**SVEIKATOS DRAUDIMO PASLAUGŲ**

**TECHNINĖ SPECIFIKACIJA**

1. **BENDROSIOS NUOSTATOS**
   1. AB „Vilniaus šilumos tinklai“ (toliau – Užsakovas) perka darbuotojų sveikatos draudimo paslaugas (toliau – Paslaugos).
   2. Draudimo paslaugos bus perkamos Užsakovo darbuotojams (toliau -Apdraustieji) 12 mėnesių laikotarpiui.
   3. Perkamų Paslaugų kiekis (apimtis) – vienu metu apdraudžiami Užsakovo darbuotojai, kurių sąrašą pateikia Užsakovas. Užsakovas Paslaugas pirks už fiksuotą įkainį – t. y. 600 EUR vienam darbuotojui 12 mėnesių laikotarpiui (metinė draudimo įmoka) (įskaitant komisinį atlygį Draudimo brokeriui). Preliminarus draudžiamų darbuotojų skaičius – 600. Užsakovas neįsipareigoja įsigyti šiame punkte nurodyto preliminaraus Paslaugų kiekio, tačiau gali jį viršyti. Paslaugoms įsigyti maksimali planuojama lėšų suma, įvertinus galimą Paslaugų kiekio padidėjimą yra ne daugiau kaip 360 000,00 EUR be PVM.
   4. Esant prieštaravimams tarp Paslaugų pirkimo sutarties sąlygų ir Draudiko išduotos sveikatos draudimo sutarties (poliso), aiškinant Paslaugų pirkimo sutarties sąlygas pirmenybė visais atvejais teikiama Paslaugų pirkimo sutarties sąlygoms.
   5. Per 10 kalendorinių dienų nuo Paslaugų pirkimo sutarties įsigaliojimo dienos Užsakovas pateiks Paslaugų teikėjui (toliau – Draudikas) aktualų Apdraustųjų sąrašą su konkrečiais Draudikui reikalingais Apdraustųjų duomenimis ir jų pasirinktomis draudimo programomis.
   6. Per 7 kalendorines dienas nuo aktualaus Apdraustųjų sąrašo su informacija apie jų pasirinktas programas Draudikui pateikimo, Draudikas turi parengti ir pateikti Užsakovui sveikatos draudimo sutartį (polisą), galiojančią 1 (vienerius) metus. Draudimo apsauga įsigalioja nuo sveikatos draudimo sutarties pasirašymo dienos.
   7. Draudikas savarankiškai atsako už apdraustųjų asmenų, kaip duomenų subjektų, tinkamą asmens duomenų tvarkymą, įskaitant, savalaikį bei tinkamą informavimą apie Draudiko vykdytiną asmens duomenų tvarkymą, apie duomenų kilmės šaltinius bei jų gavėjus ir kt.
   8. Paslaugų teikimo laikotarpiu ir 15 darbo dienų po sveikatos draudimo sutarties pasibaigimo, Draudėjui pareikalavus, Draudikas pateikia ataskaitą apie Apdraustųjų pasinaudojimą paslaugomis. Ataskaita pateikiama be asmens duomenų, atskirai nurodant kiekvienos paslaugų grupės išmokas, įvykių skaičių, metines koreguotas įmokas, darbuotojų skaičių kiekviename draudimo variante ir jų kitimą kiekvieną sutarties galiojimo ketvirtį.
2. **INFORMACIJA APIE APDRAUSTUOSIUS**
   1. Pirkimo skelbimo pateikimo dieną darbuotojų skaičius: 594 asmenų (moterų – 31 proc., vyrų – 69 proc.), amžiaus vidurkis (tiek moterų, tiek vyrų) – 49 metai. Draudžiamųjų asmenų skaičius užsakymo pateikimo dieną bus tikslinamas.
3. **DRAUDIMO APSAUGOS GALIOJIMO TERITORIJA**
   1. Draudimo apsauga galioja Lietuvos Respublikos teritorijoje.
4. **SĄVOKOS**
   1. **Draudikas** – draudimo bendrovė, turinti teisę vykdyti atitinkamą draudimo veiklą ir sudariusi sutartį su Draudėju.
   2. **Draudėjas** – juridinis asmuo, kuris sudarė su Draudiku draudimo sutartį. Šios sutarties atveju, AB „Vilniaus šilumos tinklai“
   3. **Apdraustasis** – Draudėjo nurodytas ir draudimo sutartyje įvardytas asmuo, kurio gyvenime atsitikus draudžiamajam įvykiui Draudikas privalo mokėti draudimo išmoką.
   4. **Draudžiamasis įvykis** – draudimo sutarties galiojimo metu įvykęs draudimo sutartyje nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus draudikas privalo mokėti draudimo išmoką.
   5. **Nedraudžiamasis įvykis** – draudimo sutartyje nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus Draudikas neprivalo mokėti draudimo išmokos.
   6. **Sveikatos priežiūros įstaiga** – įstaiga ar įmonė valstybės licencijuotas (fizinis ar juridinis) asmuo, taikytinos teisės aktų nustatyta tvarka turintis teisę teikti Sveikatos priežiūros paslaugas bei Sveikatinimo paslaugas.
   7. **Draudimo įmoka** – draudimo sutartyje nurodyta pinigų suma, kurią draudėjas draudimo sutarties sąlygomis privalo mokėti Draudikui už draudimo apsaugą.
   8. **Draudimo suma** – draudimo sutartyje nurodyta pinigų suma, kurios negali viršyti draudimo išmoka.
   9. **Draudimo išmoka** – pinigų suma, kurią draudikas pagal draudimo sutarties sąlygas privalo išmokėti Apdraustajam arba sveikatos priežiūros įstaigai, kuri suteikė sveikatos priežiūros paslaugas Apdraustajam.
