

KRITISKO SLIMĪBU PAPILDAPDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI CI/03

spēkā no 2024. gada 1.oktobra

1. SAISTĪBA AR PAMATAPDROŠINĀŠANU

Kritisko slimību Papildapdrošināšanas noteikumi darbojas 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/03, kā arī jebkuri to pielikumi vai izmaiņas.

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

Papildapdrošināšana – kritisko slimību Papildapdrošināšana.

2.3. **Papildapdrošināšanas segums** – Pamatapdrošināšanas Polisē iekļautais kritisko slimību apdrošināšanas veids.

2.4. **Apdrošinājumaņēmējs** – fiziska vai juridiska persona, kas noslēdz Pamatapdrošināšanas Līgumu ar Apdrošinātāju Apdrošināto personu labā.

2.5. **Apdrošinātais** – fiziska persona, par kuras apdrošināšanu ir noslēgts Līgums. Apdrošinātais nevar būt jaunāks par 18 gadiem Līguma slēgšanas brīdī un vecāks par 70 gadiem Apdrošināšanas perioda beigās, ja vien Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs nevienojas savādāk.

2.6. **Papildapdrošinātais** ir Apdrošinātā trīs

2.7. nepilngadīgie, adoptētie un/vai aizbildnībā esošie bērni (tai skaitā, ja tie adoptēti un/vai paņemti aizbildnībā apdrošināšanas līguma laikā), kuri Apdrošināšanas līguma noslēgšanas dienā ir jaunāki par 17 gadiem.

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

2.9. **Labuma guvējs** – Apdrošinātā persona un/vai Papildapdrošinātais. Tikai Apdrošinātais/ Papildapdrošinātais var būt Labuma guvējs saskaņā ar šiem Noteikumiem, ja vien Līgumā nav noteikts citādi

2.10. **Kritiskās slimības** – Apdrošinātāja noteiktas un šajos Noteikumos iekļautas slimības Pamata (Pielikums Nr.1) vai Paplašinātajā/ Bērnu slimību sarakstā (Pielikums Nr.2.), kas tiek klasificētas kā Kritiskas slimības un Apdrošināšanas gadījums šo Noteikumu izpratnē.

2.11. **Nogaidīšanas periods** – 90 kalendārās dienas pēc papildapdrošināšanas seguma darbības sākuma datuma. Ja nogaidīšanas perioda laikā diagnosticēta kāda no kritiskajām slimībām, tas nav uzskatāms par Apdrošināšanas gadījumu šo Noteikumu izpratnē.

Nogaidīšanas periods netiek piemērots, ja kritisko slimību papildapdrošināšana tiek pagarināta uz nākamo periodu uz tiem pašiem noteikumiem (izvēlēto sarakstu) un, ja starp šiem periodiem nav bijis pārtraukums.

2.12. **Izdzivošanas periods** – 30 kalendārās dienas, skaitot no Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās datuma.

3. APDROŠINĀŠANAS GADĪJUMS UN IZŅĒMUMI

3.1. Par Apdrošināšanas gadījumu tiek uzskatīta pirmā Kritiskās slimības diagnoze Papildapdrošināšanas seguma darbības laikā no Apdrošinājumaņēmēja izvēlēta Kritisko slimību saraksta (Pielikums Nr.1, Pielikums Nr.2).

3.2. **Izņēmumi.** Par Apdrošināšanas gadījumu šo Noteikumu izpratnē netiek uzskatīta Apdrošinātā/Papildapdrošinātā 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. sakarā ar Apdrošinātā/Papildu apdrošinātā slimību vai miesas bojājumu, vai to sekām, kas radušās, pildot militāro dienestu;

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

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

3.2.5. sakarā ar Apdrošinātā/Papildapdrošinātā, Apdrošinājumaņēmēja vai Labuma guvēja ļaunu nolūku, rupju neuzmanību vai prettiesisku rīcību;

3.2.6. cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) un iegūtā imūndeficīta sindroma (AIDS) rezultātā;

3.2.7. sakarā ar Apdrošinātā/Papildapdrošinātā atteikšanos no ārstēšanas vai ārsta rekomendāciju neievērošanu;

3.2.8. Nogaidīšanas perioda laikā:

3.2.8.1. šis periods ir piemērojams arī gadījumā, - ja Līguma darbības laikā tiek palielināta Apdrošinājuma summa (attiecas tikai uz palielināto Apdrošinājuma summas daļu);

- tiek mainīts Kritisko slimību saraksts uz Paplašināto (Pielikums Nr.2) (attiecas tikai uz Kritiskajām slimībām, kas nav iekļautas Pamata sarakstā (Pielikums Nr.1));
- ja Apdrošināšanas seguma termiņš ir apturēts vai tas tiek pārtraukts.

3.2.8.2. mainot slimību sarakstu uz Paplašināto (Pielikums Nr.2), Nogaidīšanas periods neattiecas uz aklumu, ekstremitāšu zudumu un ekstremitāšu funkciju zudumu, dzirdes zudumu (kurlumu), smagu galvas traumu, ja tas noticis nelaimes gadījuma rezultātā;

3.2.9. ja Apdrošinātais/Papildapdrošinātais ir miruši Izdzīvošanas periodā pēc Kritiskās slimības diagnosticēšanas;

3.2.10. eksperimentālas vai netradicionālas ārstēšanas rezultātā;

3.2.11. ja Kritiskā slimība neatbilst kādai no Kritisko slimību definīcijām un/vai to diagnosticēšanas kritērijiem, kas iekļauti šajos Kritisko slimību sarakstos, vai nav iekļauta attiecīgajā Kritisko slimību sarakstā (Pielikums Nr. 1 un Pielikums Nr.2);

3.2.12. Ja Papildapdrošinātā vecums ir no viena mēneša līdz trim gadiem, Apdrošināšanas segums neattiecas uz šādām Kritiskajām slimībām, kas uzskaitītas Bērnu slimību sarakstā: vīrusu encefalīts, bakteriālais meningīts, kurlums, aklums, aplastiskā anēmija.

4. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBA

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

4.2. Apdrošinātā/Papildapdrošinātā saslimšanas ar Kritisko slimību gadījumā, kas iestājusies ne agrāk kā pēc Nogaidīšanas perioda, Apdrošinātājs izmaksā Apdrošinātajam/Papildapdrošinātajam Apdrošināšanas atlīdzību Polisē norādītās apdrošinājuma summas apmērā, kas attiecas uz segumu "Kritiskās slimības".

4.3. Apdrošināšanas atlīdzība Kritiskās slimības gadījumā tiek izmaksāta tikai vienu reizi, neskatoties uz Apdrošinātajam/ Papildapdrošinātajam diagnosticēto Kritisko slimību skaitu un veidu.

4.4. Ja ar vienu Līgumu ir apdrošinātas vairākas personas (gan Apdrošinātais, gan Papildapdrošinātais), tad, izmaksājot Apdrošināšanas atlīdzību vienam Papildapdrošinātajam, Apdrošināšanas segums saglabājas spēkā gan Apdrošinātajam, gan pārējiem Papildapdrošinātajiem (ir piemērojams) un Apdrošinājuma summa nesamazinās (paliek nemainīga). Ja Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta Apdrošinātajam, Apdrošināšanas segums tiek izbeigts un nav spēkā attiecībā uz Papildapdrošinātajiem.

4.5. Ja līgumā veiktas izmaiņas – palielināta apdrošinājuma summa un Apdrošināšanas gadījums iestājusies ne vēlāk kā 90 dienu laikā no šo izmaiņu stāšanās dienas, tad tiek izmaksāta tā Apdrošināšanas atlīdzība, kas bija paredzēta pirms izmaiņu spēkā stāšanās brīža.

5. IZMAIŅAS LĪGUMĀ

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

5.1.1. mainīt Papildapdrošināšanas seguma apdrošinājuma summu,

5.1.2. mainīt izvēlēto Kritisko slimību sarakstu.

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

5.3. Apdrošinātajam ir tiesības veikt izmaiņas Papildapdrošināšanas 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 Papildapdrošināšanas 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 Papildapdrošināšanas 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 Apdrošinātājs pārtrauc Papildapdrošināšanu;

6.1.3. iestājoties Papildapdrošināšanas gadījumam attiecībā uz Apdrošināto;

6.1.4. beidzoties Pamatapdrošināšanai;

6.1.5. Apdrošinātajam sasniedzot 70 gadu vecumu;

6.1.6. Papildapdrošinātajam sasniedzot 18 gadu vecumu.

7. APDROŠINĀTĀ PIENĀKUMI

7.1. Saslimstot ar Kritisko slimību, Apdrošinātajam:

7.1.1. jāpilda ārsta norādījumi;

7.1.2. jā rūpējas, lai Apdrošinātā/ Papildapdrošinātā veselības stāvoklis nepasliktinās;

7.1.3. pēc Apdrošinātāja pieprasījuma jāļauj Apdrošinātāja izvēlētam ārstam – speciālistam veikt Apdrošinātā/Papildapdrošinātā izmeklēšanu par veikto ārstniecību;

7.1.4. ne vēlāk kā trīs mēnešu laikā (90 kalendārās dienas) jāiesniedz Apdrošinātajam noteiktas formas pieteikums un dokumenti, kas minēti Noteikumu 8.1. punktā.

7.2. Apdrošinātajam ir tiesības samazināt vai atteikt Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, ja Apdrošinātais neievēro Noteikumu 7.1. punktā noteikto.

7.3. Apdrošinātajam 30 dienu laikā rakstiski ir jāinformē Apdrošinātājs par profesijas vai nodarbošanās maiņu (tajā skaitā Papildapdrošinātā), 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 Papildapdrošināšanas atlīdzības saņemšanai;

8.1.2. Apdrošinātā personu apliecinoša dokumenta kopija, uzrādot oriģinālu;

8.1.3. Papildapdrošinātā dzimšanas apliecības kopija, uzrādot oriģinālu;

8.1.4. Apdrošinātā/Papildapdrošinātā slimības vēstures izrakstu un histoloģijas slēdzienu, ja tas nav ietverts izrakstā;

8.1.5. Sertificēta ārsta atzinumu, kas atbilst Apdrošinātāja prasībām, par Apdrošinātā/ Papildapdrošinātā saslimšanu ar Kritisko slimību.

8.2. Pirms Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas Apdrošinātājs ir tiesīgs pieprasīt:

8.2.1. Apdrošinātā/Papildapdrošinātā medicīnisku pārbaudi pie ārstiem, kurus noteicis Apdrošinātājs;

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

8.3. Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā par slimībām, kas nav iekļautas šo Noteikumu Kritisko slimību sarakstos (Pielikumā Nr.1 vai Pielikumā Nr.2)

8.4. Jebkurš viltojums, nepareizs apgalvojums, noklusēšana vai Apdrošinātāja pieprasītās informācijas nesniegšana, kas ietekmē Apdrošināšanas atlīdzības noteikšanu, var būt par iemeslu 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 kalendāro dienu laikā rakstveidā tas jāpaziņo iesniedzējam, paziņojumā norādot Apdrošināšanas atlīdzības atteikuma iemeslus.

