

I NOTEIKUMOS LIETOTIE TERMINI

- 1.1. **Darbinieks** – apdrošinājumaņēmēja darbinieks, ar kuru apdrošinājumaņēmējs ir noslēdzis darba līgumu un par kuru apdrošinājumaņēmējs veic nodokļu maksājumus.
- 1.2. **Apdrošinātais** – fiziska persona, kurai ir apdrošināmā interese un kuras labā starp apdrošinātāju un apdrošinājumaņēmēju ir noslēgts apdrošināšanas līgums par veselības apdrošināšanu, saskaņā ar kuru, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, tiek apmaksāti ārstnieciskie izdevumi par ārstnieciskajiem pakalpojumiem līgumā noteiktās apdrošināšanas programmas apjomā.
- 1.3. **Apdrošināšanas pieteikums** – apdrošinātāja noteikts dokumentu kopums, kuru apdrošinājumaņēmējs iesniedz apdrošinātājam, lai informētu to par faktiem, kas nepieciešami riska novērtēšanai.
- 1.4. **Apdrošināšanas programma** – apdrošināšanas polisē norādītajam apdrošinātajam riskam paredzētais apdrošināšanas pakalpojumu kopums un/vai pakalpojumu apmaksas procents, kuru ārstnieciskos izdevumus sedz apdrošinātājs, iestājoties apdrošināšanas gadījumam.
- 1.5. **Apdrošinājuma summa** – apdrošināšanas polisē noteikta naudas summa, par kuru apdrošināta katra apdrošinātā veselība, atbilstoši polisē paredzētajam apdrošinātajam riskam un kuras ietvaros, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksā apdrošināšanas atlīdzību.
- 1.6. **Limits** – apdrošināšanas programmā vai apmaksājamās summas apmērā noteikta naudas summa vai ārstniecisko pakalpojumu skaits, atbilstoši polisē paredzētajam riskam, kura ietvaros, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksā apdrošināšanas atlīdzību.
- 1.7. **Ārstnieciskie pakalpojumi** – ārstniecības iestādes sniegtie pakalpojumi apdrošinātajam atbilstoši apdrošināšanas programmai.
- 1.8. **Ārstnieciskie izdevumi** – izdevumi par ārstnieciskajiem pakalpojumiem ārstniecības iestādē atbilstoši apdrošināšanas programmai.
- 1.9. **Ārstniecības iestāde** – Latvijas Republikas Veselības aprūpes iestāžu, uzņēmumu un prakšu reģistrā reģistrēta ārstniecības iestāde vai ārstu prakse, kas nodarbojas ar ārstnieciskajiem profilaktiskajiem, ārstnieciskajiem un rehabilitācijas palīdzības sniegšanu, kā arī aptiekas un optikas iestādes, kas darbojas Latvijas Republikas teritorijā normatīvajos aktos noteiktā kārtībā, un sporta iestādes, kas sniedz pakalpojumus veselības stāvokļa uzlabošanai un profilaksei. Par sporta iestādēm šo noteikumu izpratnē netiek uzskatīti individuālie komersanti vai personas, kas, darbojoties pašnodarbinātā, saimnieciskās darbības veicēja statusā, sniedz pakalpojumus veselības stāvokļa uzlabošanai un profilaksei.
- 1.10. **Līgumorganizācija** – ārstniecības iestāde, kas ir noslēgusi līgumu ar apdrošinātāju par noteiktu pakalpojumu apjomu un, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, sniedz ārstnieciskos pakalpojumus apdrošinātajām personām apdrošināšanas programmas ietvaros vai apjomā, par kādu ir panākta vienošanās ar apdrošinātāju. Samaksu par apdrošinātajām personām sniegtajiem ārstnieciskajiem pakalpojumiem līgumorganizācijā sedz apdrošinātājs. Līgumorganizāciju aktuālais saraksts ir publicēts mājas lapā www.balta.lv.
- 1.11. **Apmaksājamās summas apmērs** – apdrošinātāja noteikts ārstniecisko pakalpojumu saraksts ar apdrošinātāja noteikto maksimālo atlīdzības summu (par konkrētu pakalpojumu).
- 1.12. **Karte** – apdrošinātāja noteikta parauga veselības apdrošināšanas individuālā karte, ko izsniedz apdrošinātajam un kas apliecina apdrošināšanas līguma darbību attiecībā uz apdrošināto. Apdrošinātajam saņemot ārstnieciskos pakalpojumus līgumorganizācijās ir jāuzrāda karte kopā ar personu apliecinošu dokumentu.
- 1.13. **Apdrošinātais risks** – notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē, kad apdrošinātajam var rasties ārstnieciskie izdevumi.