   10. **Išskaita** – nuostolio (išlaidų) dalis, kurią kiekvieno Draudžiamojo įvykio atveju atlygina pats Apdraustasis.
   11. **Draudimo laikotarpis** – konkrečiu terminu apibrėžtas bei Sutartyje numatytas laikotarpis, kurį galioja Draudimo apsauga.
   12. **Draudimo apsauga** – Draudiko įsipareigojimas sumokėti Draudimo išmoką Sutartyje nustatytomis sąlygomis ir tvarka įvykus Draudžiamajam įvykiui.
   13. **Sveikatos sutrikimas** – Apdraustojo sveikatos ar fiziologinės būklės pokytis (ūmios ligos, lėtinės ligos, lėtinės ligos paūmėjimo ir (ar) traumos atvejais), reikalaujantis mediciniškai pagrįsto gydymo, diagnostikos taikymo ar profilaktikos, reabilitacijos, sveikatinimo priemonių, kitų sveikatos priežiūros paslaugų.
   14. **Kritinė liga** - Apdraustojo susirgimas liga, išvardyta kritinių ligų sąraše, pirmą kartą gyvenime nustatyta draudimo apsaugos galiojimo metu.
   15. **Ambulatorinės chirurgijos paslauga** – planinė gydomoji Sveikatos priežiūros paslauga, kurią teikiant gali būti taikoma vietinė ar regioninė nejautra, kurią atlieka operuojantis ar procedūrą atliekantis gydytojas ir po kurios užtikrinama Apdraustojo pooperacinė (poprocedūrinė) priežiūra. Paslauga turi atitikti jos teikimo metu galiojantį LR sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 25 d. įsakymu Nr. V-754 patvirtintą ambulatorinės chirurgijos paslaugų sąrašą.
   16. **Dienos chirurgijos paslauga** – planinė gydomoji ir (ar) diagnostinė intervencinė procedūra, suteikiama Apdraustajam jo atvykimo į Sveikatos priežiūros įstaigą dieną ir kai po atliktos procedūros stabilizuojasi Apdraustojo organizmo gyvybinės funkcijos ir jis tą pačią dieną išrašomas iš Sveikatos priežiūros įstaigos. Paslauga turi atitikti jos teikimo metu galiojantį LR sveikatos apsaugos ministro 2009 m. rugpjūčio 21 d. įsakymu Nr. V-668 patvirtintą Dienos chirurgijos paslaugų sąrašą.
   17. **Dienos stacionaro paslauga** – planinė diagnostinė ir (ar) gydomoji Sveikatos priežiūros paslauga, kurią teikiant gali būti užtikrinama Apdraustojo priežiūra. Paslauga turi atitikti jos teikimo metu LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 6 d. įsakymu Nr. V-660 patvirtintą Dienos stacionaro paslaugų sąrašą, išskyrus atvejus, numatytus šiose Taisyklėse, jų prieduose ir (ar) specialiosiose sąlygose bei kituose sutarties sudėtine dalimi esančiuose dokumentuose.
   18. **Lėtinės ligos paūmėjimas ir jos sekimas** – tai nustatytos lėtinės ligos stebėjimo metu atliekamos gydytojo konsultacijos ir paskirti tyrimai, kurie periodiškai būtini nustatytu (gydytojo paskirtu) laiko intervalu siekiant reguliariai sekti Apdraustojo, sergančio tam tikra lėtine liga ar vartojančio tam tikrus vaistus, sveikatos būklę.
   19. **Netradicinė medicina** – Sveikatos priežiūros įstaigose Sveikatos priežiūros specialisto suteiktos ligų diagnostikos ir gydymo netradiciniais būdais paslaugos, tarp jų akupunktūra; elektroakupunktūrinė, biorezonansinė kompiuterinė diagnostika; maisto netoleravimo testai; SIBO testai, hidrokolonoterapija; fitoterapija; gydymas dėlėmis; litoterapija; apiterapija; aerofitoterapija; muzikos ir dailės terapija; chromoterapija; osteopatija; homeopatija; endobiogeninė medicina; kineziologija; refleksoterapija; kinų medicina; ajurveda; joga; reiki; autogeninė treniruotė, meditacija, gydymas ozonu.
   20. **Papildomoji ir alternatyvioji sveikatos priežiūra** - Sveikatos priežiūros įstaigose papildomosios alternatyvios sveikatos priežiūros specialisto suteiktos papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros sveikatos paslaugos: Rytų medicinos paslaugos tarp jų ajurveda, apiterapija, akupunktūra, vandens procedūrų terapija, fitoterapija, hirudoterapija, hipoterapija, kaniterapija, osteopatija, taikomoji kineziologija, endobiogenika.
   21. **Reabilitacinis gydymas** – Kompleksinis reabilitacijos gydymo metodų taikymas, siekiant atkurti sutrikusias paciento biosocialines funkcijas, arba, esant negrįžtamiems organizmo pakitimams, jas kompensuoti arba palaikyti Apdraustojo biosocialinio funkcinio pajėgumo lygį dėl Apdraustojo Sveikatos sutrikimo (ūminės būklės, ligos paūmėjimo ar Traumos).
   22. **Mediciniškai pagrįstos Sveikatos priežiūros paslaugos** – tai Draudiko kompensuojamos Sveikatos priežiūros paslaugos, kurios gydytojo kompetencijos ribose paskirtos pagal Apdraustojo nusiskundimus ir (ar) nustatytus klinikinius simptomus, požymius ir (ar) orbjektyvias medicinines priežastis bei ir kurios yra būtinos diagnozei nustatyti/patvirtinti ir pašalinti esamą sveikatos sutrikimą.
   23. **Sveikatos draudimo kortelė** – Draudiko Apdraustajam išduota kortelė, kuri patvirtina sveikatos draudimo apsaugą ir kurią reikia pateikti Sveikatos priežiūros įstaigoje, norint gauti Sveikatos priežiūros paslaugas ar įsigyti prekių Draudiko pripažintoje įstaigoje ir/ar vaistinėje.
