

TECHNINĖ SPECIFIKACIJA

1. SĄVOKOS IR SUTRUMPINIMAI

- 1.1. **Klientas / Draudėjas:** AB „Energijos skirstymo operatorius“.
- 1.2. **Paslaugų teikėjas / Draudikas** – ūkio subjektas – privatusis juridinis asmuo, viešasis juridinis asmuo, kitos organizacijos ir jų padaliniai ar tokių asmenų grupė.
- 1.3. **Paslaugos** – Kliento poreikius atitinkančios sveikatos draudimo ir administravimo paslaugos.
- 1.4. **Apdraustasis** – darbo santykiais susijęs su Draudėju ir Sutartyje nurodytas fizinis asmuo.
- 1.5. **Ambulatorinė sveikatos priežiūra** – tai specializuota kvalifikuota sveikatos priežiūra, teikiama ambulatorinėje sveikatos priežiūros įstaigoje.
- 1.6. **Stacionarinė sveikatos priežiūra** – tai Apdraustajam suteikiama terapinė ir/ar chirurginė sveikatos priežiūra, teikiama stacionarinėje sveikatos priežiūros įstaigoje.
- 1.7. **Draudžiamasis įvykis** – Sutartyje nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus Draudikas privalo mokėti draudimo išmoką.
- 1.8. **Nedraudžiamasis įvykis** – Sutartyje nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus Draudikas neprivalo mokėti draudimo išmokos.
- 1.9. **Sveikatos priežiūros įstaiga** – įstaiga ar įmonė, įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka akredituota sveikatos priežiūros paslaugoms ir aptarnavimams teikti.
- 1.10. **Draudiko pripažįstama sveikatos priežiūros įstaiga ir (ar) vaistinė** - įstaiga ar įmonė Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka turinti teisę teikti sveikatos priežiūros, farmacines paslaugas ir patarnavimus, su kuria Draudikas yra sudaręs bendradarbiavimo (paslaugų) sutartį sveikatos priežiūros paslaugų teikimui apdraustiesiems.
- 1.11. **Draudimo suma** – Sutartyje nurodyta pinigų suma, kurios negali viršyti draudimo išmoka.
- 1.12. **Draudimo išmoka** – pinigų suma, kurią Draudikas pagal Sutarties sąlygas privalo išmokėti Apdraustajam ir (ar) sveikatos priežiūros įstaigai už Apdraustajam dėl Draudžiamojo įvykio suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas ar įsigytas prekes.
- 1.13. **Lėtinė liga** – Apdraustojo sveikatos būklė, kuri jau egzistuoja sudarant Sutartį arba dėl kurios Apdraustasis konsultavosi, gydėsi ar vartojo vaistus.
- 1.14. **Profilaktiniai sveikatos patikrinimai** – profilaktiniai sveikatos patikrinimai, Apdraustojo pasirinkti tyrimai įskaitant ir COVID – 19 antikūnų, antigenų testus bei gydytojo konsultacijas, kuriais siekiama įvertinti sveikatos būklę, laiku diagnozuoti susirgimą.
- 1.15. **Vaistai ir medicinos priemonės** – tai Apdraustajam reikalingi gydytojo paskirti vaistiniai preparatai ir/ arba gydytojo paskirtos medicinos pagalbos priemonės.
- 1.16. **Vitaminai, maisto papildai, nereceptiniai vaistai** – tai Apdraustojo įsigyti vitaminai, mineralai, maisto papildai, homeopatiniai vaistai, ir augalinės, gyvulinės kilmės medikamentai įsigyti registruotose vaistinėse (tame tarpe ir e-vaistinėse).
- 1.17. **Medicinos pagalbos priemonės** – priemonės, nurodytos aktualios redakcijos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintame Kompensuojamų medicinos pagalbos priemonių sąrašė (C sąrašas).
- 1.18. **Medicinos prietaisai** – gliukomačiai ir testinės juostelės jiems, klausos aparatai, parenterinės mitybos sistemos, vaistų lašinimo infuzinės sistemos, pompos, inhaliatoriai, kraujo spaudimo matavimo aparatai.
- 1.19. **Išskaita** – draudimo išmokos dalis, įtvirtinta Sutartyje, kurios Draudikas neatlygina.
- 1.20. **Sveikatos draudimo kortelė** – Draudiko nustatytos formos (elektroninė) kortelė, išduodama kiekvienam Apdraustajam, kuri patvirtina sveikatos draudimo apsaugą ir kurią reikia pateikti Sveikatos priežiūros įstaigoje, norint gauti Sveikatos priežiūros paslaugas ar įsigyti prekių, paslaugų Draudiko pripažintoje įstaigoje ir/ ar vaistinėje. Atskiru Draudėjo prašymu Draudikas išduos Apdraustajam plastikinę kortelę.
- 1.21. **Sutartis** – Sutartis, sudaroma tarp Kliento ir Paslaugų teikėjo dėl Pirkimo objekto.

2. PIRKIMO OBJEKTAS

- 2.1. Kliento darbuotojų savanoriško sveikatos draudimo paslaugos (Apdraustųjų turtiniai interesai, susiję su Apdraustojo asmens sveikatos bei jos priežiūros išlaidų apmokėjimu).

3. PIRKIMO OBJEKTO APIMTYS

3.1. Paslaugų kiekiai pateikiami žemiau esančioje Lentelėje Nr. 1:

Lentelė Nr. 1

Įmonės pavadinimas	Preliminarus metinis draudžiamų darbuotojų skaičius (vnt.)
Energijos skirstymo operatorius, AB	1199

* Nurodytas preliminarus Paslaugų kiekis. Sutarties galiojimo laikotarpiu Klientas turi teisę koreguoti perkamų Paslaugų kiekį, neviršijant Sutartyje nurodytos maksimalios Sutarties kainos. Klientas neįsipareigoja išpirkti viso Paslaugų kiekio ar bet kokios jų dalies.

3.2. Draudžiamų darbuotojų skaičius yra preliminarus, Klientas pasilieka sau teisę keisti darbuotojų skaičių, didinant jį arba mažinant iki 10 proc.

