% ķermeņa virsmas platības ieskaitot	10
8.2.1.6.	lielāki nekā 15% ķermeņa virsmas platības ieskaitot	15
8.2.2.	mīksto audu bojājumi, kuru dēļ radusies pigmenta plankumi	
8.2.2.1.	a) no 0,5 līdz 1% ķermeņa virsmas platības ieskaitot	2
8.2.2.2.	b) virs 1% līdz 10% ķermeņa virsmas platības ieskaitot	5
8.2.2.3.	c) virs 10% ķermeņa virsmas platības	10

8.2.3.	Apdegumu slimība (apdeguma šoks, apdeguma intoksikācija, apdeguma anūrija, asins saindēšanās apdeguma dēļ), ja diagnoze ir apstiprināta stacionārā.	10
Piezīme:	<p>1. Pigmenta plankumi un rētas redzamas pēc sadzīšanas.</p> <p>2. Ja ir vairāk nekā viens pigments plankums/ rēta, tad tiek rēķināts kopējais pigments plankumu/ rētu garums/ platība.</p> <p>3. Ķermeņa virsmas laukums ir vienāds ar 1% no apdrošinātā rokas virsmas (plauksta un pirkstiem kopā) platības. Šī platība tiek aprēķināta kvadrātcenīmetros: rokas garumu, mērot no plauksta locītavas līdz III pirksta galam (naga, trešais) pirksta kaula virspusē, kas reizināts ar plauksta platumu, ko mēra II-V delnas kaulu galviņu līnijā (neieskaitot I pirkstu).</p> <p>4. Apdrošināšanas atlīdzība par atklātām lūzumu, pēcoperācijas un amputācijas rētām netiek izmaksāta.</p> <p>5. Apdrošināšanas atlīdzību par 8.2.1.-8.2.3 sadaļām izmaksā tikai par vienu - smagāko no sekām.</p> <p>6. Apdrošināšanas atlīdzība par nobrāzumumiem vai sīkiem ādas bojājumiem netiek izmaksāta, ja vien nav nepieciešams veikt ķirurģiskas manipulācijas.</p>	
8.3.	Mīksto audu bojājums, kam seko: neuzsūkusies hematoma, kaulu plēves	5
8.4.	iekaisums (periosīts), osteomielīts, un citi strutaini procesi.	>10
Piezīme:	<p>1. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai par ne mazāk kā 5 kv.cm neuzsūkušās hematomas un tikai tajā gadījumā, ja tā tiek noteikta ne mazāk kā 3 mēnešus pēc traumas.</p> <p>2. Ja apdrošināšanas gadījuma dēļ veikta autotransplantācija (ādas, muskuļu, cīpslu), papildus tiek izmaksāts 5% no apdrošināšanas atlīdzības.</p> <p>3. Ārstēšanas izmaksas kosmētiskām plastiskām operācijām tiek atlīdzinātas pēc ārstniecības iestādes rēķiniem tomēr apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt 10% traumu apdrošināšanas summas.</p>	
9.	Saišu, muskuļu, cīpslu, menisku bojājumi:	
9.1.	Traumas izraisīti muskuļu, saišu, cīpslu plīsumi	
9.1.1.	a) pleca, rokas, apakšdelma	4
9.1.2.	b) gūžas, ceļa, apakšstilba, augšstilba	4
9.1.3.	c) plauksta, rokas	2
9.1.4.	d) potītes, pēdas	2
9.1.5.	e) sānu un / vai šķērsenisko ceļgalu saišu plīsums	4
9.2.	Meniska plīsums	5
9.3.	Meniska plīsums un sānu / krustenisko ceļgalu saišu plīsums	6
Piezīme:	<p>1. Par atkārtotu saišu, muskuļu, cīpslu, menisku plīsumu, ja pirmais noticis apdrošināšanas periodā, un ir piemērota konservatīva ārstēšana, apdrošināšanas atlīdzība nav jāizmaksā, izņemot gadījumus, kad pēc atkārtotas traumas veikta ķirurģiska ārstēšana (šajā gadījumā, vienu reizi papildus izmaksā 7. piezīmē paredzēto apdrošināšanas atlīdzību).</p> <p>2. Par atkārtotu saišu, muskuļu, cīpslu, menisku plīsumu, ja pirmais nav noticis apdrošināšanas periodā, izmaksā 50% no bojājumu no atbilstošā punktā paredzētās apdrošināšanas atlīdzības un tikai tajā gadījumā, ja atkārtotais pārrāvums radies ne agrāk kā 1 mēnesi pēc pilnīgas atveseļošanās.</p> <p>3. Ja ir noteikts, ka bijušas deģeneratīvas menisku, saišu, muskuļu, cīpslu izmaiņas, kam ir bijusi ietekme uz plīsumu, apdrošināšanas atlīdzība tiek samazināta par 50%.</p> <p>4. Abu viena ceļa menisku plīsumi tiek uzskatīti par vienu meniska plīsumu.</p> <p>5. Apdrošināšanas summa 1% apmērā tiek izmaksāta muskuļu, cīpslu, saišu plīsumu vai daļēju plīsumu gadījumā.</p> <p>6. Apdrošināšanas atlīdzība tiek maksāta tikai par ar MRI skenēšanu un / vai citām testēšanas metodēm apstiprinātiem ar menisku sānu / šķērsenisko ceļgala saišu plīsumu gadījumos.</p> <p>7. Muskuļu vai cīpslas plīsums jāapstiprina ar instrumentālās analīzes izmeklējumiem (NMR vai US) vai ārstu-speciālistu (ķirurgu/traumatologu).</p>	

	8. Ja muskuļu, cīpslu, saišu vai meniska plīsuma dēļ veikta operācija, papildus izmaksā 50% no bojājumiem attiecīgā punktā paredzētās apdrošināšanas atlīdzības. 9. Fiziskas piepūles (tostarp smagumu celšanas) izraisītu muskuļu, saišu, cīpslu vai menisku traumu gadījumā apdrošināšanas atlīdzība tiek samazināta par 50%.	