   24. **Medicinos dokumentas** - priimtinos teisės aktų nustatyta tvarka patvirtintos formos ir turinio dokumentas (pvz.www.esveikata.lt), patvirtinantis galimai Draudžiamąjį įvykį, jo aplinkybes, priežastis bei pasekmes.
   25. **Sveikatos priežiūros paslauga** – Sutartyje numatyta ir Apdraustajam Sveikatos priežiūros įstaigoje suteikta paslauga, priemonė ir / ar prekė (pvz., Vaistai, Medicinos priemonės), kurios tikslas – diagnozuoti, prižiūrėti ir gydyti ligas bei Sveikatos sutrikimus, užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir stiprinti sveikatą, taip pat užtikrinti patarnavimus bei materialinį asmens aprūpinimą, reikalingą sveikatai atstatyti ar pagerinti.
5. **SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMO TVARKA IR TERMINAI**
   1. Draudimo išmokos yra mokamos draudimo sutartyje nustatytos draudimo apsaugos ribose.
   2. Draudimo išmokas draudikas išmoka sveikatos priežiūros įstaigai, kuri suteikė sveikatos priežiūros paslaugas Apdraustajam, arba Apdraustajam, jeigu jis sumokėjo sveikatos priežiūros įstaigai už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas.
   3. Už Sveikatos priežiūros įstaigų suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas draudimo išmoką Draudikas apmoka pagal paslaugų teikėjų įkainius.
   4. Jei Apdraustajam sveikatos priežiūros paslaugas suteikė Draudiko partneris ir už paslaugas Apdraustasis atsiskaitė sveikatos draudimo kortele, tuomet Apdraustasis yra atleidžiamas nuo prievolės draudikui pranešti apie draudžiamąjį įvykį.
   5. Jeigu Apdraustasis sumokėjo savo lėšomis už sveikatos priežiūros paslaugas/kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigą, tuomet draudimo išmokai nustatyti ir išmokėti turi pateikti šiuos dokumentus ar jų kopijas:
   6. Sąskaitą faktūrą su kasos čekiu/mokėjimo pavedimu ar kasos pajamų orderio kvitu/pinigų priėmimo kvitu, kuriuose turi būti nurodytos suteiktos paslaugos, teikėjo rekvizitai (įstaigos pavadinimas, įmonės kodas, adresas), duomenys apie mokėtoją bei išsamus suteiktos paslaugos apibūdinimas (pavadinimas, kiekis, kaina, gavimo data);
   7. Siuntimą/išrašą ar kopiją iš medicininės dokumentacijos, kurioje nurodoma informacija apie susirgimo pobūdį, diagnozę, paskirtus tyrimus, procedūras, gydymą.
   8. Užpildytą prašymą kompensuoti sveikatos draudimo išlaidas (standartinė draudiko forma Draudiko internetiniame puslapyje arba mobiliojoje programėlėje);
   9. Šiuos dokumentus Apdraustasis pateikia Draudikui sveikatos draudimo sutarties galiojimo metu, bet ne vėliau kaip per 30 (trisdešimt) kalendorinių dienų nuo draudimo sutarties pabaigos dienos. Draudikas gali paprašyti pateikti minėtų dokumentų originalus visą sutarties galiojimo laiką
   10. Draudimo išmokas Draudikas sumoka ne vėliau kaip per 30 kalendorinių dienų, nuo tos dienos, kai gaunama visa informacija, reikšminga nustatant Draudžiamojo įvykio faktą, aplinkybes ir pasekmes bei Draudimo išmokos dydį.
6. **DRAUDIMO IŠMOKOS MOKĖJIMO APRIBOJIMAI**
   1. Draudikas turi teisę mažinti mokamą Draudimo išmoką arba atsisakyti ją mokėti:
   2. Jei Apdraustasis nevykdo sveikatos draudimo sutarties arba ją netinkamai vykdo ir dėl to padidėja tikimybė Draudžiamajam įvykiui įvykti arba nuostoliui (išlaidoms) dėl draudžiamojo įvykio padidėti, išskyrus atvejus, kai nuostolių (išlaidų) padidėjimo nebuvo galima išvengti dėl objektyvių priežasčių, kurių apdraustasis negalėjo kontroliuoti dėl savo sveikatos būklės (pvz.: Apdraustojo gyvybei ar sveikatai grėsė pavojus ir pan.);
   3. Jei sudarant sveikatos draudimo sutartį Draudikui buvo pateikta melaginga, klaidinga, žinomai neteisinga informacija ar dokumentai arba buvo neatskleista informacija, galėjusi turėti įtakos Sutarties sudarymui, jos sąlygoms, Draudimo rizikai, ar nuslėpta kita svarbi informacija apie teiktas Sveikatos priežiūros paslaugas, Sveikatos sutrikimą, kitas Draudžiamojo įvykio tyrimui ar vertinimui reikšmingas aplinkybes.
   4. Jei Apdraustasis nepagrįstai neleidžia ar trukdo išsiaiškinti įvykio aplinkybes, pateikia tikrovės neatitinkančią informaciją ir dokumentus.
   5. Sprendimas mokėti draudimo išmoką konkrečiam Apdraustajam gali būti atidėtas, jeigu Apdraustasis nėra pateikęs raštiško sutikimo tvarkyti savo asmens duomenis, įskaitant ypatingus asmens duomenis, iki tol, kol bus gautas toks Apdraustojo sutikimas.
7. **REIKALAVIMAI DRAUDIMO PASLAUGOMS**
   1. Kiekvienas Apdraustasis, po pasirinkimų, bus apdraustas viena iš žemiau nurodytų programų.
   2. Žemiau pateikti draudimo sumų limitai suteikiami visiems Apdraustiesiems.
