

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ПУТЕШЕСТВИЙ ИНОСТРАНЦЕВ

Это перевод страховых условия на русском языке и имеет только информативный характер. В случае подписание страхового договора обязательный характер имеет только страховые условия на латышском языке.

I Термины, используемые в правилах

Страховщик – CAO BALTA.

Страхователь – физическое или юридическое лицо, которое заключило страховой договор в пользу застрахованного.

Застрахованный – физическое лицо, у которого имеется страхуемый интерес и в интересах которого заключен страховой договор, о чем свидетельствует соответствующее указание в страховом полисе.

Страна проживания – государство, гражданином или постоянным жителем которого является застрахованный, или страна, выдавшая застрахованному постоянный или временный вид на жительство, если это не Латвийская Республика.

Страховая сумма – денежная сумма, указанная в страховом договоре, на которую застрахован интерес каждого застрахованного не понести убытки, и в пределах которой при наступлении страхового случая страховщик выплачивает страховое возмещение.

Страховая премия – платеж страхователя страховщику за страхование, установленный в страховом договоре.

Страховое возмещение – страховая сумма, ее часть или другая выплачиваемая сумма или оплата услуг за страховой случай в соответствии со страховым договором.

Страховой полис – документ, который подтверждает, что страхователь и страховщик заключили настоящий страховой договор.

Страховой договор – подтверждением заключения договора является страховой полис, который включает условия страхового договора, а также все изменения настоящего страхового договора.

Страховой случай – событие, связанное с застрахованным риском причинно-следственной связью, при наступлении которого предусмотрена выплата страхового возмещения в соответствии со страховым договором.

Застрахованный риск – предусмотренное в страховом полисе событие, не зависящее от желания застрахованного, наступление которого возможно в будущем.

Правила – настоящие правила страхования путешествий и Общие правила страхового договора № 03, которые являются неотъемлемой составной частью страхового договора.

Самориск – часть страхового возмещения, выраженная в процентах или в денежном выражении, которая в случаях, установленных в страховом договоре, отчисляется от суммы страхового возмещения, и страховщик ее не возмещает.

Неотложная медицинская помощь – медицинская помощь, в случае не оказания которой существует угроза жизни застрахованного.

Внезапное заболевание – заболевание, ранее не выявленное, непредвиденное и отсутствующее до периода страхования, в результате наступления которого застрахованному требуется неотложная медицинская помощь.

Обострение хронического заболевания – появление характерных симптомов хронического заболевания или резкое ухудшение его протекания в период страхования, в результате которого застрахованному требуется неотложная медицинская помощь.

Несчастный случай – внезапное, не зависящее от желания Застрахованного событие, связанное причинно-следственной связью с воздействием внешних сил в

период действия страхового договора, в результате которого здоровью или жизни Застрахованного причинен вред, и Застрахованному требуется неотложная медицинская помощь.

II Общие правила

1. Заключение и действие страхового договора

1.1. Страховой договор имеет силу на территории Латвийской Республики и других стран-участниц Шенгенского договора (Австрии, Бельгии, Дании, Финляндии, Франции, Германии, Италии, Греции, Люксембурга, Нидерландов, Португалии, Испании, Швеции, Норвегии, Исландии, Чехии, Эстонии, Литвы, на Мальте, а также в Польше, Словении, Словакии, Венгрии и Швейцарии).

1.2. Период действия страхового договора, указанный в страховом полисе, определяют застрахованный и страховщик на основе взаимного соглашения.

1.3. Страховой договор вступает в силу по латвийскому времени с начала даты, указанной в страховом полисе, а также в случае, если страхователь оплатил страховую премию до даты, указанной в полисе.

1.4. Если во время, когда страховой договор вступает в силу, не существует возможного наступления застрахованного риска или страхуемого интереса, или застрахованный риск уже наступил, страховой договор не имеет силы с момента его заключения.

2. Застрахованные риски

2.1. Согласно страховому договору страхуются следующие установленные в разделе III настоящих правил застрахованные риски, а также застрахованные риски, отмеченные в полисе:

2.1.1. медицинские расходы и расходы на репатриацию:

2.1.1.1. расходы на неотложную медицинскую помощь;

2.1.1.2. медицинские расходы по транспортировке;

2.1.1.3. стоматология;

2.1.1.4. репатриация в случае болезни;

2.1.1.5. репатриация в случае смерти.

3. Страховая сумма и лимиты

3.1. Страховая сумма установлена отдельно для каждого застрахованного риска и общая страховая сумма в период для одного застрахованного. Общая страховая сумма для одного застрахованного в период страхования составляет EUR 45 000. Для каждого застрахованного риска отдельно установлены следующие лимиты:

3.1.1. лимит по расходам на неотложную медицинскую помощь составляет EUR 30 000 в период страхования;

3.1.2. лимит по расходам на стоматологическую помощь - EUR 100 в период страхования;

3.1.3. лимит по расходам на медицинскую транспортировку составляет EUR 5 000 в период страхования;

3.1.4. лимит по расходам на транспортировку или репатриацию в страну проживания в случае тяжелого заболевания - EUR 5 000 в период страхования;

3.1.5. лимит по расходам на транспортировку или репатриацию в страну проживания в случае смерти - EUR 5 000 в период страхования;

3.1.6. общий лимит за один страховой случай по расходам, указанным в пп. 3.1.1., 3.1.2. и 3.1.3. настоящих правил, составляет EUR 750;

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ПУТЕШЕСТВИЙ ИНОСТРАНЦЕВ

Это перевод страховых условия на русском языке и имеет только информативный характер. В случае подписание страхового договора обязательный характер имеет только страховые условия на латышском языке.

3.1.7. от суммы страхового возмещения по расходам, указанным в пп. 3.1.1., 3.1.2. и 3.1.3. настоящих правил, отчисляется самориск в размере EUR 50 за каждый страховой случай.

3.2. Общее выплачиваемое возмещение одному лицу за один или несколько страховых случаев, произошедших в период действия страхового договора, не может превышать страховую сумму для конкретного застрахованного риска и общую страховую сумму EUR 45 000 для одного лица. После выплаты страхового возмещения договор остается в силе и размере разности между начальной суммой конкретного застрахованного риска и выплаченным страховым возмещением.

4. Права и обязанности страховщика

С момента заключения страхового договора страхователь от своего имени и от имени застрахованного уполномочивает страховщика, управляющего системой обработки личных данных и являющегося оператором личных данных, обрабатывать личные данные страхователя и застрахованного, чувствительные личные данные и личные идентификационные (классификационные) коды с целью обеспечить выполнение страхового договора, ознакомиться с предоставленной информацией, в т.ч. медицинской документацией, запросить в случае необходимости дополнительные документы и привлечь экспертную комиссию, а также застрахованный согласен с экспертизой, проводимой у выбранного страховщиком врача-эксперта по проверке состояния здоровья в связи со страховым случаем. Страховщик имеет право предоставлять информацию о страхователе и/или застрахованном, полученную в ходе страхования, а также заключении выполнении страхового договора предприятиям, входящим в состав группы материнской компании страховщика.

В случае, если страхователь и застрахованный – не одно и то же лицо, страхователь заверяет, что он получит и в случае необходимости предоставить письменное разрешение от застрахованного для обработки личных данных, установленных в настоящих правилах.