3.3. Minimalūs galimi draudimo sumų limitai, kurie bus suteikti kiekvienam Apdraustajam, nurodyti Lentelėje Nr. 2.

3.4. Kiekvienas Apdraustasis, jo pasirinkimu, bus apdraustas vienu iš žemiau Lentelėje Nr. 2 nurodytu programų variantų.

4. PASLAUGŲ TEIKIMO VIETA

4.1. Paslaugos teikiamos: Lietuvos Respublika.

5. REIKALAVIMAI PIRKIMO OBJEKTUI

5.1. Pirkimo objekto aprašymas

5.1.1. Klientas siekia užtikrinti, kad darbuotojai turėtų laisvę naudotis valstybinių ar privačių sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis ir susirgus gauti kokybišką ir greitą gydytojo konsultaciją, taip pat galėtų pasirūpinti ligų prevencija.

5.1.2. Sveikatos draudimo paslaugas turi sudaryti keturi paketai, iš kurių kiekvienas darbuotojas pasirenks sau tinkamą pasiūlymą metams. Antrieiems Sutarties galiojimo metams darbuotojai atlieka pasirinkimą iš naujo.

Lentelė Nr. 2 Sveikatos draudimo paslaugų paketai

Eilės Nr.	Paslauga	Draudimo suma/ kompensuojama dalis***			
		I variantas	II variantas	III variantas	IV variantas
1.	Ambulatorinis gydymas privačiose ir valstybinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose; Dienos chirurgija, dienos stacionaras privačiose ir valstybinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose; Stacionarinis gydymas valstybinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose	2000 €/ 100 %	2000 €/80 %	2000 €/80 %	2000 €/80 %
2.	Kritinių ligų gydymas	2000 €/100 %	2000 €/100 %	2000 €/100 %	2000 €/100 %
3.	Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės, ortopedijos techninės priemonės	50 €/ 50 %	-	70 €/ 50 %	-
4.	Vitaminai, maisto papildai, nereceptiniai vaistai	70 €/ 50 %	-	50 €/ 50 %	-
5.	Odontologija	-	302 €/80 %	-	-
6.	Profilaktika, skiepai	50 €/100 %	-	50 €/100 %	-
7.	Medicininis sveikatinimas / medicininė rehabilitacija	-	-	247 €/80 %	-
8.	Medicinos paslaugos	125 €/ 100 %	50 €/100 %	50 €/ 100 %	209 €/100 %

5.2. Ambulatorinis gydymas ir diagnostika. Dienos chirurgijos, dienos stacionaro paslaugos. Stacionarinis gydymas valstybinėje ligoninėje.

5.2.1. Apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos, suteiktos Apdraustajam dėl ūmios ligos, Lėtinės ligos, Lėtinės ligos paūmėjimo ir/ar nelaimingo atsitikimo privačiose ir valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose:

5.2.1.1. šeimos gydytojo, gydytojų specialistų paslaugos, gydytojo paskirtos slaugytojų paslaugos, suteiktos gydymo įstaigoje arba Apdraustojo namuose (pvz. injekcijos, infuzijos, žaizdų perrišimas); šeimos gydytojo, gydytojų specialistų paskirti diagnostiniai (laboratoriniai ir instrumentiniai) tyrimai ir kitos ambulatorinės paslaugos, suteiktos sveikatos priežiūros įstaigose ir/ar Apdraustojo namuose, esant medicininėms indikacijoms;

5.2.1.2. ambulatorinio gydymo paslaugos atlyginamos, jeigu Apdraustasis kreipėsi su nusiskundimu, tačiau susirgimas nebuvo nustatytas arba gydytojo mediciniškai pagrįsti tyrimai buvo be pakitimų;

- 5.2.1.3. išlaidos dėl konsultacijos metu gydytojo konstatuotų papildomų Apdraustojo sveikatos pokyčių ar kitų susirgimų, kurie yra nesusiję su pagrindiniu sveikatos sutrikimu, dėl kurio kreipėsi Apdraustasis;
- 5.2.1.4. diagnozuotos ligos, taip pat ir Lėtinės ligos būklės stebėjimas, kurį nustatyto periodiškumu vykdo gydytojas specialistas, pagal poreikį skirdamas tyrimus, gydymą (įskaitant lėtinių ligų chirurginį gydymą) ir rekomendacijas;
- 5.2.1.5. nuotolinės šeimos gydytojo, gydytojų specialistų konsultacijos;
- 5.2.1.6. kreipiantis į gydytojus specialistus siuntimas nereikalingas;
- 5.2.1.7. kreipiantis į gydytojus tyrėjus specialistus (echoskopuotoją, klinikinį fiziologą, radiologą ir t.t.) siuntimas būtinas;
- 5.2.1.8. diagnostiniams tyrimams, tame tarpe ir kompiuterinei tomografijai, magnetiniam rezonansui, pozitronų emisijos tomografijai nėra reikalaujamas išankstinis suderinimas su Draudiku raštu ar kitu būdu, t. y. išankstinis atliekamų paslaugų nesuderinimas nėra laikomas pagrindu pripažinti įvykį nedraudžiamuoju;
- 5.2.1.9. ambulatorinės paslaugos, instrumentiniai tyrimai (tame tarpe ir kompiuterinės tomografijos, magnetinio rezonanso, pozitronų emisijos) kompensuojami nepriklausomai ar yra taikomas privalomojo sveikatos draudimo fondo kompensavimas, t. y. kompensuojamos visos apdraustojo patirtos išlaidos;
- 5.2.1.10. konsultacijos ir diagnostika dėl įgimtų, genetiškai nulemtų ligų;
- 5.2.1.11. įgimtų ligų gydymas (chirurginis ar/ir lazerinis);
- 5.2.1.12. karpų, apgamų, papilomų, kandilomų, keratomų, moliuskų, odos gerybinių darinių, kraujagyslinių darinių diagnostika ir gydymas (įskaitant chirurginį ir/ar lazerinį gydymą), jei tai ne estetinis - kosmetinis gydymas;
- 5.2.1.13. nepiktybinių navikų (įskaitant odos navikus) diagnostika ir gydymas (įskaitant chirurginį ir/ar lazerinį gydymą);
- 5.2.1.14. kapiliarų ligų ir venų varikozės diagnostika ir gydymas, įskaitant skleroterapiją bei lazerinį gydymą, esant medicininėms indikacijoms. Kojų venų operacija apmokama nepriklausomai nuo ligos sunkumo laipsnio;
- 5.2.1.15. pėdos kaulų raiščių, sausgyslių, sąnarių bei raumenų diagnostika ir gydymas, pėdos kaulų deformacijos gydymas;
- 5.2.1.16. sveikatos sutrikimų, susijusių su osteochondroze ir/ ar lėtinių degeneracinių ligų diagnostika ir gydymas;
- 5.2.1.17. endobiogeniko, dirbančio licencijuotoje sveikatos priežiūros įstaigoje, konsultacijos ir paskirti tyrimai;
- 5.2.1.18. COVID-19 tyrimai, testai prieš dienos chirurgijos operacijas, dienos stacionarą, kolonoskopijos, gastrokopijos, Holter tyrimus ir/arba kai COVID-19 tyrimai, testai yra privalomi prieš kitas procedūras ar tyrimus, paskyrus gydytojui;
- 5.2.1.19. sisteminių ir autoimuninių ligų diagnostika ir gydymas;
- 5.2.1.20. lytinių hormonų tyrimai;
- 5.2.1.21. alergenų (įskaitant įkvepiamų, maisto) tyrimai;
- 5.2.1.22. onkologinių ligų diagnostika ir gydymas, nepriklausomai nuo ligos stadijos (ir po diagnozės nustatymo); vėžio žymenų tyrimai (kai skiriami diagnozei patvirtinti/ nustatyti, skiriama ligos stebėjimui ir/ar įvertinti gydymo efektyvumą);
- 5.2.1.23. psichiatro, psichiatro - psichoterapeuto, konsultacijos/seansai (iki 12 seansų per Sutarties laikotarpį), atliekami sveikatos priežiūros įstaigoje gydytojo psichiatro, psichiatro – psichoterapeuto, medicinos psichologo, medicinos psichologo - psichoterapeuto. Medicininiai išrašai, paskyrimai nurodytų paslaugų išlaidoms kompensuoti nėra reikalaujami;
- 5.2.1.24. gydamosios lazerio procedūros, jei jos atliekamos dėl ligos, nepriskirtos nedraudžiamiesiems įvykiams;
- 5.2.1.25. gydytojo dietologo konsultacijos;
- 5.2.1.26. homeopatinis gydymas, suteiktas sveikatos priežiūros įstaigoje – gydytojo homeopato konsultacijos ir gydymas.
- 5.2.1.27. endokrininių ligų diagnostika ir gydymas, seniau diagnozuotų endokrininių ligų (skydliaukės, cukrinio diabeto ir kt.) gydymas;
- 5.2.1.28. epilepsijos diagnostika ir gydymas.

