

NELAIMES GADĪJUMU APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI NR. 5

APSTIPRINĀTS

ar "BTA" apdrošināšanas akciju sabiedrības
2007.gada 27. marta
Valdes lēmumu Nr. 16

"BTA" apdrošināšanas akciju sabiedrība, pamatojoties uz šiem noteikumiem, slēdz nelaimes gadījumu apdrošināšanas līgumus ar juridiskām vai fiziskām personām.

Šie apdrošināšanas noteikumi ir sastādīti saskaņā ar Latvijas Republikas likumiem "Par apdrošināšanas līgumu", "Apdrošināšanas sabiedrību un to uzraudzības likums" un citiem LR spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.

1. NOTEIKUMOS LIETOTO TERMINU SKAIDROJUMS

Apdrošinātājs - "BTA" apdrošināšanas akciju sabiedrība

Apdrošinājuma ņēmējs - juridiska vai fiziska persona, kas noslēgusi apdrošināšanas līgumu savā vai citas personas labā.

Apdrošinātais - apdrošināšanas līgumā norādītā fiziskā persona, kuras labā noslēgts apdrošināšanas līgums.

Apdrošināšanas polise - dokuments, kas apliecina apdrošināšanas līguma noslēgšanu un ietver visus apdrošināšanas līguma noteikumus.

Apdrošinājuma summa - apdrošināšanas līgumā noteiktā naudas summa, par kuru ir apdrošināta personas dzīvība un veselība.

Nelaimes gadījums - pēkšņs, neparedzēts, no Apdrošinātā gribas neatkarīgs, cēloniskā sakarībā ar ārēju spēku iedarbību radies notikums, kura rezultātā nodarīts kaitējums Apdrošinātā dzīvībai vai veselībai.

Apdrošināšanas gadījums - ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts notikums - nelaimes gadījums, kura rezultātā nodarīts kaitējums personas dzīvībai vai veselībai, un, kuram iestājoties, paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

Apdrošināšanas atlīdzība - par apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā naudas summa saskaņā ar apdrošināšanas līgumu.

Apdrošināšanas prēmija - apdrošināšanas līgumā noteiktais maksājums par apdrošināšanu.

Apdrošināšanas periods - laika periods, uz kuru noslēgts apdrošināšanas līgums.

Invaliditāte - ilgstošs vai nepārejošs ar vecuma pārmaiņām cilvēka organismā nesaistīts fizisko spēju ierobežojums, kas apgrūtinā persona integrāciju sabiedrībā, pilnīgi atņem vai daļēji ierobežo tās spēju strādāt un sevi apkopt (I., II. un III. grupa).

Sportists - persona, kura nodarbojas ar vienu vai vairākiem sporta veidiem nolūkā sasniegt augstus rezultātus un, kura piedalās sacensībās. Saskaņā ar šiem noteikumiem persona, kas trenējas, lai veicinātu vispusīgu fizisko attīstību, nostiprinātu veselību un nepiedalās sacensībās, netiek uzskatīta par sportistu.

Labuma guvējs - Apdrošinātā rakstveidā norādīta persona, kurai Apdrošinātā nāves vai rīcībnespējas gadījumā izmaksājama apdrošināšanas atlīdzība. Gadījumā, ja Apdrošinātais nav rakstveidā norādījis labuma guvēju, Apdrošinātā nāves vai rīcībnespējas gadījumā Apdrošinātājs apdrošināšanas atlīdzību izmaksā Apdrošinātā mantiniekiem saskaņā ar LR spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.

Atkārtots kaula lūzums - kaula lūzums, kas radies iepriekšēja lūzuma vietā atkārtotas traumas rezultātā nepilnīgas kaula konsolidācijas dēļ.

Patoloģisks kaula lūzums - lūzums, kas radies bez ārējas mehāniskas iedarbības kaula struktūras izmaiņu dēļ.

Paaugstinātā riska kaulu lūzuma gadījums - gadījums, kad noticis kaula lūzums, ko sekmējusi agrāk traumatiski bojāta locītava (locītavas saišu sastiepums, locītavas somiņas plīsumi, locītavas mežģījumi, "ieraduma mežģījumi"), kā arī gadījums, kad kaula lūzums ir radies ārēja spēka iedarbības rezultātā uz izmainītas kaulu struktūras fona.

2. APDROŠINĀŠANAS OBJEKTS

2.1. Saskaņā ar šiem noteikumiem apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā dzīvība un veselība.

Papildus apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā mantiskā interese, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, neciest zaudējumus sakarā ar ārstniecības pakalpojumu apmaksu, kā arī sakarā ar pārejošu darba nespēju zudumu iespēju gūt ienākumus.

3. APDROŠINĀTIE RISKI, KURU IESTĀŠANĀS IESPĒJAMĪBAI NOSLĒDZ APDROŠINĀŠANAS LĪGUMU

3.1. Apdrošinātais risks ir nākotnē iespējams nelaimes gadījums, kura rezultātā:

- iestāsies Apdrošinātā nāve vai invaliditāte;
- Apdrošinātajam radīsies viens vai vairāki kaulu lūzumi, mežģījumi, apdegumi, apsaldējumi, miesas bojājumi, ievainojumi;
- notiks Apdrošinātā akūta saindēšanās ar indīgiem augiem, ķīmiskām, toksiskām vielām (rūpnieciskām vai sadzīves), medikamentiem.

