

KRITISKO SLIMĪBU PAPILDAPDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI CI/02

spēkā no 2021. gada 1. jūnija

1. SAISTĪBA AR PAMATAPDROŠINĀŠANU

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

2. NOTEIKUMOS LIETOTIE TERMINI

2.1. **Noteikumi** – šie kritisko slimību Papildapdrošināšanas noteikumi CI/02, kā arī jebkuri to pielikumi vai izmaiņas.

2.2. **Pamatapdrošināšana** – apdrošināšanas veids, par kuru izdota apdrošināšanas Polise un kuram pievienota kritisko slimību Papildapdrošināšana.

2.3. **Papildapdrošināšana** – kritisko slimību Papildapdrošināšana.

2.4. **Papildapdrošināšanas segums** – Pamatapdrošināšanas Polise iekļautais kritisko slimību apdrošināšanas veids.

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

2.6. **Apdrošinātais** – fiziska persona, kurai ir apdrošināmā interese un, kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas Līgums. Apdrošinātais nevar būt jaunāks par 18 gadiem Līguma slēgšanas brīdī un vecāks par 65 gadiem Apdrošināšanas perioda beigās, ja vien Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs nevienojas citādi.

2.7. **Apdrošināšanas gadījums** – Papildapdrošināšanas seguma darbības laikā pirmo reizi diagnosticēta kāda no kritiskajām slimībām.

2.8. **Labuma guvējs** – Apdrošinātā persona.

2.9. **Kritiskās slimības** – Apdrošinātāja noteiktas un šajos Noteikumos iekļautas slimības, kas tiek klasificētas kā Kritiskas slimības un ir Apdrošināšanas gadījums šo Noteikumu izpratnē.

2.10. **Izdzīvošanas periods** – 30 dienas, skaitot no Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās datuma.

2.11. **Nogaidīšanas periods** – 90 dienas pēc Papildapdrošināšanas seguma darbības sākuma.

3. APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMS UN IZŅĒMUMI

3.1. Par Apdrošināšanas gadījumu šo Noteikumu izpratnē ir uzskatāmas šādas Kritiskās slimības, ja kāda no tām pirmo reizi diagnosticēta Apdrošinātajam Papildapdrošināšanas seguma darbības laikā:

3.1.1. **Ļaundabīgie audzēji** – histoloģiski apstiprināta ļaundabīgo šūnu attīstība un to izplatīšanās veselajos audos. Pie šīs grupas tāpat pieder leikēmija (diagnozes kods C91-95 pēc Starptautiskās slimību klasifikācijas (turpmāk SSK-10)), limfoma (diagnozes kods C82-85 pēc SSK-10), Hodžkina slimība (diagnozes kods C81 pēc SSK-10), sākot ar otro stadiju, un ādas melanomas (diagnozes kods C43 pēc SSK-10). Pēc SSK-10 ļaundabīgajiem audzējiem diagnozes kodi ir C00-97. Tiek izslēgti ļaundabīgie audzēji pie AIDS vīrusa, audzēju formas *in situ*, audzēji pirmsvēža stadijā, dzemdes kakla displāzija, dzemdes kakla vēzis CIN1-CIN3, priekšdziedzera agrīnais vēzis (T1 pēc Starptautiskā audzēju klasifikatora TNM), bazālais šūnu vai plakanšūnu ādas vēzis un ādas melanomas ar blīvumu mazāku par 1,5 pēc Breslova vai mazāku nekā III līmenis pēc Klarka;

3.1.2. **Miokarda infarkts** – neatgriezeniski sirds muskuļa bojājumi sirds muskuļa asinsrites traucējumu dēļ, Apdrošinātais izjūt tipiskas sāpes. Diagnozei jābūt apstiprinātai ar izmaiņām elektrokardiogrammā (EKG), kas norāda uz infarktu un ievērojamu kardiālo enzīmu paaugstinājumu asinīs. Diagnozes kods I21 pēc SSK-10;