5.2.1.29. Dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugos: apmokamos dienos chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugos, įskaitant išlaidas už medicinos pagalbos priemones bei vienkartinius instrumentus, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. vasario 11 d. įsakymu Nr. V-225 (įskaitant visus vėlesnius jo pakeitimus ar papildymus bei naują redakciją) patvirtintame dienos chirurgijos paslaugų sąraše nurodytos dienos chirurgijos paslaugos (planinės ir skubios operacijos) bei slaugymo (išskyrus maitinimo) paslaugos, suteiktos apdraustajam būnant stacionaro ar dienos chirurgijos skyriuje iki 48 valandų. Dienos stacionare teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos pagal ligų profilius. Šie profiliai yra nurodyti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. birželio 14 d. įsakyme Nr. V-730 ir vėlesniuose įsakymo pakeitimuose. Jeigu nurodytos paslaugos nėra kompensuojamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo

(teritorinių ligonių kasų), Draudikas pilnai apmoka šias paslaugas, suteiktas Apdraustajam. Apmokamos gydytojo paskirtos ir stacionare naudojamos Medicinos pagalbos priemonės, vaistiniai preparatai, varžtai, plokštelės, sraigčiai, kabės, implantai (tame tarpe akies lęšiukas), protezai, konstrukcijos, susiuvimo reikmenys ir kita.

5.2.1.29.1. dienos chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugos apmokamos nepriklausomai, įstaiga yra ar nėra pasirašiusi sutarties su teritorine ligonių kasa, įskaitant išlaidas už medicinos pagalbos priemones ir vienkartinius instrumentus;

5.2.1.29.2. dienos chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugos bus apmokamos, jei gydymo įstaiga jau yra išnaudojusi valstybinių ligonių kasų skirtus pinigus tam tikro pobūdžio operacijoms;

5.2.1.29.3. dienos chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugų skaičius neribojamas;

5.2.1.29.4. dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugos neprivalo būti iš anksto suderintos su Draudiku, t. y. išankstinis paslaugų nesuderinimas nėra laikomas pagrindu įvykį pripažinti nedraudžiamuoju;

5.2.1.29.5. apmokama paskirta privalomoji diagnostika/ tyrimai prieš gydytojo paskirtas dienos stacionaro ar dienos chirurgijos paslaugas;

5.2.1.29.6. galioja visos 5.2.1.10-5.2.1.15, 5.2.1.19 ir 5.2.1.21 punktų sąlygos.

5.2.1.30. Stacionarinės sveikatos priežiūros valstybinėse gydymo įstaigose paslaugos: kompensuojamos mediciniškai pagrįstos paslaugos/išlaidos, suteiktos/patirtos Apdraustajam dėl ūmios ligos, Lėtinės ligos, Lėtinės ligos paūmėjimo ir (ar) nelaimingo atsitikimo valstybinėse gydymo įstaigose:

5.2.1.30.1. terapinį ir chirurginį gydymą;

5.2.1.30.2. tyrimus ir konsultacijas;

5.2.1.30.3. papildomą priežiūrą, slaugytojų paslaugas (išskyrus ilgalaikę slaugą);

5.2.1.30.4. komforto paslaugas (vienvietė ar dvivietė palata);

5.2.1.30.5. gydytojo paskirti medikamentai, vitaminai, medicinos pagalbos, ortopedijos techninės ir slaugos priemonės, naudojamos esant/gulint stacionare;

5.2.1.30.6. Lėtinių ligų gydymą įskaitant ir chirurginį /lazerinį;

5.2.1.30.7. privačios greitosios pagalbos paslaugos;

5.2.1.30.8. galioja visos 5.2.1.10-5.2.1.15, 5.2.1.19 ir 5.2.1.21 punktų sąlygos.

5.2.1.31. Apmokamos išlaidos už medicininių dokumentų įforminimą, medicininių tyrimų, įrašų bei kitų informacinių laikmenų įrašymą;

5.2.1.32. Jeigu Draudiko standartinės draudimo taisyklės numato papildomų ambulatorinio, dienos chirurgijos, dienos stacionaro ir stacionaraus gydymo paslaugų kompensavimą, tos Paslaugos turi būti kompensuojamos Apdraustiesiems darbuotojams.