   3. Kiekviename variante pateikta po vieną riziką, kuriai Draudikas privalo nurodyti draudimo sumą: I variante – odontologija ir optika, II variante – visos medicinos paslaugos/ laisvas limitas, III variante – vaistai, vitaminai, papildai ir medicinos priemonės, IV variante – profilaktiniai patikrinimai, skiepai, nėštumo priežiūra.
   4. Draudimo programos pateikiamos 1 lentelėje. Kiekvienai programai yra nustatoma draudimo suma bei jos kompensuojamoji dalis:

**1 lentelė**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eil. Nr.** | **Draudimo paslaugos** | **Draudimo suma / kompensuojama paslaugos dalis** | | | |
| **I variantas** | **II variantas** | **III variantas** | **IV variantas** |
| 1. | Ambulatorinis gydymas, diagnostika, dienos stacionaras/ chirurgija | 2 000 € /  **ne mažiau kaip 80%\*** | 2 000 € /  **ne mažiau kaip 80%\*** | 2 000 € /  **100%** | 2 000 € /  **ne mažiau kaip 80%\*** |
| 2. | Stacionarinis gydymas | 2 000 € /  **ne mažiau kaip 80%\*** | 2 000 € /  **ne mažiau kaip 80%\*** | 2 000 € /  **100%** | 2 000 € /  **ne mažiau kaip 80%\*** |
| 3. | Kritinių ligų gydymas | 1 000 €/ 100% | 1 000 €/ 100% | 1 000 €/ 100% | 1 000 €/ 100% |
| 4. | Medicininė reabilitacija | 200 € / 100% | 200 € / 100% | 200 € / 100% | 200 € / 100% |
| 5. | Vaistai, vitaminai, papildai ir medicinos priemonės | - | - | 100% /  **ne mažiau kaip 100 €\*** | - |
| 6. | Profilaktiniai sveikatos patikrinimai, skiepai, nėštumo priežiūra | - | - | - | 100% /  **ne mažiau kaip 100 €\*** |
| 7. | Odontologija ir optika | 100% /  **ne mažiau kaip 100 €\*** | - | - | - |
| 8. | Visos medicinos paslaugos/ laisvas limitas | - | 100% /  **ne mažiau kaip 100 €\*** | - | - |
| **9.** | **Metinė įmoka vienam apdraustajam** | **600 €** | **600 €** | **600 €** | **600 €** |

**PASTABOS:**

1. *Tiekėjas gali pasiūlyti, kad dienos chirurgijos, dienos stacionaro paslaugos bus kompensuojamos iš draudimo sumos limito – stacionarinis gydymas.*
2. *Tiekėjai, negalintys pasiūlyti atskirų ambulatorinio ir stacionarinio gydymo limitų, gali teikti vieną bendrą limitą lygų ambulatorinio ir stacionarinio gydymo limitų sumai.*
3. *Tiekėjas gali pasiūlyti ambulatorinio gydymo didesnį nei 2000 EUR limitą, tačiau jis nebus papildomai vertinamas.*
4. *\*Pasirašant Sutartį kompensavimo dydis procentais ir draudimo sumos bus įrašytos iš pirkimą laimėjusio dalyvio pasiūlymo.*
5. **DRAUDŽIAMŲJŲ ĮVYKIŲ APRAŠYMAS**
   1. **Ambulatorinė sveikatos priežiūra:**
      1. Įvykis pripažintinas draudžiamuoju tik tuo atveju, jei paslaugas teikiantis gydytojas veikia taikytinais teisės aktais aprašytos ir patvirtintos gydytojo specialybės kompetencijos ribose ir turi kompetentingos valstybinės institucijos išduotą galiojančią medicinos praktikos licenciją, ir kai paslaugos įsigytos ir suteiktos draudimo apsaugos laikotarpiu sveikatos priežiūros įstaigoje, turinčioje sveikatos priežiūros paslaugų teikimo licenciją.
      2. Apmokamos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos (išskyrus reabilitaciją), suteiktos Apdraustajam dėl ūmios ligos, lėtinės ligos (ir/ar jos stebėsenos), lėtinės ligos paūmėjimo ir (ar) nelaimingo atsitikimo, kritinės ligos tik licencijuotose asmens sveikatos priežiūros įstaigose:
      3. šeimos gydytojo ar gydytojo specialisto konsultacijos, įskaitant Nuotolines konsultacijas; vizitai į namus;
      4. gydytojo psichiatro, psichiatro-psichoterapeuto, medicinos psichologo, medicinos psichologo-psichoterapeuto konsultacijos ir jų atliekamas psichoterapinis gydymas, bet ne daugiau kaip 12 (dvylika) vizitų per 1 (vienus) Draudimo laikotarpio metus. Medicininiai išrašai šių paslaugų išlaidoms kompensuoti nėra reikalaujami;
      5. dietologo konsultacijos (išskyrus mitybos planų sudarymą dėl nutukimo gydymo, nutukimo gydymas);
      6. gydytojo paskirti diagnostiniai tyrimai:
         1. laboratoriniai**:** klinikiniai, biocheminiai citologiniai-histologiniai, imunofermentiniai, mikrobiologiniai-bakteriologiniai;
         2. instrumentiniai, funkciniai, radiologiniai: rentgenologiniai, ultragarsiniai, endoskopiniai, kompiuterinės tomografijos, branduolio magnetinio rezonanso ir kiti vaizdiniai tyrimai. Šiems tyrimams nėra reikalaujamas išankstinis suderinimas su Draudiku raštu ar kitu būdu, t. y. išankstinis atliekamų paslaugų nesuderinimas nėra laikomas pagrindu pripažinti įvykį nedraudžiamuoju.