9.5.	Ahilleja cīpslas plīsums (ar konservatīvu ārstēšanu)	4
9.6.	Ahilleja cīpslas plīsums (ar operāciju)	7
Piezīme:	<p>1. Apdrošināšanas atlīdzības lielums Ahilleja cīpslas plīsuma dēļ, ar konservatīvu ārstēšanu, nevar pārsniegt 150 EUR.</p> <p>2. Par atkārtotu Ahilleja cīpslas bojājumu, ja pirmais noticis apdrošināšanas periodā, apdrošināšanas atlīdzība nav jāizmaksā</p> <p>3. Par atkārtotu Ahilleja cīpslas bojājumu, ja pirmais noticis apdrošināšanas periodā, un veikta ar konservatīva ārstēšana, nav jāmaksā, izņemot gadījumus, kad pēc atkārtotas traumas veikta operācija (šajā gadījumā, vienu reizi papildus izmaksā apdrošināšanas atlīdzību 5% no apdrošinājuma summas)</p> <p>4. Par atkārtotu Ahilleja cīpslas plīsumu, ja pirmais nav noticis apdrošināšanas periodā, izmaksā 50% no bojājumiem pēc atbilstošā punktā paredzētās apdrošināšanas atlīdzības un tikai tajā gadījumā, ja atkārtotais pārrāvums radies ne agrāk kā 1 mēnesi pēc pilnīgas atveseļošanās.</p>	
10.	Centrālā un perifērā nervu sistēma:	
10.1.	Galvas smadzeņu traumas:	
10.1.1	Galvas smadzeņu satricinājums (komocija), kam seko ambulatorā ārstēšana vairāk nekā 10 dienas, vai stacionārā mazāk kā 5 dienas	2
10.1.2.	Galvas smadzeņu satricinājums (komocija), kam seko ārstēšana stacionārā 5 dienas ilgāk	4
10.1.3.	Cerebrālā kontūzija un kompresija, kas diagnosticēta ar dator-tomogrāfijas (CT) vai magnētiskās rezonanses (MRI) izmeklējumiem stacionāras ārstēšanas laikā.	10
10.1.4.	Traumatisks subarahnoids asinsizplūdums	10
10.1.5.	Traumatisks subdurāls asinsizplūdums	12
10.1.6.	Epidurāls asinsizplūdums	18
Piezīme:	<p>1. Vienas traumas dēļ var attiecināt tikai vienu punktu no galvas smadzeņu traumām.</p> <p>2. Ja Galvas smadzeņu traumas dēļ veikta operācija, tad papildus jāizmaksā 5% no apdrošinājuma summas.</p> <p>3. Komocijas/ kontūzijas diagnozi jāuzstāda ārstam- speciālistam (neirologam/ neiroķirurgam).</p>	
10.2.	Muguras smadzeņu traumas:	
10.2.1.	Muguras smadzeņu satricinājums	5
10.2.2.	Muguras smadzeņu kontūzija, kas diagnosticēta ar dator-tomogrāfijas (CT) vai magnētiskās rezonanses (MRI) izmeklējumiem stacionāras ārstēšanas laikā	10
10.2.3.	Muguras smadzeņu saspiešana, asinsizplūdums muguras smadzenēs (kompresija)	15
10.2.4.	Daļējs traumatisks muguras smadzeņu mielīts	20
Piezīme:	1. Ja muguras smadzeņu traumas dēļ bijusi operācija, tad papildus tikai vienu reizi apdrošināšanas period jāizmaksā 5% no apdrošinājuma	
10.3.	Traumatiski galvas nervu bojājumi, kas noveduši pie rekonstruktīvas operācijas vai uzturēšanās neiropātijas klīnikā:	
10.3.1.	Vienpusīgs galvas nervu bojājums	5
10.3.2.	Divpusīgs galvas nervu bojājums	10
Piezīme:	<p>1. Apdrošināšanas atlīdzība tiek maksāta tikai vienu reizi, neatkarīgi no bojāto nervu skaita</p> <p>2. Apdrošināšanas atlīdzība ir jāizmaksā nekavējoties, ja galvas nervu traumas dēļ veikta rekonstruktīva operācija.</p> <p>3. Ja galvas nervu traumas dēļ nav veikta rekonstruktīva operācija, tad apdrošināšanas atlīdzība ir jāizmaksā tikai tad, ja nerva bojājumu simptomi saglabājas ilgāk par 6 mēnešiem.</p>	

	4. Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā, ja tā izmaksāta par galvaskausa pamatnes lūzumu. 5. Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā, ja tā izmaksāta par redzes orgānu disfunkciju, slimību.	
10.4.	Traumatiski perifēro nervu bojājumi:	
10.4.1.	Nervu bojājumi pleca / augšdelma līmenī (elkonis, iekšējā, radiālā, augšdelma, muskuļu ādas nervu trauma)	10
10.4.2.	Nervu trauma apakšdelma / plaukstu līmenī (elkonis, iekšējā, radiālā, apakšdelma ādas nervu bojājums apakšdelma zonā)	5
10.4.3.	Ceļgala / potītes nervu bojājumi (ceļgala, mazā liela kaula, potītes ādas nervu traumas)	5
10.4.4.	Gūžas un ciskas nervu bojājumi (sēžas, gūžas kaula / augšstilba ādas nervu bojājumi)	10
10.4.5.	Nervu bojājumi pinuma jomā (kakla, plecu, vidukļa, krustakaula)	25
Piezīme:	1. Traumatiskam perifēro nervu bojājumam pielīdzināmas šādas nervu traumas: nervu satricinājums, kontūzija, saspiešana, sastiepšana, plīsums, izraušana. 2. Ja ir perifēro nervu bojājumi vairākās ekstremitātēs, katras ekstremitātes trauma tiek vērtēta atsevišķi. 3. Vienas ekstremitātes vairāku nervu traumas uzskatāmas par vienu traumu. 4. Ja perifēro nervu un / vai nervu pinumu nervu bojājumus izraisījusi slēgtā nervu trauma, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai tad, ja nervu traumas simptomi saglabājas ilgāk par 6 mēnešiem, un trauma ir apstiprināta ar objektīvām metodēm. 5. Apdrošināšanas atlīdzība nav jāmaksā par pirkstu un plaukstu nervu traumu. 6. Ja 4 pantā minēto traumu dēļ ir bijusi operācija (šūti nervi, veikta plastika, pinuma reinervācija, utt.), tad neatkarīgi no operāciju skaita papildus izmaksā 5% no apdrošinājuma summas.	