5.3 Kritinių ligų gydymas.

5.3.1. Kompensuojamos Apdraustojo patirtos išlaidos privačiose ir valstybinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, vaistinėse (e-vaistinėse), ortopedijos technikos priemonių parduotuvėse (e-parduotuvėse) dėl Kritinės ligos, nurodytos 5.3.2. punkte pateiktame ligų sąrašė, gydymo su sąlyga, kad ligos diagnozė patvirtinta atitinkamais laboratoriniais, histologiniais ir instrumentiniais tyrimais (pagal Draudiko taisyklėse nurodytus kriterijus), ir ši liga nebuvo diagnozuota iki Sutarties sudarymo:

5.3.1.1. ambulatorinis ir ar stacionarinis gydymas ir diagnostika, ambulatorinė / stacionarinė reabilitacija, Medicinos pagalbos priemonės ir prietaisai, vaistai, maisto papildai, periodiniai sveikatos patikrinimai.

5.3.2. Kritinių ligų sąrašas:

5.3.2.1. Piktybinis auglys (vėžys);

5.3.2.2. Miokardo infarktas;

5.3.2.3. Insultas (smegenų infarktas);

5.3.2.4. Vainikinių arterijų šuntavimo operacija;

5.3.2.5. Širdies vožtuvų operacijos;

5.3.2.6. Aortos operacijos;

5.3.2.7. Vidaus organų / kaulų čiulpų transplantacija;

5.3.2.8. Inkstų nepakankamumas;

5.3.2.9. Parkinsono liga iki 65 metų amžiaus;

5.3.2.10. Alzheimerio liga iki 65 metų amžiaus;

5.3.2.11. Trečio laipsnio nudegimai;

5.3.2.12. Gerybinis smegenų navikas;

5.3.2.13. Aklumas;

5.3.2.14. Kurtumas;

5.3.2.15. Kalbos praradimas;

5.3.2.16. Galūnių funkcijos netekimas;

5.3.2.17. Virusinis encefalitas.

5.3.3. Laukimo laikotarpis netaikomas (laikotarpis, skaičiuojamas nuo Sutarties įsigaliojimo dienos, kurio metu Apdraustajam nustačius ligos diagnozę, Draudimo išmoka neišmokama).

5.3.4. Išgyvenimo laikotarpis netaikomas (laikotarpis, kuris skaičiuojamas nuo kritinės ligos pradžios dienos).

5.3.5. Jeigu Draudiko standartinės draudimo taisyklės numato papildomų kritinių ligų, neįvardintų 5.3.2.1.-

5.3.2.17 punktuose, tos ligos turi būti įtrauktos/kompensuojamos Apdraustiesiems.

5.4. Vaistai, medicinos pagalbos priemonės, ortopedijos techninės priemonės.

5.4.1. Atlyginamos registruotose vaistinėse (e-vaistinėse), ortopedijos techninių priemonių parduotuvėse (e-parduotuvėse) Apdraustojo patirtos išlaidos dėl jam reikalingų ir gydytojo receptu paskirtų vaistinių preparatų arba medicinos pagalbos priemonių įsigijimo:

5.4.1.1. Vaistiniai preparatai turi būti įregistruoti Lietuvos Respublikos ar Europos Bendrijos vaistinių preparatų registre ir turėti ATC (anatominių-terapinių-cheminių) kodą. Medicinos pagalbos (įskaitant ortopedinės technikos) priemonės, medicininiai prietaisai ir medicininės paskirties prekės, įsigyjamose (išsinuomojamos) vaistinėse, ortopedinių prekių parduotuvėse (tame tarpe ir internetinėse) pagal gydančio gydytojo paskyrimą.

5.4.1.2. Jei vaistai ir (arba) Medicinos pagalbos priemonės yra iš dalies kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, tuomet atlyginama visa reikalinga priemoka, neviršijant numatyto draudimo sumos limito.

5.4.1.3. Jeigu Draudiko standartinės draudimo taisyklės numato papildomų preparatų apmokėjimą, tie preparatai turi būti apmokami Apdraustiesiems.

5.5. Vitaminai, maisto papildai, nereceptiniai vaistai.

5.5.1. Apmokami vaistinėse / el. vaistinėse įsigyti:

5.5.1.1. Lietuvos Respublikos arba Bendrijos vaistinių preparatų registre įregistruoti nereceptiniai vaistiniai preparatai;

5.5.1.2. homeopatiniai vaistai, vitaminai, mineralinių medžiagų priedai, maisto papildai, augalinės arba gyvūninės kilmės vaistiniai preparatai.

5.5.1.3. Jeigu Draudiko standartinės draudimo taisyklės numato papildomų preparatų apmokėjimą, tie preparatai turi būti apmokami ir Apdraustiesiems.

5.6. Odontologija

5.6.1. Atlyginamos Apdraustojo patirtos išlaidos:

5.6.1.1. burnos priežiūros specialisto konsultacijos, burnos higienos įvertinimo, dantų kietųjų ir minkštųjų apnašų pašalinimo, fluoro aplikacijos paslaugos;

5.6.1.2. gydytojo odontologo ar burnos, veido ir žandikaulių chirurgo konsultacijos; dantų bendro endodontinio, ortodontinio, periodontinio, chirurginio danties ligų, ortognatinio gydymo paslaugos; danties kietųjų audinių defektų atstatymo plombomis, įklotais, užklotais ir laminatais paslaugos; dantų radiologinio ištyrimo, nuskausminimo, dantų rovimo paslaugos, įskaitant odontologines dienos chirurgijos, gydymo kaulo pakaitalais ar dirbtiniu kaulu paslaugas; gydymas kapomis (pvz., ortodontinėmis, relaksacinėmis, bruksizmo).

5.6.1.3. dantų protezavimas: ortodontinis gydymas, išimamų ir neišimamų dantų protezų gamyba, implantai, breketai.

5.6.2. Jeigu Draudiko standartinės draudimo taisyklės numato papildomų Odontologinių paslaugų apmokėjimą, tos Paslaugos turi būti kompensuojamos Apdraustiesiems.

5.6.3. Šiai draudimo apsaugai netaikomas 5.10.17. punktas.

5.7. Profilaktiniai sveikatos patikrinimai, skiepai

5.7.1. Atlyginamos patirtos išlaidos dėl:

5.7.1.1. Apdraustojo pageidavimu atliktų tyrimų ir/ar konsultacijų;

5.7.1.2. privalomų profilaktinių sveikatos patikrinimų (pagal darbo pobūdį, vairavimo ir kt.);

5.7.1.3. konsultacijų ir tyrimų pagal sveikatos priežiūros įstaigoje sudarytas ir patvirtintas sveikatos prevencines programas;

5.7.1.4. konsultacijų, tyrimų (įskaitant antikūnų, antigenų testus) ir (ar) vakcinų, skirtų sveikatos sutrikimų, paskelbtų epidemija ar pandemija, prevencijai ir (ar) diagnostikai;

5.7.1.5. gydytojo konsultacijų dėl vakcinavimo, apdraustojo pasirinktų ar gydytojo paskirtų vakcinų bei vakcinavimo paslaugų. Kompensuojamos visų tipų vakcinų.