      7. Slaugytojų paslaugos;
      8. Greitosios pagalbos paslaugos;
      9. Ambulatorinės chirurgijos paslaugos, išskyrus dermatologinių ir plastinių procedūrų profilio paslaugas, odontologinių procedūrų profilio paslaugas;
      10. Dienos stacionaro paslaugos;
      11. Dienos chirurgijos paslaugos (išskyrus Dienos chirurgijos dermatologinių ir plastinių procedūrų profilio paslaugos, Odontologinių procedūrų profilio paslaugos) ir jos metu suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos: medicinos priemonės, anestezijos paslaugos, slaugos paslaugos palatoje, lovadieniai, vaistai, vienkartiniai instrumentai, medicinos prietaisai, išlaidos už audinių pakaitalus, varžtus, plokšteles, sraigtus, kabes, implantus, konstrukcijas, susiuvimo reikmenis ir kita. Dienos chirurgijos paslaugos apmokamos nepriklausomai ar yra taikomas privalomojo sveikatos draudimo fondo kompensavimas;
      12. Apmokama paskirta privalomoji diagnostika/ tyrimai prieš gydytojo paskirtas dienos stacionaro ar dienos chirurgijos paslaugas.
      13. Dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugos neprivalo būti iš anksto suderintos su Draudiku, t. y. išankstinis paslaugų nesuderinimas nėra laikomas pagrindu įvykį pripažinti nedraudžiamuoju. Operacijų skaičius nėra ribojamas.
      14. Taip pat kompensuojamos paslaugos (aukščiau išvardintų – Draudžiamųjų įvykių aprašymas apimtyje):
          1. Karpų, nepiktybinių odos ir/ar paodžio navikų ir apgamų diagnostika. Atipinių/displazinių apgamų), karpų, paodžio navikų chirurginis gydymas esant pagrįstoms medicininėms indikacijoms, užfiksuotoms medicininiuose dokumentuose.
          2. gerybinių vidaus organų navikų diagnostika ir chirurginis gydymas.
          3. venų varikozės diagnostika ir gydymas (įskaitant gydymą lazeriu), esant medicininėms indikacijoms. Kojų venų operacija apmokama, kai venų liga pagal CEAP klasifikaciją atitinka C3-C6 sunkumo laipsnį;
          4. pėdos kaulų, raiščių, sausgyslių, sąnarių bei raumenų diagnostika ir gydymas.
          5. lėtinių degeneracinių ligų diagnostika ir gydymas.
          6. sisteminių ir autoimuninių ligų diagnostika ir gydymas.
          7. alergenų (taip pat ir įkvepiamų, maisto) tyrimai.
          8. lytinių hormonų tyrimai.
          9. onkologinių ligų diagnostika ir gydymas, nepriklausomai nuo ligos stadijos (ir po diagnozės nustatymo), įskaitant vėžio žymenų tyrimus.
          10. įgimtų ligų ar jų komplikacijų diagnostika ir gydymas.
      15. Ambulatorinio gydymo paslaugos atlyginamos, jeigu Apdraustasis kreipėsi su nusiskundimu, tačiau susirgimas nebuvo nustatytas arba gydytojo mediciniškai pagrįsti tyrimai buvo be pakitimų.
      16. Apmokamos išlaidos dėl konsultacijos/apžiūros metu gydytojo konstatuotų papildomų Apdraustojo sveikatos pokyčių ar kitų susirgimų, kurie yra nesusiję su pagrindiniu sveikatos sutrikimu, dėl kurio kreipėsi Apdraustasis.
      17. Apmokamas diagnozuotos ligos, pooperacinės būklės, taip pat ir lėtinės ligos būklės stebėjimas, kurį nustatytu periodiškumu vykdo gydytojas specialistas, pagal poreikį skirdamas tyrimus, gydymą ir rekomendacijas.
      18. Kreipiantis į gydytojus specialistus siuntimas nereikalingas.
      19. Kreipiantis į gydytojus tyrėjus specialistus (echoskopuotoją, klinikinį fiziologą, radiologą ir t.t.) siuntimas būtinas.
      20. Ambulatorinės paslaugos, tame tarpe ir kompiuterinės tomografijos, magnetinio rezonanso, pozitronų emisijos tomografijos tyrimai, kompensuojami nepriklausomai ar yra taikomas privalomojo sveikatos draudimo fondo kompensavimas, t. y. kompensuojamos visos apdraustojo patirtos išlaidos.
      21. Jeigu profilaktinių patikrinimų metu nustatomi sveikatos sutrikimai ar jų indikacijos, apmokama tolimesnė nustatyto sutrikimo diagnostika ir/ar gydymas.
      22. Jeigu Draudiko standartinės sveikatos taisyklės numato platesnį draudžiamųjų įvykių aprašą, taikomos Draudiko taisyklių sąlygos
   2. **Stacionarinė sveikatos priežiūra valstybinėse gydymo įstaigose** 
      1. Draudžiamuoju įvykiu laikoma – Apdraustojo patirtos išlaidos dėl jo Sveikatos sutrikimo, kuriam pašalinti buvo būtinas terapinio ir / ar chirurginio profilio stacionarinis gydymas stacionarinėje valstybinėje ar savivaldybės Sveikatos priežiūros įstaigoje ir joje užtikrinta Apdraustojo priežiūra ilgiau negu 24 valandas ir suteiktas toliau nurodytas Sveikatos priežiūros paslaugas ar kitas paslaugas:
         1. Tyrimus ir konsultacijas, kurie buvo paskirti ir suteikti stacionarinio gydymo metu;
         2. Stacionarinio gydymo metu Apdraustajam paskirtos, suteiktos/įsigytos:
         3. Medicinos priemonės, vienkartiniai instrumentai, medicinos pagalbos, ortopedijos technikos ir slaugos priemones.
         4. Medicinos prietaisai, implantai, konstrukcijos, naudojami gydytojų paskirtam gydymui.
         5. Vaistiniai preparatai, vitaminai.
         6. Komforto paslaugos (mokama palata).
         7. Slaugytojų paslaugos.
      2. Jeigu Draudiko standartinės sveikatos taisyklės numato platesnį draudžiamųjų įvykių aprašą, taikomos Draudiko taisyklių sąlygos.