11.	Dzirdes orgāni un respiratorā (elpošanas) sistēma:	
11.1.	Vienas auss gliemežnīcas traumas (traumas, apdeguma, apsaldējuma):	
11.1.1.	Gliemežnīcas traumatiska deformācija rētu dēļ vai trūkst 1 / 3 auss gliemežnīcas	3
11.1.2.	Trūkst vairāk kā 1 / 3 līdz 1 / 2 auss gliemežnīcas	5
11.1.3.	Trūkst vairāk kā 1 / 2 auss gliemežnīcas	7
Piezīme:	1. Ausu gliemežnīcas traumu ietekme tiek novērtēta pēc sadzīšanas, ne mazāk kā 1 mēnesi no traumas. 2. Apdrošināšanas atlīdzība maksājumos par auss gliemežnīcas traumas sekām, apdrošināšanas atlīdzība par mīksto audu traumu netiek izmaksāta.	
11.2.	Traumatisks bungādiņas plīsums, kas nemazina dzirdi	1
Piezīme:	1. Auss bungādiņas traumatiska plīsuma diagnozei jābalstās uz objektīvām svaigas traumas pazīmēm.	
11.3.	Deguna traumas, zudums:	
11.3.1.	Deguna traumas, kad zaudētas nāsis un deguna gals	7
11.3.2.	Deguna nāss (-u) vai gala	5
Piezīme:	1. Saskaņā ar šo sadaļu izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība jāatņem no apdrošināšanas atlīdzības, kas izmaksāta attiecībā uz to pašu gadījumu saskaņā ar invaliditātes apdrošināšanas seguma nosacījumu.	
11.4.	Krūšu kurvja orgānu trauma, kuras dēļ darīta:	
11.4.1.	Torakocentēze (krūšu kurvja pārduršana), drenāža	3
11.4.2.	Torakoskopija (pleiras dobumā pārbaude)	5
11.4.3.	Torakotomija	10
Piezīme:	1. Pēc tās pašas traumas ir jāmaksā tikai par vienu 4. sadaļā noteikto punktu. 2. Kad tiek veikta atkārtota torakotomija (retorakotomijas), tad papildus vienu reizi izmaksā 10% no apdrošinājuma summas (neatkarīgi no retorakotomiju skaita).	

	3. Ja krūšu kurvja vai tā orgānu traumas dēļ veikta plaušas operācija/ izņemta plauša vai tās daļa, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai par plaušas operāciju/ izņemšanu, un šis pants nav attiecināms. 4. Ja apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par torakoskopiju vai torakotomiju, tad par plaušu traumu apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.	
11.5.	Traumatiskss rīkles, trahejas, bronhu bojājums	5
Piezīme:	1. Ja ir veikta traheostomija, papildus izmaksā 5% no apdrošinājuma summas.	
11.6.	Traumatiskss pneimotorakss, hemotorakss, pneimohemotorakss:	
11.6.1.	vienā pusē	3
11.6.2.	Abās pusēs	6
12.	Gremošanas orgāni:	
12.1.	Mēles, mutes ievainojumi (traumas, apdegumi):	
12.1.1.	Diagnoze un šūtas mēles brūces	3
12.1.2.	Mēles, mutes dobuma, rīkles, barības vada traumas, kas izraisījušas rētu veidošanos	5
12.2.	Zobu traumatiski bojājumi:	
12.2.1.	Viena zoba	2
12.2.2.	2-3 zobu	5
12.2.3.	4-6 zobu	8
12.2.4.	7 un vairāk zobu	10
Piezīme:	<p>1. Par zobu traumatiskiem bojājumi tiek uzskatīti vismaz ceturtdaļas zoba kroņa , zoba vai tā saknes lūzums, zoba dislokācija (daļēja dislokācija), tai starpā inklinācija (zoba ietriekšana alveolā).</p> <p>2. Apdrošināšanas atlīdzība nav jāizmaksā par parodontozes bojātu zobu zaudējumu.</p> <p>3. Ja zobs nejauši lūzis medicīniskās manipulācijas laikā, apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja medicīniskās manipulācijas veiktas apdrošināšanas gadījuma seku dēļ.</p> <p>4. Ja traumas dēļ tiek bojāti:</p> <p>4.1. piena zobi bērniem līdz 5 gadu vecumam - apdrošināšanas atlīdzība jāizmaksā pilnā apmērā ;</p> <p>4.2. III, IV, V piena zobi bērniem līdz 8 gadu vecumam - apdrošināšanas atlīdzība jāizmaksā pilnā apmērā.</p> <p>Visos pārējos piena zobu traumu bojājuma gadījumos apdrošināšanas atlīdzību izmaksā līdz 1/2 apdrošinājuma summas, bet ne vairāk kā 150 EUR (neatkarīgi no bojāto zobu skaita).</p> <p>5. Ja ir bojāti pārveidoti zobi (kariozi, plombēti) apdrošināšanas atlīdzība tiek samazināta par 50%, izņemot gadījumus, kad ir objektīvas mutes un / vai sejas traumu pazīmes.</p> <p>6. Maksimālā apdrošināšanas atlīdzība 300 EUR apmērā tiek piemērota traumatiskam viena zoba bojājumam.</p> <p>7. Apdrošināšanas atlīdzība nav izmaksājama par ievainojuma (traumas) rezultātā bojātu vai salauztu zobu protēzi / implantu.</p>	
12.3.	Zobu traumatiski bojājumi	