3.1.3. **Galvas smadzeņu insults** – cerebrāli vaskulārās saslimšanas gadījums, kas izraisa ilgāku par 24 stundām neiroloģisku nepietiekamību. Šajā grupā ietilpst galvas smadzeņu infarkts, intracerebrālā un/vai subarahnoidālā asiņošana. Atlīdzība tiek izmaksāta, ja ar kompjūtertomoģrafijas (KT) vai magnētiskās rezonanses tomogrāfa (MRT) palīdzību konstatē svaigu galvas smadzeņu bojājumu, un saskaņā ar speciālista slēdzienu tiek pierādīta pastāvīga neiroloģiska nepietiekamība 3 mēnešus pēc notikuma. Diagnozes kods I60-64 pēc SSK-10. Tiek izslēgta apdrošinātā smadzeņu tranzitorā išēmija, kā arī iekšējā asiņošana smadzenēs un galvas smadzeņu insults traumas rezultātā;

3.1.4. **Koronārā ķirurģija** – vienas vai vairāku sašaurinātu vai pilnībā aizsprostotu artēriju nomaiņa šuntējot, lai uzlabotu apasiņošanu bojātā miokarda apvidū. Operācija tiek veikta, lai samazinātu išēmiskās sāpes un nomainītu aizsprostoto koronāro artēriju atbilstoši dzīvības funkcijām. Operācija tiek veikta, atverot krūšu kurvi. Koronārās artērijas aizsprostojumam jābūt pamatotam angiogrāfiski un kardiologam jāapliecina operācijas nepieciešamība. Tiek izslēgta perkutāna translumināra koronāra angioplastika un citas neķirurģiskas manipulācijas;

3.1.5. **Aortas operācija** – atklāta operācija slimības bojātas aortas daļas noņemšanai un protezēšanai. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā aortas krūšu vai vēdera daļas operācijas gadījumā. Apdrošināšanas atlīdzība netiek maksāta par aortas atzaru operāciju un gadījumos, ja radušies aortas posttraumatiskie bojājumi;

3.1.6. **Izkaisītā skleroze** – centrālās nervu sistēmas progresējoša saslimšana, kas bojā mielīna apvalku ap galvas un muguras smadzeņu nervu šūnām. Apdrošinātajam konstatēti neiroloģiski simptomi (motori un sensori traucējumi, līdzsvara un koordinācijas traucējumi, galvas nervu, pārsvarā redzes nerva, bojājumi, iegurnā orgānu funkcionāli traucējumi, kognitīvi traucējumi tādi, kā koncentrēšanās spēju un atmiņas zudums, afektīvi traucējumi kā garastāvokļa svārstības un depresija, trīce. Apdrošinātajam ir pozitīvas oligoklonālās antivielas un / vai paaugstināts IgG indekss cerebrospinālajā šķidrumā un pozitīvi redzes nerva bojājuma testi. Apdrošinātajam ir veikti MRI izmeklējumi, kas atklāj demielinizācijas un iekaisuma perēkļus. Diagnozi ir noteicis ārsts-speciālists vai neirologs pēc Apdrošinātā izmeklēšanas stacionārā, un Apdrošinātajam neiroloģiska nepietiekamība ir bijusi vismaz 6 mēnešus. Diagnozes kods G35 pēc SSK-10;

3.1.7. **Pārkinsona slimība** (ja diagnosticēta vecumā līdz 60 gadiem) – hroniska, progresējoša centrālās nervu sistēmas slimība. Diagnoze jāpamato ar tipiskiem neiroloģiskiem simptomiem, kas ilgst vairāk par 3 mēnešiem, un pēc stacionāras izmeklēšanas. Diagnoze jāapliecina ar neirologa slēdzienu saskaņā ar diagnostikas kritērijiem, kas piemērojami diagnozes noteikšanas laikā. Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā, ja slimību izraisījis alkoholisms vai medikamentu pārdozēšana;