3.2. Saskaņā ar šiem noteikumiem nelaimes gadījumam tiek pielīdzināts un par apdrošināšanas gadījumu tiek uzskatīts notikums, kad Apdrošinātais saslimst ar ērcu encefalītu (encefalomielītu) vai poliomiēlītu, būdams vakcinēts pret attiecīgām slimībām. Saskaņā ar šiem noteikumiem nelaimes gadījumam netiek pielīdzināts un par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts notikums, kad Apdrošinātais saslimst ar ērcu encefalītu (encefalomielītu) vai poliomiēlītu, nebūdams vakcinēts pret attiecīgām slimībām.

3.3. Apdrošinātā nāve ir apdrošināšanas gadījums, ja tā iestājusies nelaimes gadījuma rezultātā apdrošināšanas līguma darbības laikā vai 1 (vienu) gada laikā pēc nelaimes gadījuma, kas noticis apdrošināšanas līguma darbības laikā.

3.4. Saskaņā ar šiem noteikumiem atkārtota kaula lūzuma un patoloģiska kaula lūzuma gadījumos neiestājas apdrošināšanas gadījums.

4. VISPĀRĒJIE IZŅĒMUMI

4.1. Saskaņā ar šiem noteikumiem apdrošināšanas gadījums nav iestājies, ja apdrošinātā riska iestāšanās brīdī Apdrošinātais:

4.1.1. ir atradies alkohola, narkotisko, psihotropo vielu vai medikamentu, kuri netiek lietoti pēc ārsta ieteikuma, iedarbības stāvoklī;

4.1.2. veicis krimināli sodāmas darbības;

4.1.3. braucis ar motociklu vai motorrolleri, kura dzinēja darba tilpums pārsniedz 125 cm³, vai ūdens motociklu;

4.1.4. lidojis ar lidaparātu, kuru neekspluatē sertificēta aviosabiedrība, vai, kurš nav reģistrēts kā pasažieru pārvadāšanas līdzeklis noteiktam maršrutam, kā arī ar planieri, deltaplānu, izpletņi u.tml.;

4.1.5. nodarbojies ar slēpošanu, snovbordu, medībām, kāpšanu kalnos, alpīnismu, zemūdens peldēšanu, speleoloģiju, izpletņlēkšanu, sērfinģu u.tml., ja Apdrošināšanas līgumā nav atrunāts savādāk;

4.1.6. būtiski ir pārkāpis darba aizsardzību reglamentējošo normatīvo aktu prasības;

4.1.7. Sportists nodarbojies ar sporta veidu, kuram ir augstāka riska pakāpe nekā Apdrošināšanas līgumā norādītajam sporta veidam.

4.2. Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts notikums, kura cēlonis ir:

4.2.1. Apdrošinātā darbība vai bezdarbība nolūkā izdarīt pašnāvību;

4.2.2. Apdrošinātā epilepsijas lēkme vai psihiskās traumas psihoemocionāla un afekta stāvokļa izraisītas sekas;

4.2.3. netradicionālās medicīnas ārstēšanas metožu izmantošana, pašārstēšanās, medikamentu lietošana bez ārsta nozīmējuma;

4.2.4. kara darbība, masu nemieri, streiks, radioaktīvais starojums, radioaktīvais piesārņojums u.tml.;

4.2.5. Apdrošinātā darbības, kas veiktas, pildot dienesta pienākumus kādā no armijas, apsardzes, policijas, zemessardzes, ugunsdrošības u.tml. daļām;

4.2.6. Apdrošinātā labprātīga sevis pakļaušana ārkārtējām briesmām, izņemot cilvēka glābšanas gadījumu;

4.2.7. Apdrošinātā, izņemot Sportista, ja tas pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas ir informējis Apdrošinātāju, dalība sporta nodarbībās, piedalīšanās sporta sacensībās, pasākumos u. tml., ja Apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādi;

4.2.8. Apdrošinātā ceļu satiksmes noteikumu pārkāpums, tajā skaitā - braukšanas ātruma pārsniegšana vairāk par 30 km/h vai transporta līdzekļa vadīšana bez atbilstošas kategorijas transporta līdzekļa vadītāja tiesībām;

4.2.9. Apdrošinātā sevis pakļaušana riskam, pārvietojoties ar transporta līdzekli, kura vadītājs atrodas alkohola, narkotisko, psihotropo vielu iedarbības stāvoklī;

4.2.10. Apdrošinātā ļauns nolūks vai cita vainas pakāpe, kas civiltiesisko seku ziņā ir pielīdzināma ļaunam nolūkam.

4.3. Ja ir apdrošināta Apdrošinātā mantiskā interese, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, neciest zaudējumus, kas var rasties sakarā ar medicīniskiem izdevumiem, saskaņā ar šiem noteikumiem netiek atlīdzināti izdevumi par :

4.3.1. brillju, kontaktlēcu un dzirdes aparātu iegādi;

4.3.2. protēžu, šinu, bandāžu, kruķu un citu medicīnisko palīgīdzekļu iegādi;

4.3.3. Apdrošinātā ārstēšanu paaugstināta servisa apstākļos. Paaugstināta servisa apstākļi šo noteikumu izpratnē ir apstākļi - medicīniskās iestādes piedāvātie pakalpojumi, kas padara ērtāku ārstēšanās procesu, bet nav obligāti nepieciešami ārstēšanās procesa sekmīgai norisei.