5.7.2. Šių paslaugų išlaidų kompensavimui nereikalaujami gydytojų išrašai, paskyrimai ir pan.

5.7.3. Jeigu Draudiko standartinės draudimo taisyklės numato papildomų paslaugų apmokėjimą, tos Paslaugos turi būti kompensuojamos Apdraustiesiems.

5.8. Medicininis sveikatinimas/ medicininė rehabilitacija.

5.8.1. Atlyginamos Apdraustojo patirtos išlaidos:

5.8.1.1. Gydomieji masažai, vandens ir purvo procedūros (baseinas, balneoterapija, purvo vonios, gydomieji dušai ir t.t), fizioterapinės procedūros, kineziterapijos užsiėmimai (individualūs ir grupiniai užsiėmimai salėje ar vandenyje), manualinė terapija, ergoterapija, haloterapija, kurios teikiamos Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau - VASPVT prie SAM) licencijuotose sveikatos priežiūros įstaigose;

5.8.1.2. kineziterapeuto, ergoterapeuto, logopedo, psichiatro, psichoterapeuto, medicinos psichologo, homeopato, refleksoterapeuto, sporto medicinos gydytojo, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijos, netradicinės medicinos paslaugos, kurios teikiamos VASPVT prie SAM licencijuotose sveikatos priežiūros įstaigose;

5.8.2. Šioms Paslaugoms gydytojo paskyrimas nebūtinas.

5.8.3. Jeigu Draudiko standartinės draudimo taisyklės numato papildomų Medicininio sveikatinimo/ Medicininės reabilitacijos paslaugų apmokėjimą, tos Paslaugos turi būti kompensuojamos Apdraustiesiems.

5.9. Medicinos paslaugos.

5.9.1. Apdraustajam kompensuojamos sveikatos priežiūros paslaugos, kurios buvo suteiktos privačiose ir valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose, vaistinėse, optikos salonuose, odontologijos klinikose, sanatorijose ir reabilitacijos centruose, turinčiuose sveikatos priežiūros įstaigos licenciją. Taip pat kompensuojamos prekės, įsigytos e-vaistinėse ir specializuotose optikos prekių interneto parduotuvėse.

5.9.2. ambulatorinis gydymas ir diagnostika;

5.9.3. stacionarinis gydymas;

5.9.4. reabilitacinis gydymas;

5.9.5. profilaktiniai, periodiniai sveikatos patikrinimai ir tyrimai;

5.9.6. skiepai;

5.9.7. nėščiųjų priežiūra, gimdymas, pogimdyminė priežiūra;

5.9.8. odontologijos paslaugos;

5.9.9. vaistai, vitaminai, Medicinos pagalbos priemonės, ortopedijos techninės priemonės, medicinos prietaisai;

5.9.10. optika;

5.9.11. netradicinės medicinos paslaugos, kurios teikiamos licencijuotose sveikatos priežiūros įstaigose;

5.9.12. kompensuojamos 5.2.-5.9. papunkčiuose nurodytos Paslaugos ir prekės, jei jos nebuvo kompensuotos pagal 5.2.-5.19. papunkčiuose numatytas sąlygas arba buvo išnaudotas šioms Paslaugoms numatytas limitas.

5.9.13. Gydytojo siuntimai Paslaugoms, receptai vaistams, medicinos priemonėms, nebūtinai.

5.9.14. Šiai draudimo apsaugai galioja tik 5.10.1.-5.10.5, 5.10.7, 5.10.19 - 5.10.25. punktuose išvardinti nedraudžiamieji įvykiai.

5.9.15. Jeigu Draudiko standartinės draudimo taisyklės numato papildomų Medicininių paslaugų apmokėjimą, tos Paslaugos turi būti kompensuojamos Apdraustiesiems.

5.10. Nedraudžiamieji įvykiai. Draudikas gali taikyti tik žemiau įvardintus Nedraudžiamuosius įvykius. Sąrašas yra baigtinis, tačiau Draudikas neprivalo taikyti visų žemiau įvardintų Nedraudžiamųjų įvykių:

5.10.1. sveikatos sutrikimai, kurie buvo sukelti Apdraustajam tyčia ar dėl neatsargumo susižalojus ar bandant nusižudyti;

5.10.2. sveikatos sutrikimai, kurie atsirado Apdraustajam vykdant nusikalstamą veiką arba rengiantis ją įvykdyti ar dėl kito priešingo teisei veikimo;

5.10.3. paslaugos suteiktos draudimo apsaugos negaliojimo (sustabdymo) metu;

5.10.4. sveikatos sutrikimai, kurie atsirado Apdraustajam aktyviai dalyvaujant karo veiksmuose, karinio pobūdžio operacijose, masiniuose ir pilietiniuose neramumuose, sukilimuose, streikuose;

5.10.5. sveikatos sutrikimai, atsiradę apdraustajam nuo alkoholio, narkotinių ar apsvaigimo tikslu naudotų toksinių medžiagų ar vaistų, kurie nebuvo paskirti gydytojo, poveikio;

5.10.6. sergančių priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų (nikotino, narkotikų, alkoholio, psichotropinių medžiagų) ligomis gydymas;

5.10.7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nelicencijuota veikla ir/ar neaprobuoti diagnostikos ir gydymo būdai;

5.10.8. lytiniu keliu plintančių ligų (sifilio, gonorėjos, trichomonozės, chlamidijozės, žmogaus papilomos viruso, herpes genitalis ir kt.), genitalijų karpų, AIDS bei ŽIV diagnostika ir gydymas;

5.10.9. nėštumo priežiūra, gimdymas ir pogimdyminė priežiūra, sveikatos sutrikimai sąlygoti nėštumo ar gimdymo;

5.10.10. nevaisingumo bei potencijos sutrikimų diagnostika ir gydymas;

5.10.11. nėštumo nutraukimas nesant medicininių indikacijų ir gimdymas ne medicinos įstaigoje;

5.10.12. konsultacija šeimos planavimo, kontracepcijos klausimais, kontracepcijos priemonių įdėjimas, kontrolė ar išėmimas;

