



Veselības apdrošināšanas noteikumi

Nr. THE-20201

II līmenis

Spēkā no 2020. gada 10. decembra



Saturs

1.	Noteikumos lietotie termini.....	3
2.	Apdrošinātie riski.....	3
3.	Izņēmumi.....	3
4.	Pušu tiesības un pienākumi.....	5
5.	Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība.....	6
6.	Pakalpojumu apmaksas nosacījumu izmaiņas.....	7
7.	Izmaiņu veikšana apdrošināto sarakstā.....	8

1. Noteikumos lietotie termini

1.1. Apdrošinātais – Apdrošināšanas polisē vai tās pielikumā norādītā fiziskā persona. Ja Apdrošinājumaņēmējs ir juridiska persona, tad Apdrošinātais ir Apdrošinājumaņēmēja darbinieks, ja vien Apdrošināšanas polisē nav tieši norādīts, ka tiek apdrošināti arī darbinieku radnieki.

1.2. Apdrošināšanas objekts – Apdrošinātā veselība.

1.3. Apdrošināšanas gadījums – notikums, kuram iestājoties, Apdrošinātajam rodas nepieciešamība saņemt ārstniecības vai citus ar veselības uzturēšanu un veicināšanu saistītos pakalpojumus, kas apmaksājami Apdrošināšanas programmas ietvaros.

1.4. Apdrošinājuma summa – Apdrošināšanas polisē noteiktā maksimālā naudas summa, līdz kurai Apdrošināšanas sabiedrība apmaksā Apdrošinātā saņemtos Pakalpojumus izvēlētajās Apdrošināšanas programmas ietvaros. Pēc Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas Apdrošinājuma summa samazinās par izmaksāto Apdrošināšanas atlīdzības apmēru.

1.5. Veselības apdrošināšanas karte – Apdrošināšanas sabiedrības izdota karte (plastikāta karte un/vai digitāla karte), kas tiek izsniegta katram Apdrošinātajam un apliecina Apdrošinātā tiesības saņemt Pakalpojumus izvēlētajās Apdrošināšanas programmas ietvaros.

1.6. Pakalpojums – Apdrošināšanas perioda laikā saņemtie un Apdrošināšanas programmas ietvaros apmaksājami ambulatorie vai stacionārie ārstniecības pakalpojumi, optikas, zobārstniecības, sporta vai veselības uzturēšanas un veicināšanas pakalpojumi, ko sniegušas Latvijas Republikas teritorijā reģistrētas iestādes, kā arī Latvijas Republikas

teritorijā radušies izdevumi par medikamentu un optikas preču iegādi. Ja Apdrošināšanas polisē tas tieši norādīts, tad Apdrošināšanas programmas ietvaros apmaksājami arī tādi Pakalpojumi, ko sniegušas ārpus Latvijas Republikas reģistrētas iestādes.

1.7. Apdrošināšanas programma – Apdrošināšanas sabiedrības noteikts Pakalpojumu kopums, ko apmaksā Apdrošināšanas sabiedrība un kas ir noteikts Apdrošināšanas līgumā katram Apdrošinātajam. Vienā Apdrošināšanas līgumā var noteikt dažādas Apdrošināšanas programmas, norādot katram Apdrošinātajam izvēlēto programmu.

1.8. Līgumiestāde – ārstniecības iestāde, aptieka, optikas vai sporta iestāde, kas Latvijas Republikas teritorijā sniedz ārstniecības vai veselības uzturēšanas un veicināšanas pakalpojumus un ar kuru Apdrošināšanas sabiedrība ir noslēgusi sadarbības līgumu par noteiktu Pakalpojumu apmaksu Apdrošinātajam. Līgumiestāžu aktuālais saraksts tiek publicēts Apdrošināšanas sabiedrības tīmekļvietnē www.if.lv.