II VISPĀRĪGIE NOTEIKUMI

2. Vispārīgie noteikumi

- 2.1. Apdrošinātājs saskaņā ar šiem noteikumiem slēdz apdrošināšanas līgumu ar apdrošinājumaņēmēju par fizisku personu – kolektīva darbinieku veselības apdrošināšanu.
- 2.2. Par apdrošināto var būt jebkura fiziska persona, kura ir Latvijas Republikas pilsonis, pastāvīgais iedzīvotājs vai personai ir pastāvīgās uzturēšanās atļauja Latvijas Republikā, ja par to ir vienojušies apdrošinātājs un apdrošinātais.
- 2.3. Apdrošināšana ir spēkā Latvijas Republikas teritorijā.
- 2.4. Apdrošinājuma summa ir noteikta katrai apdrošināšanas programmai atsevišķi un ir norādīta apdrošināšanas polisē.
- 2.5. Apdrošināšanas gadījums ir iestājies, ja apdrošinātais ir saņēmis ārstnieciskos pakalpojumus apdrošināšanas periodā un, saskaņā ar apdrošināšanas programmu un šiem noteikumiem, apdrošinātajam ir pienākums apmaksāt ārstnieciskos izdevumus.
- 2.6. Veselības apdrošināšanā, apmaksājot ārstnieciskos izdevumus par saņemtajiem ārstnieciskajiem pakalpojumiem, tiek piemērots kompensācijas princips, izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību līgumorganizācijai, apdrošinātajam vai viņa pilnvarotajai personai.
- 2.7. Veselības apdrošināšanas kartes darbība tiek pārtraukta brīdī, kad tā ir iesniegta Apdrošinātajam.

III APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA NOSLĒGŠANA

3. Apdrošināšanas līguma sastāvdaļas

- 3.1. Pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas apdrošinājumaņēmējs aizpilda apdrošināšanas pieteikumu vai sniedz apdrošināmā riska novērtēšanai nepieciešamo informāciju citā apdrošinātāja pieprasītā veidā. Apdrošināšanas pieteikums neuzliek par pienākumu ne apdrošinātajam, ne apdrošinājumaņēmējam uzņemties kādas saistības.
- 3.2. Apdrošināšanas līgumu veido:
 - 3.2.1. apdrošinājumaņēmēja rakstveida pieteikums (riska izvērtēšanas anketa, apdrošināto saraksts, utml.);
 - 3.2.2. veselības apdrošināšanas polise;
 - 3.2.3. vispārīgie apdrošināšanas noteikumi, juridisko personu veselības apdrošināšanas noteikumi;
 - 3.2.4. īpašie noteikumi, ja puses par to ir vienojušās;

- 3.2.5. apdrošināšanas programma(as) un apmaksājamo summu apmēri, ja tādi ir;
- 3.2.6. karte (-s), izņemot gadījumus, kad puses vienojušās par karšu neizsniegšanu;
- 3.2.7. pielikums par sensitīvo personas datu apstrādi;
- 3.2.8. visi līguma grozījumi vai papildinājumi, par kuriem apdrošinātājs un apdrošinājumaņēmējs ir vienojušies apdrošināšanas līguma darbības laikā.

IV PIENĀKUMI UN TIESĪBAS

4. Apdrošinātāja pienākumi un tiesības

- 4.1. Apdrošinātājam ir pienākums saskaņā ar noslēgtu apdrošināšanas līgumu, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, veikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu šo noteikumu V nodaļā paredzētajā kārtībā.
- 4.2. Apdrošinātājam ir tiesības piedzīt no apdrošinātā un/vai apdrošinājumaņēmēja naudas summu, kas ir izmaksāta līgumorganizācijai:
 - 4.2.1. pārsniedzot apdrošinājuma summu;
 - 4.2.2. pārsniedzot limitu;
 - 4.2.3. saņemot ārstniecisko pakalpojumu, kas apdrošināšanas programmā nav paredzēts;
 - 4.2.4. saņemot ārstniecisko pakalpojumu pēc veselības apdrošināšanas individuālās kartes darbības pārtraukšanas.
- 4.3. Apdrošinātājs var izmantot tiesības vienpusēji mainīt līgumorganizāciju sarakstā iekļautās ārstniecības iestādes.

