

**A/s Grazer Wechselseitige Versicherung
Aktiengesellschaft**
**Sevišķie noteikumi noteiktu smagu slimību
apdrošināšanai – realizācijas vieta „Latvijas Republika“
LV 81105/01**

1. pants. Vispārīgie nosacījumi

(1) Noteiktu smagu slimību apdrošināšana ir noslēgtā Līguma par Dzīvības apdrošināšanu un uzkrājuma veidošanu, ko Apdrošinājuma ņēmējs noslēdz ar A/s Grazer Wechselseitige Versicherung Aktiengesellschaft (turpmāk tekstā „Apdrošinātājs”), sastāvdaļa.

(2) Ja šajos Sevišķajos noteikumos nav noteikts citādi, uz noteiktu smagu slimību apdrošināšanu attiecas „A/s Grazer Wechselseitige Versicherung Aktiengesellschaft Privatpersonu apdrošināšanas vispārīgie noteikumi – realizācijas vieta Latvijas Republika” un „A/s Grazer Wechselseitige Versicherung Aktiengesellschaft Dzīvības apdrošināšanas un uzkrājuma veidošanas sevišķie noteikumi – realizācijas vieta Latvijas Republika”.

(3) Noteiktu smagu slimību apdrošināšana attiecas tikai un vienīgi uz apdrošināto personu (Apdrošinātais), kā arī uz Apdrošinātā bērniem saskaņā ar šo Sevišķo noteikumu 3. pantu.

(4) Pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas Apdrošinātājs var pieprasīt Apdrošinātājam veikt uz sava rēķina veselības pārbaudi pie Apdrošinātāja pilnvarota ārsta.

(5) Personas, kam ar piekritīgās institūcijas spēkā esošu lēmumu ir noteikta pastāvīga darbnespēja, netiek apdrošinātas.

Pastāvīga darbnespēja tiek noteikta personām, kuras zaudē darba spējas uz ilgstošu laika periodu tāda veselības stāvokļa dēļ, ko nav iespējams novērst ārstniecības ceļā.

2. pants. Apdrošināšanas gadījums un apdrošināšanas aizsardzība

(1) Apdrošināšanas gadījums saskaņā ar šiem Sevišķajiem noteikumiem ir šī panta 3. daļā iekļautajā uzskaitījumā minētas smagas slimības vai veselības stāvokļa iestāšanās Apdrošināšanas līguma darbības laikā. Apdrošināšanas gadījums ir iestājies tikai ar tādu nosacījumu, ka Apdrošinātais turpina dzīvot vēl vismaz 30 (trīsdesmit) dienas pēc veiktās operācijas vai diagnozes apstiprināšanas.

(2) Apdrošināšanas aizsardzība ietver tikai viena Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās risku Apdrošināšanas līguma darbības laikā.

(3) Ar nosacījumu, ka klīniskā diagnoze noteikta uz ārsta-speciālista slēdziena pamata un tā apstiprina noteiktu slimību vai veselības stāvokli, kā arī tiek iesniegta pilna medicīniskā dokumentācija, saskaņā ar šiem Sevišķajiem noteikumiem par smagu slimību vai veselības stāvokli tiek uzskatīti:

3.1. Miokarda infarkts (sirdslēkme)

Definīcija

Miokarda infarkts ir sirds audu bojājuma ilgstoša asinsrites nosprostojuma dēļ.

Diagnoze

Saskaņā ar šo definīciju par miokarda infarktu liecina sirds biomarkjeru (troponīna vai CKMB) līmeņa paaugstināšanās un/vai pazemināšanās līdz miokarda infarkta diagnostiskam līmenim un vismaz divi no šiem kritērijiem:

- išēmijas simptomi (piemēram, sāpes krūškurvī);
- pārmaiņas elektrokardiogrammā (EKG), kas liecina par jaunu išēmiju (jaunas ST-T pārmaiņas vai jauna Hisa kūlīša kreisā zara blokāde);
- patoloģiski Q zobi EKG.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Diagnoze jāapstiprina konsultantam - kardiologam.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- akūts koronārs sindroms (stabila vai nestabila stenokardija);
- troponīna līmeņa paaugstināšanās bez klīniskām išēmiskas sirds slimības izpausmēm (piemēram, miokardīts, stresa kardiomiopātija, sirds sasitums, plaušu embolija, zāļu toksicitāte);
- miokarda infarkts normālu koronāro artēriju gadījumā vai koronāru vazospazmu dēļ, miokarda audu tiltveida novietojums vai ļaunprātīga zāļu lietošana;
- miokarda infarkts 14 dienu laikā pēc koronārās angioplastijas vai šuntēšanas operācijas;
- miokarda infarkts bez ST segmenta paceluma.

3.2. Koronāro artēriju šuntēšanas operācija (KAŠ)

Definīcija

Vairāku koronāro artēriju slimības ārstēšana, lai novērstu divu vai vairāku koronāro artēriju sašaurinājumu vai nosprostojumu, izmantojot šuntus.

Diagnoze

Sirds operācija divu vai vairāku koronāro artēriju sašaurinājuma vai nosprostojuma novēršanai, izmantojot šuntus.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta par sirds operāciju ar pilnīgu sternotomiju (vertikālu krūškaula pārdaļšanu) un minimāli invazīvām procedūrām (veicot daļēju sternotomiju vai torakotomiju). Operācijas medicīniskā nepieciešamība jāapstiprina konsultantam - kardiologam vai kardiķirurgam un jāapliecina ar koronārās angiogrāfijas atradēm.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- šuntēšanas operācija, lai ārstētu vienas koronārās artērijas sašaurinājumu vai nosprostojumu;
- koronārā angioplastija vai stenta ievietošana;
- jebkāda veida ne-ķirurģiska ārstēšana

3.3. Vēzis

Definīcija

Jebkurš ļaundabīgs audzējs (jaunveidojums).