1.9. Force Majeure apstākļi – terorisms, streiks, lokauts, karš, invāzija vai karam līdzīga darbība (neatkarīgi no tā, vai karš pieteikts vai nē), pilsoņu karš, sabiedriskie nemieri, sacelšanās, dumpis, pretošanās kustība, revolūcija, militārs vai cits apvērsums, komandantstundas noteikšana, aplenkums, kodolsprādziens, atomenerģija, radiācija, radioaktīvais piesārņojums, jonizējošais starojums, normatīvā akta pieņemšana, valsts vai pašvaldības lēmuma pieņemšana, karantīna, pandēmija vai valstī izsludināts ārkārtējs vai paaugstinātas bīstamības stāvoklis.

2. Apdrošinātie riski

2.1. Apdrošinātie riski ir norādīti Apdrošināšanas polisē kā Apdrošināšanas programmas, piemēram, Ambulatorā aprūpe, Stacionārā aprūpe, vai papildprogrammas, piemēram, Medikamenti, Optika, Sports, Zobārstniecība vai cita papildprogramma.

2.2. Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā un par Apdrošināto risku netiek uzskatīti Pakalpojumi, kas sniegti, lai novērstu sekas, kas tieši vai netieši radušās, Apdrošinātajam veicot prettiesisku darbību, tiesību pārkāpumu vai noziedzīgu nodarījumu, vai tieši vai netieši radušās Force Majeure apstākļu rezultātā.

3. Izņēmumi

Turpmāk minētie izņēmumi ir piemērojami visām Apdrošināšanas programmām. Izņēmumu virsraksti ir norādīti tikai pārskatāmības labad un tie nav ņemami vērā interpretējot šos noteikumus.

Nereģistrētas ārstniecības iestādes, medicīniskās tehnoloģijas

3.1. Par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmi un Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā ārstniecības pakalpojumus, kas saņemti Latvijas Republikas Veselības inspekcijā neregistrētās ārstniecības iestādēs (reģistrētās iestādes skatīt Veselības inspekcijas tīmekļvietnē ārstniecības

iestāžu reģistrā www.vi.gov.lv) vai kas saņemti neatbilstoši Latvijas Republikas Ārstniecības likumā noteiktajām prasībām, vai izmantojot Latvijas Republikā neapstiprinātās medicīniskās tehnoloģijas.

3.2. Ja atbilstoši šo noteikumu 1.6.punktam Apdrošināšanas programmas ietvaros apmaksājami arī tādi Pakalpojumi, ko sniegušas ārpus Latvijas Republikas reģistrētas iestādes, tad Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā ārstniecības pakalpojumus, kas saņemti attiecīgās valsts uzraudzības iestādē neregistrētās ārstniecības iestādēs vai kas saņemti neatbilstoši attiecīgās valsts tiesību aktos noteiktajām prasībām, vai izmantojot šajā valstī neapstiprinātās medicīniskās tehnoloģijas.

Slimības, veselības stāvoklis

3.3. Par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmi un Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā ārstniecību, kas saistīta ar šādām slimībām un veselības stāvokļiem, izņemot, ja Apdrošināšanas polisē iekļauti psihoterapeita, psihologa, psihiatra pakalpojumi:

3.3.1. izsīkuma jeb izdegšanas sindroma ārstniecība stacionārā vai stacionārās rehabilitācijas iestādē;

3.3.2. seksuāli transmisīvās slimības, AIDS un HIV vīruss;

3.3.3. psihiskās slimības, atkarības;

3.3.4. miega slimības.

Ģimenes plānošana un neauglības ārstniecība

3.4. Par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmi un Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā pakalpojumus saistībā ar ģimenes plānošanu un neauglības ārstniecību, tai skaitā ar neauglību saistītu saslīmšanu ārstniecību, mākslīgo apaugļošanu, diagnostisko histeroskopiju, saaugumu atdalīšanu un olvadu caurlaidības pārbaudes laparoskopiskās operācijas, ģenētiskās analīzes, sterilizāciju un kontracepcijas pakalpojumus, spermas analīzes.

Speciālisti, manipulācijas

3.5. Par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmi un Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā narkologa, logopēda, trihologa, tropu slimību ārsta, seksopataloga konsultācijas un manipulācijas.