   3. **Kritinių ligų gydymas**
      1. Kompensuojamos Apdraustojo patirtos išlaidos privačiose ir valstybinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, vaistinėse (e-vaistinėse), ortopedijos technikos priemonių parduotuvėse (e-parduotuvėse) dėl draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu Apdraustajam pirmą kartą gyvenime diagnozuotos Kritinės ligos, nurodytos ligų sąraše, gydymo su sąlyga, kad ligos diagnozė patvirtinta atitinkamais laboratoriniais, histologiniais ir instrumentiniais tyrimais (pagal Draudiko Taisyklėse/ papildomai pateikiamame apraše nurodytus kriterijus), ir ši liga nebuvo diagnozuota iki draudimo sutarties sudarymo: ambulatorinis ir/ar stacionarinis gydymas ir diagnostika, ambulatorinė / stacionarinė reabilitacija, medicinos pagalbos priemonės ir prietaisai, vaistai, maisto papildai, gydytojo paskirti sveikatos patikrinimai nustatytos ligos stebėsenai.
      2. **Kritinių ligų sąrašas:**
         1. Piktybinis auglys (vėžys)
         2. Miokardo infarktas
         3. Insultas (smegenų infarktas)
         4. Vainikinių arterijų šuntavimo operacija
         5. Širdies vožtuvų operacijos
         6. Aortos operacijos
         7. Vidaus organų / kaulų čiulpų transplantacija
         8. Inkstų nepakankamumas
         9. Išsėtinė sklerozė
         10. Parkinsono liga iki 65 metų amžiaus
         11. Alzheimerio liga iki 65 metų amžiaus
         12. Trečio laipsnio nudegimai
         13. Gerybinis smegenų navikas
         14. Aklumas
         15. Kurtumas
         16. Kalbos praradimas
         17. Galūnių funkcijos netekimas.
      3. Kritinių ligų apsauga įsigalioja pirmą draudimo sutarties galiojimo dieną.
      4. Jeigu Draudiko standartinės sveikatos taisyklės numato platesnį Kritinių ligų sąrašą, taikomos Draudiko taisyklių sąlygos. Kritinių ligų, išvardintų 4.3.2. punkto papunkčiuose, kurių nėra numatyta standartinėse Draudiko taisyklėse, aprašai pateikiami kartu su pasiūlymu ir įrašomi draudimo liudijimo priede.
   4. **Medicininės reabilitacija**
      1. Atlyginamos Apdraustojo patirtos išlaidos asmens sveikatos priežiūros įstaigose:
         1. Masažai (gydomieji/ klasikiniai), vandens ir purvo procedūros (balneoterapija, purvo vonios, gydomieji dušai ir t.t), fizioterapinės procedūros, kineziterapijos užsiėmimai (individualūs ir grupiniai užsiėmimai salėje ar vandenyje), manualinė terapija, ergoterapija, haloterapija.
         2. Sporto medicinos gydytojo konsultacijos, kineziterapeuto, ergoterapeuto, logopedo, refleksoterapeuto konsultacijos
         3. Šioms paslaugoms būtinas šeimos gydytojo arba gydytojo specialisto paskyrimas.
         4. Jeigu Draudiko standartinės sveikatos taisyklės numato platesnį draudžiamųjų įvykių aprašą, taikomos Draudiko taisyklių sąlygos
   5. **Vaistai, vitaminai, papildai ir medicinos priemonės**
      1. Atlyginamos Apdraustojo patirtos išlaidos dėl:
         1. Vaistinių preparatų (receptinių ir ne receptinių).
         2. Maisto papildų, vitaminų, mineralinių medžiagų priedų.
         3. Homeopatinių vaistų, augalinės ir gyvulinės kilmės vaistų.
         4. Įvairaus veikimo preparatai ir preparatai, kuriems nesuteiktas ATC kodas.
         5. Medicinos prietaisų ir ortopedinių prekių įsigijimo, pateikus receptą arba medicininį dokumentą su gydytojo paskyrimu.
      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.
      3. Išlaidos kompensuojamos, kai prekės įsigyjamos registruotose vaistinėse (tame tarpe ir internetinėse vaistinėse), ortopedijos techninių priemonių parduotuvėse (tame tarpe ir internetinėse parduotuvėse).
   6. **Profilaktiniai sveikatos patikrinimai, skiepai, nėštumo priežiūra**
      1. Atlyginamos Apdraustojo patirtos išlaidos valstybinėse ir/ar privačiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose dėl:
         1. Profilaktinių sveikatos patikrinimų.
         2. Privalomų profilaktinių sveikatos patikrinimų.
         3. Apdraustojo pageidavimu pasirinktų tyrimų ir gydytojų konsultacijų.
         4. Apdraustojo pasirinktos ar gydytojo paskirtos vakcinos bei vakcinavimo paslauga. Draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu suteiktų medicinos paslaugų, susijusių su nėštumu ir gimdymu:
         5. Nėščiųjų apžiūras, gydytojų konsultacijas, nėštumo stebėsenos tyrimus;
         6. nėštumo komplikacijų diagnostiką ir gydymą;
         7. gimdymo priežiūrą; vienvietę arba dvivietę palatą gimdymo laikotarpiu ir pagimdžius (gimdyvei).
         8. Konsultacijos, tyrimai ir (ar) vakcinos, skirti sveikatos sutrikimų, paskelbtų epidemija ir/ar pandemija, prevencijai ir (ar) diagnostikai.