Diagnoze

Jebkurš ļaundabīgs audzējs (jaunveidojums), kura diagnoze apstiprināta histoloģiski un kuram raksturīga nekontrolēta ļaundabīgo šūnu augšana un invāzija audos.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Diagnoze, izņemot mazāk progresējušās stadijās, jāapstiprina konsultantam - onkologam. Šī definīcija ietver leikozī, ļaundabīgu limfomu un mielodisplastisko sindromu, ja vien tie nav minēti kā specifiski gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība nepienākas.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- jebkurš audzējs, kas histoloģiski klasificēts kā pirmsvēža slimība, neinvazīvs audzējs vai karcinoma in situ (to vidū krūts dziedzera duktāla un lobulāra karcinoma in situ un dzemdes kakla displāzija CIN-1, CIN-2 un CIN-3);
- jebkurš prostatas vēzis, izņemot gadījumus, kas histoloģiski novērtēti ar vairāk nekā 6 punktiem pēc Glisona skalas vai progresējuši vismaz līdz T2N0M0 stadijai pēc klīniskās TNM klasifikācijas;
- hroniska limfocitāze, izņemot gadījumus, kad notikusi progresēšana vismaz līdz B stadijai pēc Binet klasifikācijas;
- ādas bazālo šūnu karcinoma un plakanšūnu karcinoma un ļaundabīga melanoma IA stadijā (T1aN0M0), izņemot gadījumus, kad ir pierādījumi par metastāzēm;
- papillārs vairogdziedzera vēzis mazāk par 1 cm diametrā, kas histoloģiski raksturots kā T1N0M0;
- urīnpūšļa papillāra mikrokarinoma, kas histoloģiski raksturota kā Ta;

- polycythemia rubra vera un esenciāla trombocitēmija;
- nenoteiktas nozīmības monoklonāla gammopātija;
- kuņģa MALT limfoma, ja to var ārstēt, iznīcinot helikobaktērijas;
- kuņģa stromas audzējs 1. un 2. stadijā saskaņā ar AJCC Vēža stadijas noteikšanas rokasgrāmatas 7. izdevumu (2010.);
- ādas limfoma, izņemot gadījumus, kad nepieciešama ārstēšana ar ķīmijterapiju vai apstarošanu;
- mikroinvazīva krūts karcinoma (histoloģiski klasificēta kā T1mic), izņemot gadījumus, kad jāveic mastektomija, ķīmijterapija vai apstarošana;
- mikroinvazīva dzemdes kakla karcinoma (histoloģiski klasificēta kā atbilstoša IA1 stadijai), izņemot gadījumus, kad jāveic histerektomija, ķīmijterapija vai apstarošana.

3.4. Insults

Definīcija

Galvas smadzeņu audu bojāeja akūtu cerebrovaskulāru traucējumu dēļ, kas izraisa paliekošus simptomus.

Diagnoze

Galvas smadzeņu audu bojāeja akūtu cerebrovaskulāru traucējumu dēļ, ko izraisa intrakraniāla tromboze vai asiņošana (arī subarahnoidāla asiņošana) vai embolija no ekstrakraniāla avota ar:

- akūtu jaunu neiroloģisku simptomu rašanos un
- jauniem objektīviem neiroloģiskiem traucējumiem, kas konstatēti, veicot klīnisku izmeklēšanu.

Neiroloģiskajiem traucējumiem jā saglabājas ilgāk nekā trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Diagnoze jāapstiprina konsultantam - neirologam un jāapliecina ar attēldiagnostikas atradēm (MRT). Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību iestājas ātrākais 3 (trīs) mēnešus pēc cerebrovaskulāru traucējumu rašanās.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- tranzitora išēmijas lēkme (TIL) un ilgstošs atgriezenisks išēmisks neiroloģisks deficīts (IAIND);
- traumatisks galvas smadzeņu audu vai asinsvadu bojājums;
- neiroloģisks deficīts vispārējas hipoksijas, infekcijas, iekaisuma slimības, migrēnas vai medicīniskas iejaukšanās dēļ;
- nejaušas attēldiagnostikas atrades (DT vai MR skenēšanā) bez pārliecinātiem klīniskiem simptomiem (bezsimptomu insults);
- audu bojājumi, ko nav izraisījis išēmija vai asiņošana;
- vestibulārās sistēmas išēmiski traucējumi.

3.5. Nieru slimība terminālā stadijā

Definīcija

Hroniska un neatgriezeniska abu nieru mazspēja, kad nepieciešama pastāvīga dialīze.

Diagnoze

Hroniska un neatgriezeniska abu nieru mazspēja, kuras dēļ uzsākt regulāra hemodialīze vai peritoneālā dialīze.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Dialīzei jābūt medicīniski nepieciešamai un tās nepieciešamība jāapstiprina konsultantam - nefrologam. Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību iestājas ātrākais 3 (trīs) mēnešus pēc dialīzes uzsākšanas datuma.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- Akūta atgriezeniska nieru mazspēja, kad tiek veikta īslaicīga nieru dialīze.

3.6. Liela orgāna vai kaulu smadzeņu transplantācija

Definīcija

Allotransplantāta vai izotransplantāta pārstādīšana.

Diagnoze

Pacientam tiek veikta viena vai vairāku turpmāk minēto orgānu allo- vai izotransplantācija:

- sirds;
- niere;
- aknas (arī aknu daļas transplantācija vai aknu transplantācija no dzīva donora);
- plaušas (arī plaušu daivas transplantācija no dzīva donora vai vienas plaušas transplantācija);
- kaulu smadzenes (allogēna asinsrades cilmes šūnu transplantācija, pirms kuras veic pilnīgu kaulu smadzeņu ablāciju);
- tievās zarnas;
- aizkuņģa dziedzeris.

Šī definīcija ietver arī daļēju vai pilnīgu sejas, plaukstu, rokas un kājas transplantāciju (salikta audu allotransplantācija).

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Stāvoklim, kura dēļ jāveic transplantācija, jābūt tādām, ko, pēc speciālista domām, nevar ārstēt ar citiem līdzekļiem.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- jebkāda veida autologa transplantācija;
- citu orgānu, ķermeņa daļu vai audu transplantācija (ietverot radzeni un ādu);
- citu šūnu transplantācija (ietverot saliņu šūnas un citas, nevis asinsrades cilmes šūnas).