4.1. При наступлении страхового случая страховщик имеет право затребовать дополнительную документацию, которая необходима для характеристики застрахованного риска и его оценки с точки зрения вызванных убытков.

4.2. Обязанностью страховщика при наступлении страхового случая является выплата страхового возмещения согласно указанным в полисе застрахованным рискам, если страховой случай произошел в период и на территории, указанные в страховом полисе.

4.3. Если страхователь или застрахованный при заключении страхового договора, во время его действия или после появления убытков, по злему умыслу или по причине грубой неосторожности предоставил страховщику ложную информацию или отказался ее предоставить, страховщик имеет право отказать в выплате страхового возмещения и расторгнуть договор.

4.4. Страховщик имеет право отказать в выплате страхового возмещения, если убытки и расходы возникли по злему умыслу, грубой неосторожности или преступных действий страхователя или застрахованного.

4.5. Страховщик имеет право уменьшить размер страхового возмещения до 50%, если застрахованный при причине легкой неосторожности:

4.5.1. не сообщил страховщику незамедлительно, насколько это было возможным, о наступлении страхового риска и/или

4.5.2. не осуществил всех разумных мероприятий по уменьшению убытков и/или

4.5.3. возражает против требований страховщика констатировать и оценить объем убытков, обстоятельства их появления и/или

4.5.4. не предоставил страховщику всех имеющихся у застрахованного документов, которые характеризуют наступление застрахованного риска и убытки, вызванные им или

4.5.5. не предоставил страховщику другую имеющуюся в его распоряжении информацию, запрошенную страховщиком.

4.6. В случае смерти застрахованного страховщик согласно действующим правовым актам имеет право потребовать секцию трупа, а в случае отказа в ней имеет право уменьшить размер страхового возмещения или отказать в выплате страхового возмещения.

5. Обязанности страхователя

5.1. Предоставлять страховщику точную и правдивую информацию, которая имеет значение для оценки вероятности наступления застрахованного риска при заключении страхового договора, а также во время действия страхового договора.

5.2. Сообщить страховщику о других, имеющих силу страховых договорах, относящихся к застрахованным рискам согласно настоящему страховому договору.

5.3. Информировать застрахованного о том, что он застрахован, а также ознакомить его с условиями страхового договора. В противном случае страхователь отвечает за последствия неинформированности и покрывает те издержки, которые возникли у страховщика в результате неинформированности застрахованного.

5.4. Оплатить страховщику страховую премию в указанные в страховом договоре сроки и порядке.

5.5. Другие обязанности страхователя, установленные настоящим страховым договором.

6. Обязанности застрахованного

6.1. Предоставлять страховщику точную и правдивую информацию, которая имеет значение для оценки вероятности наступления застрахованного риска при заключении страхового договора, а также во время действия страхового договора.

6.2. При наступлении страхового случая осуществить все возможные разумные действия, чтобы в пределах возможного уменьшить объем убытков и избежать лишних расходов.

6.3. При наступлении внезапного заболевания или несчастного случая, когда застрахованному необходима неотложная медицинская помощь, его обязанностью является незамедлительно, насколько это возможно, но не позднее, чем в течение 24 часов, обратиться к квалифицированному практикующему врачу и получить необходимую медицинскую помощь.

6.4. Незамедлительно, как только это станет возможным, известить страховщика или его представителя о наступлении застрахованного риска.

6.5. Как только станет возможным, но не позднее 30 дней после окончания срока действия полиса, сообщить страховщику о расходах и/или убытках, появившихся в

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ПУТЕШЕСТВИЙ ИНОСТРАНЦЕВ

Это перевод страховых условия на русском языке и имеет только информативный характер. В случае подписание страхового договора обязательный характер имеет только страховые условия на латышском языке.

результате наступления застрахованного риска и оплаченных самим застрахованным, а также подать страховщику документы, которые подтверждают наступление застрахованного риска, его обстоятельства, объем убытков и другие запрошенные страховщиком документы.

III Застрахованные риски

МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ И РАСХОДЫ НА РЕПАТРИАЦИЮ

7. Расходы на неотложную медицинскую помощь

7.1. Медицинские расходы в понимании настоящих правил – это непредусмотренные медицинские расходы, которые появились на территории Латвийской Республики или других стран-участниц Шенгенского договора на неотложную медицинскую помощь в связи с острым опасным для жизни ухудшением здоровья, внезапным заболеванием, обострением хронической болезни или в результате несчастного случая.

7.2. Страховщик оплачивает обоснованные, документально доказуемые медицинские расходы на неотложную медицинскую помощь для ликвидации критического и опасного для жизни состояния – амбулаторную и/или стационарную – в зависимости от характера заболевания в ближайшем от несчастного случая или заболевания месте.

7.3. Страховщик оплачивает услуги неотложной стоматологической помощи, которые были оказаны для ликвидации острой зубной боли (начало лечения корней зуба с установкой временной пломбы или экстракция зуба) во время первого посещения. Страховщик не оплачивает дальнейшее лечение.

8. Медицинские расходы на транспортировку

8.1. В случае, если для оказания неотложной медицинской помощи в связи с острым и опасным для жизни ухудшением состояния здоровья, заболеванием или несчастным случаем застрахованного необходимо доставить в медицинское учреждение, страховщик оплачивает расходы на транспортировку застрахованного на транспорте службы неотложной медицинской помощи до ближайшего медицинского учреждения согласно медицинскому заключению врача.

9. Расходы на репатриацию

9.1. Расходы на репатриацию в понимании настоящих правил – это непредусмотренные расходы на транспортировку, которые появились в результате острого и опасного для жизни ухудшения состояния здоровья, заболевания или в результате несчастного случая, вследствие чего появилась необходимость транспортировать застрахованного или его останки в страну проживания.

9.1.1. Страховщик возмещает заранее согласованные с застрахованным расходы:

9.1.1.1. транспортировку застрахованного в страну проживания на основе письменных рекомендаций врача;

9.1.1.2. транспортировку останков до аэропорта страны проживания (перелет на самолете) или до границы страны проживания (передвижение другими видами транспорта).

10. Исключения

10.1. Страховщик не возмещает убытки, причиной появления которых является:

10.1.1. военные действия, вторжение, действия иностранных врагов (с объявлением из без объявления войны), восстание, гражданская война, военная или узурпированная власть, массовые волнения, терроризм, забастовка, революция, бунт, демонстрация;

10.1.2. ионизирующее излучение, радиоактивное загрязнение;

10.1.3. злоумышленные, совершенные по причине грубой неосторожности, преступные действия застрахованного, страхователя или другого лица, заинтересованного в получении страхового возмещения; результат умышленных действий застрахованного, самоубийство застрахованного, попытка самоубийства; подвержение себя чрезвычайной опасности и травмоопасности, за исключением спасения жизни человека, и неосуществление всех необходимых мероприятий для уменьшения убытков;

10.1.4. обстоятельства, которые стороны не могли предвидеть, предотвратить в результате разумных действий, и за которые они не несут ответственность.

