Publikācija: **cersjurkans.lv**, 25.11.2026

Zvērināta advokāte **Inita Apšeniece**

"Zvērinātu advokātu birojs CersJurkāns" SIA



Kā rīkoties, ja apdrošinātājs atsaka apdrošināšanas atlīdzības izmaksu?

Iegādājoties apdrošināšanas polisi, ikviens pamatoti sagaida, ka, iestājoties apdrošinātajam riskam, apdrošinātājs atlīdzinās radušos zaudējumus. Tomēr var gadīties, ka pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās apdrošinātājs atsaka apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, atsaucoties uz tādu apdrošināšanas noteikumu formulējumu, kuru klients sākotnēji nav pamanījis vai ir sapratis citādi.

Apdrošināšanas strīdi nereti rodas tieši saistībā ar noslēgtā apdrošināšanas līguma robežām un tajā noteiktajiem izņēmumiem, līdz ar to šādos gadījumos ir būtiski atbildēt uz četriem jautājumiem:

1) vai attiecīgais risks bija apdrošināts;
2) vai apdrošinātāja piemērotais izņēmums bija skaidri formulēts un tiešām attiecas uz attiecīgās lietas apstākļiem;
3) vai klientam pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas bija pienācīgi paziņoti piemērojamie noteikumi un izsniegta nepieciešamā informācija;
4) vai ir pierādīti apdrošinātāja norādītie atlīdzības izmaksas atteikuma faktiskie un juridiskie pamati.

Vai neskaidri apdrošināšanas līguma noteikumi var būt pamats atlīdzības atteikumam?

Apdrošināšanas līguma likuma 8. panta pirmā daļa noteic, ka apdrošināšanas līguma noteikumiem jābūt skaidriem un saprotamiem. Savukārt Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 6. panta otrā un 2.[1] daļa paredz, ka patērētāja līguma

noteikumi formulējami vienkāršā un saprotamā valodā, bet neskaidri un neprecīzi rakstveida noteikumi tulkojami par labu patērētājam.

Līdz ar to, rodoties strīdam, kurā viena no apdrošināšanas līguma pusēm ir fiziskā persona – patērētājs, apdrošināšanas noteikumu teksts ir jāvērtē kopsakarā ar attiecīgās lietas apstākļiem, klientam pirms līguma noslēgšanas sniegto informāciju, kā arī to, kā attiecīgo apdrošināšanas segumu vai līguma noteikumu varēja saprast klients.

Piemēram, fizisku personu nelaimes gadījumu apdrošināšanā var rasties strīds par paliekošu darbspēju zaudēšanas cēloni - apdrošinātājs apgalvo, ka attiecīgās sekas ir izraisījusi personai iepriekš bijusi saslimšana, nevis nelaimes gadījums, atsaucoties uz attiecīgu izņēmuma gadījumu. Šādā situācijā ir jāvērtē piemērotā izņēmuma gadījuma precīzs formulējums, medicīniskā cēloņsakarība, pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas apdrošinātāja pieprasītā un klienta sniegtā informācija par savu veselības stāvokli un tas, vai attiecīgais izņēmums attiecīgajā situācijā vispār ir piemērojams.

Latvijas Republikas Augstākā tiesa (Senāts) ir atzinis, ka strīdā par to, vai apdrošinājuma ņēmējs ir izpildījis savas līgumiskās saistības pret apdrošinātāju, apdrošināšanas līguma noteikumi ir iztulkojami atbilstoši Civillikuma 1508. pantam. Proti, strīdus saistībai piemērojot to iztulkojumu, kurš vismazāk saista apdrošināšanas ņēmēju jeb - par labu patērētājam. Apdrošinātājam kā profesionālam apdrošināšanas pakalpojumu sniedzējam ir visas iespējas noteikt precīzākus apdrošināšanas līguma noteikumus.[1]

Kā polisē jānorāda apdrošinātie un neapdrošinātie riski?

Apdrošināšanas līguma likuma 19. panta otrā daļa noteic, ka apdrošinātājs, noslēdzot apdrošināšanas līgumu, izsniedz apdrošinājuma ņēmējam apdrošināšanas līgumu - apdrošināšanas polisi, apdrošināšanas līguma noteikumus un citus dokumentus, par kuriem apdrošinājuma ņēmējs un apdrošinātājs ir vienojušies.

Atbilstoši Apdrošināšanas līguma likumā izdarītajiem grozījumiem, no 2026. gada 1. jūlija fiziskajai personai izsniegtajā polisē jānorāda visi līguma noteikumos ietvertie apdrošināmie riski, atzīmējot, kuri riski ir apdrošināti un kuri nav izvēlēti apdrošināšanai. Šī prasība neattiecas uz lielo risku apdrošināšanu, ja apdrošinātājs izmanto likumā paredzēto izņēmumu.