12.3.1.	Viena zoba	5
12.3.2.	2-3 zobu	7
12.3.3.	4-6 zobu	12
12.3.4.	7 un vairāk zobu	15
Piezīme:	<p>1. Par nejaušu zobu zudumu neprecīzu vai nepareizu medicīnisko manipulāciju dēļ apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja medicīniskās manipulācijas veiktas apdrošināšanas gadījuma seku dēļ.</p> <p>2. Ja izsistais zobs ir ievietots (implantēts), apdrošināšanas atlīdzību ir jāizmaksā. Tomēr, ja vēlāk implantētais zobs tiek izņemts, papildus apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.</p>	

	<p>3. Ja traumas dēļ lūzusi vai bojāta izņemamā protēze, apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta.</p> <p>4. Ja zobi zaudēti pastāvīgo (fiksēto) tilta vai protēžu lūzuma dēļ, apdrošināšanas atlīdzība jāizmaksā tikai attiecībā uz atbalsta zobu zaudējumu traumas dēļ.</p> <p>5. Ja traumas dēļ tiek zaudēti:</p> <p>5.1. piena zobi bērniem līdz 5 gadu vecumam - apdrošināšanas atlīdzība jāizmaksā pilnā apmērā;</p> <p>5.2. III, IV, V piena zobi bērniem līdz 8 gadu vecumam - apdrošināšanas atlīdzība jāizmaksā pilnā apmērā.</p> <p>Visos pārējos piena zobu traumu zaudējuma gadījumos apdrošināšanas atlīdzību izmaksā līdz ½ apdrošinājuma summas, bet ne vairāk kā 150 EUR (neatkarīgi no bojāto zobu skaita).</p> <p>6. Ja ir bojāti pārveidoti zobi (kariozi, plombēti) apdrošināšanas atlīdzība tiek samazināta par 50%, izņemot gadījumus, kad ir objektīvas mutes un / vai sejas traumu pazīmes.</p> <p>7. Apdrošināšanas atlīdzība viena augšžokļa priekšējā zoba (13, 12, 11, 21, 22, 23) zaudējuma gadījumā, kas radies nelaimes gadījuma rezultātā, nepārsniedz 1.000 EUR</p> <p>8. Apdrošināšanas atlīdzība netiek piemērota vairāk kā 500 EUR gadījumā, ja traumatiski zaudēts viens no zobiem, izņemot priekšējo zobu (izņemot priekšējos zobus - 13, 12, 11, 21, 22, 23).</p> <p>9. Apdrošināšanas atlīdzība nav izmaksājama par ievainojuma (traumas) rezultātā zaudētu zobu protēzi/ implantu.</p>	
12.4.	Traumatisks vēdera dobuma savainojums:	
12.4.1.	traumatisks vēdera dobuma savainojums, ja nav veikta operācija	3
12.4.2.	Traumatisks vēdera dobuma savainojums, ja veikta:	
12.4.3.	laparocentēze	5
12.4.4.	laparoskopija	7
12.4.5.	laparatomija	10
12.4.6.	Vēdera priekšējā siena, diafragmas trūce vai pēcoperācijas trūce rētas apvidū (ja operācija tika veikta traumas dēļ), kā arī apstākļi pēc šādu trūču operācijas.	10
Piezīme:	<p>1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par trūcēm (nabas, pakrūtes, cirkšņa, sēklinieku trūces), kas radušās fiziskas piepūles rezultātā (tajā skaitā no smagumu celšanas).</p> <p>2. 12.4.6.punkta ietvaros izmaksājamā atlīdzība ir jāizmaksā papildus atlīdzībai, kas izmaksājama par vēdera trauma, ja trūce ir tiešs traumas rezultāts.</p>	
	Uroģenitālā un reproduktīvā sistēma:	
13.1.	Urīnizvadsistēmas jebkāda veida traumatiski ievainojumi, kas nav izraisījuši komplikācijas (plīsumi, apdegumi, apsaldējumi, akūta nefrotoksiska ietekme)	5
13.2.	Reproduktīvās sistēmas traumu sekas	
13.2.1.	Nekomplīcētas sēklinieku, dzimumlocekļa, kaunuma lūpu, maksts traumas	3
13.2.2.	Komplīcētas sēklinieku, dzimumlocekļa, kaunuma lūpu, maksts traumas (sēklinieku, dzimumlocekļa vai to daļu traumatiski zaudējumi, maksts sieniņas perforācijas traumas, uc)	10
13.3.	Augļa zaudējums traumas dēļ	25
Piezīme:	1. Izmaksājot saskaņā ar šīs sadaļas 13. punktu, apdrošināšanas atlīdzība jāatņēma no apdrošināšanas atlīdzības, kas jāizmaksā šī paša gadījuma dēļ atbilstoši Invaliditātes nosacījumam.	
	Sirds un asinsvadu sistēma:	
14.	Sirds un asinsvadu traumas:	
14.1.	kas nav izraisījušas hipovolemisko šoku	3

14.2.	kas izraisījušas vieglu vai vidēji smagu šoku	5				
14.3.	izraisījušas smagu šoku	10				
Piezīme:	1. Ja lielas asinsvadu traumas dēļ bijusi operācija, kurā izmantota mākslīgā asinsrite, tad apdrošināšanas prēmija palielināma par 50% (tikai vienu reizi). 2. Par vienu apdrošināšanas gadījumu ir jāmaksā tikai par vienu, smagāko no traumām.					