10.2. Страховщик не возмещает убытки:

10.2.1. которые появились в результате пандемии, подтвержденной Всемирной организацией здравоохранения. (Эпидемия – распространение инфекционного заболевания в определенной местности, которое значительно превышает обычный уровень заболевания. Если эпидемия охватывает несколько государств, континентов или все страны – это пандемия);

10.2.2. связанные с лечением и/или репатриацией, если путешествующими не были соблюдены требования по вакцинации и профилактике, установленные Всемирной организацией здравоохранения (<http://www.sva.lv/>, <http://www.who.int/>), рекомендации Министерства иностранных дел ЛР при посещении областей повышенного риска заражения инфекционными заболеваниями (<http://www.mfa.gov.lv/>);

10.2.3. если на момент страхового случая у застрахованного отсутствует действующая виза ил разрешение на временное пребывание;

10.2.4. которые согласно действующим правовым актам погашаются любым видом обязательного страхования.

10.3. Страховыми случаями не являются случаи, в результате которых у застрахованного появились убытки или расходы :

10.3.1. если застрахованный находится под воздействием алкогольных, наркотических, психотропных или других одурманивающих веществ;

10.3.2. застрахованный задержан по закону или находится в заключении;

10.3.3. вовлечение или участие застрахованного в военных служебных операциях или учениях;

10.3.4. во время путешествия на летательном аппарате иначе, чем в качестве пассажира принадлежащего лицензированной авиакомпании самолета, который зарегистрирован как средство перевозки пассажиров по установленному маршруту;

10.3.5. во время езды на мотоциклах, квадроциклах, водных мотоциклах, картингах, горных велосипедах;

10.3.6. во время путешествия на судах иначе, чем в качестве пассажира судна, который зарегистрирован как водное средство перевозки пассажиров по установленному маршруту, в т.ч. под парусом;

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ПУТЕШЕСТВИЙ ИНОСТРАНЦЕВ

Это перевод страховых условия на русском языке и имеет только информативный характер. В случае подписание страхового договора обязательный характер имеет только страховые условия на латышском языке.

10.3.7. во время участия в спортивных соревнованиях и тренировках, в т.ч. с использованием моторизированных наземных, водных или воздушных транспортных средств;

10.3.8. занимаясь скалолазанием, альпинизмом, восхождением в горы (высота выше 2500 метров), парашютизмом, прыжками с высоты на резиновом креплении, полетами на дельтаплане, параплане, планере, нырянием с дыхательными аппаратами, спелеонтологией, паркур, фристайлом, шорт-треком, прыжками на лыжах с трамплина, скелетоном, бобслеем, санным спортом, сноубордом, хоккеем, слаломом, горными лыжами, скиджорингом, бейсболом, регби, видами спортивной борьбы, конным спортом, серфингом, греблей, кайтбордингом и другими экстремальными видами спорта независимо от того, являются ли эти занятия индивидуальными или организованными тренировками, соревнованиями или любым видом времяпровождения.

10.4. Страховщик не возмещает убытки:

10.4.1. если застрахованный не сохранил и не может предоставить чеки и другие документы, которые доказывают факт события и размер убытков;

10.4.2. если застрахованный не заявил о собственных расходах в заявлении о возмещении в течение 30 дней после окончания срока действия полиса.

10.4.3. за анонимно проведенное лечение, услуги нетрадиционной медицины, за оказанные услуги, не соответствующие правовым актам той страны, в которой они были оказаны;

10.4.4. если застрахованный не выполнил рекомендации врача;

10.4.5. за медицинскую помощь, которая связана с лечением заболевания (в т.ч. хронического), которым застрахованный болел или она началась до начала действия страхового договора (независимо от того, было ли оно диагностировано, проводилось ли лечение или нет), за исключением неотложной медицинской помощи, связанной со спасением жизни застрахованного;

10.4.6. за медицинскую помощь, которая не является неотложной медицинской помощью, связанной со спасением жизни, или она оказана в связи с острым заболеванием или ликвидацией опасности жизни, а также ту, которую документально не может подтвердить врач, либо отсутствуют медицинские показания;

10.4.7. лечение хронических заболеваний, за исключением случаев оказания первой неотложной помощи во время действия полиса;

10.4.8. за повторные визиты в лечебные учреждения по поводу одних и тех же заболеваний и травм, к которому применено новое или измененное лечение или за визиты, связанные контролем результатов исследований;

10.4.9. за заболевания и состояние здоровья, вызванные позитивным ВИЧ тестом или синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД);

10.4.10. за медицинскую помощь, которая связана с лечением врожденных, наследственных аномалий, полученных до вступления в силу страхового договора, а также онкологических заболеваний не зависимо от стадии заболевания;

10.4.11. которая связана с беременностью, ее прерыванием, родами, осложнениями и послеродовым уходом;

10.4.12. за плановое лечение зубов – пломбирование, заполнение каналов зубов, восстановление поверхности зубов пломбируемым материалом, протезирование, в т.ч. инлей, онлей, гигиена, услуги ортодонта, парадонтоз, ортопантограмма и т.д.;

10.4.13. за диагностику и лечение сексуально-трансмиссивных заболеваний, пластическую хирургию, медицинскую экспертизу, лечение и диагностику алкоголизма, наркомании, токсикомании или другого вреда здоровью, причиненного использованием данных веществ;

10.4.14. нарушения здоровья, которые появились в связи с нарушениями психического состояния или психическим заболеванием застрахованного, эпилепсией или другими нарушениями сознания, лечение любых психиатрических, психотерапевтических и сексопатологических заболеваний, сердечно-сосудистые операции, коррекция зрения, нейрохирургические и реконструктивные операции; трансплантация кожи и органов, протезирование, патологические переломы костей, или появившиеся в результате полученных ранее травм; реабилитация, ремонт и замена поврежденных протезов; за технические и медицинские вспомогательные средства, медикаменты, медицинские и гомеопатические средства, медицинское оборудование и товары; очки, линзы, слуховые аппараты, гонорары врачам;

10.4.15. за любые расходы по репатриации, которые не согласованы со страховщиком или превышают необходимый минимум, обеспечивающий транспортировку застрахованного или его останков в страну проживания, а также те, которые появились в результате нарушений здоровья, описанных в исключениях настоящих;

10.4.16. за расходы в связи с условиями повышенного комфорта.

IV Страховое возмещение

11. Выплата страхового возмещения

11.1. При наступлении страхового случая за полученные услуги застрахованному или его представителю необходимо заплатить самому из личных средств.

11.2. Страховщик выплачивает страховое возмещение застрахованному или его уполномоченному лицу, которое имеет право получить страховое возмещение.

11.3. Решение о выплате страхового возмещения или об отказе в выплате страхового возмещения страховщик принимает в течение 30 дней со дня получения всех запрошенных страховщиком документов.

11.4. По договоренности сторон, пока не произведен полный расчет страхового возмещения, страховщик может выплатить часть страхового возмещения в таком объеме, который не оспаривается ни одной из сторон.

11.5. Если застрахованное лицо застраховано от тех же рисков в других страховых компаниях, выплата страхового возмещения делится пропорционально страховым суммам между всеми страховщиками так, чтобы общая сумма возмещения не превышала убытков застрахованного.

12. Документы, необходимые для получения страхового возмещения

12.1. Для получения страхового возмещения застрахованному или его представителю необходимо предоставить страховщику следующие документы:

12.1.1. заявление о выплате страхового возмещения за произошедший страховой случай;

12.1.2. по запросу страховщика – виза или разрешение на пребывание в стране;

12.1.3. оригиналы всех чеков и счетов, в которых указаны сведения о получателе услуг (имя, фамилия, дата рождения) и о предоставившем услуги (название,

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ПУТЕШЕСТВИЙ ИНОСТРАНЦЕВ

Это перевод страховых условия на русском языке и имеет только информативный характер. В случае подписание страхового договора обязательный характер имеет только страховые условия на латышском языке.