9. CITI NOTEIKUMI

9.1. Noslēdzot Līgumu, Apdrošinājumaņēmējs izvēlas Apdrošināšanas segumu Apdrošinātājam — pilngadīgai personai atbilstoši tam Kritisko slimību sarakstam, kas norādīts šo Noteikumu Pielikumā Nr.1.vai Pielikumā Nr.2.

9.2. Papildapdrošinātājam Kritisko slimību Papildapdrošināšana sniedz Apdrošināšanas segumu tikai saskaņā ar šo Noteikumu Pielikumā Nr.2 norādīto Bērnu slimību sarakstu.

9.3. Ja Apdrošinājumaņēmējs izvēlas šo Noteikumu Pielikumā Nr.2. norādīto Kritisko slimību sarakstu, ar vienu un to pašu Līgumu bez papildu maksas Līgumā tiek apdrošināti ne vairāk kā 3 (trīs) Papildapdrošinātie tā, lai tiem tiktu nodrošināts Apdrošināšanas segums atbilstoši noteikumu Pielikumā Nr.2. norādītajam Bērnu slimību sarakstam. Lai piemērotu šajā punktā paredzētos nosacījumus, Apdrošinājumaņēmējs Līguma slēgšanas laikā aizpilda pieteikumu Apdrošinātāja noteiktajā formā

un apliecina, ka uz līguma slēgšanas brīdi nav zināma bērna/u esoša diagnoze. Ja apliecinājums nevar tikt sniegts par kādu Papildapdrošināto, tad uz šo Papildapdrošināto neattiecas apdrošināšanas segums.

9.4. Apdrošinājuma summa, kas attiecas uz katru Papildapdrošināto, ir 25% apmērā no Apdrošinātā Kritisko slimību apdrošinājuma summas, bet ne vairāk kā 20 000 EUR (divdesmit tūkstoši eiro).

9.5. Kritisko slimību definīcijas un diagnostikas kritērijus Apdrošinātājs ir tiesīgs grozīt šajos Noteikumos paredzētajos gadījumos un kārtībā.

9.6. Kritiskās slimības diagnosticēšanas datums ir viens no šādiem datumiem, atkarībā no Kritiskās slimības veida:

9.6.1. koronāro artēriju šuntēšanas operācijas un sirds vārstu protezēšanas gadījumā — operācijas veikšanas datums;

9.6.2. iekšējo orgānu transplantācijas gadījumā — datums, kad Apdrošinātais ir iekļauts oficiālajā pacientu reģistrā konkrētu orgānu transplantācijai, vai datums, kad Apdrošinātajam ir veikta iekšējo orgānu transplantācijas operācija, ja Apdrošinātais nav iekļauts pacientu reģistrā iekšējo orgānu transplantācijai.

9.6.3. ļaundabīga audzēja gadījumā — datums, kad iegūts paraugs histoloģiskai izmeklēšanai, pamatojoties uz kuru, ārsts diagnosticē ļaundabīgo audzēju;

9.6.4. citu Pielikumā Nr.1. un Pielikumā Nr.2. pielikumā paredzēto Kritisko slimību gadījumos — datums, kad Apdrošinātajam diagnosticēta Kritiskā slimība.

KRITISKĀS SLIMĪBAS, TO DEFINĪCIJAS UN DIAGNOSTIKAS KRITĒRIJI,

PAMATA SARAKSTS

- 1.1. Miokarda infarkts
- 1.2. Cerebrālais infarkts (paralītisks insults)
- 1.3. Ļaundabīgie audzēji
- 1.4. Nieru mazspēja
- 1.5. Iekšējo orgānu transplantācija
- 1.6. Koronāro artēriju (aortokoronārā) šuntēšanas operācija
- 1.7. Sirds vārstuļu protēzes
- 1.8. Amputācija, ekstremitāšu funkcijas zudums
- 1.9. Aklums
- 1.10. Izkaisītā skleroze

1.1. MIOKARDA INFARKTS

Tas ir akūts, neatgriezenisks sirds muskuļa bojājums (nekroze), ko izraisa atbilstošas artērijas nosprostojums, kas neļauj asinīm plūst uz miokarda daļu. Miokarda infarkts jāpamato ar sirds biomarkieru (troponīna vai CK-MB enzīmu) paaugstināšanos un/vai pazemināšanos līdz līmenim, kas kalpo miokarda infarkta diagnosticēšanai, ja ir konstatēti vismaz divi no šādiem kritērijiem:

- stabilā stenokardija (ieilgusi sirds stenokardija);
- elektrokardiogrammas izmaiņas, kas liecina par jaunu miokarda išēmiju (jaunas ST-T izmaiņas vai jauna Hisa kūlīša kreisā zara blokāde);
- patoloģisku Q viļņu veidošanās EKG.

Diagnoze ir jāapstiprina kardiologam.

Saskaņā ar iepriekš minēto definīciju segums neattiecas uz turpmākajiem gadījumiem:

- troponīna līmeņa paaugstināšanās, ja nav atklātas sirds išēmiskās slimības pazīmes (piemēram, miokardīts, stresa izraisīta kardiomiopātija, sirds kontūzija, plaušu embolija vai zāļu izraisīta toksicitāte)
- miokarda infarkts ar normālām koronārajām artērijām vai koronārās vazospazmas, miokarda "tiltiņš" vai ļaunprātīga zāļu lietošana;
- miokarda infarkts, kas iestājies 14 (četrpadsmit) dienu laikā pēc koronārās angioplastijas vai šuntēšanas operācijas.

1.2. CEREBRĀLAIS INFARKTS (PARALĪTISKS INSULTS)

Smadzeņu audu bojāeja akūta cerebrovaskulāra notikuma dēļ, ko izraisījusi intrakraniālo asinsvadu tromboze, asinsizplūdums (tostarp subarahnoidāls asinsizplūdums vai embolija no ekstrakraniāliem avotiem), kas izraisa akūtu jaunu neiroloģisku simptomu rašanos un jaunu neiroloģisku deficītu. Diagnoze ir jāapstiprina neirologam stacionārās ārstēšanas laikā.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā tikai tad, ja pastāvīgais neiroloģiskais deficīts* saglabājas ilgāk nekā 3 (trīs) mēnešus pēc cerebrālā infarkta (paralītiskā insulta). Pastāvīgajam neiroloģiskajam deficītam* jābūt neirologa

apstiprinātam un pamatotam ar attēlveidošanas atradēm (MRT, DT u. c.).

Saskaņā ar iepriekš minēto definīciju segums neattiecas uz turpmākajiem gadījumiem:

- pārejoša smadzeņu išēmiskā lēkme (RCIA) un apgriezenisks išēmiskais neiroloģisks deficīts (RIND);
- smadzeņu audu vai asinsvadu traumatiskais bojājums;
- neiroloģisks deficīts vispārējas hipoksijas, infekcijas, iekaisuma slimības, migrēnas vai medicīniskas iekļaušanās dēļ;
- nejaušas attēlveidošanas atrades (datortomogrāfija vai magnētiskās rezonanses tomogrāfija) bez skaidri klīniski saistītiem smadzeņu infarkta simptomiem (klusais insults).

1.3. ĻAUNDABĪGI AUDZĒJI

Ir nekontrolēta ļaundabīgo šūnu augšana un izplatīšanās, kā arī invāzija veselajos audos.

Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai tad, ja ir sniegti neapstrīdami pierādījumi par audu invāziju, turklāt šūnu ļaundabīgums ir apstiprināts ar histoloģiskām atradēm. Diagnoze ir jāapstiprina onkologam.

Vēža definīcija attiecas arī uz leukēmiju un ļaundabīgo limfomu un mielodisplastisko sindromu. Šādos gadījumos diagnoze ir jāapstiprina onkologam vai hematologam.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par turpmāko:

- lokalizēti neinvazīvi audzēji, kas klasificēti kā tādi, kas ir pirmsļaundabīgā stadijā, neinvazīvi (karcinoma *in situ*), dzemdes kakla displāzija, dzemdes kakla intraepiteliāla neoplāzija (CIN-1, CIN-2 un CIN-3);
- hroniska limfocītiska leukēmija, ja vien tā nav progresējusi vismaz līdz Binet B stadijai;
- prostatas vēzis, kura stadija saskaņā ar klīnisko TNM klasifikāciju ir zem T2bN0M0, ja vien histoloģiskā klasifikācija pēc Glīsona indeksa nav augstāka par 6. pakāpi;
- ādas bazālo šūnu karcinoma un plakanšūnu karcinoma un ļaundabīgā melanoma IA stadijā (T1aN0M0), ja nav pierādījumu par metastāzēm;
- papilārais vai folikulārais vairogdziedzera vēzis, kas nav T2N0M0 stadijā;
- īstā policitēmija un esenciālā trombocitēmija;
- kuņģa un zarnu trakta stromālā audzēja (GIST) I un II stadija saskaņā ar AJCC vēža stadiju noteikšanas rokasgrāmatas 7. pārskatu (2010);
- limfoma, ja slimībai nav nepieciešama ķīmijterapija vai staru terapija;
- visi T1 audzēji saskaņā ar AJCC klasifikāciju, ja vien slimībai nav nepieciešama audzēja izņemšana un ķīmijterapija un/vai staru terapija;
- paugurainā dermatofibrosarkoma;
- jebkura vēža diagnoze, ja apdrošinātā persona ir inficēta ar HIV vai tai ir AIDS.

1.4. NIERU MAZSPĒJA

Nieru mazspēja beigu stadijā, ko izraisa neatgriezeniska abu nieru darbības mazspēja, kā rezultātā nepieciešama regulāra hemodialīze vai peritoneālā dialīze.

Dialīze jāapstiprina nefrologam, un tā jāpamato ar nieru funkcijas analīžu atradēm.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par akūtu atgriezenisku (līdz 3 mēnešiem) nieru mazspēju (ja nepieciešama īslaicīga nieru dialīze).

1.5. IEKŠĒJO ORGĀNU TRANSPLANTĀCIJA

Apdrošinātajam tiek veikta iekšējā orgāna transplantācijas operācija kā saņēmējam, kuram tiek transplantēts viens vai vairāki no šādiem orgāniem: sirds, niere(-s), aknas (tostarp daļītu aknu un dzīva donora aknu transplantācijas), plaušas (tostarp dzīva donora daivas vai vienas plaušu daivas transplantācijas), kaulu smadzenes (alogeno hematopoētisko cilmes šūnu transplantācijas, ko veic ar pilnīgu kaulu smadzeņu ablāciju), tievā zarna, aizkuņģa dziedzeris, daļēja vai pilnīga sejas, rokas zem plaukstas locītavas, rokas virs plaukstas locītavas un kājas transplantācijas (salikta audu alotransplantācija). Tāds Apdrošinātā stāvoklis, par kuru tiek izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība, ir pabeigta iekšējā orgāna transplantācijas operācija vai Apdrošinātā stāvoklis, kā rezultātā tiek veikta transplantācija, ir uzskatāms par neārstējamu ar citiem līdzekļiem, un speciālistam ir jāapstiprina, ka Apdrošinātais ir iekļauts oficiālajā pacientu gaidīšanas sarakstā iekšējo orgānu transplantācijai.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par turpmāko:

- citu orgānu, ķermeņa daļu vai audu (tostarp radzenes un ādas) transplantācija;
- citu šūnu (tostarp salīņu šūnu un cilmes šūnu, kas nav hematopoētiskās šūnas) transplantācija.