Redzes sistēma:						
15.1.	Konjunktīva/ radzenes traumas, svešķermeņi	1				
15.2.	Trešās pakāpes acs apdegumi	5				
15.3.	acs traumas sekas, kas nav izzudušas 3 mēnešus pēc traumas dienas:					
15.3.1.	plakstiņu rētaiņi bojājumi, kas traucē to funkciju, asaru kanāliņa plīsums, acs kustīgo muskuļu bojājums / paralīze	10				
15.3.2.	asinsizplūdums no priekšējās kameras, varavīksnenes un zilītes formas izmaiņas, ciliārā ķermeņa anomālijas (pielāgošanās paralīze), ciliārā ķermeņa plīsumi, lēcas patoloģisks stāvoklis, stiklveida ķermeņa anomālijas (haemophtalmus), traumatiska tīklenes atslāņošanās, dzislaines plīsums, traumatiskā katarakta	15				
15.4.	Traumatisks acs ābola izmežģijums	5				
15.5.	Perforētas acs ābola (radzenes, cīpslenes) traumas	5				
15.6.	Traumatiski redzes traucējumi (patstāvīgi)					
Redzes asums		%	Redzes asums		%	
Pirms traumas	Pēc traumas		Pirms traumas	Pēc traumas		
1.0	0.7	1	0.6	0.4	1	
	0.6	3		0.3	3	
	0.5	5		0.2	10	
	0.4	10		0.1	15	
	0.3	15		<0.1	20	
	0.2	20		0.0	25	
	0.1	30		0.5	0.3	1
	<0.1	40			0.2	5
	0.0	45			0.1	10
0.9	0.6	1	0.4	<0.1	15	
	0.5	3		0.0	20	
	0.4	5		0.2	3	
	0.3	10		0.1	5	
	0.2	20		<0.1	10	
	0.1	30		0.0	20	
	<0.1	40		0.3	0.1	3
	0.0	45			<0.1	10
0.8	0.5	1	0.2	0.0	20	
	0.4	5		0.1	3	
	0.3	10		<0.1	5	
	0.2	20		0.0	10	
	0.1	30		0.1	<0.1	5
	<0.1	40			0.0	20
	0.0	45			<0.1	10
0.7	0.5	1	<0.1			
	0.4	5				
	0.3	10				
	0.2	15				
	0.1	20				
	<0.1	30				
	0.0	35				

Piezīme:	1. Tiklences atslāņošanās tiek uzskatīta par apdrošināšanas gadījumu, un apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai tad, ja tiklences atslāņošanās notikusi tiešas acu traumas dēļ (sasituma, traumas, orbītas lūzuma). Ja tiklene atdalījusies slimības (smaga tuvredzība, hipertensiska vai cita slimība), paceļot smagus priekšmetus, ātru vai neparastu kustību dēļ, sasitot citu ķermeņa daļu, apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta. 2. Apdrošināšanas atlīdzību, kas izmaksājama pēc šī punkta, jāatkrēķina no apdrošināšanas atlīdzības, kas jāizmaksā šī paša gadījuma dēļ atbilstoši Invaliditātes nosacījumam. 3. Ja redzes asums traumas rezultātā pasliktinās abās acīs, katrai acij izmeklējums jāveic atsevišķi. Abām acīm attiecināmais procentu apjoms jāskaita un jāreizina ar koeficientu 1.25. 4. Ja veselības aprūpes iestādēm nav informācijas par redzes asumu pirms traumas, redzes asums jāpieņem – 1.0, bet ne labāks par ievainotās acs redzes asumu. 5. Ja pēc traumas tiek implantēta intra-okulārā lēca vai tiek izmantotas palīglēcas, izmaksājamās atlīdzības lielums nosakāms, balstoties uz redzes asumu pirms lēcu implantēšanas vai izmantošanas. 6. Redzes asums nosakāms vismaz 6 mēnešus, bet ne vēlāk kā 12 mēnešus pēc ievainojuma (traumas).	
16.	Citi traumatiskie ievainojumi	
16.1.	Sezamoidā kaula lūzums	1
16.2.	Iegurņa pārrāvums	3
16.3.	Operācija dēļ iegurņa pārrāvuma	5
Piezīme:	1. Šajā punktā Piezīme: apdrošināšanas atlīdzība izmaksājama tikai gadījumā, ja nav izmaksājama neviena cita šajā tabulā norādītā apdrošināšanas atlīdzība.	
17.	Dažādu traumatisku ievainojumu sekas (sadaļa nav attiecināma uz roku un kāju pirkstu traumām):	
17.1.	flegmona, pēctraumatiskā limfostāze, traumatisks trombofleīts, ārstēšanās pēc traumas laikā radušies ķermeņa izgulējumi	5
17.2.	kaula autotransplantāta ņemšana	5
17.3.	Pēctraumas osteomiēlīts (izņemot galvaskausa), hematogēns osteom	10
Piezīme:	1. Apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar šo sadaļu, izmaksā tikai vienu reizi, papildus apdrošināšanas atlīdzībai, kas jāizmaksā saskaņā citām sadaļām, ja traumu ietekme (izņemot flegmonu) ilgst ne mazāk par 3 mēnešiem pēc traumas un ne vēlāk kā 12 mēnešu. no nelaimes gadījuma dienas, un to apliecina ieraksts medicīniskajā kartē.	
17.4	Traumatisks, apdegumu izraisīts, anafilaktisks (sakarā ar paaugstinātu jutību pret noteiktām vielām) šoks, tauku embolija, ja diagnosticēts stacionāras ārstēšanas laikā.	5
17.5.	Apdrošināšanas gadījums, kura dēļ apdrošinātais tika ārstēts slimnīcā ilgāk nekā 4 dienas: traumatiska asfiksija, akūta ķīmiskā saindēšanās (ar ķīmiskām, toksiskām vielām), elektrošoks (elektrisko tiklu, iekārtu, atmosfēras elektriskās izlādes), stingumkrampji, čūskas dzēliens, ziditāju kodumi, kukaiņu kodumi (izņemot gadījumus, ja ārstēšana nozīmēta inficēšanās ar infekcijas slimību dēļ), ar nosacījumu, ka nepieciešama hospitalizācija:	
17.5.1.	Ja ārstēšanās slimnīcā ilgst 5-10 dienas	6
17.5.2.	Ja ārstēšanās slimnīcā ilgst 11 dienas un ilgāk	10
Piezīme:	1. Apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar šo sadaļu ir jāmaksā tikai tad, ja tā netiek izmaksāta pēcneviens citas šīs tabulas sadaļas. 2. Ja apdrošinātajam uzbrucis paša apdrošinātā mājdzīvnieks, apdrošināšanas atlīdzība tiek samazināta par 50%.	