3.6. Par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmi un Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā tādus pakalpojumus kā ārstnieciskais manikīrs, pedikīrs, podologa un podiatra pakalpojumi, kosmētiskā ārstniecība, skaistumkopšana, imūnterapija, ādas un zemādas veidojumu noņemšana bez histoloģiskās izmeklēšanas, veselīgas vides kapsula, vispārējā ķermeņa ārstnieciskā masāža, prostatas un ginekoloģiskā masāža, vakummasāža, kriomasāža, limfodrenāža.

Papildinošā (netradicionālā) ārstniecība

3.7. Par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmi un Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā papildinošās (netradicionālās) medicīnas medicīniskos pakalpojumus, piemēram, akupunktūra, adatu terapeita konsultācija un terapija, aromaterapija, osteoreflsoterapija, biorezonanses diagnostika, Folla diagnostika, homeopāta nozīmēta terapija un atkārtotas konsultācijas, hidrokolonoterapija, iridodiagnostika, sulu un diētiskās kūres, SPA procedūras, ajūrvēdas pakalpojumi, floutinga seansi u.c.

Operācijas, uzturēšanās slimnīcā, paliatīvā aprūpe

3.8. Par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmi un Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā:

3.8.1. redzes korekcijas operācijas, kuņģa samazināšanas operācijas;

3.8.2. Apdrošinātā uzturēšanās maksas stacionārā, kas nav saistīta ar paša Apdrošinātā ārstniecību, bet gan ar tam tuvas personas ārstniecību, kā arī Apdrošinātajam tuvas personas uzturēšanās maksas stacionārā, kas saistīta ar Apdrošinātā ārstniecību;

3.8.3. paliatīvo aprūpi.

Izmeklējumi, testi

3.9. Par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmas un Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā kompleksās veselības pārbaudes (check-up), funkcionālās diagnostikas testus fiziskās sagatavotības noteikšanai, magnētiskās rezonanses izmeklējumus visam ķermenim, alergēnu kompleksās pārbaudes (paneļi), ja nav alergologa vai imunologa norīkojums.

Nauda, pateicības dāvanas

3.10. Par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmas un Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā pateicības, piemaksas par ārsta izvēli, līgumus ar ārstu.

Apmācības, semināri, lekcijas

3.11. Par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmas un Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā izglītojošās lekcijas, seminārus, nodarbības, apmācības.

Medicīniskās izziņas

3.12. Par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmi un Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā pirmstermiņa medicīniskās pārbaudes (medicīniskās komisijas) autovadītāju tiesību saņemšanai un ieroču nēsāšanas atļauju saņemšanai, izmeklējumus un konsultācijas ārvalstu vīzu noformēšanai, medicīniskās dokumentācijas noformēšanu.

Preces un medikamenti

3.13. Par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmi un Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā higiēnas un medicīnas preču iegādi, ārstniecības iestādē iegādātos medikamentus, digitālās izdrukas, ierakstus un Rtg filmas.

Pakalpojumi, izņemot, ja nav tieši ietverti polisē

3.14. Par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmi un Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā šādus pakalpojumus un preces:

3.14.1. ārstnieciskā masāža, ārstnieciskā vingrošana, ūdens procedūras (dūņu procedūras, šarko duša u.c.), manuālā terapeita un osteopāta apmeklējums, kā arī fizioterapeita, ergoterapeita, kineziologa, fizikālās medicīnas un rehabilitācijas ārsta atkārtotas konsultācijas un nodarbības, izņemot, ja Apdrošināšanas polisē ietverts "Masāžas, ārstnieciskā vingrošana" vai tieši norādīts citādi;

3.14.2. datortomogrāfija, magnētiskā rezonanse, gremošanas orgānu endoskopiskie izmeklējumi, augļa četrdimensiju sonoskopija, 3-4 dimensiju ultrasonogrāfija, scintigrāfijas izmeklējumi, kapsulas endoskopija, pozitronu emisijas tomogrāfija (PET/CT), izņemot, ja Apdrošināšanas polisē ietverts "Specifiskie izmeklējumi" vai tieši norādīts citādi;

3.14.3. kāju vēnu operācijas, skleroterapija, izņemot, ja Apdrošināšanas polisē tieši norādīts citādi;

3.14.4. kosmētiskās, plastiskās operācijas, kā arī tehniskie palīg līdzekļi, kruķi, ortozes, izņemot, ja Apdrošināšanas polisē ietverts "Smagas saslimšanas, traumas" vai tieši norādīts citādi;