регистрационный номер, банковские реквизиты), точное название и объем услуги, дата начала и конца предоставления услуги;

12.1.4. справка медицинского учреждения, которая подтверждает несчастный случай или заболевание, и в которой указаны полный диагноз, проводимое лечение, результаты обследования, подтверждающие диагноз, и другие лечебные услуги, полученные в связи со страховым случаем. В случае репатриации – заключение врача о медицинском обосновании и необходимости репатриации;

12.1.5. документ, который удостоверяет право получателя страхового возмещения о получении страхового возмещения – свидетельство о рождении, паспорт, нотариально заверенная доверенность, решение сиротского или волостного суда.

14.2. Для регулирования отношений, вытекающих из страхового договора, применяются нормативные акты Латвийской Республики – закон “О страховом договоре”, Гражданский закон Латвийской Республики и другие правовые акты Латвийской Республики.

14.3. Жалобы или претензии страхователя или застрахованного, которые поданы в письменном виде, страховщик рассматривает и письменно отвечает в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения жалобы или претензии.

14.4. Все споры в связи со страховым договором решаются путем переговоров. Если договоренность не достигнута, спор рассматривает суд Латвийской Республики в порядке, установленном правовыми актами Латвийской Республики.

V Другие правила

13. Прекращение действия страхового договора

13.1. Страховщик имеет право в одностороннем порядке, без посредничества суда расторгнуть договор в следующих случаях:

13.1.1. если страховые расходы появились в результате злого умысла или грубой неосторожности страхователя или застрахованного или другого заинтересованного в получении страхового возмещения лица;

13.1.2. если страхователь или застрахованный при заключении страхового договора или во время его действия по злему умыслу или по причине грубой неосторожности предоставил страховщику ложную информацию или отказался предоставить страховщику запрошенную им информацию;

13.1.3. страхователь ликвидирован как юридическое лицо и у него нет прав и/или преемника по обязательствам;

13.1.4. в других случаях, предусмотренных правовыми актами Латвийской Республики.

13.2. Действие страхового договора в вышеперечисленных случаях расторгается с помощью отправки письменного извещения по адресу, указанному в полисе страхования, если в нормативных актах Латвийской Республики не указан другой порядок расторжения страхового договора. Страховой договор считается расторгнутым через 15 дней со дня отправления письменного извещения.

13.3. После выплаты страхового возмещения за смерть застрахованного действие страхового договора в отношении к данному застрахованному прекращается.

13.4. По взаимной договоренности страхователя и страховщика страховой договор может быть расторгнут досрочно.

13.5. Если страховой договор расторгается согласно пп. 13.1.1., 13.1.2., 13.1.3. или 13.1.4., часть страховой премии не выплачивается.

14. Регрессный иск, применяемые правовые акты, порядок рассмотрения споров и другие условия

14.1. Страховщик, выплатив страховое возмещение, перенимает право застрахованного на иск против лица, которое является ответственным за причиненные убытки и расходы, в размере выплаченного возмещения. Страховщик не имеет права предъявлять регрессный иск к детям, родителям, супругам застрахованного, если только данные лица сами не стали причиной появления убытков или расходов по злему умыслу или по причине грубой неосторожности.

ĀRZEMNIEKU CEĻOJUMU APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI

I Noteikumos lietotie termini

Apdrošinātājs – AAS “BALTA”.

Apdrošinājuma ņēmējs – fiziska vai juridiska persona, kura noslēdz apdrošināšanas līgumu apdrošinātā labā.

Apdrošinātais – fiziska persona, kurai ir apdrošināmā interese un kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas līgums, par ko liecina attiecīga norāde apdrošināšanas polisē.

Mītnes zeme – valsts, kura ir apdrošinātā pilsonības vai pastāvīgās dzīvesvietas valsts, vai valsts, kura izsniegusi Apdrošinātajam pastāvīgās uzturēšanās vai termiņuzturēšanās atļauju, ja tā nav Latvijas Republika.

Apdrošinājuma summa – apdrošināšanas līgumā noteikta naudas summa, par kuru ir apdrošināta katra apdrošinātā interese neciest zaudējumus, un kuras ietvaros, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību.

Apdrošināšanas prēmija – apdrošināšanas līgumā noteiktais apdrošinājuma ņēmēja maksājums apdrošinātajam par apdrošināšanu.

Apdrošināšanas atlīdzība – apdrošinājuma summa, tās daļa vai cita par apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā summa vai pakalpojumu apmaksā atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

Apdrošināšanas polise – dokuments, kas apliecina, ka apdrošinājuma ņēmējs un apdrošinātājs ir noslēguši šo apdrošināšanas līgumu.

Apdrošināšanas līgums – līguma noslēgšanas apliecinājums ir apdrošināšanas polise, kas ietver apdrošināšanas līguma noteikumus, kā arī visus šī apdrošināšanas līguma grozījumus.

Apdrošināšanas gadījums – ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts notikums, kuram iestājoties paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

Apdrošinātais risks – apdrošināšanas polisē paredzētais no apdrošinātā gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē.

Noteikumi – šie ceļojumu apdrošināšanas noteikumi un Apdrošināšanas līguma vispārējie noteikumi Nr.03, kas ir apdrošināšanas līguma neatņemamas sastāvdaļas.

Paša risks – naudas summā izteikta daļa no apdrošināšanas atlīdzības apmēra, kas apdrošināšanas līgumā noteiktajos gadījumos tiek atskaitīta no apdrošināšanas atlīdzības un apdrošinātājs to neatlīdzina.

Neatliekamā medicīniskā palīdzība – medicīniskā palīdzība, kuras nesniegšanas gadījumā ir apdraudēta apdrošinātā dzīvība.

Pēkšņa saslimšana – iepriekš nepastāvējusi, neparedzama un pirms apdrošināšanas perioda neizpaudusies saslimšana, kuras dēļ apdrošinātajam ir nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība.

Hroniskas slimības paasinājums – hroniskas slimības raksturīgo simptomu parādīšanās vai norises strauja pasliktināšanās apdrošināšanas periodā, kā rezultātā apdrošinātajam ir nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība.

Nelaiemes gadījums – pēkšņs, no Apdrošinātā gribas neatkarīgs, cēloniskā sakarībā ar ārēju spēku iedarbību apdrošināšanas līguma darbības laikā radies notikums, kura rezultātā Apdrošinātā veselībai vai dzīvībai ir nodarīts kaitējums, kā rezultātā Apdrošinātajam ir nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība.

II Vispārīgie noteikumi

1. Apdrošināšanas līguma noslēgšana un spēkā esamība

1.1. Apdrošināšanas līgums ir spēkā Latvijas Republikā un pārējās Šengenas līguma dalībvalstīs (Austrijā, Beļģijā, Dānijā,

Somijā, Francijā, Vācijā, Itālijā, Grieķijā, Luksemburgā, Nīderlandē, Portugālē, Spānijā, Zviedrijā, Norvēģijā, Īslandē, Čehijā, Igaunijā, Lietuvā, Maltā, Polijā, Slovēnijā, Slovākijā, Ungārijā, Šveicē).