1.6. KORONĀRO ARTĒRIJU (AORTOKORONĀRĀ) ŠUNTĒŠANAS OPERĀCIJA

Atvērta sirds koronāro artēriju operācija, lai novērstu divu vai vairāku koronāro artēriju sašaurinājumu vai nosprostojumu, izveidojot apvedceļu (izmantojot virspusēju kājas vēnu, iekšējo krūšu kurvja artēriju vai citu piemērotu artēriju).

Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai tad, ja kardiologs vai sirds ķirurgs ir noteicis, ka operācija ir nepieciešama, un to apstiprina angiogrāfijas atrade.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par:

- koronāro artēriju šuntēšanas operācija, lai ārstētu koronārās artērijas sašaurinājumu vai nosprostojumu (trombu);
- koronāro artēriju angioplastija vai stentu ievietošana.

1.7. SIRDS VĀRSTUĻU PROTĒZES

Sirds ķirurģijas operācija, ar kuru aizstāj vai koriģē vienu vai vairākus bojātus sirds vārstuļus ar mākslīgiem vārstuļiem.

Šī definīcija attiecas uz šādām procedūrām:

- sirds vārstuļa nomaiņa vai korekcija, veicot pilnu sternotomiju (garenvirziena iegriezums krūšu kaulā), daļēju sternotomiju vai torakotomiju;
 - Rosa procedūra;
 - transkatetrāla koronāro artēriju korekcija (valvuloplastija, izmantojot katetru);
 - transkateterāla aortālā vārstuļa implantācija (TAVI).
- Kardiologam vai sirds ķirurgam jānosaka, ka operācija ir medicīniski nepieciešama, un tā jāpamato ar ehokardiogrammas vai sirds katetrizācijas atradēm.

Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā par transkateterālu mitrālā vārstuļa skavošanu.

1.8. AMPUTĀCIJA, EKSTREMITĀŠU FUNKCIJAS ZUDUMS

Pilnīgs un neatgriezenisks divu vai vairāku ekstremitāšu vai to funkciju zudums muguras smadzeņu un galvas smadzeņu traumas vai slimības dēļ. Amputācija ir ekstremitāšu zaudēšana virs elkoņa vai ceļa locītavas. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā ar nosacījumu, ka ekstremitātes funkcijas zudums pastāv ilgāk nekā 3 (trīs) mēnešus un to ir apstiprinājis neirologs, turklāt to apstiprina klīniskie simptomi un diagnostikas atrades.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par turpmāko:

- pašsavainošanās vai psiholoģisku traucējumu izraisīta paralīze;
- kad ticis diagnosticēts Gijēna-Barē sindroms;
- kad tikusi diagnosticēta periodiska (atgriezeniska) iedzimta paralīze.

1.9. AKLUMS

Pilnīgs un neatgriezenisks tāds redzes zudums abām acīm traumas vai slimības rezultātā, ko nevar ārstēt ar refrakcijas korekciju, medikamentiem vai operāciju. Diagnozei jābūt pamatotai ar objektīvu testu atradēm un medicīnas ekspertu komisijas secinājumiem. Par pilnīgu redzes zudumu liecina redzes asums 3/60 vai mazāks (0,05 vai mazāks decimālskaitļa izteiksmē) labākajā acī pēc vislabākās korekcijas, vai arī redzes lauks mazāks par 10° diametrā labākajā acī pēc vislabākās korekcijas.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par turpmāko:

- redzes zudums tikai vienā acī;
- dažādi atgriezeniski redzes traucējumi.

1.10. IZKAISĪTĀ SKLEROZE

Izkaisītās sklerozes diagnoze jāapstiprina neirologam pēc detalizētas stacionārās neiroloģiskās izmeklēšanas, pamatojoties uz klīniskajiem simptomiem un turpmāk minētajiem kritērijiem:

- vairāku neiroloģisko traucējumu saglabāšanās ilgāk nekā 6 mēnešus;
- magnētiskās rezonanses attēlveidošanas (MRI) atrades (redzami vismaz divi demielinizācijas bojājumi galvas vai muguras smadzenēs, kas raksturīgi izkaisītajai sklerozei).

Saskaņā ar iepriekš minēto definīciju segums neattiecas uz turpmākajiem gadījumiem:

- iespējama izkaisītā skleroze un neiroloģiski vai radioloģiski izolēti sindromi, kas liecina par izkaisīto sklerozi, bet neapstiprina tās diagnozi;
- izolēts redzes nerva neirīts un optiskais neiromielīts.

KRITISKĀS SLIMĪBAS, TO DEFINĪCIJAS UN DIAGNOSTIKAS KRITĒRIJI

1. PAPLAŠINĀTAIS SARAKSTS

- 1.1. Miokarda infarkts
- 1.2. Cerebrālais infarkts (paralītisks insults)
- 1.3. Ļaundabīgie audzēji
- 1.4. Nieru mazspēja
- 1.5. Iekšējo orgānu transplantācija
- 1.6. Koronāro artēriju (aortokoronārā) šuntēšanas operācija
- 1.7. Sirds vārstuļu protēzes
- 1.8. Amputācija, ekstremitāšu funkcijas zudums
- 1.9. Aklums
- 1.10. Izkaisītā skleroze
- 1.11. Aortas operācija
- 1.12. Alcheimera slimība
- 1.13. Labdabīgs smadzeņu audzējs
- 1.14. Koma
- 1.15. Kurlums
- 1.16. Runas zudums
- 1.17. Idiopātiska Parkinsona slimība
- 1.18. Vīrusa encefalīts
- 1.19. Profesionālā ceļā iegūts HIV
- 1.20. Smaga sepse
- 1.21. Septisks endocarditis lenta
- 1.22. Smaga Krona slimība (nereaģē uz terapiju)
- 1.23. Kardiomiopātija (permanenta)
- 1.24. Bakteriāls meningīts
- 1.25. Smaga smadzeņu trauma
- 1.26. Primāra plaušu arteriālā hipertensija
- 1.27. Stingumkrampji
- 1.28. Kreicfelda-Jakoba slimība
- 1.29. Muskuļu distrofija
- 1.30. Sarkanā vilkēde
- 1.31. Smadzeņu abscess
- 1.32. Trakumsērga
- 1.33. Motoneironu saslimšana
- 1.34. Smaga aknu slimība
- 1.35. Gāzu gangrēna
- 1.36. Aplastiskā anēmija (nepieciešama ārstēšana)
- 1.37. Neuroborelioze
- 1.38. Smaga plaušu slimība
- 1.39. Sistēmiska sklerodermija
- 1.40. Pastāvīgs veģetatīvs stāvoklis

1.1. MIOKARDA INFARKTS

Tas ir akūts, neapgriezenisks sirds muskuļa bojājums (nekroze), ko izraisa atbilstošas artērijas nosprostošanās, kas neļauj asinīm plūst uz miokarda daļu. Miokarda infarkts jāpamato ar sirds biomarkieru (troponīna vai CK-MB enzīmu) paaugstināšanos un/vai pazemināšanos līdz līmenim, kas kalpo miokarda infarkta diagnosticēšanai, ja ir konstatēti vismaz divi no šādiem kritērijiem:

- stabilā stenokardija (ieilgusi sirds stenokardija);
- elektrokardiogrammas izmaiņas, kas liecina par jaunu miokarda išēmiju (jaunas ST-T izmaiņas vai jauna Hisa kūlīša kreisā zara blokāde);
- patoloģisku Q viļņu veidošanās EKG.

Diagnoze ir jāapstiprina kardiologam.

Saskaņā ar iepriekš minēto definīciju segums neattiecas uz turpmākajiem gadījumiem:

- troponīna līmeņa paaugstināšanās, ja nav atklātas sirds išēmiskās slimības pazīmes (piemēram, miokardīts, stresa izraisīta kardiomiopātija, sirds kontūzija, plaušu embolija un zāļu izraisīta toksicitāte);
- miokarda infarkts ar normālām koronārajām artērijām vai koronārās vazospazmas, miokarda "tiltiņš" vai ļaunprātīga zāļu lietošana;
- miokarda infarkts, kas iestājies 14 (četrpadsmit) dienu laikā pēc koronārās angioplastijas vai šuntēšanas operācijas.

1.2. CEREBRĀLAIS INFARKTS (PARALĪTISKS INSULTS)

Smadzeņu audu bojāeja akūta cerebrovaskulāra notikuma dēļ, ko izraisījusi intrakraniālo asinsvadu tromboze, asinsizplūdums (tostarp subarahnoidāls asinsizplūdums vai embolija no ekstrakraniāliem avotiem), kas izraisa akūtu jaunu neiroloģisku simptomu rašanos un jaunu neiroloģisku deficītu. Diagnoze ir jāapstiprina neirologam stacionārās ārstēšanas laikā.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā tikai tad, ja pastāvīgais neiroloģiskais deficīts* saglabājas ilgāk nekā 3 (trīs) mēnešus pēc cerebrālā infarkta (paralītiskā insulta). Pastāvīgajam neiroloģiskajam deficītam* jābūt neirologa apstiprinātam un pamatotam ar attēlveidošanas atradēm (MRT, DT u. c.).

Saskaņā ar iepriekš minēto definīciju segums neattiecas uz turpmākajiem gadījumiem:

- pārejoša smadzeņu išēmiskā lēkme (RCIA) un apgriezenisks išēmiskais neiroloģisks deficīts (RIND);
- smadzeņu audu vai asinsvadu traumatiskais bojājums;
- neiroloģisks deficīts vispārējas hipoksijas, infekcijas, iekaisuma slimības, migrēnas vai medicīniskas iekļaušanās dēļ;
- nejaušas attēlveidošanas atrades (datortomogrāfija vai magnētiskās rezonanses tomogrāfija) bez skaidri klīniski saistītiem smadzeņu infarkta simptomiem (klusais insults).

1.3. ĻAUNDABĪGI AUDZĒJI

Ir nekontrolēta ļaundabīgo šūnu augšana un izplatīšanās, kā arī audu invāzija.

Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai tad, ja ir sniegti neapstrīdami pierādījumi par audu invāziju, turklāt šūnu ļaundabīgums ir apstiprināts ar histoloģiskām atradēm. Diagnoze ir jāapstiprina onkologam.