3.1.8. **Alcheimera slimība** (ja diagnosticēta vecumā līdz 60 gadiem) – progresējoša centrālās nervu sistēmas deģeneratīva slimība, kuras raksturīgās iezīmes ir prāta spēju pasliktināšanās, atmiņas traucējumi un izmaiņas uzvedībā. Diagnoze jāpamato ar tipiskiem neiroloģiskiem simptomiem, kas ilgst vairāk par 3 mēnešiem, un pēc stacionāras izmeklēšanas. Diagnoze jāapliecina ar neirologa slēdzienu saskaņā ar

diagnostikas kritērijiem, kas piemērojami diagnozes noteikšanas laikā;

3.1.9. **Nieru nepietiekamība** – nieru slimības terminālā stadija, kā dēļ apdrošinātajam ir vajadzīga pastāvīga dialīze vai nieres pārstādīšana;

3.1.10. **Orgāna transplantācija** – sirds, sirds un plaušas, aknas, nieres, aizkuņģa dziedzera vai kaula smadzeņu pārstādīšanas operācija attiecīgā orgāna neatgriezeniska bojājuma dēļ. Par apdrošināšanas gadījumu tāpat uzskatāma apdrošinātā iekļaušana augšminētā orgāna pārstādīšanas rindas oficiālajā sarakstā. Transplantācijai jābūt medicīniski nepieciešamai, bet orgāna bojājumam jābūt objektīvi apliecinātam. Netiek attiecināts uz orgānu donoriem;

3.1.11. **Sirds operācija** – sirds vārstuļa primārā operācija, atverot krūšu kurvi vai endoskopijas ceļā, lai nomainītu vai koriģētu vienu vai vairākus sirds vārstulus. Operācijas nepieciešamībai jābūt kardiologa apliecinātai. Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā, ja sirds vārstuli neaizstāj ar mākslīgu (piemēram, vārstuļa plastikas vai koriģējošas ķirurģijas gadījumā);

3.1.12. **Redzes zaudējums** – abu acu pilnīgs un paliekošs redzes zaudējums. Minimāli redzes zaudējuma ilgumam secīgi jābūt vismaz sešu mēnešu garumā;

3.1.13. **Dzirdes zaudējums** – pilnībā neatgriezenisks dzirdes zudums. Diagnoze jāapstiprina ar objektīvu izmeklējumu rezultātiem un ar speciālistu komisijas slēdzienu par dzirdes zudumu abās ausīs, kas izdots ne agrāk kā pēc 6 mēnešiem pēc diagnozes uzstādīšanas;

3.1.14. **Runas zaudējums** – pilnīgs runas spēju zudums traumas vai slimības rezultātā. Diagnoze jāapstiprina ar speciālistu komisijas slēdzienu par runas zudumu, kas izdots ne agrāk kā pēc 6 mēnešiem pēc diagnozes uzstādīšanas;

3.1.15. **Vienas vai vairāku ekstremitāšu zaudējums** vai arī pilnīga un paliekoša paralīze augstāk par ceļa un elkoņa locītavu. Paralīzei secīgi jāilgst vismaz sešu mēnešu garumā. Diagnozei jābūt neirologa apliecinātai;

3.1.16. **COVID-19** – ja apdrošinātais ar diagnosticētu COVID-19 infekciju ir hospitalizēts un atrodas intensīvās terapijas nodaļā vismaz 7 dienas. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā tikai tādā gadījumā, ja apdrošinātajam ir veikts tests uz COVID-19 infekciju, apstiprināta diagnoze un ārstēšana slimnīcas intensīvās terapijas nodaļā sāka ne agrāk kā nākamajā dienā pēc apdrošināšanas līguma stāšanās spēkā. Par ārstēšanas sākšanu slimnīcas intensīvās terapijas nodaļā tiek uzskatīta diena, kad apdrošinātais nokļūst intensīvās terapijas nodaļā sakarā ar diagnosticētu COVID-19 infekciju vai sakarā ar šīs infekcijas izraisītajām sekām. COVID-19 diagnozes gadījumā Nogaidīšanas periods un jebkādi izņēmumi saistībā ar pandēmijas risku netiek piemēroti.