1.2. Apdrošināšanas līguma darbības periods, ko norāda apdrošināšanas polisē, tiek noteikts apdrošinātajam un apdrošinājuma ņēmējam savstarpēji vienojoties.

1.3. Apdrošināšanas līgums stājas spēkā apdrošināšanas polisē norādītajā sākuma datumā pēc Latvijas laika un ja apdrošinājuma ņēmējs apdrošināšanas prēmiju ir samaksājis līdz polisē norādītajam datumam.

1.4. Ja laikā, kad stājas spēkā apdrošināšanas līgums, apdrošinātā riska iestāšanās iespējamība vai apdrošināmā interese nepastāv, vai apdrošinātais risks jau ir iestājies, apdrošināšanas līgums nav spēkā no tā noslēgšanas brīža.

2. Apdrošinātie riski

2.1. Saskaņā ar apdrošināšanas līgumu tiek apdrošināti šādi apdrošināšanas noteikumu III. sadaļā noteiktie un polisē atzīmētie apdrošinātie riski:

2.1.1. medicīniskie un repatriācijas izdevumi:

2.1.1.1. neatliekamās medicīniskās palīdzības izdevumi;

2.1.1.2. medicīniskās transportēšanas izdevumi;

2.1.1.3. zobārstniecība;

2.1.1.4. repatriācija slimības gadījumā;

2.1.1.5. repatriācija nāves gadījumā.

3. Apdrošinājuma summa un limiti

3.1. Apdrošinājuma summa ir noteikta katram apdrošinātajam riskam atsevišķi un kopēja apdrošinājuma summa periodā vienam apdrošinātajam. Kopējā apdrošinājuma summa vienam apdrošinātajam apdrošināšanas periodā ir EUR 45 000. Katram apdrošinātajam riskam atsevišķi ir noteikti šādi limiti:

3.1.1. limits izdevumiem par neatliekamo medicīnisko palīdzību ir EUR 30 000 apdrošināšanas periodā;

3.1.2. limits par zobārstniecības palīdzību ir EUR 100 apdrošināšanas periodā;

3.1.3. limits izdevumiem par medicīnisko transportēšanu ir EUR 5 000 apdrošināšanas periodā;

3.1.4. limits izdevumiem par transportēšanu jeb repatriāciju uz mītnes zemi smagas slimības gadījumā ir EUR 5 000 apdrošināšanas periodā;

3.1.5. limits izdevumiem par transportēšanu jeb repatriāciju uz mītnes zemi nāves gadījumā ir EUR 5 000;

3.1.6. kopējais limits par vienu apdrošināšanas gadījumu šo noteikumu punktos 3.1.1., 3.1.2. un 3.1.3. minētajiem izdevumiem ir EUR 750;

3.1.7. no apdrošināšanas atlīdzības par šo noteikumu punktos 3.1.1., 3.1.2. un 3.1.3. minētajiem izdevumiem tiek atskaitīts paša risks EUR 50 par vienu apdrošināšanas gadījumu.

3.2. Kopējā izmaksājamā apdrošināšanas atlīdzība vienai personai par vienu vai vairākiem apdrošināšanas gadījumiem, kas notikuši apdrošināšanas līguma darbības periodā, nedrīkst pārsniegt apdrošinājuma summu konkrētajam apdrošināšanas riskam un kopējo apdrošinājuma summu vienai personai EUR 45 000. Līgums pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksā paliek spēkā starpības apmērā starp konkrētā apdrošināšanas riska sākotnējo apdrošinājuma summu un izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību.

4. Apdrošinātāja tiesības un pienākumi

Apdrošinājuma ņēmējs savā un apdrošināto vārdā ar apdrošināšanas līguma noslēgšanas brīdi pilnvaro apdrošinātāju, kā personu datu apstrādes sistēmas pārzini un personu datu operatoru, apstrādāt apdrošinājuma ņēmēja

ĀRZEMNIEKU CEĻOJUMU APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI

datus, kā arī apdrošinātā datus, arī sensitīvus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus ar mērķi nodrošināt līguma izpildi, iepazīties ar iesniegto informāciju, tai skaitā medicīnisko dokumentāciju, nepieciešamības gadījumā pieprasīt papildus dokumentus un pieaicināt ekspertu komisiju, kā arī apdrošinātais piekrīt ekspertīzei pie apdrošinātāja izvēlēta ārsta eksperta veselības stāvokļa pārbaudei sakarā ar apdrošināšanas gadījumu. Apdrošinātājam ir tiesības sniegt apdrošināšanas gaitā iegūto informāciju par apdrošināto un/vai apdrošināšanas ņēmēju saistībā ar apdrošināšanas līguma noslēgšanu un izpildi Apdrošinātāja mātes uzņēmuma grupas sastāvā ietilpstošiem uzņēmumiem. Ja apdrošinājuma ņēmējs un apdrošinātais nav viena un tā pati persona, apdrošinājuma ņēmējs apliecina, ka ir saņēmis un nepieciešamības gadījumā uzrādīs apdrošinātā rakstisku atļauju šajos noteikumos noteiktajai personas datu apstrādei

4.1. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt papildus dokumentāciju, kas nepieciešama apdrošinātā riska izvērtēšanai un tā izraisīto zaudējumu novērtēšanai.

4.2. Apdrošinātājam ir pienākums, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, veikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu atbilstoši polisē norādītajiem apdrošinātajiem riskiem, ja apdrošināšanas gadījums saskaņā ar apdrošināšanas līgumu ir noticis apdrošināšanas līguma darbības laikā un teritorijā.

4.3. Ja, slēdzot apdrošināšanas līgumu, tā darbības laikā vai pēc zaudējuma iestāšanās apdrošinājuma ņēmējs vai apdrošinātais ļaunā nolūkā vai rupjas neuzmanības dēļ sniedz apdrošinātājam nepatiesu informāciju vai atsakās iesniegt apdrošinātāja pieprasīto informāciju, apdrošinātājs ir tiesīgs atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību un izbeigt apdrošināšanas līgumu.

4.4. Apdrošinātājam ir tiesības atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, ja zaudējumi vai izdevumi ir radušies apdrošinātā vai apdrošinājuma ņēmēja ļauna nolūka, rupjas neuzmanības vai noziedzīgās darbības dēļ.

4.5. Apdrošinātājam ir tiesības samazināt apdrošināšanas atlīdzību līdz 50 procentiem, ja apdrošinātais vieglas neuzmanības dēļ:

4.5.1. nav paziņojis apdrošinātājam nekavējoties, tiklīdz tas bija iespējams, par apdrošinātā riska iestāšanos un/vai

4.5.2. nav veicis visus iespējamus saprātīgos pasākumus, lai samazinātu zaudējumus un/vai

4.5.3. iebilda pret apdrošinātāja prasību konstatēt un novērtēt zaudējumu apjomu, to rašanās apstākļus vai

4.5.4. nav iesniedzis apdrošinātājam visus pie apdrošinātā esošos dokumentus, kas raksturo apdrošinātā riska iestāšanos un tā izraisītos zaudējumus vai

4.5.5. nav sniedzis apdrošinātājam arī citu tā rīcībā esošo informāciju, kuru pieprasījis apdrošinātājs.