      2. Šių paslaugų išlaidų kompensavimui nereikalaujami gydytojų išrašai, paskyrimai ir pan.
      3. Jeigu Draudiko standartinės sveikatos taisyklės numato platesnį draudžiamųjų įvykių aprašą, taikomos Draudiko taisyklių sąlygos.
   7. **Odontologija ir Optika**
      1. **Atlyginamos Apdraustojo patirtos odontologijos išlaidos:**
         1. Burnos higienos paslaugos.
         2. Dantų gydymas – endodontinis, ortodontinis, periodontinis, chirurginis danties ligų gydymas, įskaitant estetinį dantų plombavimą.
         3. Dantų protezavimas – ortodontinis gydymas, išimamų ir neišimamų dantų protezų gamyba, implantai, breketai.
         4. Kapos bruksizmui gydyti. Šių išlaidų kompensavimui pateikiamas gydančiojo gydytojo medicininis išrašas su paskyrimu.

8.6.1.5. Burnos - veido ir žandikaulio chirurgo konsultacijos, chirurginis danties ir/ar žandikaulio ligų, traumos sukeltų pasekmių, burnos ertmės ligų gydymas;

* + 1. **Atlyginamos Apdraustojo patirtos optikos paslaugų ir prekių išlaidos už:**
       1. Akinių parinkimo paslaugą.
       2. Korekcinių akinių lęšių įsigijimą draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu.
       3. Akinių rėmelių (kartu su korekciniais akinių lęšiais) įsigijimą draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu.
       4. Kontaktinių lęšių įsigijimą draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu. Drėkinamuosius akių lašus (dirbtines ašaras) ir valomąjį kontaktinių lęšių tirpalą – perkant kartu su lęšiais.
       5. Akinių gamybos išlaidas draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu.
       6. Regos korekcijos operacijas.
    2. **Prekių ar paslaugų skaičius sutarties galiojimo metu yra neribojamas.**
    3. Jeigu Draudiko standartinės sveikatos taisyklės numato platesnį draudžiamųjų įvykių aprašą, taikomos Draudiko taisyklių sąlygos.
  1. **Visos medicinos paslaugos / laisvas limitas**
     1. **Kompensuojamos Apdraustajam suteiktos paslaugos privačiose ir valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose:**
        1. Gydytojų konsultacijos, diagnostiniai tyrimai.
        2. Dienos chirurgija, dienos stacionaras.
        3. Stacionarinis gydymas.
        4. Slauga.
        5. Reabilitacinis gydymas.
        6. Profilaktiniai sveikatos patikrinimai, skiepai, nėštumo priežiūra, gimdymas pogimdyminė priežiūra.
        7. Odontologija ir Optika.
     2. **Kompensuojamos Apdraustojo įsigytos prekės vaistinėse, e-vaistinėse, optikos salonuose, ortopedijos techninių priemonių parduotuvėse, e-parduotuvėse:**
        1. Receptiniai vaistiniai preparatai. Šių prekių kompensavimui nereikalaujamas gydytojo receptas, išrašas ar kitas paskyrimas.
        2. Medicinos pagalbos priemonės, medicinos prietaisai ir ortopedijos techninės priemonės.
        3. Nereceptiniai vaistiniai preparatai.
        4. Homeopatiniai vaistai, augalinės ir gyvulinės kilmės vaistai.
        5. Maisto papildai, vitaminai.
     3. **Kompensuojamos Apdraustajam suteiktos paslaugos, kurios teikiamos Valstybinės akreditavimo tarnybos prie SAM licencijuotose sveikatos priežiūros įstaigose:**
        1. Masažai (įvairūs gydomieji-klasikiniai), fizioterapijos procedūros, kineziterapijos procedūros, manualinė terapija, ergoterapija, peloido terapija, vandens procedūros (balneoterapija, purvo vonios, gydomieji dušai ir t.t).
     4. Gydytojo siuntimas/ išrašas paslaugoms, receptas medicinos priemonėms, vaistams nebūtinas.
     5. Jeigu Draudiko standartinės sveikatos taisyklės numato platesnį draudžiamųjų įvykių aprašą, taikomos Draudiko taisyklių sąlygos.

1. **NEDRAUDŽIAMIEJI ĮVYKIAI**
   1. Nedraudžiamaisiais įvykiais pripažįstami žemiau išvardinti punktai, išskyrus atvejus, kai standartinės Draudiko taisyklės šių atvejų netaiko.
   2. **Bendri nedraudžiamieji įvykiai:**
      1. sveikatos sutrikimai, kuriuos tiesiogiai arba netiesiogiai lėmė karas ir nepaprastoji padėtis, radiacija, teroro aktai, taip pat gamtos katastrofų (stichijų) sukeltos masinės nelaimės;
      2. tyčiniai Draudėjo arba Apdraustojo veiksmai;
      3. sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nenurodytos (nepasirinktos) draudimo sutartyje;
      4. vaistų (išskyrus atvejus, kai tai būtina gydymui), alkoholio, narkotinių medžiagų nustatymo tyrimai, įskaitant sunkiųjų metalų, išskyrus netyčinius atvejus, susijusius su apsinuodijimais vykdant darbo funkcijas arba buityje;
      5. gydymas sutrikus Apdraustojo sveikatai vykdant arba rengiantis vykdyti tyčinę nusikalstamą veiką;
      6. atvejai, kai pagal Apdraustojo pateiktus dokumentus negalima nustatyti įvykio datos ir aplinkybių, patirtų išlaidų dydžio;
      7. sveikatos sutrikimų gydymas arba diagnostinių tyrimų skyrimas, kuris yra mediciniškai nepagrįstas;
      8. sveikatos sutrikimų diagnostika, gydymas arba prevencija, atlikti taikant netradicinės medicinos būdus, Lietuvos Respublikoje neaprobuotus diagnostikos, gydymo metodus, papildomoji ir alternatyvioji sveikatos priežiūra ir kai diagnostikos ir (arba) gydymo paslaugos buvo teiktos Lietuvos Respublikoje nelicencijuotose asmens sveikatos priežiūros įstaigose;
      9. atvejai, kai suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų aprašas (Apdraustajam teikiant prašymą kompensuoti išlaidas) pateiktas neįskaitomai ir pagal pateiktus dokumentus negalima tiksliai nustatyti įvykio, diagnozės, skirto gydymo arba kitos svarbios informacijos. Tokiu atveju Apdraustasis per 30 (trisdešimt) kalendorinių dienų gali kreiptis į sveikatos priežiūros paslaugų teikėją su prašymu pateikti tikslią, įskaitomą informaciją apie suteiktas paslaugas;
      10. atvejai, kai paslaugos suteiktos ne Apdraustajam, o kitam asmeniui arba suteiktos Apdraustajam, bet pagal savo paskirtį skirtos kitam asmeniui;
      11. jeigu Apdraustasis viršijo šioje sutartyje numatytus draudimo varianto draudimo sumų limitus sveikatos priežiūros paslaugai
      12. priklausomybės ligų gydymas.