3.7. Multiplā skleroze

Definīcija

Multiplā skleroze vai encephalitis disseminata ir galvas smadzeņu iekaisuma slimība ar galvas vai muguras smadzeņu demielinizāciju.

Diagnoze

Multiplā skleroze (MS) jeb encephalomyelitis disseminata ir iekaisuma slimība, kuras gadījumā tiek bojāti galvas un muguras smadzeņu aksonu taukveida mielīna apvalki, tā rezultātā notiek demielinizācija un rētaudu veidošanās un rodas plaša spektra pastāvīgas pazīmes un simptomi.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Noteikta multiplās sklerozes diagnoze, ko ir apstiprinājis konsultants - neirologs un kas atbilst visiem šiem kritērijiem:

- esoši motorās vai jušanas funkcijas klīniski traucējumi, kuriem ir jābūt nepārtraukti bijuši vismaz sešus mēnešus;
- veicot magnētiskās rezonanses izmeklēšanu (MRI), ir jābūt konstatētiem vismaz diviem multiplai sklerozei raksturīgiem, ar galvas vai muguras smadzeņu demielinizāciju saistītiem bojājumiem.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- iespējama multiplā skleroze un neiroloģiski vai radioloģiski izolēti sindromi, kas liecina par multiplo sklerozi, bet neapstiprina tās diagnozi;
- izolēts redzes nerva neirīts un neuromyelitis optica.

3.8. Ekstremitāšu paralīze

Definīcija

Pilnīgs un neatgriezenisks muskuļu funkcijas zudums kādā no divām ekstremitātēm.

Diagnoze

Pilnīgs un neatgriezenisks muskuļu funkcijas zudums kādā no divām ekstremitātēm traumas vai muguras vai galvas smadzeņu slimības rezultātā. Ekstremitāte tiek definēta kā visa roka vai visa kāja.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Ja paralīze ilgst vairāk nekā trīs mēnešus, ko apstiprina konsultants-neirologs un apliecina klīniskās un diagnostiskās atrades (DT, MRI, EMG, ENG).

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- paškaitējuma vai psiholoģisku traucējumu izraisīta paralīze;
- Gijēna-Barē sindroms;
- periodiska vai iedzimta paralīze.

3.9. Pilnīgs redzes zudums

Definīcija

Neatgriezeniski pilnīgs redzes zudums abās acīs.

Diagnoze

Pilnīgs redzes zudums abās acīs slimības vai traumas rezultātā, ko nav iespējams koriģēt ar refrakcijas korekcijas pasākumiem, zālēm vai operāciju. Par pilnīgu redzes zudumu liecina redzes asums 3/60 vai mazāks (0,05 vai mazāks decimāldaļskaitļa veidā) labākajā acī pēc vislabākās korekcijas vai redzes lauks mazāks par 10° diametrā labākajā acī pēc vislabākās korekcijas.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Diagnoze jāapstiprina konsultantam - oftalmologam.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

- redzes zudums vienā acī;
- jebkāda veida atgriezenisks bojājums.

3.10. Aortas operācija

Definīcija

Krūšu vai vēdera aortas aneirismas vai atslāņošanās ķirurģiska ārstēšana.

Diagnoze

Jebkāds krūšu vai vēdera aortas paplašinājums vai aneirisma, kas par 1,5 cm paplašina normālo diametru vai krūšu vai vēdera aortas atslāņošanās, kas izraisa asins ieplūšanu starp aortas sienīgas slāņiem, sasniedzot 6 cm vai tikai 4,5 cm, kad operācija īpaši ieteicama smaga saistaudu bojājuma dēļ.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Operācijas medicīniskā nepieciešamība jānosaka konsultantam - ķirurgam un jāapliecina ar attēldiagnostikas atradēm.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- krūšu vai vēdera aortas zaru operācija (ietverot aortofemorālus vai aortoiliakālus šuntus);
- aortas operācija saistībā ar iedzimtiem saistaudu bojājumiem (piemēram, Marfāna sindromu, Ēlera-Danlosa sindromu);
- operācija pēc traumatiska aortas bojājuma;
- Šī definīcija neietver minimāli invazīvās procedūras, piemēram, endovaskulāru labošanu.

3.11. Sirds vārstuļa operācija

Definīcija

Operācija viena vai vairāku bojātu sirds vārstuļu nomaigai vai labošanai.

Diagnoze

Operācija viena vai vairāku bojātu sirds vārstuļu nomaigai vai labošanai. Šī definīcija ietver šādas procedūras:

- Sirds vārstuļa nomaigai vai labošana, veicot pilnīgu sternotomiju (vertikālu krūšskaula pārdaļīšanu), daļēju sternotomiju vai torakotomiju.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Operācijas medicīniskā nepieciešamība jāapstiprina konsultantam - kardiologam vai kardiķirurgam un jāapliecina ar ehokardiogrāfijas vai sirds katetrizācijas atradēm.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- transkatetrāla mitrālā vārstuļa skavošana;
- valvuloplastija, izmantojot katetru;
- transkatetrāla aortālā vārstuļa implantācija (TAVI);
- minimāli invazīvas un caur katetru veiktas procedūras;
- Rossa procedūra.

3.12. Labdabīgs galvas smadzeņu audzējs

Definīcija

Labdabīgs galvas smadzeņu audzējs ir labdabīga audu augšana galvaskausa velvē.

Diagnoze

Pierādīta labdabīga galvas smadzeņu audzēja diagnoze, kas ir definēta kā labdabīga galvaskausa velvē esošo audu augšana, kas skar tikai galvas smadzenes, galvas smadzeņu mīkstos apvalkus vai kraniālos nervus. Diagnoze jāapstiprina konsultantam - neirologam vai neiroķirurgam un jāapliecina ar attēldiagnostikas atradēm.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Audzēja ārstēšanai jāizmanto vismaz viena no šīm metodēm:

- pilnīga vai daļēja izoperēšana;
- stereotaktiska radioķirurģija;
- arēja apstarošana;

Ja minētais izraisa pastāvīgus neiroloģiskus traucējumus vismaz trīs mēnešus pēc iejaukšanās datuma.