4.6. Apdrošinātā nāves gadījumā apdrošinātājam saskaņā ar spēkā esošajiem tiesību aktiem ir tiesības pieprasīt līķa sekciju, kuras atteikuma gadījumā ir tiesīgs samazināt apdrošināšanas atlīdzības apmēru vai atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību.

5. Apdrošinājuma ņēmēja pienākumi

5.1. Sniegt apdrošinātājam precīzu un patiesu informāciju, kurai ir nozīme apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai un kas ir svarīga apdrošinātā riska izvērtēšanā, slēdzot apdrošināšanas līgumu, kā arī apdrošināšanas līguma darbības laikā.

5.2. Paziņot apdrošinātājam par citiem tam zināmiem spēkā esošiem apdrošināšanas līgumiem, kuri attiecas uz apdrošinātiem riskiem saskaņā ar šo apdrošināšanas līgumu.

5.3. Informēt apdrošināto par to, ka viņš ir apdrošināts un iepazīstināt to ar apdrošināšanas līguma noteikumiem. Pretējā

gadījumā apdrošinājuma ņēmējs atbild par neinformētības sekām un sedz tos izdevumus, kas apdrošinātājam radušies apdrošināto neinformētības rezultātā.

5.4. Samaksāt apdrošinātājam apdrošināšanas prēmiju apdrošināšanas līgumā noteiktajos termiņos un kārtībā.

5.5. Citi šajā apdrošināšanas līgumā noteiktie apdrošinājuma ņēmēja pienākumi.

6. Apdrošinātā pienākumi

6.1. Sniegt apdrošinātājam precīzu un patiesu informāciju, kurai ir nozīme apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanai un kas ir svarīga apdrošinātā riska izvērtēšanā, slēdzot apdrošināšanas līgumu, kā arī apdrošināšanas līguma darbības laikā.

6.2. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, veikt visus iespējamus saprātīgos pasākumus, lai iespēju robežās samazinātu zaudējumu apjomu un izvairītos no liekiem izdevumiem.

6.3. Iestājoties pēkšņam saslimšanas vai nelaimes gadījumam, kad apdrošinātājam ir nepieciešama neatliekama medicīniskā palīdzība, tā pienākums ir nekavējoties, bet ne vēlāk kā 24 stundu laikā, vērsties pie kvalificēta praktizējoša ārsta un saņemt nepieciešamo medicīnisko palīdzību.

6.4. Nekavējoties, tiklīdz tas kļūst iespējams, paziņot apdrošinātājam vai tā pārstāvim par apdrošinātā riska iestāšanos.

6.5. Tiklīdz tas kļūst iespējams, bet ne vēlāk kā 30 dienu laikā pēc polises darbības beigām, paziņot apdrošinātājam par paša apdrošinātā apmaksātajiem izdevumiem un/vai zaudējumiem, kas ir radušies apdrošinātā riska iestāšanās rezultātā, kā arī iesniegt apdrošinātājam dokumentus, kas apstiprina apdrošinātā riska iestāšanos, tā apstākļus, zaudējumu apjomu un citus apdrošinātāja pieprasītos dokumentus.

III Apdrošinātie riski

MEDICĪNISKIE UN REPATRIĀCIJAS IZDEVUMI

7. Neatliekamās medicīniskās palīdzības izdevumi

7.1. Medicīniskie izdevumi šo noteikumu izpratnē ir neparedzēti medicīniskie izdevumi, kas radušies Latvijas Republikas vai citu Šengenas līguma dalībvalstu teritorijā par neatliekamo medicīnisko palīdzību sakarā ar akūtu, dzīvībai bīstamu veselības stāvokļa pasliktināšanos pēkšņas saslimšanas, hroniskas slimības paasinājuma vai nelaimes gadījuma rezultātā.

7.2. Apdrošinātājs apmaksā pamatotus, dokumentāli pierādāmus medicīniskos izdevumus, saņemot neatliekamo medicīnisko palīdzību dzīvībai bīstama kritiskā stāvokļa novēršanai - ambulatori un/vai stacionāri atkarībā no saslimšanas rakstura vistuvāk nelaimes gadījuma vai saslimšanas vietai.

7.3. Apdrošinātājs apmaksā neatliekamus zobārstniecības pakalpojumus, kas sniegti, lai novērstu akūtas zobu sāpes (zoba saknes ārstēšanas uzsākšana ar pagaidu pildījuma ielikšanu vai zoba izraušana) pirmā apmeklējuma laikā. Turpmāko ārstēšanu apdrošinātājs neapmaksā.

8. Medicīniskās transportēšanas izdevumi

8.1. Ja neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai sakarā ar akūtu, dzīvībai bīstamu veselības stāvokļa pasliktināšanos saslimšanas vai nelaimes gadījuma rezultātā apdrošināto nepieciešams nogādāt medicīnas iestādē, apdrošinātājs apmaksā izdevumus par apdrošinātā transportēšanu ar neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta transportu līdz

ĀRZEMNIEKU CEĻOJUMU APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI

tuvākai medicīnas iestādei saskaņā ar ārstniecības personas medicīnisko atzinumu.

9. Repatriācijas izdevumi

9.1. Repatriācijas izdevumi šo noteikumu izpratnē ir neparedzēti transportēšanas izdevumi, kas radušies sakarā ar akūtu, dzīvībai bīstamu veselības stāvokļa pasliktināšanos saslimšanas vai nelaimes gadījuma rezultātā un kā dēļ nepieciešama apdrošinātā vai tā mirstīgo atlieku transportēšanu uz mītnes zemi.

9.1.1. Apdrošinātājs atlīdzina ar apdrošinātāju iepriekš rakstiski saskaņotus izdevumus par:

9.1.1.1. apdrošinātā transportēšanu uz mītnes zemi, pamatojoties uz ārstniecības personas rakstiski sniegtām rekomendācijām;

9.1.1.2. apdrošinātā mirstīgo atlieku transportēšanu uz mītnes zemes lidostu (pārvedot tās ar lidmašīnu) vai līdz mītnes zemes robežai (pārvedot tās ar cita veida transportu).

10. Izņēmumi

10.1. Apdrošinātājs neatlīdzina zaudējumus, kuru cēlonis ir:

10.1.1. karadarbība, invāzija, ārvalstu ienaidnieku darbība (ar vai bez kara pieteikšanas), dumpis, pilsoņu karš, militāra vai uzurpēta vara, masu nemieri, terorisms, streiks, revolūcija, sacelšanās, demonstrācija;

10.1.2. jonizējošais starojums, radioaktīvais piesārņojums;

10.1.3. apdrošinātā, apdrošinājuma ņēmēja vai citas apdrošināšanas atlīdzības saņemšanā ieinteresētās personas ļauns nolūks, rupja neuzmanība vai noziedzīga darbība; apdrošinātā tīšas darbības rezultāts, apdrošinātā pašnāvība, pašnāvības mēģinājums; apdrošinātā prettiesiska rīcība; neievērota apdrošinātā piesardzība un nav veikti visi nepieciešamie pasākumi, lai novērstu un mazinātu zaudējumus; apdrošinātā nepiemērota rīcība paaugstinātas bīstamības un traumatisma apstākļos un sevis pakļaušana ārkārtējām briesmām vai traumatismam, izņemot cilvēka dzīvības glābšanas gadījumu;

10.1.4. apstākļi, kurus puses nav varējušas paredzēt, novērst saprātīgas rīcības rezultātā un par kurām tās nenes atbildību.