Vēža definīcija attiecas arī uz leukēmiju un ļaundabīgo limfomu un mielodisplastisko sindromu. Šādos gadījumos diagnoze ir jāapstiprina onkologam vai hematologam.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par turpmāko:

- lokalizēti neinvazīvi audzēji, kas klasificēti kā tādi, kas ir pirmsļaundabīgā stadijā, neinvazīvi (karcinoma

- in situ*), dzemdes kakla displāzija, dzemdes kakla intraepiteliāla neoplāzija (CIN-1, CIN-2 un CIN-3);
- hroniska limfocītiska leukēmija, ja vien tā nav progresējusi vismaz līdz Binet B stadijai;
- prostatas vēzis, kura stadija saskaņā ar klīnisko TNM klasifikāciju ir zem T2bN0M0, ja vien histoloģiskā klasifikācija pēc Glīsona indeksa nav augstāka par 6. pakāpi;
- ādas bazālo šūnu karcinoma un plakanšūnu karcinoma un ļaundabīgā melanoma IA stadijā (T1aN0M0), ja nav pierādījumu par metastāzēm;
- papildārais vai folikulārais vairogdziedzera vēzis, kas nav T2N0M0 stadijā;
- īstā policitēmija un esenciālā trombocitēmija;
- kuņģa un zarnu trakta stromālā audzēja (GIST) I un II stadija saskaņā ar AJCC vēža stadiju noteikšanas rokasgrāmatas 7. pārskatu (2010);
- limfoma, ja slimībai nav nepieciešama ķīmijterapija vai staru terapija;
- visi T1 audzēji saskaņā ar AJCC klasifikāciju, ja vien slimībai nav nepieciešama audzēja izņemšana un ķīmijterapija un/vai staru terapija;
- paugurainā dermatofibrosarkoma;
- jebkura vēža diagnoze, ja apdrošinātā persona ir inficēta ar HIV vai tai ir AIDS.

1.4. NIERU MAZSPĒJA

Nieru mazspēja beigu stadijā, ko izraisa neatgriezeniska abu nieru darbības mazspēja, kā rezultātā nepieciešama regulāra hemodialīze vai peritoneālā dialīze.

Dialīze jāapstiprina nefrologam, un tā jāpamato ar nieru funkcijas analīžu atradēm.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par akūtu atgriezenisku (līdz 3 mēnešiem) nieru mazspēju (ja nepieciešama īslaicīga nieru dialīze).

1.5. IEKŠĒJO ORGĀNU TRANSPLANTĀCIJA

Apdrošinātajam tiek veikta iekšējā orgāna transplantācijas operācija kā saņēmējam, kuram tiek transplantēts viens vai vairāki no šādiem orgāniem: sirds, niere(-s), aknas (tostarp dalītu aknu un dzīva donora aknu transplantācijas), plaušas (tostarp dzīva donora daivas vai vienas plaušu daivas transplantācijas), kaulu smadzenes (alogēno hematopoētisko cilmes šūnu transplantācijas, ko veic ar pilnīgu kaulu smadzeņu ablāciju), tievā zarna, aizkuņģa dziedzeris, daļēja vai pilnīga sejas, rokas zem plaukstas locītavas, rokas virs plaukstas locītavas un kājas transplantācijas (salikta audu alotransplantācija). Tāds Apdrošinātā stāvoklis, par kuru tiek izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība, ir pabeigta iekšējā orgāna transplantācijas operācija vai Apdrošinātā stāvoklis, kā rezultātā tiek veikta transplantācija, ir uzskatāms par neārstējamu ar citiem līdzekļiem, un speciālistam ir jāapstiprina, ka Apdrošinātais ir iekļauts oficiālajā pacientu gaidīšanas sarakstā iekšējo orgānu transplantācijai.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par turpmāko:

- citu orgānu, ķermeņa daļu vai audu (tostarp radzenes un ādas) transplantācija;
- citu šūnu (tostarp saliņu šūnu un cilmes šūnu, kas nav hematopoētiskās šūnas) transplantācija.

1.6. KORONĀRO ARTĒRIJU (AORTOKORONĀRĀ) ŠUNTĒŠANAS OPERĀCIJA

Atvērta sirds koronāro artēriju operācija, lai novērstu divu vai vairāku koronāro artēriju sašaurinājumu vai nosprostojumu, izveidojot apvedceļu (izmantojot virspusēju kājas vēnu, iekšējo krūšu kurvja artēriju vai citu piemērotu artēriju).

Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai tad, ja kardiologs vai sirds ķirurgs ir noteicis, ka operācija ir nepieciešama, un to apstiprina angiogrāfijas atrade.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par:

- koronāro artēriju šuntēšanas operācija, lai ārstētu koronārās artērijas sašaurinājumu vai nosprostojumu (trombu);
- koronāro artēriju angioplastija vai stentu ievietošana.

1.7. SIRDS VĀRSTUĻU PROTĒZES

Sirds ķirurģijas operācija, ar kuru aizstāj vai koriģē vienu vai vairākus bojātus sirds vārstuļus ar mākslīgiem vārstuļiem.

Šī definīcija attiecas uz šādām procedūrām:

- sirds vārstuļa nomaiņa vai korekcija, veicot pilnu sternotomiju (garenvirziena iegriezums krūšu kaulā), daļēju sternotomiju vai torakotomiju;
- Rosa procedūra;
- transkatetrāla koronāro artēriju korekcija (valvuloplastija, izmantojot katetru);
- transkateterāla aortālā vārstuļa implantācija (TAVI).

Kardiologam vai sirds ķirurgam jānosaka, ka operācija ir medicīniski nepieciešama, un tā jāpamato ar ehokardiogrammas vai sirds katetrizācijas atradēm.

Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā par transkateterālu mitrālā vārstuļa skavošanu.

1.8. AMPUTĀCIJA, EKSTREMITĀŠU FUNKCIJAS ZUDUMS

Pilnīgs un neatgriezenisks divu vai vairāku ekstremitāšu vai to funkciju zudums muguras smadzeņu un galvas smadzeņu traumas vai slimības dēļ. Amputācija ir ekstremitāšu zaudēšana virs elkoņa vai ceļa locītavas. Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā ar nosacījumu, ka ekstremitātes funkcijas zudums pastāv ilgāk nekā 3 (trīs) mēnešus un to ir apstiprinājis neirologs, turklāt to apstiprina klīniskie simptomi un diagnostikas atrades.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par turpmāko:

- pašsavainošanās vai psiholoģisku traucējumu izraisīta paralīze;
- kad ticis diagnosticēts Gijēna-Barē sindroms;
- kad tikusi diagnosticēta periodiska (atgriezeniska) iedzimta paralīze.

1.9. AKLUMS

Pilnīgs un neatgriezenisks tāds redzes zudums abām acīm traumas vai slimības rezultātā, ko nevar ārstēt ar refrakcijas korekciju, medikamentiem vai operāciju. Diagnozei jābūt pamatotai ar objektīvu testu atradēm un medicīnas ekspertu komisijas secinājumiem. Par pilnīgu redzes zudumu liecina redzes asums 3/60 vai mazāks (0,05 vai mazāks decimālskaitļa izteiksmē) labākajā acī pēc vislabākās korekcijas, vai arī redzes lauks mazāks par 10° diametrā labākajā acī pēc vislabākās korekcijas.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par turpmāko:

- redzes zudums tikai vienā acī;
- dažādi atgriezeniski redzes traucējumi.

1.10. IZKAISĪTĀ SKLEROZE

Izkaisītās sklerozes diagnoze jāapstiprina neirologam pēc detalizētas stacionārās neiroloģiskās izmeklēšanas, pamatojoties uz klīniskajiem simptomiem un turpmāk minētajiem kritērijiem:

- vairāku neiroloģisko traucējumu saglabāšanās ilgāk nekā 6 mēnešus;
- magnētiskās rezonanses attēlveidošanas (MRI) atrades (redzami vismaz divi demielinizācijas bojājumi galvas vai muguras smadzenēs, kas raksturīgi izkaisītajai sklerozei).

Saskaņā ar iepriekš minēto definīciju segums neattiecas uz turpmākajiem gadījumiem:

- iespējama izkaisītā skleroze un neiroloģiski vai radioloģiski izolēti sindromi, kas liecina par izkaisīto sklerozi, bet neapstiprina tās diagnozi;
- izolēts redzes nerva neirīts un optiskais neiromielīts.

1.11. AORTAS OPERĀCIJA

Operācija, lai ārstētu aortas sašaurināšanos, nosprostojumu, aneirismu vai atslāņošanu.

Šī definīcija attiecas uz minimāli invazīvām procedūrām, piemēram, endovaskulāru labošanu. Konsultējošam sirds ķirurgam jānosaka, ka operācija ir medicīniski nepieciešama, un tā jāpamato ar attēlveidošanas atradēm.

Saskaņā ar iepriekš minēto definīciju segums neattiecas uz turpmākajiem gadījumiem:

- krūšu vai vēdera aortas zara operācija (tostarp aortofemorālā vai aortoiliakālā šuntēšana);
- aortas operācijas saistībā ar iedzimtām saistaudu slimībām (piemēram, Marfāna sindroms, Ēlera-Danlosa sindroms);
- Operācija pēc traumatiska aortas bojājuma.

1.12. ALCHEIMERA SLIMĪBA

Pierādīta Alcheimera slimības diagnoze, kuru apstiprina visi turpmākie faktori:

- slimība diagnosticēta pirms 65 gadu vecuma;
- slimību apstiprina tipiskas neiropsiholoģiskās un nervu sistēmas attēlveidošanas atrades (piemēram, datortomogrāfija, magnētiskās rezonanses tomogrāfija);

- intelektuālo spēju zudums, kas ietver atmiņas un rīcībspējas (rīcību secīguma, organizēšanas, abstrakcijas un plānošanas) traucējumus, kā rezultātā ievērojami samazinās garīgās un sociālās funkcionēšanas spēja;
- personības izmaiņas;
- pakāpenisks kognitīvo funkciju traucējumu sākums un turpmāka pasliktināšanās;
- nav apziņas traucējumu;
- nepieciešama pastāvīga uzraudzība (24 stundas dienā);

Diagnoze un nepieciešamība pēc uzraudzības ir jāapstiprina konsultantam neirologam.

Iepriekš minētā definīcija neattiecas uz citām demences formām, ko izraisa smadzeņu vai sistēmiski traucējumi vai psihiatriskie stāvokļi.

1.13. LABDABĪGS SMADZEŅU AUDZĒJS

Pierādīta labdabīga galvas smadzeņu audzēja diagnoze, kas ir definēta kā labdabīga galvaskausa velvē esošo audu augšana (skar tikai galvas smadzenes, galvas smadzeņu mīkstos apvalkus vai kraniālos nervus).

Diagnoze jāapstiprina konsultantam – neirologam vai neuroķirurgam un jāaplicina ar attēlagnostikas atradēm.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā ar nosacījumu, ka audzējs jāārstē, izmantojot vismaz vienu no šādiem līdzekļiem:

- pilnīga vai nepilnīga ķirurģiska izoperēšana;
- stereotaktiska radioķirurģija;
- ārēja apstarošana.

Ja medicīnisku iemeslu dēļ nav iespējams izmantot nevienu no šiem ārstēšanas veidiem, audzējam jāizraisa pastāvīgi neiroloģiski traucējumi*, kam jābūt dokumentētiem vismaz 3 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma.

Saskaņā ar iepriekš minēto definīciju segums neattiecas uz turpmākajiem gadījumiem:

- cistu, granulomu, hamartomu vai galvas smadzeņu artēriju vai vēnu malformācijas diagnostika vai ārstēšana;
- hipofīzes audzēji.

1.14. KOMA

Noteikta bezsamaņas stāvokļa diagnoze.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- Apdrošinātais nereaģē vai nereaģē uz ārējiem stimuliem vai iekšējām vajadzībām (3–8 punkti pēc Glāzgovas komas skalas) vai vismaz 96 (deviņdesmit sešas) stundas nereaģē uz iekšējām vajadzībām;
 - nepieciešamība izmantot dzīvības nodrošināšanas sistēmas;
 - pastāvīgs neiroloģisks traucējums*, kas jānovērtē vismaz 30 dienas pēc komas iestāšanās.
- Diagnoze jāapstiprina konsultantam –neirologam, anesteziologam-anestēzijas speciālistam.