18.	Kritiskās slimības:	
18.1.	Ļaundabīgs audzējs (vēzis)	100

Piezīme:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ļaundabīgi audzēji (vēža) - slimību grupa, kuras būtiska pazīme - nekontrolēta ģenētiski pārveidotu šūnu izplatīšanās un šo šūnu spēja iznīcināt apkārtējos audus un izplatīties uz citām ķermeņa zonām (metastāzes). 2. Vēža diagnoze jāapstiprina ar histoloģisku izmeklēšanu, diagnozi jānosaka onkologam. 3. Ar terminu 'vēzis' saprot leukēmiju (asins vēzi), sarkomu un limfomu (izņemot T-šūnu limfomu). Diagnozi jāapstiprina onkologam vai hematologam un ar atbilstošu asins analīzi. 4. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par jebkuriem pirmsvēža bojājumiem, neinvazīviem audzējiem (vēzis in situ), prostatas vēzi I stadijā, limfogranulomatozi I stadijā, hronisku limfātisko leukēmiju., ādas vēzi (izņemot ļaundabīgu melanomu), jebkāda veida audzējiem ar HIV (cilvēka imūndeficīta vīrusu) inficētām apdrošinātām personām.
18.2.	Cerebrāls infarkts (insults) 100
Piezīme:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Akūts smadzeņu asinsrites traucējums galvas smadzenēs, kas ilgst ilgāk par 3 nedēļām un rada neiroloģisku deficītu, ko izraisījusi smadzeņu audu netraumatiskas izcelsmes asiņošana vai asinsvadu nosprostošanās. 2. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai tad, ja ir paliekošas neiroloģiskas sekas, ko apstiprina ārsts neirologs, vismaz 12 nedēļas pēc infarkta.
18.3.	Miokarda infarkts 100
Piezīme:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Akūts nepārejošs sirds muskuļa bojājums (nekroze), kas attīstās asinsrites traucējumu dēļ atbilstošā sirds muskuļa segmentā. 2. Miokarda infarkta diagnoze būtu jābalsta uz zemāk minētajiem kritērijiem: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. ilgstošas tipiskas sāpes krūtīs 2.2. Jaunas miokarda infarktā atbilstošas elektrokardiogrāfiskās izmaiņas 2.3. Miokarda infarktā specifisku fermentu palielināta koncentrācija asinīs 3. Diagnoze jāapstiprina kardiologam.
18.4.	Redzes zudums (aklums) 100
Piezīme:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vispārējs neatgriezenisks redzes zudums abās acīs slimības dēļ. 2. Diagnozi jāapstiprina ar ārstam oftalmologam pēc klīniskas un instrumentālas pārbaudes. 3. Aklums var būt pārejošs. Šādā gadījumā atlīdzība ir izmaksājama, ja pilnīgs redzes zaudējums abām acīm saglabājas 6 mēnešus pēc diagnosticēšanas.
18.5.	Nieru mazspēja 100
Piezīme:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hroniska nieru mazspēja ar visiem šādiem nosacījumiem: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Neatgriezeniska kreatinīna filtrāta krišanās, progresējot funkcionālajai nieru audu nefrosklerozei; 1.2. Kreatinīna vairāk nekā 10 mg/ dl; 1.3. Konservatīva ārstēšana neiedarbojas; 1.4. Ārstēšana tikai ar dialīzi vai transplantāciju. 2. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja apdrošinātajam veikta nieru transplantācijas operācija, vai vairāk nekā 6 mēnešus vismaz 1 reizi mēnesī veikta regulāra dialīze. 3. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta vienpusējas nefrektomijas un akūtas nieru mazspējas gadījumā.
18.6.	Izkaisītā skleroze 100
Piezīme:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demielinizējoša centrālās nervu sistēmas slimība, ko raksturo atkārtoti un nepārtraukti progresējoši neiroloģiskas disfunkcijas simptomi. 2. Izkaisītās sklerozes diagnoze jāapstiprina ārstam neirologam pēc pacienta neiroloģiskas izmeklēšanas stacionārā. 3. Ir jābūt noteiktiem acīmredzamiem demielinizējošiem maņu un motoriskās darbības traucējumu klīniskiem simptomiem, tipiskiem kodolmagnētiskās rezonanses datiem. 4. Acīmredzamiem motoriskās vai sensorās funkcijas traucējumiem jāilgst vismaz 6 mēnešus.

18.7.	Ekstremitātes zudums (ekstremitātes funkcijas zudums)	100
Piezīme:	1. Pilnīgs pastāvīgs divu vai vairāk ekstremitāšu vai to funkciju zudums traumas vai slimības dēļ. Par ekstremitātes zudumu tiek uzskatīts tās zudums virs ceļa vai elkoņa locītavas. 2. Dažos gadījumos, ekstremitātes funkciju zudums var būt īslaicīgs. Apdrošinātājs patur tiesības atlikt lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu uz 6 mēnešiem. Šai gadījumā, apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ekstremitātes funkciju zudums saglabājas pēc 6 mēnešiem.	
18.8.	Iekšējo orgānu transplantācija (pārstādīšana)	100
Piezīme:	1. Sirds, plaušu, aknu, kaulu smadzeņu nieres (-u), tievās zarnas, aizkuņģa dziedzera, transplantācija, ja apdrošinātais ir recipients (saņēmējs). Apdrošināšanas atlīdzība donoriem netiek izmaksāta.	
18.9.	<i>Aortic aneurysm</i> (anormāla aortas palielinājums ar tās plīšanas un tālākas nopietnas asiņošanas risku).	100
Piezīme:	1. Diagnozēm jābūt balstītām uz objektīviem izmeklējumiem (iekšējo orgānu ultraskaņas izmeklējumi, aortogrāfiju, CT (datortomogrāfiju), MRI (magnētisko rezonansi) vai cita veida izmeklējumiem. 2. Ārkārtas operācija vai plānota endovaskulāra stenta potēšana..	