3.2. **Izņēmumi.** Par Apdrošināšanas gadījumu šo Noteikumu izpratnē netiek uzskatīta Apdrošinātā saslimšana ar Kritisko slimību, ja tā iestājusies:

3.2.1. sakarā ar karadarbību (neatkarīgi no tā, vai ir pasludināts kara stāvoklis vai nē), terorismu, masu nemieriem, revolūciju, radioaktīvo saindēšanos vai piesārņojumu, kodolsprādzienu, dabas vai tehnoloģisku katastrofu, saistībā ar kuru attiecīgās valsts centrālās vai vietējās varas iestādes izsludinājušas ārkārtas, katastrofas vai tiem pielīdzināmu stāvokli, vai iedzīvotāju evakuāciju, neatkarīgi no tā, vai šāda izsludināšana notikusi pirms vai pēc katastrofas iestāšanās;

3.2.2. Apdrošinātajam sev tīši nodarot fizisku ievainojumu, labprātīgi sevi pakļaujot ārkārtējām briesmām, kā arī Apdrošinātajam izdarot pašnāvības mēģinājumu;

3.2.3. apzināti bez konsultēšanās ar ārstu nepareizi lietojot medikamentus, kā arī sakarā ar Apdrošinātā saindēšanos, pārmērīgi lietojot alkoholu, narkotiskas, toksiskas vai citas apreibinošas vielas;

3.2.4. sakarā ar Apdrošinātā, Apdrošinājuma ņēmēja vai Labuma guvēja ļaunu nolūku, rupju neuzmanību vai prettiesisku rīcību;

3.2.5. cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) un iegūtā imūndeficīta sindroma (AIDS) rezultātā,

3.2.6. sakarā ar Apdrošinātā atteikšanos no ārstēšanas vai ārsta rekomendāciju neievērošanu;

3.2.7. 90 dienu laikā pēc Papildapdrošināšanas seguma darbības sākuma, izņemot gadījumus, kad Papildapdrošināšanas seguma darbības laiks tiek pagarināts uz nākamo periodu uzreiz pēc iepriekšējā seguma darbības termiņa beigām;

3.2.8. un Apdrošinātais ir miris 30 dienu laikā pēc Kritiskās slimības diagnosticēšanas;

3.2.9. eksperimentālas vai netradicionālas ārstēšanas rezultātā.

4. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBA

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

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

5. IZMAIŅAS LĪGUMĀ

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

5.1.1. mainīt Papildapdrošināšanas seguma apdrošinājuma summu;

5.1.2. iekļaut jaunu Papildapdrošināšanas segumu;

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

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

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

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

6. PAPILDAPDROŠINĀŠANAS IZBEIGŠANA

6.1. Papildapdrošināšana tiek izbeigta:

6.1.1. Apdrošinātā nāves gadījumā;

6.1.2. ja Apdrošinājuma ņēmējs vai Apdrošinātais pārtrauc Papildapdrošināšanu;

6.1.3. iestājoties papildapdrošināšanas gadījumam;

6.1.4. beidzoties Pamatapdrošināšanai;

6.1.5. Apdrošinātajam sasniedzot 65 gadu vecumu.

7. APDROŠINĀTĀ PIENĀKUMI

7.1. Saslimstot ar Kritisko slimību, Apdrošinātajam:

7.1.1. Nekavējoties un ne vēlāk kā 30 dienu laikā jāpaziņo Apdrošinātajam par Kritisko slimību;

7.1.2. jāpilda ārsta norādījumi;

7.1.3. jā rūpējas, lai Apdrošinātā veselības stāvoklis nepasliktinās;

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

7.1.5. ne vēlāk kā 90 dienu laikā jāiesniedz Apdrošinātajam noteiktas formas pieteikums.

7.2. Apdrošinātajam ir tiesības samazināt vai atteikt Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, ja Apdrošinātais neievēro šo Noteikumu

7.1. punktā noteikto.

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

8. APROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSĀŠANAS KĀRTĪBA

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

8.1.1. pieteikums Kritisko slimību Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai;

8.1.2. Apdrošinātā personu apliecinoša dokumenta kopija, uzrādot oriģinālu;

8.1.3. Apdrošinātā slimības vēstures izrakstu;

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

8.2. Pirms Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas Apdrošinātājs var pieprasīt:

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

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

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

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

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