Saskaņā ar iepriekš minēto definīciju segums neattiecas uz turpmākajiem gadījumiem:

- mākslīgā (medikamentozā) koma;
- koma pašsavainošanās, alkohola, toksisko vielu vai narkotiku lietošanas dēļ.

1.15. KURLUMS

Apstiprināta pastāvīga un neatgriezeniska dzirdes zuduma diagnoze abās ausīs slimības vai negadījuma izraisītas traumas rezultātā.

Diagnoze jāapstiprina konsultantam–LOR speciālistam un jāapliecina ar vidējo dzirdes sliekšni (vairāk nekā 90 db pie 500, 1000 un 2000 Hz labākajā ausī, izmantojot tīrā toņa audiogrammu).

1.16. RUNAS SPĒJU ZUDUMS

Apstiprināta pilnīga un neatgriezeniska runas spēju zuduma diagnoze fiziskas traumas vai slimības rezultātā, ko nav iespējams koriģēt ar medicīnisku ārstēšanu, ja tas turpinās nepārtraukti vismaz 6 mēnešus. Diagnoze jāapstiprina konsultantam–LOR speciālistam.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par runas zudumu psihiatrisku traucējumu vai slimību dēļ.

1.17. IDIOPĀTISKA PARKINSONA SLIMĪBA

Primārā diagnoze jāapstiprina konsultantam–neirologam.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- Diagnoze apstiprināta pirms 65 gadu vecuma;
- Pastāv vismaz divas no šādām klīniskām izpausmēm:
 - muskuļu rigiditāte;
 - trīce;
 - bradikinēzija (patoloģisks kustību lēnums, fizisko un garīgo atbildes reakciju lēnums);
- Pilnīga nespēja patstāvīgi veikt vismaz 3 no 6 ikdienas dzīves aktivitātēm nepārtraukti vismaz 3 mēnešus, neskatoties uz atbilstošu medikamentozo ārstēšanu:
 - mazgāšanās – spēja mazgāties vannā vai dušā (tai skaitā iekļūšana vannā vai dušā un izkļūšana no tās) vai mazgāšanās apmierinošā veidā ar citiem līdzekļiem;
 - apģērbšanās un noģērbšanās – spēja uzvilkt, novilkt, aiztaisīt un attaisīt visus apģērba gabalus un pēc vajadzības siksnas, mākslīgās ekstremitātes vai citas ķirurģiskas palīgierīces;
 - ēšana – spēja patstāvīgi paēst, ja ēdiens ir pagatavots un pasniegts;
 - personīgās higiēnas ievērošana – spēja uzturēt apmierinošu personīgās higiēnas līmeni, apmeklējot tualeti vai citādā veidā kontrolējot vēdera izeju un urināciju;
 - pārvietošanās starp telpām – spēja nokļūt no vienas telpas otrā pa līdzenu grīdu;
 - iekāpšana gultā un izkāpšana no tās – spēja izkāpt no gultas un apsēsties uz stāvus novietota krēsla vai ratiņkrēslā, un iekāpt atpakaļ gultā.

Neatkarīgi no ikdienas dzīves aktivitātēm neirostimulatora implantācija, lai kontrolētu simptomus, izmantojot dziļo smadzeņu stimulāciju, ir iekļauta šajā kritisko slimību definīcijā. Konsultantam–neirologam vai neiroķirurgam jānosaka, ka implantācija ir medicīniski nepieciešama.

Saskaņā ar iepriekš minēto definīciju segums neattiecas uz turpmākajiem gadījumiem:

- sekundārais parkinsonisms (tostarp medikamentu vai toksīnu izraisīts parkinsonisms);
- izteikta trīce;
- ar citiem neirodeģeneratīviem traucējumiem saistīts parkinsonisms.

1.18. VĪRUSA ENCEFALĪTS

Apstiprināta vīrusu infekcijas izraisīta encefalīta diagnoze (smadzeņu puslodes, smadzeņu stumbrs, smadzenītes).

Diagnoze jāapstiprina neirologam un jāpamato ar stacionāram pacientam raksturīgiem klīniskiem simptomiem un cerebrospinalā šķidrums vai smadzeņu biopsijas atradēm.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- Pastāvīgs neiroloģisks traucējums*;
- Neiroloģiskais traucējums ir dokumentēts vismaz 3 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas dienas.

Saskaņā ar iepriekš minēto definīciju segums neattiecas uz turpmākajiem gadījumiem:

- Encefalīts HIV klātbūtnē;
- Encefalīts, ko izraisa bakteriālas vai protozoju infekcijas;
- Paraneoplastiskais encefalomiēlīts.

1.19. PROFESIONĀLĀ CEĻĀ IEGŪTS HIV

Apdrošinātā inficēšanās ar cilvēka imūndeficīta vīrusu (HIV), ja inficēšanās notikusi saistībā ar Apdrošinātā, profesionālo nodarbošanos, vai citas personas vai personu ļaunprātīgu rīcību, kas saistīta ar Apdrošinātā profesionālo nodarbošanos.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- negadījums notiek pēc apdrošināšanas līguma stāšanās spēkā;
- infekcija ir diagnosticēta ar pozitīvu anti-HIV antivielu testa rezultātu sešu mēnešu laikā pēc paziņotā incidenta datuma;
- ir iesniegts negatīvs HIV antivielu testa rezultāts (jāveic ne vēlāk kā 7 dienas pēc negadījuma);
- par negadījumu apdrošināšanas sabiedrībai tiek ziņots sešu mēnešu laikā pēc negadījuma dienas;
- par negadījumu tiek ziņots darba devējam/tas ir reģistrēts sabiedrībā septiņu dienu laikā pēc negadījuma dienas.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta:

- ja infekcija tieši vai netieši radusies Apdrošinātā, kam ir dzīvības apdrošināšana, tīšas pašsavainošanās/traumas dēļ;

- ja infekcija ir iegūta citādā veidā, tostarp dzimumceļā vai lietojot narkotikas vai medikamentus, kurus nav izrakstījis ārsts;
- ja Apdrošinātais, kam ir dzīvības apdrošināšana, ir pilnībā izārstējies no infekcijas vai sasniedz tādu veselības līmeni, kas viņam netraucē veikt darbu.

1.20. SMAGA SEPSE

Smaga sepse ir ar asinīm pārnēsāta infekcija (bakteriāla, vīrusu vai sēnīšu infekcija), kas rodas no organisma atbildes reakcijas uz infekciju, kas saistīta ar smagiem audu un orgānu bojājumiem vai darbības traucējumiem.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- diagnoze ir apstiprināta saskaņā ar diagnozes noteikšanas laikā spēkā esošajiem diagnostikas kritērijiem, tostarp pozitīvu mikrobioloģisko asins kultūru;
- ārstēšana notiek intensīvās terapijas nodaļā ar intravenozām antibiotikām un vazopresoriem;
- diagnosticēta vismaz divu orgānu vai orgānu sistēmu — centrālās nervu sistēmas, asinsrites, elpošanas, asinsrades, nieru, aknu — smaga disfunkcija vai mazspēja;

Apdrošināšanas atlīdzība nav izmaksājama:

- ja sepsi izraisa ķīmisko vielu iedarbība;
- ja sepsi izraisa AIDS;
- ja ir konstatēta mikroorganismu (baktēriju, vīrusu vai sēnīšu) klātbūtne asinīs, ja nav sistēmiskas iekaisuma reakcijas.

1.21. SEPTISKS ENDOCARDITIS LENTA

Infekciozais endokardīts ir bakteriālas infekcijas izraisīts sirds iekšējā slāņa (endokarda) un/vai vārstuļu bojājums.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- diagnoze ir apstiprināta saskaņā ar diagnozes noteikšanas laikā spēkā esošajiem diagnostikas kritērijiem, tostarp pozitīvu mikrobioloģisko asins kultūru un/vai ehokardiogrāfijas, un/vai DT infekciozā endokardīta pazīmes, vai bojājumi ap vārstuli;
- sirds dobumu vai vārstuļu bojājumu gadījumā tiek piemērota konservatīva stacionāra ārstēšana (izņemot vārstuļu protezēšanu vai citu ķirurģisku iejaukšanos).

1.22. SMAGA KRONA SLIMĪBA

Krona slimība ir hroniska autoimūna gremošanas trakta slimība.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- saslimšanas brīdī tiek diagnosticētas zarnu fistulas (iekšējās, enterokūtānas), perforācijas, sašaurinājumi;
- diagnozi apstiprina gastroenterologs, pamatojoties uz slimības diagnosticēšanas brīdī spēkā esošajiem diagnostikas kritērijiem;
- ārstēšanai nozīmēta steroīdu, imūnsupresīvā vai bioloģiskā terapija;

- zarnu bojājumu gadījumā tiek veikta zarnu rezekcija.

1.23. KARDIOMIOPĀTIJA

Jebkura no šādām primārajām kardiomiopātijām tiek atzīta par kritisku slimību:

- dilatācijas kardiomiopātija;
- hipertrofiska kardiomiopātija (obstruktīva vai neobstruktīva);
- restriktīva kardiomiopātija;

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- diagnozi apstiprina kardiologs saskaņā ar diagnozes noteikšanas brīdī spēkā esošajiem diagnostikas kritērijiem, tostarp sirds MRI;
- kreisā kambara izviedes frakcija (LVEF) ir mazāka par 40 %, ko mēra divreiz ar vismaz 3 mēnešu intervālu;
- ir diagnosticēta pastāvīga (vismaz 3 mēnešus ilga) vismaz NYHA III funkcionālās klases sirds mazspēja;

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem:

- sekundāra (išēmiska, aritmogēna, metaboliska, toksiska vai hipertensīva) kardiomiopātija;
- sistēmisku slimību izraisīta kardiomiopātija.

1.24. BAKTERIĀLS MENINGĪTS

Ir baktēriju izraisīts smadzeņu un/vai muguras smadzeņu iekaisums.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- diagnozi apstiprina neirologs saskaņā ar diagnostikas kritērijiem, kas ir spēkā diagnozes noteikšanas brīdī, ieskaitot cerebrospinālā šķidrums mikrobioloģiskās kultūras atrades;
- pastāvīgais neiroloģisks traucējums* saglabājas vismaz 3 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par neinfekciozu vai nebakteriālas izcelsmes meningītu vai meningītu infekciju, ko izraisa HIV vīruss, ja meningītu ir izraisījuši vīrusi vai protozoju parazīti, aseptiska meningīta gadījumā.

1.25. SMAGS SMADZEŅU BOJĀJUMS

Smadzeņu trauma ar apziņas traucējumiem (3–8 punkti pēc Glāzgovas komas skalas), ko izraisījis nelaimes gadījums.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- diagnoze noteikta saskaņā ar DT vai MRI izmeklējuma atradēm;
- pastāvīgais neiroloģisks traucējums* saglabājas vismaz 3 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja smagu smadzeņu traumu izraisījusi pašsavainošanās, alkohola un narkotiku vai citu atkarību izraisošas vielas saturošu preparātu lietošana.