4.4. Saskaņā ar šiem noteikumiem netiek atlīdzināti jebkādi zaudējumi vai izdevumi saistībā ar materiālo vai nemateriālo īpašumu, kaitējumu Apdrošinātā dzīvībai vai veselībai, kas tieši vai netieši ir radušies sakarā ar terora aktu, t.i., aktu, kas izpaužas kā spēka un vardarbības pielietošana, vai draudi to pielietot no jebkuras personas vai personu grupas puses, kas rīkojas vienatnē vai saistībā ar kādu organizāciju vai valdību, vai tās vārdā, kas tiek darīts politisko, reliģisko, ideoloģisko vai etnisko iemeslu dēļ un, kas sevī iekļauj nodomu ietekmēt valdību vai turēt briesmās sabiedrību vai kādu tās daļu. Netiek atlīdzināti arī jebkādi zaudējumi vai izdevumi, kas tieši vai netieši radušies sakarā ar jebkādiem terora akta novēršanas pasākumiem.

5. APDROŠINĀJUMA SUMMA

5.1. Apdrošinājuma summas apmērs tiek noteikts pusēm vienojoties, slēdzot Apdrošināšanas līgumu.

5.2. Katram apdrošinātajam riskam tiek noteikta atsevišķa apdrošinājuma summa, kas tiek norādīta Apdrošināšanas līgumā.

5.3. Apdrošinot Sportistus, apdrošinājuma summa vienas personas veselībai un fiziskajam stāvoklim tiek noteikta līdz LVL 5 000,- (pieciem tūkstošiem latu). Apdrošinājuma summa Sportistu dzīvības apdrošināšanai netiek ierobežota.

5.4. Pēc Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas Apdrošinājuma summa samazinās par izmaksātās Apdrošināšanas atlīdzības apmēru un Apdrošināšanas līgums paliek spēkā līdz tajā norādītā darbības termiņa beigām par šādu samazinātu Apdrošinājuma summu, ja vien Apdrošinājuma ņēmējs neiemaksā papildus Apdrošināšanas prēmiju, lai atjaunotu Apdrošinājuma summu tās sākotnējā apmērā.

6. APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA, TĀS SAMAKSAS KĀRTĪBA

6.1. Apdrošināšanas prēmijas apmērs ir atkarīgs no apdrošinātā riska pakāpes, ko nosaka Apdrošinātājs, pamatojoties uz informāciju, ko tas ir saņēmis no Apdrošinājuma ņēmēja pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas.

6.2. Apdrošinājuma ņēmējam ir pienākums samaksāt apdrošināšanas prēmiju apdrošināšanas līgumā paredzētajā termiņā un apmērā. Ja apdrošināšanas līgumā noteiktajā termiņā apdrošināšanas prēmijas samaksa nav bijusi pilnīga, Apdrošinātājam ir tiesības Latvijas Republikā spēkā esošajos normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā apturēt un izbeigt apdrošināšanas līguma darbību.

7. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA NOSLĒGŠANAS UN APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJAS SAMAKSAS KĀRTĪBA

7.1. Apdrošināšanas līgumu noslēdz, pamatojoties uz Apdrošinājuma ņēmēja mutisku vai rakstisku pieteikumu.

7.2. Noslēdzot Apdrošināšanas līgumu, Apdrošinātājs izsniedz Apdrošinājuma ņēmējam Apdrošināšanas polisi, kas apliecina Apdrošināšanas līguma noslēgšanu. Ja Apdrošināšanas līgums tiek noslēgts izmantojot distances saziņas līdzekli, Apdrošinātājs izsniedz Apdrošināšanas polisi, ja Apdrošinājuma ņēmējs to pieprasa.

7.3. Apdrošināšanas līgums tiek noslēgts uz vienu gadu, ja līgumā nav noteikts citādi.

7.4. Apdrošināšanas līgums stājas spēkā apdrošināšanas līgumā norādītā apdrošināšanas perioda pirmās dienas plkst. 00.00 ar nosacījumu, ka apdrošināšanas prēmija vai tās pirmais maksājums veikts apdrošināšanas līgumā norādītajā veidā, termiņā un apmērā.

Ja apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmā maksājuma samaksa ir veikta pēc apdrošināšanas līgumā norādītā termiņa, Apdrošinātājam ir tiesības:

a) Latvijas Republikā spēkā esošajos normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā atmaksāt Apdrošinājuma ņēmējam tā iemaksāto apdrošināšanas prēmiju vai tās pirmo daļu. Šajā gadījumā apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā;

b) pieņemt Apdrošinājuma ņēmēja novēloti iemaksāto apdrošināšanas prēmiju vai tās pirmo maksājumu. Šajā gadījumā apdrošināšanas līgums ir spēkā no apdrošināšanas līgumā norādītā spēkā stāšanās brīža.