18.10.	Koronārās artērijas apvada pārstādīšana	100
Piezīme:	1. Atvērta koronārās artērijas apvada pārstādīšana, lai izveidotu apvadu divām vai vairāk sašaurinātajām vai bloķētajām konorārajām artērijām ar apvada pārstādīšanas palīdzību.. 2. Operācijas nepieciešamību jāapstiprina kardiologam vai kardiķirurgam un jāpamato ar koronārās artērijas angiogrāfijas datiem. 3. Apdrošināšanas atlīdzība nav izmaksājama šādos gadījumos: <ul style="list-style-type: none"> • Ja apvada izveidi veic vienai sašaurinātai vai bloķētai koronārajai artērijai; • Koronārās artērijas angioplastija vai stenta implantācija. 	
18.11.	Sirds vārstuļu operācija	100
Piezīme:	1. Sirds vārstuļu operācija tiek izmantota, lai aizvietotu vienu vai vairākus bojātos sirds vārstuļus. Termins iekļauj šādas procedūras: <ul style="list-style-type: none"> • atvērta vārstuļa labošanas vai nomaiņas operācija; • Rosa operācija; • balona valvuloplastija; • transkatetra aortas vārstuļa implantācija (TAVI). 2. Operācijas nepieciešamību jāapstiprina kardiologam vai kardiķirurgam un jāpievieno ultraskaņas kardioskopijas vai sirds katetrizācijas rezultāti. 3. Apdrošināšanas atlīdzība nav izmaksājama transkatetra mitrālā vārstuļa labošanas gadījumā.	
18.12.	Labdabīgi smadzeņu vai muguras smadzeņu audzēji (šūnu masas ar nekontrolētu dalīšanos un iespēšanos piegulošajos audos (infiltrācijau)	100
Piezīme:	1. Diagnoze jāapstiprina onkologam vai neiroķirurgam 2. Diagnozei jābūt pamatotai uz objektīviem izmeklējumiem (CT (datortomogrāfija), MRI (magnētiskā rezonanse) vai smadzeņu biopsija).	
18.13.	Cerebrālā aneirisma (patoloģiski paplašināti asinsvadi smadzenēs ar potenciālu radīt spiedienu uz piegulošajiem audiem vai pārplīst un izraisīt bīstamu asiņošanu).	100
Piezīme:	1. Diagnozei jābūt balstītai uz objektīviem izmeklējumiem ((datortomogrāfiju), MRI (magnētisko rezonansi) skanējumu, smadzeņu angiogrāfiju, muguras smadzeņu šķidrums analīzi vai citu). 2. Ārkārtas operācija vai plānota cerebrālās aneirismas operācija. 3. Apdrošināšanas atlīdzība nav izmaksājama par asimptomātisku cerebrālo aneirismu, kas periodiski tiek novērota un izmeklēta.	
18.14.	Dzirdes zaudējums	100
Piezīme:	1. Pastāvīgs un neatgriezenisks slimības radīts abu ausu kurlums	

	<p>2. Diagnozi jānosaka otorolingologam un jābūt vismaz 90db dzirdes traucējumam labākajā ausī, balstot uz "tīrā toņa" audiometrijas pārbaudi, izmantojot 500, 1000 un 2000 Hz robežfrekvences.</p> <p>3. Kurlums var būt pārejošs. Šajā gadījumā apdrošināšanas diagnoze ir izmaksājama, ja pilnīgs dzirdes zaudējums saglabājas 6 mēnešus pēc diagnosticēšanas.</p>	
18.15.	Runas zaudējums	100
Piezīme	<p>1. Pastāvīgs un neatgriezenisks runas zaudējums, kas pastāv vismaz 6 mēnešus.</p> <p>2. Diagnoze jāapstiprina otolarigologam.</p> <p>3. Apdrošināšanas atlīdzība nav izmaksājama par psihisku traucējumu vai slimību izraisītu runas spēju zaudējumu.</p>	
18.16.	Parkinsona slimība	100
Piezīme	<p>1. Parkinsona slimības izraisīts pastāvīgs fizisko spēju zaudējums.</p> <p>2. Primārais Parkinsonisms diagnosticēts līdz 60 gadu vecumam un to apstiprina vismaz 2 no tālāk norādītajiem klīniskajiem simptomiem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • muskuļu stīvums; • trīce; • Hiokinēze (anormāls kustību lēnums, lēna fiziskā un garīgā atbildes reakcija). <p>3. Parkinsona slimībām nepieciešams, lai, neskatoties uz atbilstošu medicīnisku ārstēšanu, būtu pilnīga nespēja paša spēkiem veikt vismaz 3 no šādām 6 ikdienas dzīves aktivitātēm vismaz 3 mēnešus ilgā period bez pārtraukumiem: Ikdienas kativitātes ir šādas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mazgāšanās: spēja pašam nomazgāties vannā, dušā (ieskaitot iekāpšanu / izkāpšanu no vannas, dušas) vai arī apmierinošu nomazgāšanos, izmantojot citus līdzekļus; • Apģērbšanās: spēja uzvilkt un novilkt, aizpogāt un atpogāt nepieciešamo apģērbu, ieskaitot bikšturus, mākslīgos locekļus (protēzes) vai cita veida ortopēdiskās ierīces; • Ēšana: spēja pašu spēkiem ēst jau sagatavotu un pasniegtu ēdienu; • Personīgā higiēna: spēja uzturēt atbilstošu personīgo higiēnu apmeklējot tualeti vai pārvaldot urīnpūslā un zarnu funkcionēšanu citādā veidā; • Pārvietošanās telpās – spēja pārvietoties starp istabām, kuras atrodas vienā un tajā pašā stāvā; • Iekāpšana / izkāpšana no gultas – spēja iekāpt gultā un pārvietoties no gultas uz krēslu vai ratiņkrēslu. <p>4. Diagnozi jānosaka neirologam.</p> <p>5. Smadzeņu stimulatora (neirostimulatora) implantēšana slimības simptomu kontrolei iz apdrošināts gadījums neatkarīgi no spējas veikt ikdienas dzīves aktivitātes. Nepieciešamību implantēt neirostimulatoru jāapstiprina neirologam vai neiroķirurgam..</p> <p>6. Apdrošināšanas atlīdzība nav izmaksājama šādos gadījumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sekundārais parkinsonisms (ieskatot medikamentu vai toksīnu ierosināts parkinsonisms); • būtiska trīce; • Ar citām neurodeģerativām slimībām saistīts parkinsonisms. 	