1.26. PRIMĀRA PLAUŠU ARTERIĀLĀ HIPERTENSIJA

Primāra (idiopātiska) plaušu arteriālā hipertensija. Tā ir asinsspiediena paaugstināšanās plaušu artērijās, ko izraisa anomālijas plaušu asinsvados nezināma cēloņa dēļ.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- diagnozi apstiprina kardiologs un pulmonologs saskaņā ar diagnostikas kritērijiem, kas ir spēkā diagnozes noteikšanas brīdī, ieskaitot labās sirds dobuma katetrizāciju, krūšu kurvja DT, sirds ehokardiogrāfiju;
- vidējais spiediens plaušu artērijā miera stāvoklī ir vismaz 25 mmHg (noteikts, veicot katetrizāciju labajā sirds dobumā);
- ir diagnosticēta NYHA III-IV funkcionālās klases sirds mazspēja (stipri ierobežota vai nepanesama fiziskā slodze, atklātas labā kambara mazspējas pazīmes).

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta šādos gadījumos: sekundāra pulmonālā arteriālā hipertensija, t. i., hipertensija, ko izraisījušas citas slimības vai toksiskas vielas.

1.27. STINGUMKRAMPJI

Stingumkrampji ir akūta infekcijas slimība, ko izraisa *Clostridium tetani* baktērijas toksīns.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- diagnozi apstiprina infektologs;
- no infekcijas vietas tiek izolēta *Clostridium tetani* nūjiņveida baktērija vai asins serumā un pēc klīniskajiem simptomiem (muskuļu spazmas) tiek konstatēts stingumkrampju toksoīds;
- Apdrošinātais tiek hospitalizēts un ārstēts ar imūnglobulīnu pret stingumkrampjiem un antitoksīnu slimības simptomu dēļ.

1.28. KREICFELDA-JAKOBA SLIMĪBA

Kreicfelda-Jakoba slimība ir progresējoša nervu sistēmas slimība.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- diagnozi apstiprina neirologs/infektologs saskaņā ar diagnostikas kritērijiem, kas ir spēkā diagnozes noteikšanas brīdī, ieskaitot elektroencefalogrāfijas (EEG) testa un radioloģisko testu atrades;
- slimība ir saistīta ar neatgriezenisku garīgās un sociālās funkcionēšanas un mobilitātes zudumu tādā mērā, ka ir nepieciešama pastāvīga trešās personas aprūpe vai palīdzība.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par šādiem gadījumiem: iedzimta Kreicfelda-Jakoba slimība.

1.29. MUSKUĻU DISTROFIJA

Muskuļu distrofija ir ģenētiski iedzimta slimība, kas saistīta ar progresējošu muskuļu atrofiju.

Diagnoze ir jāapstiprina neirologam, pamatojoties uz atiecīgiem klīniskiem testiem saskaņā ar diagnozes noteikšanas brīdī spēkā esošajiem diagnostikas kritērijiem, tostarp ģenētiskiem testiem, muskuļu biopsiju un elektro-miogrāfiju.

1.30. SARKANĀ VILKĒDE

Sarkanā vilkēde ir sistēmiska autoimūna saistaudu slimība.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- diagnozi apstiprina reimatologs saskaņā ar slimības diagnozes noteikšanas brīdī spēkā esošajiem diagnostikas kritērijiem;
- slimība skar vismaz divas no šādām sistēmām: sirds vai plaušu un nervu sistēmu (neiroloģisks traucējums vismaz 3 mēnešus vai krampji) vai nieru sistēmu (pastāvīga glomerulārās filtrācijas ātruma samazināšanās, kas mazāka par 60 ml/min);
- ārstēšanai nozīmēta steroīdu, imūnsupresīvā vai bioloģiskā terapija.

Apdrošināšanas atlīdzība nav izmaksājama par šādiem gadījumiem:

- norobežotā sarkanā vilkēde vai subakūtā ādas sarkanā vilkēde;
- zāļu izraisīta sarkanā vilkēde.

1.31. SMADZEŅU ABSCESS

Smadzeņu abscess ir strutains iekaisums smadzenēs. Lai atzītu smadzeņu abscesa diagnozi par Apdrošināšanas gadījumu, tā ir jāapstiprina vismaz ar vienu no turpmākajām metodēm: magnētiskās rezonanses attēlveidošana (MRI), galvas datortomogrāfija (DT) vai biopsija.

1.32. TRAKUMSĒRGA

Vīrusu izraisīta zoonotiska slimība, kas izraisa progresējošu un nāvējošu galvas un muguras smadzeņu iekaisumu.

Šī slimība tiek atzīta par Apdrošināšanas gadījumu, ja slimības diagnozi apstiprina stacionāra infektologs saskaņā ar slimības diagnosticēšanas brīdī spēkā esošajiem diagnostikas kritērijiem, kas apstiprina vīrusa klātbūtni.

1.33. MOTONEIRONU SASLIMŠANA

Degeneratīva slimība, kas saistīta ar muguras smadzeņu nerva priekšējās saknītes atrofiju, iegareno smadzeņu nervu kodolu un piramidālo gangliju neironu atrofiju. Par motoneironu saslimšanu uzskata vienu no šādām diagnozēm: amiotrofā laterālā skleroze; primārā laterālā skleroze; progresējošā muskuļu atrofija; progresējošā bulbārā paralīze.

Saslimšana tiek uzskatīta par Apdrošināšanas gadījumu, ja:

- diagnozi apstiprina neirologa atzinums saskaņā ar diagnozes noteikšanas brīdī spēkā esošajiem diagnostikas kritērijiem;

- saslimšanas izraisītā pastāvīgā disfunkcija saglabājas vismaz 3 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas dienas;
- Apdrošinātais nespēj patstāvīgi veikt vismaz 3 ikdienas dzīves funkcijas.

1.34. SMAGA AKNU SLIMĪBA

Smaga hroniska aknu mazspēja (ne zemāka par C pakāpi pēc Čailda-Pjū skalas).

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- diagnozi apstiprina stacionāra gastroenterologs saskaņā ar diagnozes noteikšanas brīdī spēkā esošajiem klīniskajiem un diagnostiskajiem kritērijiem;
- ir konstatējami visi turpmākie simptomi: pastāvīga dzelte, ascīts un aknu encefalopātija.

Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā, ja smagu aknu slimību izraisījusi alkohola vai narkotiku lietošana, medikamentu un psihotropo vielu lietošana.

1.35. GĀZU GANGRĒNA

Gāzu gangrēna ir mīksto audu infekcija, ko izraisījušas *Clostridium* grupas baktērijas.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- tiek konstatēta muskuļu nekroze un strauji progresējoša skarto audu gangrēna;
- diagnoze ir apstiprināta saskaņā ar diagnozes noteikšanas brīdī spēkā esošajiem diagnostikas kritērijiem.

1.36. APLASTISKĀ ANĒMIJA

Aplastiskā anēmija ir hroniska, neatgriezeniska kaulu smadzeņu mazspēja ar anēmiju, neitropēniju un trombocitopēniju.

Diagnoze ir jāapstiprina hematologam.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- diagnozi apstiprina hematologs pēc kaulu smadzeņu trepanobiopsijas veikšanas;
- granulocītu skaits ir mazāks par 500/mm³, - trombocītu skaits ir mazāks par 20 000/mm³, - retikulocītu skaits asinīs ir mazāks par 20 000/mm³;
- slimības jāārstē ar asins pārliešanu un papildus jāizmanto vismaz viena no uzskaitītajām ārstēšanas metodēm:
 - jālieto kaulu smadzeņu darbību stimulējoši preparāti;
 - jālieto imūnsupresanti;
 - jāveic kaulu smadzeņu transplantācija.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta:

- ja aplastiskā anēmija radusies terapijas (piemēram, antibiotiku, nesteroido pretreimātisko līdzekļu, zelta, staru un ķīmijterapijas) rezultātā;
- ja tā ir iedzimtās aplastiskās anēmijas forma;

- aplastiskā anēmija ir bijusi diagnosticēta ar vēža saslimšanu pirms apdrošināšanas polises noslēgšanas;
- ja aplastiskās anēmijas diagnoze pirmo reizi tika apstiprināta pirmo divu gadu laikā pēc apdrošināšanas polises noslēgšanas un vienlaikus slimība bijusi saistīta ar hronisku anēmiju, par kuru Apdrošinātajai personai bija zināms pirms apdrošināšanas polises noslēgšanas.

1.37. NEIROBORELIOZE

Ir centrālās nervu sistēmas infekcijas slimība, ko izraisa borēliju ģints spiroheta.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- slimību apstiprina stacionāra ārsts - speciālists saskaņā ar diagnozes noteikšanas brīdī spēkā esošajiem klīniskajiem un diagnostiskajiem kritērijiem;
- tiek atklāts slimības izraisītājs vai specifiskas Laimas slimības antivielas, kas apstiprina akūtu infekciju/slimību;
- neirologs atklāj un apstiprina pastāvīgo neiroloģisko traucējumu*/defektu, un tas saglabājas vismaz 3 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas dienas;
- locītavu bojājumus un disfunkciju apstiprina ārsts - speciālists.

1.38. SMAGA PLAUŠU SLIMĪBA

Smaga plaušu slimība, kas saistīta ar hronisku elpošanas funkciju mazspēju.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- FEV1 (forsētās izelpas tilpums vienā sekundē) ir mazāks par 40 % no vecumstandartizētā FEV1, ko nosaka, veicot vismaz divus mērījumus ar vismaz viena mēneša intervālu;
- un - arteriālās asins gāzu testā konstatē pastāvīgu parciālā skābekļa spiediena (PaO₂) pazemināšanos zem 55 mmHg (7,3 kPa);
- diagnozi apstiprina pulmonologs, un to apliecina ar instrumentālajiem testiem;
- ārstēšana ar skābekļa terapiju ilgst vismaz 3 mēnešus;

1.39. SISTĒMISKĀ SKLERODERMIJA

Sistēmiskā sklerodermija ir sistēmiska autoimūna slimība, kas saistīta ar ādas un iekšējo orgānu audu sabiezēšanu.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- diagnozi apstiprina reimatologs saskaņā ar diagnozes noteikšanas brīdī spēkā esošajiem diagnostiskajiem kritērijiem;
- tiek veikta pastāvīga ārstēšana ar kortikosteroīdiem vai citiem imūnsupresantiem vai bioloģiskā terapija;
- tiek konstatēti ādas bojājumi un viena no turpmākajiem orgāniem bojājumi:

- smaga plaušu fibroze ar mazāk nekā 70 % zem normālas gāzu difūzijas kapacitātes (DCO);
- plaušu hipertensija ar vidējo spiedienu plaušu artērijā virs 25 mmHg miera stāvoklī, ko nosaka ar labās sirds katetrizāciju;
- hroniska nieru slimība ar glomerulu filtrācijas ātrumu, kas mazāks par 60 ml/min.

Apdrošināšanas atlīdzība nav izmaksājama par šādiem gadījumiem:

- lokāla sklerodermija, kas neskar citus orgānus;
- tikai eozinofīlais fascīts;
- tikai CREST sindroms.