Ja medicīnisku iemeslu dēļ nav iespējams izmantot nevienu no šiem ārstēšanas veidiem, bet audzējs izraisa pastāvīgus neiroloģiskus traucējumus, kuriem jābūt dokumentētiem vismaz trīs mēnešus pēc diagnozes noteikšanas datuma.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība nepienākas

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- cistas, granulomas, hamartomas vai galvas smadzeņu artēriju vai vēnu malformācijas diagnostika vai ārstēšana;
- hipofīzes audzēji.

3.13. Koma

Definīcija

Bezsamaņas stāvoklis ar pastāvīgiem neiroloģiskiem traucējumiem.

Diagnoze

Samaņas zudums traumas vai slimības dēļ bez atbildes reakcijas uz ārējiem stimuliem vai iekšējām vajadzībām, kas izraisa pastāvīgus simptomus.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Apstiprināta bezsamaņas diagnoze bez atbildes reakcijas uz ārējiem stimuliem un iekšējām vajadzībām:

- kas dod vērtējumu 8 vai mazāk punktus pēc Glāzgovas komas skalas vismaz 96 stundas;
- kuras dēļ jālieto dzīvību uzturošas sistēmas un
- kas izraisa pastāvīgus neiroloģiskus traucējumus, kas jānovērtē vismaz 90 dienas pēc komas sākuma.

Diagnoze jāapstiprina konsultantam - neirologam.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- medicīniski izraisīta koma;
- koma paša pacienta izraisīta kaitējuma, alkohola vai narkotiku lietošanas dēļ.

3.14. Smaga aknu slimība

Definīcija

Smaga aknu slimība izraisa aknu funkcijas zudumu.

Diagnoze

Hroniskai aknu slimībai ir raksturīga aknu audu aizstāšana ar fibrotiskiem audiem, rētaudiem un reģeneratīviem mezgliņiem (sacietējumiem, kas rodas bojātu audu atjaunošanas procesa rezultātā), kuri izraisa aknu funkcijas zudumu.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Pierādīta smagas aknu slimības diagnoze, par ko liecina vērtējums pēc Child-Pugh skalas vismaz septiņi punkti (B vai C klase pēc Child-Pugh klasifikācijas). Punktu skaits jānosaka, ņemot vērā visus šos mainīgos raksturlielumus:

- kopējā bilirubīna līmenis;
- albumīna līmenis serumā;
- ascīta smaguma pakāpe;
- starptautiskais standartizētais koeficients (INR);
- aknu encefalopātija.

Diagnoze jāapstiprina konsultantam - gastroenterologam un jāapliecina ar attēldiagnostikas atradēm.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- smaga aknu slimība pēc alkohola vai narkotiku lietošanas (tostarp arī B vai C hepatīta infekcija, kas iegūta pēc intravenozas narkotiku lietošanas).

3.15. Smaga plaušu slimība

Definīcija

Smaga plaušu slimība ir neatgriezeniska hroniska elpošanas mazspēja.

Diagnoze

Pierādīta smagas plaušu slimības diagnoze, kas izraisa hronisku elpošanas mazspēju, jāapstiprina speciālistam un jāapliecina ar spirometrijas un asins gāzu sastāva analīzes rezultātiem un attēldiagnostikas atradēm.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Ja ir visi šie pierādījumi:

- FEV1 (forsētas izelpas tilpums pirmajā sekundē) mazāk nekā 40 % no paredzētās vērtības divas reizes pēc kārtas ar vismaz vienu mēnesi ilgu starplaiku;
- ārstēšana ar skābekļa terapiju vismaz 16 stundas dienā vismaz trīs mēnešus;
- pastāvīga parciālā skābekļa spiediena (PaO₂) pazemināšanās zem 55 mmHg (7,3 kPa) arteriālo asiņu gāzu sastāva analīzē, nosakot bez skābekļa lietošanas.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- akūta atgriezeniska elpošanas mazspēja.

3.16. Ekstremitāšu zaudējums

Definīcija

Divu vai vairāku ekstremitāšu zaudējums nelaimes gadījumā vai medicīnisku iemeslu dēļ.

Diagnoze

Apstiprināta divu vai vairāku ekstremitāšu atdalīšanās plaukstas pamata vai potītes locītavas līmenī vai virs tā nelaimes gadījuma vai medicīniski nepieciešamas amputācijas dēļ.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Diagnoze jāapstiprina speciālistam un jāapliecina ar attēldiagnostikas atradēm un medikamentozas un ķirurģiskas ārstēšanas dokumentiem.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- ekstremitāšu zaudēšana paškaitējuma dēļ.

3.17. Smaga galvas trauma

Definīcija

Smags traumatisks galvas bojājums ar galvas smadzeņu darbības traucējumiem.

Diagnoze

Smags traumatisks galvas bojājums ar galvas smadzeņu darbības traucējumiem, kas izraisa pastāvīgu fizisko spēju zudumu.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Apstiprināta traumatiska galvas bojājuma rezultātā radušos galvas smadzeņu darbības traucējumu diagnoze. Ja galvas trauma izraisa pilnīgu nespēju pastāvīgi veikt vismaz trīs no sešām ikdienas aktivitātēm nepārtraukti vismaz trīs mēnešu laikā bez pamatotām atveseļošanās cerībām.

Ikdienas aktivitātes ir šādas:

- mazgāšanās – spēja mazgāties vannā vai dušā (kas ietver iekļūšanu vannā vai dušā un izkļūšanu no tās) vai mazgāšanos apmierinošā veidā ar citiem līdzekļiem;
- apģērbšanās un noģērbšanās – spēja uzvilkt, novilkt, aiztaisīt un attaisīt visus apģērba gabalus un izmantot, ja nepieciešams, stiprinājumus, mākslīgās ekstremitātes vai citas ķirurģiskas palīgierīces;
- ēšana – spēja paēst, ja ēdiens ir pagatavots un pasniegts;
- personīgā higiēna – spēja uzturēt apmierinošu personīgās higiēnas līmeni, apmeklējot tualeti vai citādā veidā kontrolējot vēdera izeju un urināciju;
- pārvietošanās starp telpām – spēja nokļūt no vienas telpas citā pa līdzenu grīdu;
- iekāpšana gultā un izkāpšana no tās – spēja izkāpt no gultas un apsēsties uz krēsla vai ratiņkrēslā un nokļūt atkal atpakaļ gultā.