18.17.	Alcheimera slimība	100
Piezīme	<p>1. Precīza Alcheimera slimība diagnosticēta personai, kas jaunāka par 60 gadiem un tā apstiprināta ar visu šādu kritēriju esamību:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intelektuālo spēju zudums, kas izpaužas kā atmiņas un kognitīvo funkciju (koncentrēšanās, organizēšanās, spriešana un plānošana) pasliktināšanās, kā rezultātā ievērojami samazinās garīgā un sociālā funkcionēšana; • personības izmaiņas; • lēna slimības attīstība un pastāvīga kognitīvo funkciju pasliktināšanās; • nav apziņas traucējumu; 	

- tipiski konstatējumi neirofizioloģiskās un nervu sistēmas pārbaudēs (piem., CT (digitālā tomogrāfija), MRI (magnētiskā rezonanse)).
2. Apdrošinātajai personai slimības rezultātā nepieciešama pastāvīga aprūpe (24 stundas diennakti).
 3. Diagnozi un aprūpes nepieciešamību jānosaka un jāapstiprina neirologam.
 4. Apdrošināšanas atlīdzība nav izmaksājama gadījumā, ja tiek diagnosticētas citas smadzeņu, sistēmisku vai garīgu slimību izraisītas demences formas.

Papildu slimības, kas ir uzskaitītas zemāk, kuras ir paredzētas, ja tiek izvēlēts plašs segums.

18.18.	Primārais I tipa cukura diabēts (slimību raksturo insulīna veidošanās traucējumi un augsts cukura līmenis asinīs).	100
Piezīme	1. Diagnoze jāapstiprina endokrinologam. 2. Asins analīzēm jāuzrāda palielināts glikozes un/vai glikozētā hemoglobīna līmenis (HbA1c) 3. Pastāvīga ārstēšana ar insulīna injekcijām.	
18.19.	Sistēmiska sarkanā vilkēde (hroniska autoimūna un iekaisuma slimība, kuras rezultātā organism imūnsistēma uzbrūk (bojā) veselos audus)	100
Piezīme	1. Diagnoze jāapstiprina reimatologam. 2. Asins analīzēm (seroloģiskajām analīzēm) jāuzrāda Ro/SS -A un La/SS -B antinukleāro antiķermeņu klātbūtni.	
18.20.	Adisona slimība (virsnieru dziedzeru abpusēja disfunkcija, kas attīstoties izraisa virsnieru garozas iznīcināšanu un daļēju vai pilnīgu virsnieru funkciju zaudēšanu).	100
Piezīme	1. Slimība jāapstiprina endokrinologam. 2. Apdrošinātajai personai 3 mēnešus jāveic hormonālā terapija un šāda ārstēšana tiek turpināta. 3. Asins analīzēm jāuzrāda zems kortizola līmenis un augsts adrenokortikotropiskā hormona (ACTH) līmenis.	
18.21.	Muskuļu distrofija (ģenētiski izraisītas primārās muskuļu slimības, kuras raksturo muskuļu novājināšanās un atrofēšanās).	100
Piezīme	1. Slimība jāapstiprina ģenētiķim u neirologam. 2. Diagnoze jāpamato ar muskuļu morfoloģiskajiem un/ vai elektromiogrāfijas izmeklējumiem un specifiska muskuļu enzīma (kreatīna fosfokināzes) pārbaudi.	
18.22.	Behtereva slimība (pilnīgs mugurkaula stīvums, kas rodas hronisku iekaisuma slimību izraisītas padziļinātas skriemeļu pārkaulošanās rezultātā)	100
Piezīme	1. Diagnoze jāapstiprina reimatologam. 2. Diagnoze jāpamato ar rentgena uzņēmumiem, kas demonstrē tipiskas izmaiņas mugurkaulā (starpkriemeļu saplūšana). 3. Asins analīzēm jāuzrāda cilvēka leikocītu antigēna (HLA) B27 klātbūtne.	
18.23.	Reimatoīdais artrīts (locītavu autoimūna, hroniska, pastāvīgi progresējoša iekaisuma slimība, kas izraisa locītavu deformāciju)	100
Piezīme	1. Diagnoze jāapstiprina reimatologam. 2. Asins analīzēm jāuzrāda augsts reimatoīdā faktora līmenis. 3. Slimībai tipiskas izmaiņas locītavās tiek diagnosticētas, pamatojoties uz objektīviem izmeklējumiem (rentgens, CT (datortomogrāfija), MRI (magnētiskā rezonanse)).	
18.24.	Coma	100
	Coma ir bezsamaņas stāvoklis bez reakcijas uz ārējiem stimuliem vai iekšējām vajadzībām. Komai ir jāturpina vismaz 96 stundas, un tām ir nepieciešama intubācija un mehāniskā ventilācija, lai uzturētu dzīvību. Jābūt arī funkcionāliem neiroloģiskiem traucējumiem, kas pastāvīgi	

	turpinās vismaz 30 dienas pēc komas rašanās, kas, pēc neiroķirurģijas domām, ir pastāvīga. Medicīniski izraisīta koma un koma, kas rodas tieši no alkohola vai narkotiku lietošanas, ir izslēgta.	
18.25.	Lieli apdegumi	100
	Ir jābūt trešā pakāpes apdegumiem ar rētām, kas aptver vismaz 20% ķermeņa virsmas. Certificētajam ārstiem jāapstiprina diagnoze un kopējā platība, izmantojot standartizētas, kliniski pieņemamas ķermeņa virsmas diagrammas.	
18.26	Beigu stadijas aknu mazspēja	100
	Pastāvīga un neatgriezeniska aknu darbības traucējumi, kas izraisa visu trīs no šādām sekām: 1. pastāvīga dzelte; un 2. ascīts; un 3. aknu encefalopātija. Aknu mazspēja, kas ir atkarīga no narkotiku vai alkohola lietošanas, ir izslēgta.	