1.40. PASTĀVĪGS VEĢETĀTĪVS STĀVOKLIS

Veģetatīvo stāvokli raksturo tas, ka smadzeņu bojājuma dēļ pacientam nav reaģētspējas un apziņas.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- neirologs ir apstiprinājis diagnozi, un funkcionālās spējas ir izslēgtas pēc nepieciešamo neirofizioloģisko vai neiropsiholoģisko testu un neirovizualizācijas pētījumu veikšanas;
- saslimšanas izraisītā pastāvīgā disfunkcija saglabājas vismaz 3 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas dienas;
- - Apdrošinātais, nespēj patstāvīgi veikt vismaz 3 funkcijas:
 - pilnīgs izpratnes trūkums par sevi un apkārtējo vidi;
 - nespēja sazināties;
 - nav reakcijas uz ārējiem stimuliem;
- saglabātas smadzeņu stumbra funkcijas;

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par turpmāko: Gijēna-Barē sindroms, centrālā *Pontine myelinolysis*, periodiska (atgriezeniska) iedzimta paralīze, aknētiskais mutisms.

* Pastāvīgs neiroloģisks deficīts — nervu sistēmas disfunkcijas simptomi, ko diagnosticējis neirologs.

Šie simptomi ietver tādus jušanas un motoros traucējumus kā nejutīgums, hiperestēzija (paaugstināta jutība), paralīze, lokāls vājums, runas traucējumi (dizartrija), runas traucējumi (afāzija), rīšanas traucējumi (disfāgija), grūtbības staigāt, koordinācijas traucējumi, trīce, krampji, letarģija, demence, redzes traucējumi, halucinācijas un koma. Neiroloģisko deficītu definē kā vairāku iepriekš minēto šīs grupas pazīmju klātbūtni.

2. BĒRNU SLIMĪBU SARAKSTS

- 2.1. Ļaundabīgie audzēji
- 2.2. Encefalīts
- 2.3. Bakteriālais meningīts un meningoencefalīts
- 2.4. Insulīnatkarīgs cukura diabēts
- 2.5. Aklums
- 2.6. Kurlums
- 2.7. Koma
- 2.8. Labdabīgs smadzeņu audzējs
- 2.9. Amputācija/ekstremitāšu funkcijas zudums
- 2.10. Iekšējo orgānu transplantācija
- 2.11. Nieru nepietiekamība

- 2.12. Aplastiskā anēmija (nepieciešama ārstēšana)
- 2.13. Smadzeņu abscess
- 2.14. Smaga smadzeņu trauma
- 2.15. Neuroborelioze
- 2.16. Sepse
- 2.17. Motoneironu saslimšana
- 2.18. Smaga aknu slimība
- 2.19. Poliomiellīts
- 2.20. Trakumsērga
- 2.21. Stingumkrampji

2.1. ĻAUNDABĪGIE AUDZĒJI

Ir nekontrolēta ļaundabīgo šūnu augšana un izplatīšanās, kā arī audu invāzija.

Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta tikai tad, ja ir sniegti neapstrīdami pierādījumi par audu invāziju, turklāt šūnu ļaundabīgums ir apstiprināts ar histoloģiskām atradēm. Diagnoze ir jāapstiprina onkologam.

Vēža definīcija attiecas arī uz leukēmiju un ļaundabīgo limfomu un mielodisplastisko sindromu. Šādos gadījumos diagnoze ir jāapstiprina onkologam vai hematologam.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par turpmāko:

- lokalizēti neinvazīvi audzēji, kas klasificēti kā tādi, kas ir pirmsļaundabīgā stadijā, neinvazīvi (karcinoma *in situ*), dzemdes kakla displāzija, dzemdes kakla intraepiteliāla neoplāzija (CIN-1, CIN-2 un CIN-3);
- hroniska limfocītiska leukēmija, ja vien tā nav progresējusi vismaz līdz Binet B stadijai;
- prostatas vēzis, kura stadija saskaņā ar klīnisko TNM klasifikāciju ir zem T2bN0M0, ja vien histoloģiskā klasifikācija pēc Glīsona indeksa nav augstāka par 6. pakāpi;
- ādas bazālo šūnu karcinoma un plakanšūnu karcinoma un ļaundabīgā melanoma IA stadijā (T1aN0M0), ja nav pierādījumu par metastāzēm;
- papilārais vai folikulārais vairogdziedzera vēzis, kas nav T2N0M0 stadijā;
- īstā policitēmija un esenciālā trombocitēmija;
- kuņģa un zarnu trakta stromālā audzēja (GIST) I un II stadija saskaņā ar AJCC vēža stadiju noteikšanas rokasgrāmatas 7. pārskatu (2010);
- limfoma, ja slimībai nav nepieciešama ķīmijterapija vai staru terapija;
- visi T1 audzēji saskaņā ar AJCC klasifikāciju, ja vien slimībai nav nepieciešama audzēja izņemšana un ķīmijterapija un/vai staru terapija;
- paugurainā dermatofibrosarkoma;
- jebkura vēža diagnoze, ja apdrošinātā persona ir inficēta ar HIV vai tai ir diagnosticēts AIDS.

2.2. AKŪTS VĪRUSA ENCEFALĪTS

Apstiprināta vīrusu infekcijas izraisīta vīrusa encefalīta diagnoze (smadzeņu puslodes, smadzeņu stumbrs, smadzenītes).

Diagnoze jāapstiprina konsultantam–neirologam un jāpamato ar stacionāram pacientam raksturīgiem

klīniskiem simptomiem un cerebrospinālā šķidrums vai smadzeņu biopsijas atradēm.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- Pastāvīgs neiroloģisks traucējums*; un
- Neiroloģiskais traucējums ir dokumentēts vismaz 3 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas dienas.

Saskaņā ar iepriekš minēto definīciju segums neattiecas uz turpmākajiem gadījumiem:

- Encefalīts HIV klātbūtnē;
- Encefalīts, ko izraisa bakteriālas vai protozoju infekcijas;
- Paraneoplastiskais encefalomiēlīts.

2.3. BAKTERIĀLS MENINGĪTS UN MENINGOENCEFALĪTS

Ir baktēriju izraisīts smadzeņu un/vai muguras smadzeņu iekaisums.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- diagnozi apstiprina neirologs saskaņā ar diagnostikas kritērijiem, kas ir spēkā diagnozes noteikšanas brīdī, ieskaitot cerebrospinālā šķidrums (CSF) mikrobioloģiskās kultūras atrades;
- pastāvīgais neiroloģisks traucējums* saglabājas vismaz 3 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par neinfekciozu vai nebakteriālas izcelsmes meningītu vai meningīta infekciju, ko izraisa HIV vīruss, ja meningītu ir izraisījuši vīrusi vai protozoju parazīti, aseptiska meningīta gadījumā.

2.4. INSULĪNA ATKARĪGS CUKURA DIABĒTS

Diagnoze jāapstiprina konsultantam—endokrinologam.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- Insulīna deficīts jāapstiprina ar laboratoriskajiem testiem;
- Insulīna terapijas ārstēšana ir nepieciešama visu mūžu;
- pastāvīga insulīna injekciju lietošana vismaz 3 (trīs) mēnešus.

2.5. AKLUMS

Pilnīgs un neatgriezenisks tāds redzes zudums abām acīm traumas vai slimības rezultātā, ko nevar ārstēt ar refrakcijas korekciju, medikamentiem vai operāciju. Diagnozei jābūt pamatotai ar objektīvu testu atradēm un medicīnas ekspertu komisijas secinājumiem. Par pilnīgu redzes zudumu liecina redzes asums 3/60 vai mazāks (0,05 vai mazāks decimālskaitļa izteiksmē) labākajā acī pēc vislabākās korekcijas, vai arī redzes lauks mazāks par 10° diametrā labākajā acī pēc vislabākās korekcijas.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par turpmāko:

- redzes zudums tikai vienā acī;
- dažādi atgriezeniski redzes traucējumi.

2.6. KURLUMS

Apstiprināta pastāvīga un neatgriezeniska dzirdes zuduma diagnoze abās ausīs slimības vai negadījuma izraisītas traumas rezultātā.

Diagnoze jāapstiprina konsultantam—LOR speciālistam un jāapliecina ar vidējo dzirdes sliekšni (vairāk nekā 90 db pie 500, 1000 un 2000 Hz labākajā ausī, izmantojot tīrā toņa audiogrammu).

2.7. KOMA

Noteikta bezsamaņas stāvokļa diagnoze.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- Apdrošinātais nereaģē vai nereaģē uz ārējiem stimuliem vai iekšējām vajadzībām (3–8 punkti pēc Glāzgovas komas skalas) vai vismaz 96 (deviņdesmit sešas) stundas nereaģē uz iekšējām vajadzībām;
- nepieciešamība izmantot dzīvības nodrošināšanas sistēmas;
- pastāvīgs neiroloģisks traucējums*, kas jānovērtē vismaz 30 dienas pēc komas iestāšanās. Diagnoze jāapstiprina konsultantam—neirologam, anesteziologam—anestēzijas speciālistam.

Saskaņā ar iepriekš minēto definīciju segums neattiecas uz turpmākajiem gadījumiem:

- - mākslīgā (medikamentozā) koma;
- - koma pašsavainošanās, alkohola vai narkotiku lietošanas dēļ.

2.8. LABDABĪGS SMADZEŅU AUDZĒJS

Pierādīta labdabīga galvas smadzeņu audzēja diagnoze, kas ir definēta kā labdabīga galvaskausa velvē esošo audu augšana (skar tikai galvas smadzenes, galvas smadzeņu mīkstos apvalkus vai kraniālos nervus).

Diagnoze jāapstiprina konsultantam—neirologam vai neiroķirurgam un jāapliecina ar attēldiagnostikas atradēm.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā ar nosacījumu, ka audzējs jāārstē, izmantojot vismaz vienu no šādiem līdzekļiem:

- pilnīga vai nepilnīga ķirurģiska izoperēšana;
- stereotaktiska radioķirurģija;
- ārēja apstarošana.

Ja medicīnisku iemeslu dēļ nav iespējams izmantot nevienu no šiem ārstēšanas veidiem, audzējam jāizraisa pastāvīgi neiroloģiski traucējumi*, kam jābūt dokumentētiem vismaz 3 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma.

Saskaņā ar iepriekš minēto definīciju segums neattiecas uz turpmākajiem gadījumiem:

- cistu, granulomu, hamartomu vai galvas smadzeņu artēriju vai vēnu malformācijas diagnostika vai ārstēšana;
- hipofīzes audzēji.

2.9. AMPUTĀCIJA, EKSTREMITĀŠU FUNKCIJAS ZUDUMS

Pilnīgs un neatgriezenisks divu vai vairāku ekstremitāšu vai to funkciju zudums muguras smadzeņu un galvas smadzeņu traumas vai slimības dēļ. Amputācija ir ekstremitāšu zaudēšana virs elkoņa vai ceļa locītavas.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā ar nosacījumu, ka ekstremitātes funkcijas zudums pastāv ilgāk nekā 3 (trīs) mēnešus un to ir apstiprinājis neirologs, turklāt to apstiprina klīniskie simptomi un diagnostikas atrades.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par turpmāko:

- pašsavainošanās vai psiholoģisku traucējumu izraisīta paralīze;
- kad ticis diagnosticēts Gijēna-Barē sindroms;
- kad tikusi diagnosticēta periodiska (atgriezeniska) iedzimta paralīze.