10.2. Apdrošinātājs neatlīdzina zaudējumus:

10.2.1. kas radušies Pasaules Veselības Organizācijas apstiprināto pandēmiju iestāšanās rezultātā (Epidēmija – kādas infekciju slimības izplatīšanās noteiktā apvidū, kura stipri pārsniedz parasto saslimstības līmeni. Ja epidēmija aptver vairākas valstis, kontinentus vai pat visu pasauli – tā ir pandēmija.);

10.2.2. sakarā ar ārstēšanos un/vai repatriāciju, ja nav ņemtas vērā Pasaules Veselības Organizācijas noteiktās prasības ceļotājiem attiecībā uz vakcināciju un profilaksi (<http://www.sva.lv/>, <http://www.who.int/>), LR Ārlietu Ministrijas rekomendācijas apmeklējot bīstamu infekciju skartos reģionus (<http://www.mfa.gov.lv/>);

10.2.3. ja apdrošinātajam uz apdrošināšanas gadījuma brīdi nav izsniegta un spēkā esoša vīza vai pastāvīgās uzturēšanās vai termiņuzturēšanās atļauja;

10.2.4. kuras saskaņā ar spēkā esošajiem tiesību aktiem paredzēts segt ar jebkāda veida obligāto apdrošināšanu.

10.3. Par apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmi gadījumi, kuru rezultātā apdrošinātais ir cietis zaudējumus vai tam radušies izdevumi:

10.3.1. apdrošinātajam esot alkoholisko, narkotisko, psihotoksisko vai citu apreibinošo vielu iespaidā;

10.3.2. apdrošinātajam esot likumīgi aizturētam vai atrodoties apcietinājumā;

10.3.3. apdrošinātajam iesaistoties vai piedaloties aktīvā militārā dienesta operācijās vai apmācībās;

10.3.4. lidojot ar lidaparātu citādi nekā pasažierim licencētai aviosabiedrībai piederošajā lidmašīnā, kas reģistrēta kā pasažieru pārvadāšanas līdzeklis pa noteiktu maršrutu;

10.3.5. braucot ar motocikliem, kvadracikliem, ūdens motocikliem, kartingiem, kalnu divriteņiem;

10.3.6. kuģojot citādi nekā pasažierim ar kuģi, kurš reģistrēts kā pasažieru pārvadāšanas peldlīdzeklis pa noteiktu maršrutu, t.sk., burājot;

10.3.7. piedaloties sporta sacensībās un treniņos, t.sk., izmantojot motorizētu sauszemes, ūdens vai gaisa transporta līdzekli;

10.3.8. nodarbojoties ar klinšu kāpšanu, alpīnismu, kāpšanu kalnos (augstums virs 2500 metri), izpletņlēcšanu, lēcšanu no augstuma gumijas atsaitē, lidojot ar deltaplānu, paraplānu, planieri, niršanu ar elpošanas aparātiem, speleoloģiju, parkūru, frīstailu, šorttreku, lēcšanu ar slēpēm no trampīna, skeletonu, bobsleju, kamanīņu sportu, snovbordu, hokeju, slalomu, kalnu slēpošanu, skioringu, beisbolu, regbiju, cīņas sporta veidiem, jāšanu ar zirgiem, sērfošanu, airēšanu, kaitbordingu un citiem ekstrēmīem sporta veidiem neatkarīgi no tā, vai tā ir individuāla vai organizēta nodarbība, treniņi, sacensības, vai jebkāda cita veida laika pavadīšana.

10.4. Apdrošinātājs neatlīdzina zaudējumus:

10.4.1. ja apdrošinātais nav saglabājis un nevar iesniegt apmaksātos čekus un citus dokumentus, kas pierāda notikuma faktu un zaudējuma apmēru;

10.4.2. ja apdrošinātais nav pieteicis par paša apdrošinātā apmaksātajiem izdevumiem apdrošināšanas atlīdzību 30 dienu laikā pēc polises darbības beigu termiņa.

10.4.3. par anonīmi veiktu ārstniecību, netradicionālās ārstniecības pakalpojumiem, par pakalpojumiem, kas sniegti neatbilstoši tās valsts tiesību aktiem, kur saņemts pakalpojums;

10.4.4. ja apdrošinātais nav ievērojis ārstniecības personas norādījumus;

10.4.5. par medicīnisko palīdzību, kas saistīta ar slimību (tai skaitā hronisku slimību), ar kuru Apdrošinātais saslimis vai tā sākusies pirms apdrošināšanas līguma darbības sākuma (neatkarīgi no tā, vai tā tika diagnosticēta un ārstēta vai nē), diagnostiku un ārstēšanu, izņemot neatliekamo medicīnisko palīdzību apdrošinātā dzīvības glābšanai;

10.4.6. par medicīnisko palīdzību, kas nav neatliekamā medicīniskā palīdzība dzīvības glābšanai vai sniegta pēc akūtā veselības stāvokļa un dzīvības apdraudējuma novēršanas, kā arī kuru nav dokumentāli nozīmējis ārsts vai nav medicīnisku indikāciju;

10.4.7. hronisku slimību ārstniecību, izņemot gadījumu, ja tā ir pirmreizēja neatliekamā medicīniskā palīdzība polises darbības laikā;

10.4.8. par atkārtotām vizītēm ārstniecības iestādēs tās pašas saslimšanas vai traumas dēļ, kam netiek piemērota jauna vai mainīta esošā ārstēšana vai vizītēm saistībā ar izmeklējumu rezultātu kontroli;

10.4.9. par slimībām vai veselības stāvokļiem, kurus izsaucis pozitīvs HIV tests vai iegūtais imūndeficīta sindroms (AIDS);

10.4.10. par medicīnisko palīdzību, kas saistīta ar iedzimtu, pārmatotu, pirms apdrošināšanas līguma iegūtu anomāliju un onkoloģisku slimību ārstniecību neatkarīgi no slimības stadijas;

10.4.11. kas saistīti ar grūtniecību, tās pārtraukšanu, dzemdībām, to sarežģījumiem un pēcdzemdību aprūpi;

10.4.12. par zobu plānveida ārstēšanu – plombēšanu, zobu kanālu pildīšanu, zobu kroņu/stūru atjaunošanu ar plombējamo materiālu, zobu protezēšanu, t.sk. inlejas, onlejas, zobu higiēnu, ortodontiju un paradonta slimību ārstēšanu, ortopantomogrammas u.c.;

10.4.13. par seksuāli transmisīvo slimību diagnostiku un ārstēšanu, plastisko ķirurģiju, medicīnisko ekspertīzi, alkoholisma, narkomānijas, toksikomānijas vai šo vielu

ĀRZEMNIEKU CEĻOJUMU APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI

lietošanas rezultātā radušos veselības kaitējumu, to diagnostiku un ārstēšanu;

10.4.14. veselības traucējumiem, kas radušies sakarā ar apdrošinātā psihiskā stāvokļa traucējumiem vai psihisku saslimšanu, epilepsiju vai citiem apziņas traucējumiem, jebkādu psihiatrisko, psihoterapeitisko un seksopatoloģisko ārstēšanu, sirds un asinsvadu operācijām; redzes korekcijas, neiroķirurģiskām, rekonstruktīvām operācijām; audu un orgānu transplantāciju, protezēšanu, patoloģiskiem kaulu lūzumiem vai iepriekš notikušu traumu dēļ; rehabilitāciju, bojātu protēžu labošanu vai aizvietošanu; par tehniskajiem un medicīniskajiem palīg līdzekļiem, medikamentiem, medicīniskajiem un homeopātiskajiem līdzekļiem, medicīniskām ierīcēm, medicīnas precēm; brillēm, lēcām, dzirdes aparātiem; ārstu honorāriem;

10.4.15. par jebkuriem repatriācijas izdevumiem, kas nav saskaņoti ar apdrošinātāju vai pārsniedz minimāli nepieciešamos, lai nodrošinātu apdrošinātā vai tā mirstīgo atlieku transportēšanu uz mītnes zemi, kā arī kas radušies šo noteikumu izņēmumos minēto veselības traucējumu dēļ;

10.4.16. par izdevumiem saistībā ar paaugstināta komforta apstākļiem.