Tā kā nereti neskaidrības rodas tieši saistībā ar jautājumu par to, vai attiecīgais risks ir vai nav bijis apdrošināts, tad ir svarīgi nošķirt jēdzienus – kas ir neapdrošināts risks un kas ir apdrošinātā riska izņēmums. Proti:

1) neapdrošināts risks ir tāds risks, kas konkrētā apdrošināšanas produkta noteikumos ir paredzēts, bet konkrētajā polisē vispār nav izvēlēts;
2) apdrošināta riska izņēmums ir tāds gadījums, kad konkrētais risks ir ticis apdrošināts, tomēr apdrošināšanas līguma noteikumi paredz izņēmuma gadījumus, kuros apdrošinātājs zaudējumus tomēr neatlīdzinās.

Piemēram, noslēdzot mājokļa apdrošināšanas līgumu, polisē var būt izvēlēts ugunsgrēka risks, bet pusēm saistošajos apdrošināšanas noteikumos var būt

paredzēti izņēmumi, kuros, iestājoties šim riskam, apdrošināšanas atlīdzība tomēr netiks izmaksāta (piemēram, ja apdrošinātais nebūs ievērojis kādas ugunsdrošības prasības u.c.). Ja apdrošinātājs piemēros izņēmuma gadījumu, atsakot atlīdzības izmaksu pēc ugunsgrēka, tad būs jāvērtē attiecīgā izņēmuma gadījuma precīzais tvērums, tā attiecināmība uz konkrētās lietas faktiskajiem apstākļiem un tā cēloniskā saistība ar ugunsgrēka izcelšanos.

Turklāt jāņem vērā, ka atbilstoši Apdrošināšanas līguma likuma 18. panta trešajai daļai tieši apdrošinātāja pienākums ir pierādīt apstākļus, kas to atbrīvo no apdrošināšanas līgumā minēto saistību izpildes izņēmuma gadījumā.

Ko darīt pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas atteikuma?

Ja esat saņēmis apdrošinātāja atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību neatkarīgi no tā, vai atteikums pamatots ar neskaidri formulētiem apdrošināšanas līguma noteikumiem vai citiem apstākļiem, savu tiesību un interešu aizsardzībai būtu ieteicams rīkoties šādi:

1) **Saņemiet motivētu atteikumu.** Apdrošināšanas līguma likuma 31. panta sestā daļa paredz, ka apdrošinātājam 10 dienu laikā pēc lēmuma pieņemšanas ir jānosūta motivēts paziņojums personai, kura ir tiesīga pretendēt uz apdrošināšanas atlīdzību. Pārbaudiet, vai paziņojumā ir norādīts saprotams pamatojums – apdrošināšanas līguma noteikumu punkti, kā arī faktiskie apstākļi un pierādījumi, pamatojoties uz kuriem apdrošinātājs ir pieņēmis lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksas atteikumu.

2) **Pieprasiet apdrošinātāja lēmumu pamatojošos dokumentus.** Saskaņā ar Apdrošināšanas līguma likuma 33. panta pirmo daļu personai, kurai ir tiesības pretendēt uz apdrošināšanas atlīdzību, ir tiesības iepazīties ar apdrošinātāja rīcībā esošajiem dokumentiem, kas pamato lēmumu par šai personai pienākošās apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai par atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, vai saņemt to kopijas.

3) **Izvērtējiet apdrošināšanas līguma dokumentu kopumu.** Izvērtējiet apdrošinātāja paziņojumā par apdrošināšanas atlīdzības izmaksas atteikumu sniegto pamatojumu kopsakarā ar visu polisē un apdrošināšanas noteikumos norādīto, tostarp ņemot vērā arī pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas saņemto vai publiski pieejamo apdrošināšanas produkta informācijas dokumentu, saraksti ar apdrošinātāju u.c. materiālus. Respektīvi, ir jāpārbauda, vai apdrošinātājs tiešām ir pierādījis un pamatoti norādījis tā paziņojumā norādīto atteikuma pamatu. Tostarp izvērtējiet, vai atteikuma pamatā norādītie noteikumi ir bijuši formulēti pietiekami skaidri un saprotami.

4) **Saglabājiet pierādījumus.** Pierādījumiem ir būtiska nozīme jebkurā tiesiskā strīdā. Līdz ar to savlaicīgi parūpējieties par to, lai jūsu rīcībā

būtu un tiktu saglabāti visi lietā būtiskie pierādījumi. Atkarībā no attiecīgās situācijas tie var būt: fotogrāfijas, videomateriāli, apsekošanas akti, ekspertu atzinumi, remonta tāmes, izdevumus apstiprinošie dokumenti (čeki, pavadzīmes vai tml.), medicīniskā dokumentācija, glābšanas dienestu materiāli, sarakste u.c.