3.14.5. ērču encefalīta imūnglobulīna G līmeņa noteikšana, izņemot, ja Apdrošināšanas polisē ietverts "Vakcinācija" vai tieši norādīts citādi;

3.14.6. psihoterapeita, psihologa, psihiatra, dietologa, uztura speciālista, pakalpojumi, izņemot, ja Apdrošināšanas polisē ietverts "Psihoterapija, uzturs" vai tieši norādīts citādi;

3.14.7. stacionāra rehabilitācijas nodaļā saņemtie maksas pakalpojumi, izņemot, ja Apdrošināšanas polisē ietverts "Sanatorija" vai tieši norādīts citādi.

Papildprogramma "Medikamenti"

3.15. Papildprogrammā "Medikamenti" par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmi un Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā medikamentus, kas nav reģistrēti Latvijas zāļu reģistrā, uztura bagātinātājus, vitamīnus, izņemot vitamīnu ampulētās formas, kā arī ārstniecības līdzekļi no šādām medikamentu grupām:

3.15.1. homeopātiskie un augu valsts līdzekļi, augu ekstraktus saturošie līdzekļi;

3.15.2. mikroelementi, antianēmiskie līdzekļi, minerālvielas, kaulu mineralizāciju ietekmējošie līdzekļi, antioksidanti;

3.15.3. imūnglobulīni, imūnstimulatori, imūnmodelējošo enzīmu līdzekļi, vakcīnas, serumi, tonizējošie un nespecifiskie imūnsistēmu stimulējošie līdzekļi;

3.15.4. nootropie, šūnu un smadzeņu metabolismu ietekmējošie līdzekļi, antidepresanti;

3.15.5. holesterīna un lipīdu līmeni samazinošie, svaru regulējošie līdzekļi;

3.15.6. pretvīrusu līdzekļi (izņemot lokālās darbības), pretsēnišu, pretpiņņu un pretpsoriāzes līdzekļi, etilspirts, insekticīdi, pretparazītu līdzekļi, repelenti, ādu mikstinošie un aizsargājošie līdzekļi;

3.15.7. pret diabētu, pret tuberkulozes pretepilepsijas, pret parkinsonisma līdzekļi;

3.15.8. onkoloģiskie, narkotiskie līdzekļi;

3.15.9. hormonu aizstājēj terapija, kontraceptīvie līdzekļi, potenci stimulējošie līdzekļi;

3.15.10. līdzekļi infūzijai un parenterālajai barošanai.

Papildprogramma "Zobārstniecība"

3.16. Papildprogrammā **Zobārstniecība** par Apdrošināšanas gadījumu nav uzskatāmi un Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā šādus Pakalpojumus:

3.16.1. kariesa profilakse ar silantiem, zobu pārklāšana ar heliomateriālu vai florlaku, zobu balināšana, porcelāna plāksnītes, fasetes, kapes, vispārējā anestēzija, sedācija;

3.16.2. zobu protezēšana, porcelāna plombas, implanti, inlejas, onlejas, ortodontija, paradonta slimību ārstniecība, trīsdimensiju datortomogrāfija, izņemot, ja Apdrošināšanas polisē tieši norādīts citādi.

4. Pušu tiesības un pienākumi

4.1. Pēc Apdrošināšanas līguma noslēgšanas Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums informēt Apdrošinātos par apdrošināšanas faktu, izsniegt tiem Veselības apdrošināšanas kartes, ja ir izvēlētas plastikāta kartes, vai informēt par mobilās lietotnes If Mobile lejupielādes iespējām, iepazīstināt ar Apdrošināšanas programmām un Apdrošināšanas līguma noteikumiem, izskaidrot tiem no Apdrošināšanas līguma izrietošās tiesības un pienākumus.