5. Apdrošinājumaņēmēja pienākumi

- 5.1. Apdrošinājumaņēmējam ir šādi pienākumi:
 - 5.1.1. izsniegt apdrošinātajam kartes (ja tādas tiek izsniegtas) un informēt apdrošināto par to, ka viņš tiek apdrošināts un iepazīstināt to ar apdrošināšanas programmu un noteikumiem. Pretējā gadījumā apdrošinājumaņēmējs atbild par neinformētības sekām un sedz tos izdevumus, kas apdrošinātājam radušies apdrošināto neinformētības rezultātā;
 - 5.1.2. rakstveidā iesniegt apdrošinātājam izmaiņas apdrošināto sarakstā;
 - 5.1.3. atdot apdrošinātājam apdrošinātā veselības apdrošināšanas karti, kad apdrošinātais tiek izslēgts no apdrošināto saraksta;
 - 5.1.4. atmaksāt apdrošinātājam naudas summu, par kuru apdrošinātais ir saņēmis ārstnieciskos pakalpojumus, apdrošinātāja iesniegtajā rēķinā norādītajā termiņā:
 - 5.1.4.1. pārsniedzot apdrošinājuma summu;
 - 5.1.4.2. pārsniedzot limitu;
 - 5.1.4.3. saņemot ārstniecisko pakalpojumu, kas apdrošināšanas programmā nav paredzēts;
 - 5.1.4.4. saņemot ārstniecisko pakalpojumu pēc kartes darbības pārtraukšanas.
- 5.2. Strīdus gadījumā par apdrošinātā atbilstību darbinieka statusam, pēc apdrošinātāja rakstiska pieprasījuma sniegt informāciju, kas apliecina, ka par darbinieku ir veikti Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktie nodokļu maksājumi.

6. Apdrošinātā pienākumi un tiesības

- 6.1. Apdrošinātajam ir šādi pienākumi:
 - 6.1.1. rūpēties par savas veselības saglabāšanu;
 - 6.1.2. iepazīties ar 5.1.1. punktā norādīto informāciju;
 - 6.1.3. iestājoties apdrošināšanas gadījumam, ievērot ārstējošā ārsta norādījumus;
 - 6.1.4. nepieļaut iespēju citai personai izmantot viņa karti -

- 6.1.5. šāda rīcība tiek kvalificēta kā krāpniecība; atdot apdrošinājumaņēmējam vai apdrošinātājam karti, kad apdrošinātais tiek izslēgts no apdrošināto saraksta;
 - 6.1.6. sekot saviem medicīniskajiem izdevumiem, lai nepārsniegtu apdrošinājuma summu un/vai limitu;
 - 6.1.7. atmaksāt apdrošinātājam naudas summu, par kuru apdrošinātais ir saņēmis ārstnieciskos pakalpojumus apdrošinātāja iesniegtajā rēķinā norādītajā termiņā:
 - 6.1.7.1. pārsniedzot apdrošinājuma summu;
 - 6.1.7.2. pārsniedzot limitu;
 - 6.1.7.3. saņemot ārstniecisko pakalpojumu, kas apdrošināšanas programmā nav paredzēts;
 - 6.1.7.4. saņemot ārstniecisko pakalpojumu pēc kartes darbības pārtraukšanas.
 - 6.1.8. Kartes nozaudēšanas vai zādzības gadījumā, tiklīdz tas iespējams, ziņot apdrošinājumaņēmējam vai apdrošinātājam. Ja apdrošinātais nozaudē karti, tā uzskatāma par nederīgu. Šajā gadījumā apdrošinātājs, pamatojoties uz apdrošinājumaņēmēja vai apdrošinātā rakstisku iesniegumu, izdod tās dublikātu.
- 6.2. Apdrošinātais apdrošināšanas periodā var saņemt ārstnieciskos pakalpojumus ārstniecības iestādē, kas nav attiecīgās programmas apdrošinātāja līgumorganizācija, ja apdrošināšanas programma paredz šādu iespēju. Apdrošinātais par saņemtiem ārstnieciskajiem pakalpojumiem norēķinās no personīgajiem līdzekļiem apdrošināšanas periodā un, tiklīdz tas iespējams, bet ne vēlāk kā 30 dienu laikā pēc līguma darbības beigām, iesniedz atlīdzības pieteikumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu un citus 8.punktā minētos dokumentus.
 - 6.3. Apdrošinātais ir atbildīgs par iesniedzamo datu pareizību, iesniedzot maksājumu dokumentu oriģinālus Valsts Ieņēmumu dienestā (VID), lai saņemtu kompensāciju par attaisnotajiem izdevumiem par ārstnieciskajiem pakalpojumiem.
 - 6.4. Apdrošinātais ar savu parakstu apliecina, ka pilnvaro apdrošinātāju apstrādāt un izmantot personas sensitīvos datus, kā arī piekrist ekspertīzei pie apdrošinātāja izvēlēta ārsta eksperta veselības stāvokļa pārbaudei sakarā ar apdrošināšanas gadījumu. Šis pilnvarojums tiek noformēts kā pielikums pie polises par sensitīvo personas datu apstrādi.
 - 6.5. Gadījumā, ja apdrošināšanas atlīdzības pieteikums un citi atlīdzības saņemšanai nepieciešamie dokumenti iesniegti elektroniski apdrošinātāja interneta mājas lapā www.balta.lv, apdrošinātajam ir pienākums uzglabāt apdrošinātājam iesniegto dokumentu oriģinālus 3 gadus pēc pakalpojuma saņemšanas, kā arī pēc apdrošinātāja rakstiska pieprasījuma uzrādīt dokumentu oriģinālus.

V APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBA

7. Apdrošināšanas atlīdzības pieteikšana

- 7.1. Apdrošināšanas atlīdzību var pieteikt:
 - 7.1.1. apdrošinātais, tā pilnvarotā persona vai likumiskais pārstāvis:
 - 7.1.1.1. apdrošinātāja birojā;
 - 7.1.1.2. nosūtīt pa pastu;
 - 7.1.2. tikai apdrošinātais – elektroniski interneta mājas lapā www.balta.lv;
- 7.2. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai ir jāiesniedz šādi dokumenti:
 - 7.2.1. pieteikums apdrošināšanas atlīdzības izmaksai, izņemot atlīdzību piesakot elektroniski;
 - 7.2.2. izraksts no ambulatorā un/vai stacionārā slimnieka medicīniskās kartes, kas apstiprina saņemtos ārstnieciskos pakalpojumus un kur norādīta pilna diagnoze, lietotā ārstēšana, ārstēšanās gaita;

- 7.2.3. izmeklējumu rezultāti, kas apstiprina diagnozi; ārstnieciskos izdevumus apstipriņoši finansu dokumenti, kuros precīzi norādīts pakalpojuma saņēmējs, pakalpojuma (preces) nosaukums un daudzums, cena;
- 7.2.4. citi apdrošinātāja pieprasītie dokumenti, kas saistīti ar apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un atlīdzības noteikšanu;
- 7.2.5. ja atlīdzību saņem apdrošinātā pilnvarota persona – notariāli apstiprināta pilnvara;
- 7.2.6. ja atlīdzību saņem likumiskais pārstāvis (nepilngadīga apdrošinātā – tēvs, māte vai aizbildnis) – bērna dzimšanas apliecības kopija.

8. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa

- 8.1. Apdrošināšanas atlīdzību apdrošinātājs izmaksā:
 - 8.1.1. līgumorganizācijai – saskaņā ar savstarpēji noslēgto līgumu;
 - 8.1.2. apdrošinātajam vai tā pilnvarotajai personai, kas norēķinājies no personīgiem līdzekļiem par ārstnieciskajiem pakalpojumiem, atbilstoši apdrošināšanas programmai;
 - 8.1.3. apdrošinātā bērna likumiskajam pārstāvim, kas norēķinājies par bērnam sniegtajiem ārstnieciskajiem pakalpojumiem no personīgiem līdzekļiem, atbilstoši apdrošināšanas programmai;
- 8.2. Ja apdrošinātais no personīgiem līdzekļiem norēķinājies par programmā paredzētajiem pakalpojumiem ārstniecības iestādē, kas nav attiecīgās programmas apdrošinātāja līgumorganizācija vai par pakalpojumiem, kas nav iekļauti apdrošinātāja apmaksājamo pakalpojumu sarakstā līgumorganizācijā, un ja apdrošināšanas programma paredz šādu iespēju, tad atlīdzība tiek izmaksāta par faktiskajiem izdevumiem, bet nepārsniedzot apdrošinātāja noteikto maksimālo atlīdzību summu/apmaksājamās summas apmēru par attiecīgo ārstniecisko pakalpojumu.
- 8.3. Ja ārstniecības iestādes ārstnieciskā pakalpojuma cena pārsniedz apdrošinātāja noteikto apmaksājamās summas apmēru, cenas starpību apdrošinātais sedz no personīgiem līdzekļiem.
- 8.4. Kopējā izmaksājamā apdrošināšanas atlīdzība par vienu vai vairākiem apdrošināšanas gadījumiem apdrošināšanas līguma darbības laikā nedrīkst pārsniegt apdrošināšanas programmas apdrošinājuma summu. Līgums pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas paliek spēkā starpības apmērā starp sākotnējo apdrošinājuma summu un izmaksāto atlīdzību.
- 8.5. Apdrošinātājs lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību pieņem 7 darba dienu laikā no visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas. Ja apdrošinātājam objektīvu iemeslu dēļ nav iespējams ievērot šo termiņu, apdrošinātājs to var pagarināt uz laiku līdz sešiem mēnešiem no dienas, kad saņemts atlīdzības pieteikums, rakstiski par to informējot personu, kurai ir tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību.
- 8.6. Apdrošinātājs ir tiesīgs atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, ja apdrošinājumaņēmējs vai apdrošinātais ar jaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ nav izpildījis kādu no šajos noteikumos un savstarpēji noslēgtajā līgumā starp apdrošinājumaņēmēju un apdrošinātāju minētos pienākumus.

9. Izņēmumi

- 9.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja ārstnieciskie izdevumi radušies sekojošu iemeslu dēļ:
 - 9.1.1. apdrošinātajam piedaloties kara vai karam pielīdzinātās darbībās, jebkura veida militāru formējumu darbībā, terorisma, kā arī masu nemieru rezultātā;

- 9.1.2. radioaktīvās saindēšanās, radioaktīvā piesārņojuma, dabas katastrofu rezultātā;
- 9.1.3. apdrošinātajam ārstējot pašam sevi, lietojot medikamentus vai narkotiskas vielas, ja to lietošana nav paredzēta no ārstnieciskā viedokļa vai ārsts tos nav izrakstījis;
- 9.1.4. ja apdrošināšanas gadījums ir iestājies alkohola, toksisko, narkotisko vai citu apreibinošo vielu lietošanas rezultātā;
- 9.1.5. ja apdrošinātais pats apzināti nodarījis kaitējumu savai veselībai;
- 9.1.6. apdrošinātajam izdarot noziedzīgu nodarījumu vai piedaloties tajā, ja stājies spēkā notiesājošs spriedums.
- 9.2. Veselības apdrošināšana nesedz:
 - 9.2.1. izdevumus par pakalpojumiem, kas attiecīgajā apdrošināšanas programmā minēti kā neapmaksājami pakalpojumi;
 - 9.2.2. honorārus;
 - 9.2.3. seksuāli transmisīvo slimību diagnostiku un ārstēšanu, saslimšanu ar AIDS un HIV vīrusa pārnēsāšanu, diagnostiku un ārstēšanu;
 - 9.2.4. putnu un cūku gripas vīrusu diagnostiku un ārstēšanu;
 - 9.2.5. ģenētiskos izmeklējumus;
 - 9.2.6. grūtniecības aprūpes līgumus;
 - 9.2.7. pirmsoperācijas un pēcoperācijas aprūpes līgumus;
 - 9.2.8. plastisko ķirurģiju;
 - 9.2.9. konservatīvās un ķirurģiskās (bariatriskās) ārstēšanas metodes pacientiem ar patoloģisku aptaukošanos, t.sk. gastroplastiku;
 - 9.2.10. individuālo posteni stacionārā;
 - 9.2.11. orgānu transplantācijas operācijas;
 - 9.2.12. radnieka vai tuvas personas uzturēšanos stacionārā;
 - 9.2.13. sociālo aprūpi, mājas aprūpi;
 - 9.2.14. izglītojoši informatīvas nodarbības un lekcijas;
 - 9.2.15. ausu aizstājējmateriālus; esponderus; protēzes; implantus; medicīnisko aparatūru;
 - 9.2.16. ambulatoros un stacionāros pakalpojumus iestādēs, kas nav reģistrētas LR Ārstniecības iestāžu un sertifikācijas reģistrā.