Diagnoze jāapstiprina konsultantam - neirologam vai neiroķirurgam un jāapliecina ar raksturīgām attēldiagnostikas atradēm (DT skenēšana vai galvas smadzeņu MRI), un nespējai veikt ikdienas aktivitātes ir jābūt dokumentētai.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- smaga galvas trauma pašizraisīta kaitējuma, alkohola vai narkotiku lietošanas dēļ.

3.18. Trešās pakāpes apdegumi

Definīcija

Trešās pakāpes apdegumi – aptver 20 % ķermeņa virsmas laukuma.

Diagnoze

Smagi apdegumi ir ādas bojājumi, ko izraisījuši termiska, radioaktīva, ķīmiska vai elektriska saskare. Trešās pakāpes (dziļi apdegumi) vai vēl augstākas pakāpes apdegumi ir smagi apdegumi, kas bojā ādu visā tās biežumā, arī visu dermu, un rada nekrozes apdegumu vietās, skarot vismaz 20 % ķermeņa virsmas laukuma saskaņā ar "deviņu likumu".

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Apdegumi, kas izraisa ādas bojājumu visā tās biežumā līdz pat zemādas audiem (trešās pakāpes apdegumi) un skar vismaz 20 % ķermeņa virsmas laukuma, vērtējot pēc "deviņu likuma" vai „Lund un Browder shēmas”. Diagnoze jāapstiprina speciālistam.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- trešās pakāpes apdegumi paškaitējuma rezultātā;
- jebkuri pirmās vai otrās pakāpes apdegumi.

3.19. Runas spēju zudums

Definīcija

Pastāvīgs un neatgriezenisks runas spēju zudums.

Diagnoze

Apstiprināts pilnīgs un neatgriezenisks runas spēju zudums balss saišu fiziskas traumas vai slimības rezultātā.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Traucējumam jābūt nepārtraukti vismaz sešus mēnešus. Diagnoze jāapstiprina konsultantam - ORL speciālistam.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- runas spēju zudums psihisku traucējumu rezultātā.

3.20. Kurlums

Definīcija

Pastāvīgs un neatgriezenisks dzirdes zudums.

Diagnoze

Apstiprināts pastāvīgs un neatgriezenisks dzirdes zudums abās ausīs slimības vai nejaušas traumas rezultātā.

Tiesības uz apdrošināšanas atlīdzību

Diagnoze jāapstiprina konsultantam - ORL speciālistam un jāapliecina ar datiem, kas norāda, ka vidējais dzirdes sliekšnis labākajā ausī ir lielāks par 90 db pie 500, 1 000 un 2 000 herciem, izmantojot tīra toņa audiogrammu.

Gadījumi, kad apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta

Minētajā definīcijā netiek iekļauti šādi gadījumi:

- presenīla un ar vecumu saistīta dzirdes pavājināšanās.

3. pants. Apdrošināšanas aizsardzība Apdrošinātā bērniem

(1) Apdrošināšanas aizsardzība smagas slimības iestāšanās gadījumā attiecas arī uz Apdrošinātā īstajiem un adoptētajiem bērniem, kas Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās brīdī ir sasnieguši pilnu 3 (trīs) gadu vecumu un vēl nav sasnieguši pilnu 18 (astoņpadsmit) gadu vecumu.

(2) Apdrošināšanas gadījums ir kādas no zemāk minētajām slimībām vai kāda no zemāk minētajām veselības stāvokļiem iestāšanās Apdrošinātā bērnam, kā arī saskaņā ar 2. panta 3. daļas aprakstu:

- 2.1. vēzis;
- 2.2. nieru slimība terminālā stadijā;
- 2.3. liela orgāna vai kaulu smadzeņu transplantācija;
- 2.4. ekstremitāšu paralīze;
- 2.5. redzes zudums;
- 2.6. sirds vārstuļa operācija;
- 2.7. labdabīgs smadzeņu audzējs;
- 2.8. koma;
- 2.9. ekstremitāšu zaudējums;
- 2.10. smaga galvas trauma;
- 2.11. trešās pakāpes apdegumi;
- 2.12. kurlums

(3) Ja kādam Apdrošinātā bērnam iestājas šī panta 2. daļā minētais Apdrošināšanas gadījums, Apdrošinātājs izmaksā Atlīdzības saņēmējam attiecīgo Apdrošinājuma summas daļu (šī panta 4. daļa), ja ir apstiprināta iepriekšējā daļā minētās smagās slimības vai veselības stāvokļa diagnoze vai veikta attiecīga operācija, kad bērns ir sasniedzis pilnu 3 (trīs) gadu vecumu, bet vēl nav sasniedzis pilnu 18 (astoņpadsmit) gadu vecumu, kā arī ar nosacījumu, ka bērns turpina dzīvot vēl vismaz 30 (trīsdesmit) dienas pēc diagnozes apstiprināšanas vai operācijas veikšanas.

(4) Par katru Apdrošinātā bērnu Apdrošinātājs izmaksā vienu ceturto daļu no Apdrošināšanas polisē norādītās Apdrošinājuma summas Apdrošinātā (viena no vecākiem) smagas slimības gadījumu, taču ne vairāk kā 7.500,00 EUR.

(5) Attiecīgās Apdrošinājuma summas daļas izmaksāšana par bērnu nekādi neietekmē Apdrošinātajam noteiktās Apdrošinājuma summas apmēru un tā paliek nemainīga.

(6) Apdrošināšanas aizsardzība ietver risku tikai par vienu katra bērna Apdrošināšanas gadījumu Apdrošināšanas līguma darbības laikā.