Papildus minētajam būtu ieteicams vērsties pie apdrošinātāja ar pretenziju, motivēti un precīzi norādot, kam tieši un kāpēc nepiekrītat apdrošinātāja paziņojumā norādītajam. Piemēram, kādi pierādījumi vai kādi apdrošināšanas līguma noteikumi liecina par to, ka apdrošināšanas atlīdzība tomēr būtu jāizmaksā.

Ja vienošanos ar apdrošinātāju tomēr panākt neizdodas, tad atkarībā no lietas apstākļiem var vērtēt iespēju risināt strīdu ārpustiesas kārtībā vai vērsties ar prasību tiesā. Vienlaikus jāņem vērā, ka atbilstoši Apdrošināšanas līguma likuma 39. panta pirmajai daļai no apdrošināšanas līguma izrietošie prasījumi noilgst triju gadu laikā.

Kā jaunās likuma prasības aizsargā apdrošināšanas klientus?

2025. gada 12. decembrī stājās spēkā grozījumi Apdrošināšanas līguma likumā, kas tika izstrādāti pēc 2024. gada vasaras vētras, lietusgāžu un plūdu radītajiem postījumiem. Grozījumu mērķis bija nodrošināt apdrošinājuma ņēmēju – fizisko personu – labāku izpratni par apdrošināšanas līguma noteikumu saturu. Ar grozījumiem Apdrošināšanas līguma likuma 8. pants tika papildināts ar 1.[1] daļu, paredzot, ka fiziskajām personām paredzētie apdrošināšanas noteikumi ir jāsagatavo vienkāršā valodā – tā, lai noteikumos ietveramā informācija ir saprotama personām bez speciālām zināšanām tieslietās vai finanšu pakalpojumos. Terminiem ir jābūt skaidri definētiem, tekstam jābūt loģiski strukturētam, bet teikumiem – vienkāršiem. Noteikumos jālieto vienkāršās valodas principi.

Minētās prasības var nepiemērot tikai apdrošināšanas līguma noteikumiem par lielo risku apdrošināšanu un apdrošinājuma ņēmēja profesionālās darbības civiltiesiskās atbildības apdrošināšanu.

Pārejas noteikumos paredzēts, ka attiecībā uz nelaimes gadījumu, sauszemes transporta, īpašuma un palīdzības apdrošināšanas līgumiem minētās prasības apdrošināšanas līgumu noteikumos ir jāpiemēro no 2027. gada 1. janvāra. Savukārt pārējiem likumā noteiktajiem apdrošināšanas veidiem šīs prasības būs obligātas no 2028. gada 1. janvāra.

Atliktais piemērošanas termiņš gan nenozīmē, ka līdz tam apdrošinātāji drīkstētu izmantot neskaidrus patērētāja līguma noteikumus, jo jau šobrīd ir spēkā un ir piemērojamas iepriekš minētās Apdrošināšanas līguma likuma 8. panta pirmās daļas un Patērētāju tiesību aizsardzības likuma prasības.

Svarīgi atcerēties!

Neskaidri formulēti apdrošināšanas līguma noteikumi paši par sevi vēl negarantē apdrošināšanas atlīdzības izmaksu. Vienlaikus arī apdrošinātāja atsaukšanās uz

apdrošināšanas līguma noteikumu izņēmumu automātiski nenozīmē, ka atteikums izmaksāt atlīdzību ir tiesisks un pamatots. Apdrošinātāja atteikumam ir jābūt juridiski pamatotam, un apdrošinātājam ir jāspēj pierādīt apstākļus, uz kuriem tas balsta savu lēmumu.

Svarīgi atcerēties, ka apdrošinātāja atteikums vēl nenozīmē, ka tiesības uz atlīdzību ir neatgriezeniski zaudētas. Atteikuma detalizēta izvērtēšana un savlaicīga savu tiesību aizsardzība var būt izšķiroša, lai rezultātā panāktu taisnīgu un tiesiski korektu apdrošināšanas strīda risinājumu.

**Šis skaidrojums ir vispārīga informācija. Tā neaizstāj individuālu juridisku konsultāciju, jo katra apdrošināšanas strīda situācija vērtējama atbilstoši attiecīgajiem apstākļiem.*

---

[1] Latvijas Republikas Augstākās tiesas Civillietu departamenta 2017.gada 4.jūlija spriedums lietā Nr.SKC-243/2017