Gadījumā, ja apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas samaksa ir veikta pēc apdrošināšanas līgumā norādītā termiņa un līdz apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas samaksas brīdim ir iestājies apdrošinātais risks, Apdrošinātājs Latvijas Republikā spēkā esošajos normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā atmaksā Apdrošinājuma ņēmējam tā samaksāto apdrošināšanas prēmiju vai tās pirmo daļu. Šajā gadījumā apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā.

Apdrošināšanas prēmija, veicot tās samaksu ar bankas pārskaitījumu, tiek uzskatīta par samaksātu ar brīdi, kad tā ir ieskaitīta Apdrošinātāja bankas kontā vai starpnieka bankas kontā, kurš Apdrošinājuma ņēmējam izsniedzis attiecīgo apdrošināšanas līgumu un rēķinu.

7.5. Apdrošinājuma ņēmējam vai Apdrošinātājam ir tiesības jebkurā laikā lauzt Apdrošināšanas līgumu, iesniedzot Apdrošinātājam rakstveida iesniegumu. Apdrošināšanas līgums tiek lauzts ar Apdrošinājuma ņēmēja vai

Apdrošinātā Apdrošinātājam iesniegtajā pieteikumā par Apdrošināšanas līguma laušanu norādīto datumu, bet ne ātrāk kā ar minētā pieteikuma saņemšanas dienu.

Ja saskaņā ar attiecīgo Apdrošināšanas līgumu nav bijusi neviena apdrošināšanas atlīdzības izmaksa, Apdrošinājuma ņēmējam vai Apdrošinātājam tiek atmaksāta iemaksātā apdrošināšanas prēmijas daļa par katru Apdrošināšanas līguma darbības atlikušo pilnu kalendāro mēnesi līdz Apdrošināšanas līguma termiņa beigām. Šajā gadījumā Apdrošinātājs ietur 15% no izmaksājamās summas. Apdrošinātājam pēc saviem ieskatiem ir tiesības samazināt minēto ieturējuma apmēru.

8. TERITORIJA, KURĀ DARBOJAS APDROŠINĀŠANAS LĪGUMS

8.1. Apdrošināšanas līgums ir spēkā Latvijas Republikas teritorijā, ja Apdrošināšanas līgumā nav noteikts savādāk.

9. PUŠU PIENĀKUMI UN TIESĪBAS

9.1. Apdrošinājuma ņēmējam ir pienākums:

9.1.1. noslēdzot Apdrošināšanas līgumu, sniegt patiesas Apdrošinātāja pieprasītās ziņas, kas ir svarīgas apdrošinātā riska novērtēšanai;

9.1.2. Apdrošināšanas līguma darbības laikā nekavējoties paziņot par visām izmaiņām Apdrošinātājam sākotnēji sniegtajā informācijā, kā arī par citiem apstākļiem, kas var palielināt apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību vai iespējamo zaudējumu apmēru, iestājoties apdrošināšanas gadījumam;

Ja Apdrošinātājs uzskata, ka ir izmainījies apdrošinātais risks iepriekš minēto izmaiņu rezultātā, Apdrošinātājs ir tiesīgs 15 (piecpadsmit) dienu laikā, skaitot no dienas, kad Apdrošinātājs ir uzzinājis par apdrošinātā riska izmaiņām, nosūtīt Apdrošinājuma ņēmējam rakstveida piedāvājumu un vienoties par:

- apdrošināšanas līguma noteikumu izmaiņām;
- apdrošināšanas prēmijas apmēra izmaiņām.

Ja puses nevar vienoties par Apdrošināšanas līguma izmaiņām, 15 (piecpadsmit) dienu laikā, skaitot no Apdrošinātāja piedāvājuma par Apdrošināšanas līguma grozījumiem, nosūtīšanas dienas, Apdrošinātājs var izbeigt Apdrošināšanas līgumu, un tajos gadījumos, ja saskaņā ar attiecīgo apdrošināšanas līgumu nav veikta neviena apdrošināšanas atlīdzības izmaksa, atmaksāt Apdrošinājuma ņēmējam iemaksātās apdrošināšanas prēmijas daļu par katru Apdrošināšanas līguma darbības atlikušo pilno kalendāro mēnesi līdz Apdrošināšanas līguma termiņa beigām. Šajā gadījumā Apdrošinātājs ietur no izmaksājamās summas ar Apdrošināšanas līguma noslēgšanu saistītos Apdrošinātāja izdevumus, kuri nedrīkst pārsniegt 15 %, ja puses nav vienojušās savādāk.

Ja minētais nosacījums neizpildās, Apdrošinājuma ņēmējam netiek atmaksāta iemaksātā apdrošināšanas prēmija.

9.1.3. nekavējoties, tiklīdz tas iespējams, paziņot Apdrošinātājam par Apdrošināšanas gadījuma iestāšanos, iesniegt rakstveida iesniegumu, pēc iespējas precīzāk un pilnīgi informējot Apdrošinātāju par Apdrošināšanas gadījumu, un visus dokumentus, kas attiecas uz Apdrošināšanas gadījumu. Ja Apdrošinājuma ņēmējs ziņo par Apdrošināšanas gadījumu, neievērojot šajā punktā minēto, viņa pienākums ir pierādīt Apdrošinātājam ātrākas paziņošanas neiespējamību.

9.1.4. visus paziņojumus, iesniegumus, u.tml., kas attiecas uz apdrošināšanas līgumu, iesniegt rakstveidā Apdrošinātāja birojā, kas norādīts apdrošināšanas līgumā.