4.2. Apdrošinātā pienākums ir:

4.2.1. rūpēties par veselības saglabāšanu, bet saslimšanas gadījumā ievērot ārsta norādījumus;

4.2.2. nepieļaut iespēju citai personai izmantot Veselības apdrošināšanas karti, bet Veselības apdrošināšanas

kartes nozaudēšanas gadījumā nekavējoties ziņot Apdrošināšanas sabiedrībai, lai tā varētu bloķēt kartes darbību. Apdrošināšanas sabiedrība neatbild par Apdrošinātā zaudējumiem, kas tam radušies nesavlaicīgi ziņojot par Veselības apdrošināšanas kartes nozaudēšanu;

4.2.3. saņemot Pakalpojumus Līgumiestādē, uzrādīt Veselības apdrošināšanas karti kopā ar personu apliecinošu dokumentu;

4.2.4. ievērot Apdrošināšanas noteikumus, kā arī Apdrošināšanas programmā norādīto;

4.2.5. sekot līdzi izmaksātās Apdrošināšanas atlīdzības apmēram, lai tas nepārsniegtu Apdrošināšanas polisē noteiktās Apdrošinājuma summas un limitus;

4.2.6. atmaksāt Apdrošināšanas sabiedrībai summu, ko Apdrošināšanas sabiedrība ir izmaksājusi Līgumiestādei, ja šī summa:

4.2.6.1. pārsniedz Apdrošināšanas polisē noteiktās Apdrošinājuma summas vai limitus, vai

4.2.6.2. ir izmaksāta par Pakalpojumiem, kas saskaņā ar Apdrošināšanas programmu netiek apmaksāti, vai

4.2.6.3. ir izmaksāta par pakalpojumiem, kas saņemti pēc Veselības apdrošināšanas kartes darbības pārtraukšanas.

4.3. Apdrošināšanas sabiedrības pienākums ir:

4.3.1. pēc Apdrošināšanas līguma noslēgšanas 10 dienu laikā atkarībā no izvēlēta kartes veida izsniegt Apdrošinājuma ņēmējam plastikāta Veselības apdrošināšanas kartes vai nodrošināt iespēju Apdrošinātajiem lejupielādēt digitālās Veselības apdrošināšanas kartes;

4.3.2. Apdrošināšanas līguma darbības laikā, pamatojoties uz Apdrošinātā rakstisku iesniegumu par Veselības apdrošināšanas kartes nozaudēšanu, kas elektroniski jāiesniedz Apdrošināšanas sabiedrības tīmekļvietnē www.if.lv, izgatavot jaunu Veselības apdrošināšanas karti, ja ir bijusi izsniegta plastikāta karte. Par plastikāta Veselības apdrošināšanas kartes dublikāta izgatavošanu Apdrošināšanas sabiedrība var ieturēt maksu, kura atbilst faktiskajām izgatavošanas izmaksām.

4.4. Apdrošināšanas līguma pirmstermiņa izbeigšanas gadījumā vai Apdrošinātā izslēgšanas gadījumā Apdrošinājuma ņēmējam un Apdrošinātajam solidāri ir pienākums nekavējoties atmaksāt Apdrošināšanas sabiedrībai naudas summu, par kuru Apdrošinātais saņēmis Pakalpojumus virs noteiktās Apdrošinājuma summas vai limita vai pēc Apdrošināšanas līguma darbības izbeigšanas.

5. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas kārtība

5.1. Apdrošināšanas atlīdzība par saņemto Pakalpojumu tiek izmaksāta Apdrošinātajam (vai tā likumiskajam aizbildnim, ja Apdrošinātais ir nepilngadīgs), vai Apdrošināšanas sabiedrības noteiktos gadījumos Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta Līgumiestādei atbilstoši noslēgtajam sadarbības līgumam.

5.2. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta atbilstoši Apdrošināšanas polisē norādītajai Apdrošināšanas programmai, nepārsniedzot noteiktās Apdrošinājuma summas un limitus.

Pakalpojumu apmaksā līgumiestādēs

5.3. Apdrošināšanas sabiedrība izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību tieši Līgumiestādei atbilstoši Apdrošināšanas programmai, Pakalpojumu apmaksājot pilnībā vai daļēji, ja ir ievēroti šādi nosacījumi:

5.3.1. Apdrošinātais uzrāda Veselības apdrošināšanas karti un personu apliecinošu dokumentu, un

5.3.2. gadījumos, kad to paredz Veselības apdrošināšanas programma, Apdrošinātais iesniedz vai uzrāda Līgumiestādei Pakalpojuma nepieciešamību pamatojošu dokumentu (piemēram, norīkojumu laboratorijas vai citu izmeklējumu saņemšanai), un

5.3.3. minētais Pakalpojums tā saņemšanas brīdī ir bijis ietverts Līgumiestādes apmaksājamo pakalpojumu sarakstā.