- 5.10.13. organų persodinimo operacijos; kaulų čiulpų transplantacijos, hemodializės procedūros;
- 5.10.14. palaikomasis gydymas ir slauga slaugos specializuotose stacionaruose;
- 5.10.15. terapinis ir chirurginis nutukimo gydymas;
- 5.10.16. regėjimo korekcijos operacijos;
- 5.10.17. paslaugos, susijusios su burnos, žandikaulio chirurgija;
- 5.10.18. sąnarių endoprotezavimo operacijas bei išlaidos už endoprotezus;
- 5.10.19. kosmetinės - plastinės operacijos, kosmetologinės /grožio procedūros;
- 5.10.20. jeigu Apdraustasis viršijo Sutartyje numatytus draudimo varianto draudimo sumų limitus sveikatos priežiūros paslaugai. Tokiu atveju apmokama tik ta dalis, kuri neviršija Sutartyje numatytos draudimo sumos;
- 5.10.21. jei draudimo apsauga naudojasi ne Apdraustasis;
- 5.10.22. sveikatos priežiūros paslaugos ir/ar gydymas, kurių datos ir aplinkybių negalima nustatyti;
- 5.10.23. kosmetikos priemonių, higienos prekių įsigijimas vaistinėse, e-vaistinėse;
- 5.10.24. sanatoriniai (SPA) kelialapiai, į kurių kainą įskaičiuotos apgyvendinimo ir (ar) maitinimo paslaugos; dovanų kuponai;
- 5.10.25. paslaugos suteiktos vandens arba žiemos pramogų parkuose;
- 5.10.26. jeigu standartinės Draudiko taisyklės / sąlygos numato papildomų nedraudžiamųjų įvykių, tokie papildomi nedraudžiamieji įvykiai Apdraustiesiems negali būti taikomi (negalioja).

6. PASLAUGŲ VYKDYMO TVARKA IR TERMINAI

- 6.1. Įvykus Draudžiamajam įvykiui, Apdraustasis gali kreiptis į bet kurią įstaigą ar įmonę Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka turinčią teisę teikti sveikatos priežiūros, farmacines paslaugas - tiek į Draudiko pripažįstamą sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria Draudikas turi sudaręs bendradarbiavimo sutartį, tiek ir į sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria Draudikas nėra sudaręs bendradarbiavimo sutarties.
- 6.2. Už sveikatos priežiūros įstaigų suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas Draudimo išmoka mokama pagal sveikatos priežiūros įstaigų įkainius, nepriklausomai, įstaiga yra ar nėra pasirašiusi sutarties su teritorine ligonių kasa.
- 6.3. Draudimo išmoka yra lygi dėl Draudžiamąjo įvykio patirtų ir Draudiko kompensuojamų išlaidų dydžiui, neviršijant kiekvienai paslaugai taikomos draudimo sumos.
- 6.4. Jei įvykus Draudžiamajam įvykiui Apdraustasis kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą, kuri neturi bendradarbiavimo sutarties su Draudiku ir už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas Apdraustasis pats tiesiogiai sumoka Sveikatos priežiūros įstaigai, Draudimo išmokai nustatyti ir išmokėti Apdraustasis turi pateikti Draudikui šiuos dokumentus:
 - 6.4.1. finansinį dokumentą, liudijantį apie suteiktų paslaugų apmokėjimą: sąskaitą faktūrą su kasos kvitu arba kasos pajamų orderio kvitą, ar pinigų priėmimo kvitą, arba mokėjimo pavedimą, kuriuose turi būti gydymo įstaigos / vaistinės rekvizitai, duomenys apie mokėtoją bei įvardintos kam ir kokios buvo suteiktos Paslaugos ar parduoti vaistai, Medicinos pagalbos priemonės;
 - 6.4.2. siuntimą/ išrašą ar kopiją iš medicininės dokumentacijos, kurioje nurodoma informacija apie susirgimo pobūdį, diagnozę, paskirtus tyrimus, procedūras, gydymą. Šis punktas netaikomas sveikatos priežiūros paslaugoms, suteiktoms iš „Profilaktiniai sveikatos patikrinimai, skiepai“, „Medicininis sveikatinimas/medicininė rehabilitacija“ draudimo programų;
 - 6.4.3. vaisto, medicinos priemonių receptas ar kitas medicinos dokumentas kompensavimui iš draudimo programos „Vaistai ir Medicinos priemonės, ortopedijos technikos priemonės“;
 - 6.4.4. užpildytą prašymą kompensuoti sveikatos draudimo patirtas išlaidas (Apdraustasis užpildo standartinę Draudiko formą, esančią Draudiko internetiniame puslapyje ar pateikia per mobilią Draudiko programėlę).
- 6.5. Šiuos dokumentus Apdraustasis pateikia Draudikui ne vėliau kaip per 30 (trisdešimt) kalendorinių dienų nuo Draudžiamąjo įvykio dienos jam priimtinausiu būdu (atveža ar siunčia paštu Draudiko nurodytu adresu, siunčia Draudiko nurodytu elektroniniu paštu nuskenuotus, pateikia per Draudiko savitarnos puslapį ar mobilią programėlę). Atskirais nenumatytais atvejais – vėliausiai per 30 (trisdešimt) kalendorinių dienų po draudimo apsaugos pasibaigimo (Paslaugos turi būti gautos draudimo apsaugos galiojimo metu).
- 6.6. Jei įvykus Draudžiamajam įvykiui Apdraustasis kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą, kuri turi bendradarbiavimo sutartį su Draudiku, tuomet Apdraustasis neprivalo pranešti Draudikui apie Draudžiamąjį įvykį. Tokiu atveju, apie Draudžiamąjį įvykį Draudikui privalo pranešti (ir visus būtinus dokumentus/informaciją pateikti) minėta sveikatos priežiūros įstaiga. Už šiose įstaigose Apdraustajam suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas Draudikas apmoka tiesiogiai tai Sveikatos priežiūros įstaigai.
- 6.7. Apdraustajam kreipiantis į Draudiko pripažįstamą sveikatos priežiūros įstaigą, Apdraustajam naudojantis ir atsiskaitant Draudiko suteikta kortele, turi būti suteiktos visos esminės Paslaugos, numatytos Sutartyje.
- 6.8. Draudimo išmoka mokama per kiek įmanomai trumpesnį laiką, bet ne vėliau kaip per 30 (trisdešimt) kalendorinių dienų nuo tos dienos, kai gaunama visa informacija, reikšminga nustatant Draudžiamąjo įvykio faktą, aplinkybes, pasekmes bei draudimo išmokos dydį.