(7) Ja viens bērns ir apdrošināts smagas slimības iestāšanās gadījumam ar vairākām viena un tā paša vai otra vecāka (Apdrošinātā) Apdrošināšanas polisēm, attiecīgajiem Atlīdzības saņēmējiem bērna smagas slimības iestāšanās gadījumā pienākas Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa saskaņā ar katru no šīm polisēm.

(8) Apdrošināšanas aizsardzība nav attiecināma uz smagu slimību un operatīvas iejaukšanās gadījumiem, kas izriet no tādām slimībām vai veselības stāvokļiem, kuri bērnam pastāvēja jau pirms Līguma par noteiktu smagu slimību apdrošināšanu noslēgšanas.

(9) Apdrošināšanas aizsardzībā nav iekļautas slimības, kas bērnam iestājušās pirms trešā dzīves gada, un slimības, kas iestājušās pirms Apdrošināšanas aizsardzības termiņa sākuma.

4. pants. Apdrošināšanas aizsardzības spēkā stāšanās un izbeigšanās

(1) Apdrošināšanas aizsardzība smagu slimību gadījumiem stājas spēkā pulksten 00:00 tajā datumā, kas Apdrošināšanas polisē norādīts kā apdrošināšanas sākums, taču ne ātrāk kā pēc šā panta 2. daļā minētā termiņa beigām, un ar nosacījumu, ka ir samaksāta Apdrošināšanas prēmija vai iemaksāta tās pirmā daļa.

(2) Apdrošināšanas aizsardzība 2. un 3. pantā minēto smago slimību vai veselības stāvokļu gadījumā stājas spēkā pēc 3 (trīs) mēnešiem, skaitot no dienas, kas Apdrošināšanas polisē norādīta kā Apdrošināšanas sākums.

(3) Šī panta 2. daļā norādītais 3 (trīs) mēnešu termiņš tiek rēķināts no jauna:

3.1. pēc katras Apdrošināšanas līguma atjaunošanas, sākot no līguma atjaunošanas dienas;

3.2. pēc katras Apdrošinājuma summas palielināšanas – tikai attiecībā uz palielināto summu, sākot no dienas, kad veikta Apdrošinājuma summas palielināšana.

(4) Smagu slimību gadījumu apdrošināšana izbeidzas brīdī, kad smagas slimības iestāšanās gadījumā tiek izmaksāta Apdrošinājuma summa (izņemot 3. pantā minētos gadījumus), taču ne vēlāk kā līgumā noteiktā darbības termiņa beigās.

5. pants. Prēmijas aprēķināšana

(1) Ja Apdrošinātajam neparedzēti mainās apdrošināšanas izmaksu apjoms, un šīm izmaiņām nav tikai pārejošs raksturs, Apdrošinātajam ir tiesības paaugstināt prēmijas apmēru, bet gadījumā, ja līgumi ir pārveidoti par bezprēmiju līgumiem, mainīt Apdrošināšanas aizsardzības apmēru.

6. pants. Gadījumi, uz kuriem Apdrošināšanas aizsardzība neattiecas

(1) Apdrošinātajam nav pienākuma izmaksāt Apdrošinājuma summu vai attiecīgo Apdrošinājuma summas daļu par Apdrošinātā bērnu, ja Apdrošināšanas gadījums ir iestājies šādu cēloņu rezultātā:

1.1. netieša vai tieša karadarbība vai tai pielīdzināmi notikumi, neatkarīgi no tā, vai ir pasludināts kara stāvoklis vai nē;

1.2. terorisms;

1.3. nemieru, sacelšanos vai masu nekārtību netiešas vai tiešas sekas, ja Apdrošinātais vai Apdrošinātā bērns, par kuru tiek pieprasīta Apdrošināšanas atlīdzība, ir piedalījies nemieru, sacelšanos vai masu nekārtību izraisītāja pusē, izņemot gadījumus, kad tas saistīts ar profesionālo pienākumu pildīšanu Latvijas Republikā;

1.4. zemestrīce vai citas dabas katastrofas;

1.5. tiešas vai netiešas kodolrisku, atomenerģijas vai jonizēta starojuma ietekmes;

1.6. Apdrošinātā vai Apdrošinātā bērna, par kuru tiek pieprasīta Apdrošināšanas atlīdzība, Apdrošinājuma ņēmēja vai Atlīdzības saņēmēja veikta prettiesiskā darbība vai šādas darbības mēģinājums;

1.7. ārstēšanas vai operatīva iejaukšanās, ko Apdrošinātājs vai Apdrošinātā bērns, par kuru tiek pieprasīta Apdrošināšanas atlīdzība, veicis pēc paša iniciatīvas, bez medicīniskas nepieciešamības;

1.8. ilgstošas uzturēšanās vai ceļošanas klimatiski nelabvēlīgos reģionos un/vai dalības zinātniskās vai cita veida ekspedīcijās.

(2) Ja Apdrošināšanas gadījumu ir izraisījis nelaimes gadījums, Apdrošinātājam nav pienākuma izmaksāt Apdrošinājuma summu vai attiecīgo Apdrošinājuma summas daļu par Apdrošinātā bērnu, ja Apdrošināšanas gadījums vai to izraisījušais nelaimes gadījums ir iestājies šādu cēloņu rezultātā:

2.1. militāras mīnas, sprāgstvielas vai tamlīdzīgi kaujas līdzekļi;

2.2. gaisa transportlīdzekļu, izpletņu un citu lidaparātu izmantošana;

atkāpjoties no šī nosacījuma, Apdrošinātājs sedz nelaimes gadījumus, kuros Apdrošinātie ir cietuši kā oficiāli atļautu civilo lidojumu pasažieri. Pasažieris šo Sevišķo apdrošināšanas noteikumu izpratnē ir jebkura persona, kas ar aviosabiedrības vai lidmašīnas vadītāja piekrišanu piedalās lidojumā, izņemot pilota kabīnes un lidojuma apkalpošanā iesaistītos apkalpes locekļus, par apkopi un apkalpi atbildīgās personas (tehniķus, mehāniķus u.c.), kā arī personas, kas lidmašīnā pilda savus profesionālos pienākumus, ja nav noteikts citādi.