5.4. Apdrošinātajam ir tiesības pirms Pakalpojuma saņemšanas, zvanot Apdrošināšanas sabiedrībai uz tās informatīvo tālruni, vai arī uz vietas Līgumiestādē pārliedzināties, vai izvēlētais Pakalpojums tiks apmaksāts tieši Līgumiestādei vai arī Apdrošinātajam par saņemto Pakalpojumu būs jānorēķinās no saviem līdzekļiem.

Pakalpojumu apmaksā apdrošinātajam

5.5. Iestādēs, kurām nav līgums ar Apdrošināšanas sabiedrību, vai ja Līgumiestādē saņemtajiem Pakalpojumiem nav iespējams norēķināties, uzrādot Veselības apdrošināšanas karti, Apdrošinātais Pakalpojumu apmaksā no saviem līdzekļiem, un Apdrošināšanas sabiedrība kompensē Apdrošinātā izdevumus un Apdrošināšanas atlīdzību aprēķina, ievērojot Pakalpojumu apmaksas limitus, kas norādīti Apdrošināšanas polises Īpašajos nosacījumos.

5.6. Ja Pakalpojums nav iekļauts Pakalpojumu apmaksas limitu sarakstā, Apdrošināšanas sabiedrībai ir tiesības izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, nepārsniedzot Pakalpojuma maksu, kāda tā ir Apdrošināšanas sabiedrības Līgumiestādēs.

5.7. Apdrošināšanas sabiedrība izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātajam atbilstoši Veselības apdrošināšanas programmai, Pakalpojumu apmaksājot pilnībā vai daļēji, ja ir ievēroti šādi nosacījumi:

5.7.1. Apdrošinātais ir saņēmis Pakalpojumu Apdrošināšanas perioda laikā un to apmaksājis no saviem līdzekļiem, un

5.7.2. Apdrošinātais ne vēlāk kā 30 dienu laikā pēc Apdrošināšanas perioda beigām ir iesniedzis Apdrošināšanas sabiedrībai Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu un šo noteikumu 5.10. punktā norādītos nepieciešamos dokumentus.

5.8. Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu var iesniegt:

5.8.1. aizpildot elektronisku pieteikumu Apdrošināšanas sabiedrības tīmekļvietnē www.if.lv vai mobilajā lietotnē If Mobile un pievienojot nepieciešamos dokumentus ieskanētā vai nofotografētā veidā; vai

5.8.2. aizpildot un parakstot papīra formāta veidlapu, pievienojot nepieciešamo dokumentu kopijas un nosūtīt pa pastu uz Apdrošināšanas sabiedrības juridisko adresi.

5.9. Ja Apdrošināšanas atlīdzības pieteikums tiek iesniegts, neizmantojot Apdrošināšanas sabiedrības tīmekļvietni vai mobilo lietotni, Apdrošināšanas sabiedrībai ir tiesības samazināt izmaksājamo atlīdzību par Pašriska apmēru 1,- EUR par Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu.

5.10. Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumam ieskanētā, nofotografētā vai kopiju veidā pievienojamie dokumenti:

5.10.1. maksājumu apliecinājošs finanšu dokuments (piemēram, čeks, stingrās uzskaites kvīts, bankas maksājuma uzdevums), kurā minēti Pakalpojuma sniedzēja rekvizīti (nosaukums, reģistrācijas Nr., adrese) un Apdrošinātā personas dati (vārds, uzvārds, personas kods), Pakalpojuma nosaukums, daudzums un cena. Ja maksājumu apliecinājošais dokuments nesatur minēto informāciju, tad nepieciešams cits Pakalpojuma sniedzēja izsniegts dokuments, kas satur iztrūkstošo informāciju.