9.2. Pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, Apdrošinātā pienākums ir:

9.2.1. izvairīties no visa, kas varētu novest pie nevajadzīgas izdevumu palielināšanas;

9.2.2. ne vēlāk kā 12 (divpadsmit) stundu laikā, pēc nelaimes gadījuma, vērsties ārstniecības iestādē ārstniecības pakalpojumu saņemšanai;

9.2.3. nodrošināt Apdrošinātājam jebkuru iespējamo izmeklēšanu, maksājumu cēloņa un apmēru noteikšanai, sniegt visas nepieciešamās uzziņas, iesniegt dokumentu oriģinālus, nepieciešamības gadījumā atbrīvojot ārstējošos ārstus no viņu klusēšanas pienākuma un pilnvarot Apdrošinātāju iepazīties ar Apdrošinātā medicīnas karti u.c. dokumentiem, kas saistīti ar nelaimes gadījumu.

9.3. Apdrošinātājam ir tiesības novērtēt Apdrošinātā veselības stāvokli, veicot papildus veselības stāvokļa izvērtēšanu saistībā ar Apdrošināšanas gadījumu, kuru uzdod veikt Apdrošinātāja medicīnas ekspertiem vai citiem speciālistiem pēc Apdrošinātāja ieskatiem. Izdevumus, kas saistīti ar šajā punktā minētajām darbībām, sedz Apdrošinātājs.

9.4. Ja kāds no šo noteikumu 9. nodaļas punktos minētajiem pienākumiem Apdrošinātais ar Jaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ netiek izpildīts, Apdrošinātājs neizmaksā apdrošināšanas atlīdzību.

10. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBA, TĀS IZMAKSAS KĀRTĪBA

10.1. Apdrošinātā dzīvības, veselības un fiziskā stāvokļa apdrošināšanā pēc tam, kad iestājies apdrošināšanas gadījums, Apdrošinātājs izmaksā Apdrošinātājam (nāves vai rīcībnespējas gadījumā – Labuma guvējam) Apdrošināšanas atlīdzību, vadoties no sekojošiem kritērijiem:

10.1.1. nāves gadījumā - 100% no apdrošinājuma summas;
10.1.2. I grupas invaliditātes gadījumā - 100% no apdrošinājuma summas;
10.1.3. II grupas invaliditātes gadījumā - 50% no apdrošinājuma summas;
10.1.4. III grupas invaliditātes gadījumā - 25% no apdrošinājuma summas;
10.1.5. iestājoties cita veida, iepriekš neminētām sekām (traumām, miesas bojājumiem, saslimšanām (Noteikumu 3.2. punkts) u.tml., apdrošināšanas atlīdzību nosaka procentos no Apdrošinājuma summas saskaņā ar šo Noteikumu Pielikumu Nr.1 (Tabula Nr. 1), Pielikumu Nr.2 (Tabula Nr. 1a) vai Pielikumu Nr. 3 (Tabula Nr. 2) - "Apdrošināšanas atlīdzības apmērs sakarā ar nelaimes gadījumu". Slēdzot Apdrošināšanas līgumu, puses vienojas un Apdrošināšanas līgumā norāda, saskaņā ar kuru pielikumu tiks noteikta Apdrošināšanas atlīdzība.

Apdrošināšanas atlīdzība invaliditātes gadījumā (I, II, III grupa) tiek izmaksāta tikai gadījumos, ja invaliditāte nelaimes gadījuma dēļ Apdrošinātajam noteikta bez atkārtota pārbaudes termiņa.

Apdrošināšanas atlīdzības noteikšanā saskaņā ar šo punktu netiek piemērots kompensācijas princips.

10.2. Kombinētās jeb politraumas gadījumā Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai par smagāko traumu.

10.3. Paaugstināta riska kaulu lūzuma gadījumā Apdrošinātajam ir tiesības samazināt Apdrošināšanas atlīdzību par 50% (piecdesmit procentiem) no šo Noteikumu Pielikumu Nr.1 (Tabula Nr. 1), Pielikumu Nr.2 (Tabula Nr. 1a) vai Pielikumu Nr. 3 (Tabula Nr. 2) noteiktās.

10.4. Gadījumā, ja pēc tam, kad Apdrošinātājs ir izmaksājis Apdrošinātajam kādu Apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar šo Noteikumu 10.1.5. punktu, attiecīgā nelaimes gadījuma rezultātā iestājas Apdrošinātā nāve vai invaliditāte, no Apdrošināšanas atlīdzības, ko Apdrošinātājs aprēķinājis šo Noteikumu 10.1.1. līdz 10.1.4. punktos noteiktajā kārtībā tiks atskaitītas visas saskaņā ar Noteikuma 10.1.5. punktu veiktās Apdrošināšanas atlīdzības, kas saistītas ar attiecīgo nelaimes gadījumu.

10.5. Ja ir apdrošināta Apdrošinātā mantiskā interese, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, neciest zaudējumus sakarā ar ārstniecības pakalpojumu apmaksu, Apdrošinātājs saskaņā ar šiem noteikumiem izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību, kompensējot Apdrošinātā izdevumus par:

- ārstējošā ārsta nozīmētajiem ārstniecības pakalpojumiem, kas saistīti ar ambulatoro vai stacionāro ārstēšanu;
- rentgena diagnostiku un operācijām;
- medikamentu un pārsiešanas materiālu iegādi;
- rehabilitācijas pasākumiem.