2.3. dalība motosacīkstēs, autosacīkstēs un citās sacensībās vai sacīkšu braucienos uz sauszemes, ūdenī vai gaisā, tām atbilstīgajos treniņbraucienos un izmēģinājuma braucienos – gan kā sacīkšu dalībnieks, gan citu iesaistīto personu vai oficiālu personu statusā;

2.4. nodarbošanās ar bīstamiem sporta veidiem vai dalība šo sporta veidu sacensībās (piemēram, alpīnisms, klinšu kāpšana, izpletņlēkšana no dažādiem objektiem, gumijlēkšana, cīņas sporta veidi, jāšana, niršana, lēkšana ūdenī no vairāk nekā 10 metru augstuma, speleoloģija, kalnu riteņbraukšana u.tml.);

2.5. ja Apdrošinātais vai Apdrošinātā bērns, par kuru tiek pieprasīta Apdrošināšanas atlīdzība, vada motorizēto transportlīdzekli, ūdens transportlīdzekli vai lidaparātu bez attiecīgās kategorijas transportlīdzekļa vadītāja tiesībām;

tiek pieņemts, ka Apdrošinātājam vai Apdrošinātā bērnam ir attiecīgās motorizēto transportlīdzekļu, ūdens vai gaisa transportlīdzekļu kategorijas vadīšanas tiesības, ja viņš attiecīgās vadīšanas tiesības iegūšanai mācību vai eksāmena laikā vada attiecīgo transporta līdzekli tiešā pilnvarota instruktora uzraudzībā.

Apdrošinātājs nevar atteikties no savu pienākumu pildīšanas izmaksāt atlīdzību, ja Apdrošinātais var pierādīt, ka nepieciešamās attiecīgās vadīšanas tiesības trūkums nekādā veidā neietekmēja apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un Apdrošinātāja izmaksas pienākuma apjomu.

2.6. ja tiek pierādīta cēloniska sakarība, ka nelaimes gadījuma notikšanu ietekmējis fakts, ka Apdrošinātais vai Apdrošinātā bērns, par kuru pieprasīta Apdrošināšanas atlīdzība, atradies alkohola vai narkotisko vielu iedarbībā.

Ja Apdrošinātais nevar pierādīt pretējo, tiek pieņemts, ka Apdrošināšanas gadījumu ir izraisījis tāds nelaimes gadījums, kas noticis Apdrošinātā vai Apdrošinātā bērna alkohola vai narkotisko vielu iedarbības dēļ, šādos gadījumos:

- ar asins analīzi vai citas alkohola koncentrācijas noteikšanas metodes palīdzību tiek konstatēts, ka nelaimes gadījuma brīdī alkohola līmenis Apdrošinātā asinīs bijusi 0,5 g/kg (0,5 ‰) vai vairāk, ja Apdrošinātais vadījis jebkāda veida motorizēto transportlīdzekli, lidaparātu vai ūdens transportlīdzekli, vai 1 g/kg (1 ‰) vai vairāk visos pārējos gadījumos;

- alkohola reibuma stāvoklis tiek noteikts ar alkohola testa palīdzību un Apdrošinātais nav veicis reibuma stāvokļa pakāpes precīzu noteikšanu ar asins analīžu palīdzību;

- Apdrošinātais ir atteikusies veikt alkohola vai narkotisko vielu pārbaudes testu vai izvairās no iespējas noteikt alkohola vai narkotisko vielu līmeni asinīs.

(3) Papildus šī panta 1. un 2. daļā minētajiem izņēmuma gadījumiem Apdrošinātājam nav pienākuma izmaksāt Apdrošinājuma summu vai attiecīgo Apdrošinājuma summas daļu par Apdrošinātā bērnu arī tad, ja smagā slimība saskaņā ar šiem Sevišķajiem apdrošināšanas noteikumiem tiek izraisīta zemāk minēto iemeslu dēļ:

3.1. alkohola, narkotisko vielu vai citu apreibinošo vielu, atkarību izraisošu vielu, kā arī medikamentu pārmērīga lietošana (izņemot medikamentus, kas tiek lietoti pēc ārsta ieteikuma un ārsta uzraudzībā);

3.2. apzināta slimības izraisīšana vai veicināšana, apzināta fizisko vai garīgo spēju mazināšana, apzināta sev tīša ievainošana vai pašnāvības mēģinājums;

3.3. enerģijas starojums vismaz 100 eV, jebkādas enerģijas neitroni, lāzera un mikroviļņu starojums vai mākslīgi radīts ultravioletais starojums (izņemot starojumus, ko ieteicis ārsts vai kas izdarīti ārsta uzraudzībā un veikti tikai medicīniskās aprūpes nolūkā);

3.4. tieša vai netieša AIDS vai HIV infekcijas ietekme.

(4) Ja saskaņā ar šī panta nosacījumiem Apdrošināšanas aizsardzība nepastāv, atrunātās Apdrošinājuma summas vietā smagas slimības gadījumā tiek izmaksāta tikai Atpirkuma summa vai Apdrošinātā bērna smagas slimības gadījumā – viena ceturtdaļa no Atpirkuma summas, taču ne vairāk kā 7.500,00 EUR.

(5) Apdrošināšanas segums var tikt noteikts konkrētiem riskiem vai apstākļiem, kas šajā pantā ir minēti kā izslēdzoši, ja līgumslēdzējas puses par to ir nepārprotami vienojušās, nosakot papildu prēmijas maksu. Šādā gadījumā īpašie apdrošināšanas seguma nosacījumi, par kuriem puses ir vienojušās, jābūt detalizēti norādīti Apdrošināšanas polisē.

(6) Apdrošinātājs ir atbrīvots no savu pienākumu izpildes, ja Atlīdzības saņēmējs nav tā pati persona, kas Apdrošinātais, un ir izraisījis Apdrošināšanas gadījumu apzināti vai ar krāpnieciskām darbībām.