IV Apdrošināšanas atlīdzība

11. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa

11.1. Iestājoties apdrošināšanas gadījumam, apdrošinātajam vai tā pārstāvim par saņemtajiem pakalpojumiem sākotnēji jānorēķinās pašam no personīgajiem līdzekļiem.

11.2. Apdrošināšanas atlīdzību apdrošinātājs izmaksā apdrošinātajam, tā pilnvarotai personai vai citai personai, kura ir tiesīga saņemt apdrošināšanas atlīdzību.

11.3. Lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību pieņem 30 dienu laikā pēc visu apdrošinātāja pieprasīto dokumentu saņemšanas dienas.

11.4. Pēc pušu vienošanās, pirms veikta pilnīga apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšana, apdrošinātājs var izmaksāt apdrošināšanas atlīdzības daļu tādā apjomā, kādu neapstrīd neviena no pusēm.

11.5. Ja apdrošinātā persona pret tiem pašiem riskiem ir apdrošinājusies citās apdrošināšanas sabiedrībās, apdrošināšanas atlīdzības izmaksa tiek sadalīta proporcionāli apdrošinājuma summām starp visiem apdrošinātajiem tā, lai kopējā atlīdzība nepārsniegtu apdrošinātā zaudējumus.

12. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai nepieciešamie dokumenti

12.1. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai apdrošinātajam vai tā pārstāvim ir pienākums iesniegt apdrošinātajam sekojošus dokumentus:

12.1.1. pieteikums apdrošināšanas atlīdzības izmaksai par notikušo apdrošināšanas gadījumu;

12.1.2. pēc apdrošinātāj pieprasījuma - vīza vai uzturēšanās atļauja;

12.1.3. visi čeki vai rēķinu oriģināli, kuros ir norādītas ziņas par pakalpojuma saņēmēju (vārds, uzvārds, dzimšanas dati) un pakalpojuma sniedzēju (nosaukums, reģistrācijas numurs, bankas rekvizīti), pakalpojuma precīzs nosaukums un apmērs, pakalpojuma sniegšanas sākuma un beigu datums;

12.1.4. medicīnas iestādes izziņa, kas apstiprina nelaiemes vai saslimšanas gadījumu, kur norādīta pilna diagnoze, pielietotā ārstēšana, izmeklējumu rezultāti, kas apstiprina diagnozi un citi ar apdrošināšanas gadījumu saistītie saņemtie ārstnieciskie pakalpojumi, repatriācijas gadījumā – ārsta atzinums par medicīniski pamatotu un nepieciešamu repatriāciju;

12.1.5. dokuments, kas apliecina atlīdzības saņēmēja tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību – dzimšanas apliecība, pase, notariāli apliecināta pilnvara, bāriņtiesas vai pagasttiesas lēmums.

V Citi noteikumi

13. Apdrošināšanas līguma izbeigšana

13.1. Apdrošinātais ir tiesīgs vienpusēji, bez tiesas starpniecības izbeigt apdrošināšanas līguma darbību šādos gadījumos:

13.1.1. ja apdrošināšanas izdevumi radušies apdrošinājuma ņēmēja vai apdrošinātā, vai citu apdrošināšanas atlīdzības saņemšanā ieinteresētu personu ļauna nolūka vai rupjas neuzmanības dēļ;

13.1.2. ja apdrošinājuma ņēmējs vai apdrošinātais, slēdzot apdrošināšanas līgumu vai tā darbības laikā, ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ ir sniedzis apdrošinātajam nepatiesu informāciju vai atsakās sniegt apdrošinātāja pieprasīto informāciju;

13.1.3. apdrošinājuma ņēmējs kā juridiska persona ir likvidēta un tai nav tiesību un/vai saistību pārņēmēja;

13.1.4. citos Latvijas Republikas tiesību aktos noteiktajos gadījumos.

13.2. Apdrošināšanas līguma darbība iepriekšminētajos gadījumos tiek izbeigta, izsūtot apdrošinājuma ņēmējam rakstisku paziņojumu uz apdrošināšanas polisē norādīto adresi, ja Latvijas Republikas tiesību aktos nav noteikta cita apdrošināšanas līguma izbeigšanas kārtība. Apdrošināšanas līgums ir izbeigts pēc 15 dienām no rakstveida paziņojuma nosūtīšanas dienas.

13.3. Pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas par apdrošinātā nāvi apdrošināšanas līguma darbība attiecībā uz šo apdrošināto izbeidzas.

13.4. Apdrošinājuma ņēmējam un apdrošinātajam vienojoties apdrošināšanas līgums var tikt izbeigts pirms termiņa.

13.5. Ja apdrošināšanas līguma darbība tiek izbeigta saskaņā ar 13.1.1., 13.1.2., 13.1.3. vai 13.1.4. punktiem, tad apdrošināšanas prēmijas daļa netiek atmaksāta.

14. Regresa prasība, piemērojamie tiesību akti, strīdu izšķiršanas kārtība un citi noteikumi

14.1. Apdrošinātājs, izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību, pārņem apdrošinātā prasījuma tiesības pret personu, kura ir atbildīga par nodarītajiem zaudējumiem un izdevumiem izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības apmērā. Apdrošinātājs nevar vērsties ar regresa prasību pret apdrošinātā bērniem, vecākiem vai laulāto, ja vien zaudējumi nodarīti vai izdevumi radušies ar šādas personas ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ.

14.2. No apdrošināšanas līguma izrietošo attiecību regulēšanai tiek piemēroti Latvijas Republikas tiesību akti – Likums “Par apdrošināšanas līgumu”, Latvijas Republikas Civillikums un citi Latvijas Republikas tiesību akti.

14.3. Apdrošinājuma ņēmēja vai apdrošinātā sūdzības vai pretenzijas, kas iesniegtas rakstiski, apdrošinātājs izskata un sniedz rakstisku atbildi 30 (trīsdesmit) kalendāro dienu laikā no sūdzības vai pretenzijas saņemšanas dienas.

14.4. Visi strīdi apdrošināšanas līguma sakarā tiek risināti sarunu ceļā. Ja vienošanās netiek panākta, strīds tiek izskatīts Latvijas Republikas tiesā Latvijas Republikas tiesību aktos noteiktajā kārtībā.