10.5.1. Saskaņā ar šiem Noteikumiem Apdrošinātājs atlīdzina Apdrošinātajam tikai tādus izdevumus par ārstniecības pakalpojumiem, kas Apdrošinātajam radušies, saņemot šo Noteikumu 10.5. punktā minētos ārstniecības pakalpojumus Latvijas Republikas ārstniecības iestāžu, uzņēmumu un prakšu reģistrā reģistrētās ārstniecības iestādēs un Latvijas Republikas teritorijā atrodošās aptiekās.

10.5.2. Gadījumā, ja Apdrošinātais pret nelaimes gadījumiem ir apdrošinājies pie vairākiem Apdrošinātājiem, katrs Apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību proporcionāli katrā Apdrošināšanas līgumā (polisē) noteiktajai apdrošinājuma summai, bet kopējā izmaksātā Apdrošināšanas atlīdzība nevar pārsniegt Apdrošinātajam apdrošināšanas gadījuma rezultātā radīto zaudējumu apmēru.

10.5.3. Apdrošinājuma summa ārstniecības pakalpojumu, kas minēti p.10.5., apmaksai tiek noteikta 500,- LVL (pieci simti latu) apmērā ar ierobežojumu 150,- LVL (viens simts piecdesmit lati) katrā atsevišķā apdrošināšanas gadījumā, ja apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādi.

10.6. Ja apdrošināšanas līgumā ir atrunāts, ka ir apdrošināts risks „Darba nespējas pabalsts”, Apdrošinātājs saskaņā ar šiem noteikumiem izmaksā apdrošināšanas atlīdzību, kompensējot Apdrošinātā algotā darbā negūtos ienākumus.

10.6.1. Apdrošināšanas atlīdzība šajā gadījumā tiek noteikta 1% apmērā no Apdrošinājuma summas par katru darba nespējas nedēļu, nepārsniedzot:

- a) algotā darbā gūto iknedēļas ienākumu apmēru, ja Apdrošinātais strādājis algotu darbu, bet ne vairāk kā 50,- LVL (piecdesmit latu) nedēļā;
- b) 25% (divdesmit piecus procentus) no Latvijas Republikā noteiktās minimālās bruto darba algas apmēra, ja Apdrošinātais negūst ienākumus, strādājot algotu darbu.

Apdrošināšanas atlīdzība tiek maksāta, ja Apdrošinātajam ir darba nespējas lapa, sākot no darba nespējas lapas otrās nedēļas. Gadījumā, ja darba nespēja ilgst nepilnu nedēļu, Apdrošinātājs aprēķina apdrošināšanas atlīdzību par katru darba nespējas dienu, ievērojot p.10.6.1. minēto.

10.6.2. Maksimālais termiņš, par kuru Apdrošinātājs maksā apdrošināšanas atlīdzību sakarā ar Apdrošinātā pārejošu darba nespēju, ir 16 (sešpadsmit) darba nedēļas Apdrošināšanas periodā.

10.6.3. Ja apdrošināšanas līgumā ir noteiktas dažādas Apdrošinājuma summas nāves, invaliditātes un traumu iestāšanās riskiem, saskaņā ar šo punktu, izmaksājamā Apdrošināšanas atlīdzība tiek rēķināta no Apdrošinājuma summas traumu iestāšanās riskam.

10.6.4. Apdrošināšanas atlīdzība saskaņā ar šo punktu netiek izmaksāta, ja tiek izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība saskaņā ar šo noteikumu 10.7. vai 10.8. punktiem.

10.7. Ja apdrošināšanas līgumā ir atrunāts, ka ir apdrošināts risks „Dienas nauda”, Apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību, kompensējot Apdrošinātā algotā darbā negūtos ienākumus.

Apdrošināšanas atlīdzība šajā gadījumā tiek noteikta 5,- LVL (pieci lati) par katru darba nespējas dienu un tiek izmaksāta sākot ar astoto darba nespējas dienu; ja Apdrošinātais iegūst pārejošu darba nespēju uz laiku ilgāku par 7 (septiņām) dienām, Apdrošinātājs izmaksā kompensāciju, sākot ar pirmo darba nespējas dienu.

Saskaņā ar šo punktu apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai par darba dienām saskaņā ar LR normatīvajiem aktiem.

Maksimālais termiņš, par kuru Apdrošinātājs maksā apdrošināšanas atlīdzību sakarā ar Apdrošinātā pārejošu darba nespēju ir ne vairāk, kā 70 (septiņdesmit) dienas katrā atsevišķā apdrošināšanas gadījumā un ne vairāk kā 150 (viens simts piecdesmit) dienas Apdrošināšanas periodā.

Apdrošināšanas atlīdzība saskaņā ar šo punktu netiek izmaksāta par periodu, par kuru tiek izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība saskaņā ar šo noteikumu 10.8. punktu.

10.8. Ja apdrošināšanas līgumā ir atrunāts, ka ir apdrošināts risks „Slimnīcas nauda”, Apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību, kompensējot Apdrošinātā algotā darbā negūtos ienākumus laika periodā, kamēr Apdrošinātais atrodas slimnīcā.