(7) Apdrošinātājs ir atbrīvots no savu pienākumu izpildes, ja Apdrošinātais vai Atlīdzības saņēmējs mēģina saņemt atlīdzību ar krāpnieciskām darbībām, it īpaši, viltojot vai mēģinot viltot dokumentus, ja Apdrošinātājam, ārstiem vai tiesām tiek iesniegti nepatiesi paziņojumi, paskaidrojumi vai citas ziņas.

7. pants. Apdrošināšanas gadījuma pieteikums

(1) Apdrošinātais rakstveidā jāinformē Apdrošinātājs par Apdrošināšanas gadījuma iestāšanos ne vēlāk kā trīs mēnešus pēc tā iestāšanās.

(2) Pieprasot Apdrošināšanas atlīdzību, Apdrošinātājam jāiesniedz Apdrošinātājam šādi dokumenti:

- Apdrošināšanas polise, kā arī apliecinājums par pēdējo prēmijas maksājumu, ja Apdrošinātājs to pieprasa;

- detalizēts Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās apraksts;

- visu medicīnisko dokumentu kopijas, kas atspoguļo ārstēšanas gaitu (ārstu atzinumi un slēdzieni, slimības vēstures izraksti, slimnīcas izrakstīšanās dokumenti, pacienta kartiņa u.tml.) drukātā veidā (t.i. dokumenti nedrīkst būt rakstīti ar roku). Dokumentiem jāatspoguļo apliecinājumus par klīniskiem, radioloģiskiem, histoloģiskiem, laboratoriskiem izmeklējumiem, kas saistīti ar apdrošināšanas gadījuma iestāšanos. Ārstam ir jāapstiprina diagnoze, ievērojot kritērijus, kas noteikti saistībā ar iepriekš minētajām smagajām slimībām.

(3) Ja smagā slimība ir iestājusies ārpus Latvijas Republikas teritorijas, Apdrošinātājs var pieprasīt, lai Apdrošināšanas gadījuma iestāšanās apstiprināšanai nepieciešamos apliecinājumus iesniedz Latvijā praktizējošs ārsts un tā izmaksas sedz pieteikuma iesniedzējs.

(4) Apdrošinātājs var pieprasīt, lai Apdrošināto vai Apdrošinātā bērnu, par kuru tiek pieprasīta Apdrošināšanas atlīdzība, uz Apdrošinātā rēķina izmeklē, kā arī veic papildu pārbaudes vai pielieto citas diagnostikas metodes, Apdrošinātāja pilnvarots ārsts.

(5) Apdrošinātais nepārprotami un neatsaucami piešķir ārstiem, slimnīcām un citām ārstniecības iestādēm, kurās viņš ir ārstējies, ārstējas vai ārstēsies, kā arī citiem apdrošinātājiem un citām oficiālām iestādēm pēc rakstveida Apdrošinātāja pieprasījuma sniegt viņam nepieciešamo informāciju un dokumentus par Apdrošināto, viņa

veselības stāvokli, vai Apdrošinātā bērna veselības stāvokli, kas pēc Apdrošinātāja domām ir vai varētu būt saistīti ar Apdrošināšanas gadījumu.

(6) Nepieciešamības gadījumā Apdrošinātais apņemas rakstveidā pilnvarot Apdrošinātāju saņemt šī panta 5. daļā minētos dokumentus.

(7) Apdrošinātājs var pieprasīt iespēju iepazīties ar Apdrošinātā vai Apdrošinātā bērna, par kuru tiek pieprasīta Apdrošināšanas atlīdzība, pacienta kartiņu un/vai slimības vēsturi un Apdrošinātā pienākums ir to nodrošināt.

(8) Kamēr Apdrošināšanas gadījuma pastāvēšanu nav iespējams konstatēt sakarā ar to, ka apzināti vai rupjas nolaidības dēļ nav izpildīti šajā pantā minētie Apdrošinājuma ņēmēja, Apdrošinātā vai Atlīdzības saņēmēja pienākumi, Apdrošināšanas līgumā nolīgta Apdrošinājuma atlīdzība nav spēkā, un Apdrošinātājam šajā laikā nav pienākuma izmaksāt Apdrošinājuma summu vai procentus par kavējumu.

8. pants. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas kārtība

(1) Apdrošinājuma summa un attiecīgā peļņas daļa tiek izmaksāta tādos termiņos, tādā apmērā un tādā veidā, kāds atrunāts Apdrošināšanas līgumā, kā arī Vispārīgajos un Sevišķajos apdrošināšanas noteikumos, kas ir Apdrošināšanas līguma sastāvdaļa.

(2) Ja šo Sevišķo apdrošināšanas noteikumu ietvaros kādas noteiktas smagas slimības konstatēšanai vai diagnosticēšanai ir atrunāts noteikts laika periods vai cits nosacījums, kas jāievēro, Apdrošinātāja pienākums veikt izmaksu iestājas tikai pēc attiecīgā termiņa beigām vai attiecīgo nosacījumu izpildes.

(3) Ar Apdrošinājuma summas izmaksāšanu par noteiktu smagas slimības gadījumu attiecīgā apdrošināšana, kā arī visas Apdrošināšanas polisē noteiktās papildu apdrošināšanas izbeidzas.

(4) Saskaņā ar šī panta 3. daļas nosacījumiem Apdrošināšanas līgumā noteiktā Apdrošinājuma summa tiek izmaksāta tikai vienreiz – arī tad, ja Apdrošināšanas līguma darbības laikā atbilstoši šiem Sevišķajiem apdrošināšanas noteikumiem vai Dzīvības apdrošināšanas un uzkrājuma veidošanas sevišķajiem noteikumiem iestājas vairāki Apdrošināšanas gadījumi (piemēram, vairākas smagas slimības, dzīvības apdrošināšanas līguma beigas un/vai nāve).

(5) Ja Apdrošināšanas gadījums iestājas Apdrošinātā bērnam, Apdrošināšanas aizsardzība Apdrošinātājam paliek spēkā pilnā apmērā neatkarīgi no Apdrošināšanas atlīdzības, kas izmaksāta saistībā ar šo Apdrošināšanas gadījumu.