2.10. IEKŠĒJO ORGĀNU TRANSPLANTĀCIJA

Apdrošinātajam tiek veikta iekšējā orgāna transplantācijas operācija kā saņēmējam, kuram tiek transplantēts viens vai vairāki no šādiem orgāniem: sirds, niere(-s), aknas (tostarp daļītu aknu un dzīva donora aknu transplantācijas), plaušas (tostarp dzīva donora daivas vai vienas plaušu daivas transplantācijas), kaulu smadzenes (alogeno hematopoētisko cilmes šūnu transplantācijas, ko veic ar pilnīgu kaulu smadzeņu ablantāciju), tievā zarna, aizkuņģa dziedzeris, daļēja vai pilnīga sejas, rokas zem plaukstas locītavas, rokas virs plaukstas locītavas un kājas transplantācijas (salikta audu alotransplantācija). Tāds Apdrošinātā stāvoklis, par kuru tiek izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība, ir pabeigta iekšējā orgāna transplantācijas operācija vai Apdrošinātā stāvoklis, kā rezultātā tiek veikta transplantācija, ir uzskatāms par neārstējamu ar citiem līdzekļiem, un speciālistam ir jāapstiprina, ka Apdrošinātais ir iekļauts oficiālajā pacientu gaidīšanas sarakstā iekšējo orgānu transplantācijai.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par turpmāko:

- citu orgānu, ķermeņa daļu vai audu (tostarp radzenes un ādas) transplantācija;
- citu šūnu (tostarp salīnu šūnu un cilmes šūnu, kas nav hematopoētiskās šūnas) transplantācija.

2.11. NIERU MAZSPĒJA

Nieru mazspēja beigu stadijā, ko izraisa neatgriezeniska abu nieru darbības mazspēja, kā rezultātā nepieciešama regulāra hemodialīze vai peritoneālā dialīze. Dialīze jāapstiprina nefrologam, un tā jāpamato ar nieru funkcijas analīžu atradēm.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par akūtu atgriezenisku (ne mazāk par 3 mēnešiem) nieru mazspēju (ja nepieciešama īslaicīga nieru dialīze).

2.12. APLASTISKĀ ANĒMIJA

Aplastiskā anēmija ir hroniska, neatgriezeniska kaulu smadzeņu mazspēja ar anēmiju, neitropēniju un trombocitopēniju.

Diagnoze ir jāapstiprina:

Apdrošinātais gadījums tiek atzīts tad, ja:

- diagnozi apstiprina hematologs pēc kaulu smadzeņu trepanobiopsijas veikšanas;
- granulocītu skaits ir mazāks par 500/mm³, - trombocītu skaits ir mazāks par 20 000/mm³, - retikulocītu skaits asinīs ir mazāks par 20 000/mm³;
- slimības jāārstē ar asins pārliešanu un papildus jāizmanto vismaz viena no uzskaitītajām ārstēšanas metodēm:
 - jālieto kaulu smadzeņu darbību stimulējoši preparāti;
 - jālieto imūnsupresanti;
 - jāveic kaulu smadzeņu transplantācija.

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta šādos gadījumos

- ja aplastiskā anēmija radusies terapijas (piemēram, antibiotiku, nesteroido pretreimatisko līdzekļu, zelta, staru un ķīmijterapijas) rezultātā;
- ja tā ir iedzimtās aplastiskās anēmijas forma;
- aplastiskā anēmija ir bijusi diagnosticēta ar vēža slimšanu pirms apdrošināšanas polises noslēgšanas;
- ja aplastiskās anēmijas diagnoze pirmo reizi tika apstiprināta pirmo divu gadu laikā pēc apdrošināšanas polises noslēgšanas un vienlaikus slimība bijusi saistīta ar hronisku anēmiju, par kuru Apdrošinātajai personai bija zināms pirms apdrošināšanas polises noslēgšanas.

2.13. SMADZEŅU ABSCESS

Smadzeņu abscess ir strutains pietūkums smadzenēs. Lai atzītu smadzeņu abscesa diagnozi par Apdrošināšanas gadījumu, tā ir jāapstiprina vismaz ar vienu no turpmākajām metodēm: galvas smadzeņu magnētiskā rezonanse (MRI), datortomogrāfija (DT) vai biopsija.

2.14. SMAGS SMADZEŅU BOJĀJUMS

Smadzeņu trauma ar apziņas traucējumiem (3–8 punkti pēc Glāzgovas komas skalas), ko izraisījis nelaimes gadījums. Nelaimes gadījums tiek atzīts par Apdrošināšanas gadījumu, ja:

- diagnoze noteikta saskaņā ar DT vai MRI skenēšanas atradēm;
- pastāvīgais neiroloģisks traucējums* saglabājas vismaz 3 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja smagu smadzeņu traumu izraisījusi pašsavainošanās, alkohola un narkotiku vai citu atkarību izraisošas vielas saturošu preparātu lietošana.

2.15. NEIROBORELIOZE

Nozīmē centrālās nervu sistēmas infekcijas slimību, ko izraisa borēliju ģints spiroheta.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- slimību apstiprina stacionāra speciālists saskaņā ar diagnozes noteikšanas brīdī spēkā esošajiem klīniskajiem un diagnostiskajiem kritērijiem;

- tiek atklāts slimības izraisītājs vai specifiskas Laimas slimības antivielas, kas apstiprina akūtu infekciju/slimību;
- neirologs atklāj un apstiprina pastāvīgo neiroloģisko traucējumu*/defektu, un tas saglabājas vismaz 3 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas dienas;
- locītavu bojājumus un disfunkciju apstiprina medicīnas speciālists.

2.16. MOTONEIRONU SASLIMŠANA

Degeneratīva slimība, kas saistīta ar muguras smadzeņu nerva priekšējās saknītes atrofiju, iegareno smadzeņu nervu kodolu un piramidālo gangliju neironu atrofiju. Par motoneironu saslimšanu uzskata vienu no šādām diagnozēm: amiotrofā laterālā skleroze; primārā laterālā skleroze; progresējošā muskuļu atrofija; progresējošā bulbārā paralīze.

Saslimšana tiek uzskatīta par Apdrošināšanas gadījumu, ja:

- diagnozi apstiprina neirologa atzinums saskaņā ar diagnozes noteikšanas brīdī spēkā esošajiem diagnostikas kritērijiem;
- saslimšanas izraisītā pastāvīgā disfunkcija saglabājas vismaz 3 mēnešus pēc diagnozes noteikšanas dienas;
- Apdrošinātais nespēj patstāvīgi veikt vismaz 3 ikdienas dzīves funkcijas.

2.17. SMAGA SEPSE

Smaga sepse ir ar asinīm pārnēsāta infekcija (bakteriāla, vīrusu vai sēnīšu infekcija), kas rodas no organisma atbildes reakcijas uz infekciju, kas saistīta ar smagiem audu un orgānu bojājumiem vai darbības traucējumiem.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- diagnoze ir apstiprināta saskaņā ar diagnozes noteikšanas laikā spēkā esošajiem diagnostikas kritērijiem, tostarp pozitīvu mikrobioloģisko asins kultūru;
- ārstēšana notiek intensīvās terapijas nodaļā ar intravenozām antibiotikām un vazopresoriem;
- diagnosticēta vismaz divu orgānu vai orgānu sistēmu — centrālās nervu sistēmas, asinsrites, elpošanas, asinsrades, nieru, aknu — smaga disfunkcija vai mazspēja;

Apdrošināšanas atlīdzība nav izmaksājama:

- ja sepsi izraisa ķīmisko vielu iedarbība;
- ja sepsi izraisa AIDS;
- ja ir konstatēta mikroorganismu (baktēriju, vīrusu vai sēnīšu) klātbūtne asinīs, ja nav sistēmiskas iekaisuma reakcijas.

2.18. SMAGA AKNU SLIMĪBA

Smaga hroniska aknu mazspēja (ne zemāka par C pakāpi pēc Čailda-Pjū skalas).

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- diagnozi apstiprina stacionāra gastroenterologs saskaņā ar diagnozes noteikšanas brīdī spēkā esošajiem klīniskajiem un diagnostiskajiem kritērijiem;
- ir konstatējami visi turpmākie simptomi: pastāvīga dzelte, ascīts un aknu encefalopātija.

Apdrošināšanas atlīdzību neizmaksā, ja smagu aknu slimību izraisījusi alkohola vai narkotiku lietošana, medikamentu un psihotropo vielu lietošana.

2.19. POLIOMIELĪTS

Poliomielīts ir poliomielīta vīrusa izraisīta infekcijas slimība, kas izpaužas ar paralīzi: ievērojamiem motoro funkciju traucējumiem un elpošanas traucējumiem.

Slimība uzskatāms par Apdrošināšanas gadījumu, ja:

- diagnozi stacionārās ārstēšanas laikā apstiprina neirologs, pamatojoties uz diagnozes noteikšanas laikā spēkā esošajiem diagnostikas kritērijiem.

Apdrošināšanas atlīdzība nav izmaksājama, ja šī slimība neizraisa paralīzi un Apdrošinātais nav vakcinēts pret šo slimību.

2.20. TRAKUMSĒRGA

Vīrusu izraisīta zoonotiska slimība, kas izraisa progresējošu un nāvējošu galvas un muguras smadzeņu iekaisumu.

Šī slimība tiek atzīta par Apdrošināšanas gadījumu, ja slimības diagnozi apstiprina stacionāra infektologs saskaņā ar slimības diagnosticēšanas brīdī spēkā esošajiem diagnostikas kritērijiem, kas apstiprina vīrusa klātbūtni.

2.21. STINGUMKRAMPJI

Stingumkrampji ir akūta infekcijas slimība, ko izraisa *Clostridium tetani* baktērijas toksīns.

Apdrošināšanas atlīdzību izmaksā, ja ir izpildīti visi turpmākie nosacījumi:

- diagnozi apstiprina infektologs;
- no infekcijas vietas tiek izolēta *Clostridium tetani* nūjiņveida baktērija vai asins serumā un pēc klīniskajiem simptomiem (muskuļu spazmas) tiek konstatēts stingumkrampju toksoīds;
- Apdrošinātais tiek hospitalizēts un ārstēts ar imūnglobulīnu pret stingumkrampjiem un antitoksīnu slimības simptomu dēļ.

* Pastāvīgs neiroloģisks deficīts — nervu sistēmas disfunkcijas simptomi, ko diagnosticējis neirologs.

Šie simptomi ietver tādus jušanas un motoro traucējumus kā nejutīgums, hiperestēzija (paaugstināta jutība), paralīze, lokāls vājums, runas traucējumi (dizartrijs), runas traucējumi (afāzija), rīšanas traucējumi (disfāgija), grūtības staigāt, koordinācijas traucējumi, trīce, krampji, letarģija, demence, redzes traucējumi, halucinācijas un koma. Neiroloģisko deficītu definē kā vairāku iepriekš minēto šīs grupas pazīmju klātbūtni.