Apdrošināšanas atlīdzība šajā gadījumā tiek noteikta 7,- LVL (septiņi lati) par katru slimnīcā pavadīto dienu. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai gadījumā, ja Apdrošinātais nokļūst slimnīcā uz laiku, ne īsāku, kā 5 (piecas) dienas pēc kārtas.

Maksimālais termiņš, par kuru Apdrošinātājs maksā apdrošināšanas atlīdzību sakarā ar Apdrošinātā pārejošu darba nespēju ir ne vairāk, kā 45 (četrdesmit piecas) dienas Apdrošināšanas periodā.

10.9. Lai saņemtu apdrošināšanas atlīdzību, Apdrošinātajam (nāves vai rīcībnespējas gadījumā - Labuma guvējam) jāiesniedz Apdrošinātājam:

- apdrošināšanas polise vai tās kopija. Gadījumā, ja Apdrošināšanas līgumu Apdrošinātā labā ir noslēdzis apdrošinātā darba devējs (juridiska persona) - dokuments, kas apliecina, ka Apdrošinātais ir apdrošināts, piemēram, apdrošināšanas polise/karte, ja Apdrošinātajam tāda ir izsniegta;

- noteiktas formas iesniegums;

- attiecīgu iestāžu dokumentu oriģināli, kas apliecina apdrošināšanas gadījumu;

- akts no darba devēja, ja nelaimes gadījums ir noticis darba vietā vai ar to saistītajā teritorijā, kā arī gadījumā, ja nelaimes gadījums ir noticis pildot darba pienākumus;

- medicīnas iestādes izziņa, kurā norādīts traumas vai saslimšanas veids un precīza diagnoze;

- rentgena uzņēmums (kaulu lūzuma gadījumā);

- Apdrošinātā nāves gadījumā - miršanas apliecības notariāli apliecināts noraksts un dokuments, kas apliecina Labuma guvēja tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību, ja Labuma guvējs nav norādīts Apdrošināšanas polisē vai Apdrošinātais nebija rakstveidā paziņojis Apdrošinātājam par Labuma guvēju;

- papildus dokumenti, kurus Apdrošinātājs pieprasa par apdrošināšanas gadījumu.

Lai saņemtu apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar šo noteikumu 10.5. punktu, Apdrošinātajam papildus iepriekšminētajam jāiesniedz stingrās uzskaites kvītis un čeki, kas apliecina 10.5. punktā minētos izdevumus. Medikamentu iegādei jābūt veiktai saskaņā ar ārsta receptēm, bet kvītis vai čekos, kas apliecina ārstēšanas pakalpojumus, jābūt norādītiem Apdrošinātā personas kodam un ārstnieciskām manipulācijām vai medikamentu nosaukumiem.

Lai saņemtu apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar šo noteikumu 10.6. un 10.7. punktiem, Apdrošinātajam papildus iepriekš minētajam jāiesniedz darba nespējas lapas kopijas.

Lai saņemtu apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar šo noteikumu 10.8. punktu, Apdrošinātajam papildus iepriekš minētajam jāiesniedz izraksts no slimnīcas.

Gadījumā, ja Apdrošinājuma ņēmējs (Apdrošinātais) aiz rupjas neuzmanības vai ļaunā nolūkā neizpilda vai nepienācīgi izpilda šajā punktā minētos pienākumus, Apdrošinātajam ir tiesības atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību.

Gadījumā, ja Apdrošinātais aiz vieglas neuzmanības neizpilda vai nepienācīgi izpilda šajā punktā minētos pienākumus, Apdrošinātajam ir tiesības samazināt izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības apmēru, bet ne vairāk kā par 50%.

10.10. Apdrošinātājs 14 (četrpadsmit) darba dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu, kas apliecina Apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un tā rezultātā radušos zaudējumu apmēru, saņemšanas pieņem lēmumu par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, tās samazināšanu vai atteikšanos izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, par ko 10 (desmit) darba dienu laikā, skaitot no lēmuma pieņemšanas dienas, nosūta Apdrošinājuma ņēmējam attiecīgu rakstisku paziņojumu. Apdrošinātājs apdrošināšanas atlīdzību izmaksā 14 (četrpadsmit) darba dienu laikā pēc lēmuma par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu pieņemšanas.

10.11. Apdrošinātajam ir tiesības atlikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu gadījumā, ja pret Apdrošinājuma ņēmēju vai Apdrošināto ir ierosināts kriminālprocess par noziedzīgu nodarījumu, kas ir saistīts ar apdrošināšanas gadījumu. Lēmums par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu izmaksāt atlīdzību iepriekšminētajā gadījumā tiek pieņemts pēc tam, kad tiesas spriedums kriminālprocesā stājies likumīgā spēkā vai pieņemts lēmums izbeigt kriminālprocesu.

10.12. Ja līdz apdrošināšanas gadījuma iestāšanās brīdim saskaņā ar apdrošināšanas līgumu nav notikusi apdrošināšanas prēmijas pilnīga samaksa, Apdrošinātājam ir tiesības atskaitīt nesamaksāto apdrošināšanas prēmijas daļu no izmaksājamās apdrošināšanas atlīdzības.