5.10.2. pakalpojuma nepieciešamību apliecinājošs medicīniskais dokuments, kas norādīts Veselības apdrošināšanas programmā:

5.10.2.1. ārsta norīkojums uz izmeklējumu, izraksts no ambulatorās / stacionārās kartes u.c.;

5.10.2.2. papildprogrammai Medikamenti – ārsta izrakstīta recepte;

5.10.2.3. papildprogrammai Zobārstniecība: izraksts no ambulatorās kartes ar informāciju par ārstētā zoba numuru un veiktajām manipulācijām;

5.10.2.4. papildprogrammai Optika: ārsta izrakstīta recepte;

5.10.2.5. papildprogrammai Sports: divu un vairāk mēnešu abonementam sporta centra izsniegts apliecinājums par Pakalpojuma saņemšanu konkrētos datumos.

5.11. Ja ārsta norīkojums, izraksts, recepte vai citi medicīniskie dokumenti ir izdoti un apstrādāti, izmantojot Vienoto veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmu (E-veselības sistēmu), Apdrošinātais iesniedz izdruku no šīs sistēmas.

5.12. Apdrošināšanas sabiedrībai ir tiesības nepieņemt medicīniskos un finanšu dokumentus, kuros ir veikti labojumi neatbilstoši Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.

5.13. Apdrošinātajam ir pienākums uzglabāt Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumam pievienoto dokumentu oriģinālus vienu gadu pēc Pakalpojuma saņemšanas un pēc Apdrošināšanas sabiedrības pieprasījuma uzrādīt šos oriģinālus.

Lēmuma par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu pieņemšana

5.14. Apdrošināšanas sabiedrībai pirms lēmuma pieņemšanas par to, vai saņemtie pakalpojumi uzskatāmi par Apdrošināšanas gadījumu, ir tiesības:

5.14.1. pārliecināties par iesniegto ziņu patiesumu, Apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas pamatotību, pieprasīt, lai Apdrošinātais iesniedz citus tā rīcībā esošus dokumentus un informāciju;

5.14.2. iepazīties ar Apdrošinātā medicīnisko dokumentāciju, kas atrodas ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu rīcībā, nozīmēt ekspertīzi.

5.15. Pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas Apdrošināšanas sabiedrība pieņem lēmumu par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu izmaksāt šādos termiņos:

5.15.1. divu darba dienu laikā, ja Apdrošināšanas atlīdzības pieteikums iesniegts elektroniski, Apdrošināšanas sabiedrības tīmekļvietnē vai mobilajā lietotnē;

5.15.2. piecpadsmit darba dienu laikā, ja Apdrošināšanas atlīdzības pieteikums nosūtīts pa pastu.

5.16. Ja ir pieņemts lēmums par Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, Apdrošināšanas atlīdzība tiek pārskaitīta uz Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumā norādīto bankas kontu iepriekš norādītajos termiņos.

6. Pakalpojumu apmaksas nosacījumu izmaiņas

6.1. Apdrošināšanas sabiedrībai ir tiesības Apdrošināšanas perioda laikā vienpusēji bez iepriekšēja brīdinājuma veikt izmaiņas Līgumiestāžu un Līgumiestādēs apmaksājamo pakalpojumu sarakstā, kā arī norādīt konkrētas iestādes, kuru sniegtos pakalpojumus Apdrošināšanas sabiedrība neapmaksā. Apdrošināšanas sabiedrība nodrošina aktuālo Līgumiestāžu un Līgumiestādēs apmaksājamo Pakalpojumu saraksta publicēšanu Apdrošināšanas sabiedrības tīmekļvietnē www.if.lv.

6.2. Apdrošināšanas sabiedrībai ir tiesības Apdrošināšanas perioda laikā, par to vienu mēnesi iepriekš brīdinot Apdrošinājumaņēmēju, ieviest ierobežojumus

apmaksājamiem Pakalpojumiem vai noteikt papildu Apdrošināšanas prēmiju, ja Apdrošināšanas līguma darbības laikā saskaņā ar valsts pieņemtajiem tiesību aktiem ir ieviesti jauni nodokļi vai jauni papildu maksājumi, kas attiecas uz Pakalpojumiem,.