7. DRAUDIMO IŠMOKOS MOKĖJIMO APRIBOJIMAI

7.1. Draudimo išmoka nemokama, jei įvykis nedraudžiamasis.

7.2. Draudikas turi teisę mažinti Draudimo išmoką arba jos nemokėti, jei:

7.2.1. draudėjas nuslėpė informaciją arba pateikė neteisingus duomenis, kas galėjo lemti Draudiko apsisprendimą sudaryti Sutartį ar nustatyti draudimo sąlygas;

7.2.2. pagal Apdraustoją pateiktus dokumentus negalima nustatyti Draudžiamojo įvykio datos bei aplinkybių;

7.2.3. Apdraustasis nepagrįstai neleidžia ar trukdo Draudikui susipažinti su Apdraustojų medicinine ar kita su įvykiu susijusia dokumentacija.

8. DRAUDIMO PASLAUGŲ ATSISKAITYMO TVARKA

8.1. Metinės draudimo įmokos įkainis vienam Apdraustajam yra galutinis, nekeičiamas ir turi apimti visas tiesiogines ir netiesiogines išlaidas, susijusias su Paslaugų teikimu.

8.2. Draudimo įmoka už būsimą draudimo apsaugos ketvirtį mokama ketvirčiais, lygiomis dalimis po 25% nuo draudimo įmokos, paskaičiuotos pagal Apdraustųjų skaičių draudimo laikotarpio pradžioje.

8.3. Pirmoji draudimo įmokos dalis sumokama per 30 (trisdešimt) kalendorinių dienų nuo mokėjimo dokumento gavimo dienos.

8.4. Sekančios draudimo įmokos dalys mokamos už būsimą draudimo apsaugos ketvirtį kas ketvirtį per 10 (dešimt) kalendorinių dienų nuo mokėjimo dokumento ir suderintos su Draudėju papildomas detalizacijos, kurioje numatytas įmokų pasiskirstymas pagal draudžiamus asmenis MS Excel formatu, pateikimo dienos.

9. DRAUDĖJO, APDRAUSTOJO IR DRAUDIKO TEISĖS IR PAREIGOS

9.1. Draudikas privalo nemokamai pateikti Sveikatos draudimo korteles kiekvienam Apdraustajam per 7 (septynias) darbo dienas nuo Kliento darbuotojų sąrašo pateikimo dienos.

9.2. Apdraustajam asmeniui pametus ar sugadinus fizinę Sveikatos draudimo kortelę, Draudikas per 3 (tris) darbo dienas privalo išduoti naują Sveikatos draudimo kortelę be papildomo mokesčio.

9.3. Draudikas pateikia Draudėjui nuostolingumo ataskaitą „xls“ formatu apie Apdraustųjų pasinaudojimą Paslaugomis ne mažiau kaip 3 kartus: po 6 (šešių) mėnesių nuo Sutarties įsigaliojimo, likus 2 mėnesiams iki Paslaugų teikimo termino pabaigos ir praėjus 1 mėnesiui po Paslaugų teikimo termino pasibaigimo. Ataskaitoje nurodomas Draudėjas, apdraustų darbuotojų skaičius kiekviename draudimo variante, kiekvienos paslaugų grupės išmokos.

9.4. Draudėjo rašytiniu pageidavimu, po Sutarties sudarymo gali būti įtraukiami nauji Apdraustieji. Draudimo apsauga naujai įtrauktiems Apdraustiesiems įsigalioja nuo Draudėjo prašomos datos (ne anksčiau kaip sekančią dieną nuo prašymo pateikimo dienos), ir galioja iki bendro draudimo apsaugos termino galiojimo pabaigos datos.

9.5. Naujai apdraustiesiems darbuotojams draudimo įmoka skaičiuojama proporcingai laikotarpiui, laikant, kad už kiekvieną pilną apsaugos galiojimo mėnesį skaičiuojama 1/12 metinės draudimo įmokos.

9.6. Ambulatorinio gydymo, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stacionarinio gydymo, profilaktinių sveikatos patikrinimų ir skiepų, receptinių vaistų, medicinos priemonių, vitaminų, nereceptinių vaistų suma suteikiama pilna, nepaisant draudimo apsaugos galiojimo.

9.7. Odontologijos, medicininio sveikatinimo/ reabilitacijos ir medicinos paslaugų draudimo suma yra mažinama proporcingai draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiui.

9.8. Apdraustasis laikomas išbrauktu iš Apdraustųjų sąrašo ir atitinkamai draudimo apsauga tokiam Apdraustajam nustoja galioti nuo dienos, kai Draudėjas, per įgaliotą draudimo brokerį MAI Baltics, UADBB, pateikia Draudikui prašymą (arba raštišką pranešimą el. paštu) išbraukti Apdraustąjį iš Apdraustųjų sąrašo.

9.9. Draudėjas įsipareigoja informuoti Apdraustąjį apie jo draudimo apsaugos nutraukimą.

9.10. Draudėjas neatlygina tokių Draudiko patirtų nuostolių, kurie atsirado, jei Draudikas moka Draudimo išmoką, kompensuoja sveikatos priežiūros įstaigų pateiktas sąskaitas ar Apdraustoją patirtas išlaidas už Paslaugas, suteiktas po dienos, kai Draudėjas raštu elektroninėmis priemonėmis pateikė prašymą nutraukti draudimo apsaugą konkrečioms Apdraustiesiems.

9.11. Nutrūkus Apdraustojų ir Kliento darbo santykiams ar kitaip netekus teisės būti Apdraustajam, nepanaudota įmokos dalis, neišskaičiuojant išmokėtų išmokų, Klientui perskaičiuojama proporcingai Sutarties galiojimo laikotarpiui, bei įskaitoma į draudimo įmokas, mokėtinas už kitus Apdraustuosius arba grąžinama Klientui (Sutarties pabaigoje). Jei Apdraustasis išbraukiamas iš Apdraustųjų sąrašo vėliau nei likus 3 (trims) mėnesiams iki draudimo apsaugos laikotarpio pabaigos, nepanaudota įmokos dalis yra grąžinama. Grąžintina įmokos dalis apskaičiuojama pagal tokią formulę:

$GID = MDI / 360 * LDS$, kur

GID – grąžintina įmokos dalis

MDI – metinė draudimo įmoka vienam apdraustajam

LDS – likusių dienų skaičius, laikantis prielaidos, kad metuose yra 360 dienų ir kiekvienam mėnesiui taikoma

1/12 – 30 dienų.