11. PĀRĒJIE NOTEIKUMI

11.1. Apdrošinātājs pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas saskaņā ar šo noteikumu 10.5., 10.6., 10.7. vai 10.8. punktiem iegūst prasījuma tiesības (regresa prasība) pret personu (-ām), kura (-as) ir atbildīga (-as) par Apdrošinātājam nodarītajiem zaudējumiem, izmaksātās Apdrošināšanas atlīdzības apmērā. Apdrošinātājam ir pienākums parakstīt nepieciešamos dokumentus par tiesībām Apdrošinātājam celt prasību pret vainīgo personu.

Apdrošinātājs un Apdrošinātais vienojas, ka gadījumā, ja Apdrošinātāja izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība sedz tikai daļu no Apdrošinātā zaudējumiem, Apdrošinātājs savas tiesības uz regresa prasību var izmantot neatkarīgi no tā, vai Apdrošinātais realizē vai nerealizē savas tiesības celt prasību pret vainīgo personu. Apdrošinātājs un Apdrošinātais var rakstveidā vienoties par prasības celšanu tiesā vienlaikus, kā arī par savstarpēju sadarbību zaudējumu piedziņā.

11.2. Pušu pienākums ir neizpaust saskaņā ar Apdrošināšanas līgumu saņemto konfidenciālo informāciju ne par līdzēju otru pusi, ne par trešajām personām un neizmantot to pretēji otras puses interesēm.

11.3. Visi strīdi, kas rodas starp Apdrošināšanas līguma pusēm, tiek risināti sarunu ceļā. Ja savstarpēja vienošanās 2 (divu) mēnešu laikā netiek panākta, jebkurš strīds, domstarpība vai prasība, kas izriet no Apdrošināšanas līguma, kas skar to vai tā pārkāpumu, izbeigšanu vai spēkā neesamību, tiks galīgi izšķirts Starptautiskā Komerccdarījumu Šķīrējtiesā (reģistrācijas numurs: 40003764669), saskaņā ar tās reglamentu, Rīgā, rakstveida procesā, latviešu valodā, 1 (viena) šķīrējtiesneša sastāvā, ko iecēlis šķīrējtiesas prezidijs un piemērojot Latvijas Republikā spēkā esošos normatīvos aktus.

Gadījumos, kad šajā punktā minētā šķīrējtiesas klauzulas piemērošana ir pretrunā ar Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteikto, attiecīgie strīdi, domstarpības vai prasības tiks izšķirti Latvijas Republikas tiesās un piemērojot Latvijas Republikā spēkā esošos normatīvos aktus.

Apdrošinājuma ņēmējs ir tiesīgs Apdrošināšanas līguma noslēgšanas brīdī pieprasīt iekļaut atrunu Apdrošināšanas polises īpašajos noteikumos par strīdu risināšanas kārtību Latvijas Republikas tiesās.

Pusēm vienojoties apdrošināšanas līgumā var paredzēt arī citu strīdu izskatīšanas kārtību.

11.4. Ja, slēdzot Apdrošināšanas līgumu, puses rakstveidā nav vienojušās citādi vai 2 (divu) darba dienu laikā, skaitot no Apdrošināšanas līguma noslēgšanas dienas, Apdrošinātājs nav saņēmis no Apdrošinātā rakstveidā noformētus iebildumus, tad par Apdrošināšanas līguma dalībnieku tiek uzskatīts arī Apdrošinātais, kuram par labu Apdrošinājuma ņēmējs ir noslēdzis Apdrošināšanas līgumu, kā rezultātā Apdrošinātājam ir saistoši visi attiecīgā Apdrošināšanas līguma noteikumi, t.sk., šķīrējtiesas klauzula, un Apdrošinātais nav atzīstams par trešo personu Latvijas Civilprocesa likuma 487. panta izpratnē.

11.5. Apdrošināšanas līguma dalībniekiem nav tiesību cedēt trešajām personām nekādas savas no Apdrošināšanas līguma izrietošās, t.sk., jau pastāvošās vai iespējamās, prasījuma tiesības.

11.6. Slēdzot Apdrošināšanas līgumu, Apdrošinājuma ņēmējs apliecina, ka atļauj Apdrošinātājam, kā sistēmas pārzinim, personas datu saņēmējam un personas datu operatoram, apstrādāt Apdrošinājuma ņēmēja un Apdrošinātā datus, tai skaitā, sensitīvus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus, saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīviem aktiem, apdrošināšanas risku kotēšanai. Kā arī apliecina, ka atļauj Apdrošinātājam saņemt no valsts personas datu apstrādes institūcijām un Latvijas Bankas uzturētā Parādnieku reģistra informāciju par Apdrošinājuma ņēmēju un Apdrošināto, ja tāda informācija Apdrošinātājam ir nepieciešama, un, ka, Apdrošinājuma ņēmējs ir informēts par to, ka Apdrošinātājs Latvijas Republikā spēkā esošajos normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos sniegs informāciju par Apdrošinājuma ņēmēju Parādnieku reģistram. Šajā punktā minētais apliecinājums ir spēkā arī uz tām fiziskām personām, kas slēdz Apdrošināšanas līgumus juridiskās personas vārdā.

11.7. Visi jautājumi, kas nav atrunāti šajos noteikumos, tiek risināti saskaņā ar Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.