6.3. Ja šo noteikumu 6.2. punktā minētajā gadījumā Apdrošinājumaņēmējs nepiekrīt Apdrošināšanas sabiedrības ierosinātajiem ierobežojumiem vai aprēķinātajai papildus maksājamajai Apdrošināšanas prēmijai, Apdrošināšanas sabiedrībai ir tiesības, paziņojot par to Apdrošinājumaņēmējam, izbeigt Apdrošināšanas līgumu pirms termiņa.

6.4. Apdrošināšanas sabiedrībai ir tiesības Apdrošināšanas līguma darbības laikā, iepriekš paziņojot Apdrošinājuma ņēmējam, mainīt Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas

kārtību, saglabājot Apdrošināšanas programmā norādīto apmaksājamo Pakalpojumu apjomu.

7. Izmaiņu veikšana apdrošināto sarakstā

7.1. Šis sadaļas noteikumi par izmaiņu veikšanu Apdrošināto sarakstā ir piemērojami tikai tad, ja Apdrošinājuma ņēmējs ir juridiska persona, un attiecībā tika uz tiem Apdrošinātajiem, kuri ir Apdrošinājuma ņēmēja darbinieki. Ja ir apdrošināti arī darbinieku radnieki, izmaiņas to sarakstā tiek veiktas saskaņā ar Apdrošināšanas polisē noteikto.

7.2. Izmaiņas Apdrošināto sarakstā tiek veiktas pēc tam, kad Apdrošinājuma ņēmējs iesniedz rakstveida pieteikumu (kā elektronisku vai papīra dokumentu) par izmaiņām Apdrošināto sarakstā. Pieteikumā jānorāda šāda informācija: Apdrošināmās vai no Apdrošināto saraksta izslēdzamās personas vārds, uzvārds, personas kods, Apdrošināšanas programma, apdrošināšanas spēkā stāšanās vai pārtraukšanas datums un Veselības apdrošināšanas kartes numurs (no Apdrošināto saraksta izslēdzamajai personai).

7.3. Apdrošināšanas perioda laikā jau iepriekš apdrošinātajām personām netiek mainīta Apdrošināšanas programma.

Apdrošināto pievienošana Apdrošināto sarakstam

7.4. Pievienojot jaunu Apdrošināto, Apdrošinājuma ņēmējs norāda, kura no Apdrošināšanas polisē norādītajām Apdrošināšanas programmām tiek izvēlēta konkrētajam darbiniekam. Apdrošināšana attiecībā uz pievienoto darbinieku stājas spēkā pieteikumā norādītajā datumā un beidzas Apdrošināšanas polisē norādītajā apdrošināšanas perioda pēdējā dienā.

7.5. Apdrošināšanas sabiedrība Veselības apdrošināšanas karti, ja ir izvēlēta plastikāta karte, kā arī grozījumus Apdrošināšanas līgumā, sagatavo 5 darba dienu laikā no dienas, kad Apdrošināšanas sabiedrība saņēmusi pieteikumu.

7.6. Apdrošināšanas sabiedrība papildu Apdrošināšanas prēmiju aprēķina atbilstoši Apdrošināšanas polisē norādītajiem Īpašajiem nosacījumiem par izmaiņu veikšanu Apdrošināto sarakstā.

7.7. Apdrošinājuma ņēmējam Apdrošināšanas prēmijas maksājums par papildu Apdrošinātajiem ir jāveic vienā maksājumā par visu Apdrošināšanas periodu rēķinā norādītā termiņā.

Apdrošināto izslēgšana no Apdrošināto saraksta

7.8. Apdrošinātais tiek izslēgts no Apdrošināto saraksta ar Pieteikumā norādīto datumu, ja Apdrošinātais ir pārtraucis darba attiecības ar Apdrošinājuma ņēmēju.

7.9. Apdrošināšanas sabiedrība atmaksājamo Apdrošināšanas prēmijas daļu par neizmanto Apdrošināšanas periodu aprēķina atbilstoši Apdrošināšanas polisē norādītajiem Īpašajiem nosacījumiem par izmaiņu veikšanu Apdrošināto sarakstā.