10. KITI REIKALAVIMAI

10.1. Draudimo apsauga (draudimo liudijimas) įsigalioja nuo Sutarties įsigaliojimo dienos, **bet ne anksčiau kaip 2022 m. liepos 7 d.** Draudimo apsauga (draudimo liudijimas) galioja 1 (vienerius) metus ir yra pratęsiamą dar 1 (vienerių) metų laikotarpiui, jeigu likus ne mažiau kaip 4 mėnesiams iki draudimo liudijimo (draudimo apsaugos) galiojimo pabaigos abi šalys raštu nepranešė viena kitai apie draudimo apsaugos nepratėsimą. Jei Draudikas laiku neinformuoja Draudėją apie draudimo apsaugos nepratėsimą naujam 1 (vienerių) metų galiojimo laikotarpiui, Draudikas privalo užtikrinti Draudėjo draudimo apsaugą iki naujos draudimo apsaugos įsigijimo.

10.2. Draudimo sutarčių ir polisų sudarymo tarpininkavimo, žalų istorijos ir kitais draudimo klausimais Klientą atstovauja UADBB „MAI Baltics“, įmonės kodas: 110801410. Pagal AB „Ignitis grupė“ ir UADBB „MAI Baltics“ tarpininkavimo sutartį, Draudikas moka 1 % draudimo įmokos dydžio tarpininkavimo mokestį UADBB „MAI Baltics“.

10.3. Draudikas privalo pateikti naujausią gydymo įstaigų sąrašą, su kuriomis yra sudaręs tarpusavio atsiskaitymo sutartis ir kuriose Apdraustasis gali atsiskaityti turėdamas Sveikatos draudimo kortelę (aktualus šių įstaigų sąrašas turi būti pateikiamas Draudiko internetiniame puslapyje, internetinė nuoroda pateikiama pasirašant Sutartį).

10.4. Apdraustiems darbuotojams taikomas plačiausias gydymo įstaigų, su kuriomis Draudikas yra sudaręs bendradarbiavimo sutartis, sąrašas (ši sąlyga aktuali tiems Draudikams, kurie savo veikloje Apdraustiesiems siūlo keletą gydymo įstaigų sąrašų).

10.5. Kiekvienoje Lietuvos Respublikos apskrityje Draudikas turi būti sudaręs bendradarbiavimo/atsiskaitymo sutartis bent su 2 vaistinėmis ir 2 sveikatos priežiūros įstaigomis, teikiančiomis gydymo ir diagnostikos paslaugas, kurios leidžia tiesioginį atsiskaitymą.

10.6. Draudikas turi Klientui:

10.6.1. Per 7 (septynias) darbo dienas po Sutarties pasirašymo paruošti ir pateikti:

10.6.1.1. 12 (dvylika) mėnesių galiojantį sveikatos draudimo polisą, su galimybe pratęsti pagal techninės specifikacijos 10.1 punktą.

10.6.1.2. Sutarties ir draudimo poliso pagrindu Apdraustiesiems išduoti ir elektronines ir, esant poreikiui, plastikines Sveikatos draudimo korteles.

10.6.2. Sutarties galiojimo metu užtikrinti:

10.6.2.1. Apdraustųjų sutikimų dėl asmens duomenų naudojimo surinkimą vienu iš šių būdų: a) elektroninėmis priemonėmis, pvz. interneto savitarna, mobiliąją programėlę, ar kitu būdu ar b) Apdraustajam asmeniui užpildant sutikimą dėl asmens duomenų tvarkymo teikiant draudimo išmokos prašymo dokumentus ar c) Apdraustajam asmeniui fiziškai pasirašant popierinį sutikimo variantą;

10.6.2.2. Draudikas privalo sudaryti galimybę Apdraustajam patikrinti draudimo sumų likučius elektroninėje erdvėje arba elektroniniu paštu, arba telefonu pagal Sveikatos draudimo kortelės numerį ar kitą suteiktą identifikavimo kodą;

10.6.2.3. Draudikas turi teikti Draudėjui, Apdraustiesiems konsultacijos (žodžiu ir raštu) sveikatos draudimo klausimais, Sutarčių vykdymo bei draudimo žalų administravimo klausimais ir su tuo susijusias įprastines tokio pobūdžio paslaugas - draudžiamųjų rizikų nustatymas, jų vertinimas, rekomendacijų teikimas ir konsultacijos darbuotojams kaip efektyviai naudotis sveikatos draudimu.

10.7. Draudikas įsipareigoja administruoti draudimo apsaugos laikotarpiu įvykusius Draudžiamuosius įvykius iki pilno įvykio sureguliuavimo t. y. šį pareigą Draudikui išlieka ir pasibaigus Sutarties galiojimo laikotarpiui.

10.8. Paslaugų teikimo sąlygos, kurios nenurodytos šioje techninėje specifikacijoje, taikomos pagal Draudiko standartines taisykles.

10.9. Bet kokie nesutarimai ar ginčai sprendžiami abipusiu susitarimu. Bet kokie ginčai, nesutarimai ar reikalavimai, kylantys iš Sutarties ar susiję su ja, jos pažeidimu, nutraukimu ar galiojimu, neišspręsti šalių susitarimu, sprendžiami Lietuvos Respublikos teismuose Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka.

10.10. Nutraukiant Sutartį ne dėl Draudėjo kaltės, Draudikas privalo grąžinti Draudėjui draudimo įmoką, kuri yra proporcingai lygi Draudėjo apmokėtam, bet nepanaudotam draudimo apsaugos laikotarpiui, neišskaitant jokių kitų mokesčių ar sumų. Tais atvejais, kai draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu Draudėjas nėra sumokėjęs draudimo įmokos, kurios mokėjimo terminas yra atidėtas ir Sutarties šalis praneša apie ketinimą nutraukti Sutartį ne dėl Draudėjo kaltės, Draudikas privalo nedelsiant perskaičiuoti draudimo įmoką ir informuoti Draudėją apie mokėtiną draudimo įmoką atsižvelgiant į planuojamą Sutarties nutraukimo terminą, neišskaitant jokių kitų mokesčių ar sumų.

10.11. Visos šioje techninėje specifikacijoje nurodytos sąlygos laikomos specialiosiomis ir turi taikymo pirmenybę draudimo rūšies taisyklių atžvilgiu. Draudimo rūšies taisyklių punktai, prieštaraujantys ar siaurinantys šios specifikacijos nuostatas, laikomi negaliojančiais.