      13. Pandeminių sveikatos sutrikimų diagnostika ir gydymas.
   3. **Ambulatorinis gydymas ir diagnostika, dienos chirurgijos paslaugos, dienos stacionaras, stacionaras. Nekompensuojama:**
      1. nėštumo priežiūra, gimdymas ir pogimdyminė priežiūra, sveikatos sutrikimai sąlygoti nėštumo ar gimdymo;
      2. lytiniu keliu plintančių ligų (sifilio, gonorėjos, trichomonozės, chlamidijozės, žmogaus papilomos viruso, herpes genitalis ir kt.), genitalijų karpų, AIDS bei ŽIV diagnostika ir gydymas;
      3. nevaisingumo ir potencijos/Libido sutrikimų diagnostika ir gydymas, dirbtinis apvaisinimas;
      4. nėštumo nutraukimas nesant medicininių indikacijų ir gimdymas ne medicinos įstaigoje;
      5. konsultacija šeimos planavimo, kontracepcijos klausimais, kontracepcijos priemonių įdėjimas, kontrolė ar išėmimas;
      6. Ambulatorinės chirurgijos paslaugų: dermatologinių ir plastinių procedūrų profilio paslaugos, odontologinių procedūrų profilio paslaugos, odos ir paodžio kraujagyslinių darinių ir kitų odos anomalijų gydymo paslaugos;
      7. Dienos estetinės chirurgijos paslaugos, Ambulatorinės estetinės chirurgijos paslaugos, kosmetologinės procedūros.
      8. Dienos chirurgijos dermatologinių, odontologinių ir plastinių procedūrų profilio paslaugos ir jos metu suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos.
      9. organų persodinimo operacijos, kaulų čiulpų transplantacijos, hemodializės procedūros;
      10. kraujo plazmos, kamieninių ląstelių terapija, PRP ir kiti autologiniai preparatai;
      11. palaikomasis gydymas ir slauga slaugos specializuotose stacionaruose;
      12. genetiniai tyrimai;
      13. valgymo sutrikimų (bulimijos, anoreksijos, persivalgymas ir pan.) diagnostika ir gydymas, terapinis ir chirurginis nutukimo gydymas;
      14. išlaidos, susijusios su bendrąja kūno diagnostika, polisomnografiniais tyrimais, miego sutrikimų tyrimais ar gydymu;
      15. regėjimo korekcijos lazeriu (trumparegystės / toliaregystės gydymas lazeriu);
      16. akių vokų operacijos (išskyrus atvejus, kai dalį paslaugos kainos dengia ligonių kasos);
      17. sąnarių endoprotezavimo operacijos bei išlaidos už endoprotezus;
      18. reabilitacijos paslaugos;
      19. kai intervencinis (operacinis) gydymas yra nedraudžiamasis įvykis, visos susijusios išlaidos nėra dengiamos, įskaitant prieš operacinius tyrimus ir pooperacinius perrišimus ir kt.;
      20. plaukų slinkimo diagnostika ir gydymas;
      21. Kitos suteiktos paslaugos, įsigytos prekės, kurios kompensuojamos pagal kitas draudimo rizikas: reabilitacijos, odontologijos, nėščiųjų priežiūra, optikos prekes ir kt.
   4. **Kritinių ligų gydymas:**
      1. Kritinė liga buvo diagnozuota anksčiau, ne draudimo sutarties galiojimo metu.
      2. Kritinė liga neatitinka draudiko Taisyklėse / sutartyje/ draudimo liudijime Kritinėms ligoms nurodytų sąlygų ir kriterijų.
   5. **Vaistai, vitaminai, papildai ir medicinos priemonės**
      1. Prekės įsigytos ne licencijuotose vaistinėse, e-vaistinėse.
      2. Vaistai, skirti priklausomybių ligoms, potencijų sutrikimams, svorio mažinimui, lytinius hormonus veikiantys vaistai, tame tarpe ir kontraceptinės priemonės.
   6. **Medicininė reabilitacija**
      1. Paslaugos atliktos neturint gydytojo paskyrimo;
      2. Reabilitacijos priemonių įsigyjimo ar nuomos išlaidos;
      3. Paslaugos/ prekės, kurios kompensuojamos pagal kitas draudimo rizikas: ambulatorinio gydymo, profilaktikos ir kt.;
      4. Paslaugos, atliktos ne licencijuotoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje;
      5. Nakvynės, apgyvendinimo, maistinimo paslaugos;
      6. Veido masažai ir kosmetologinės procedūros.
   7. **Profilaktiniai sveikatos patikrinimai, skiepai, nėštumo priežiūra**
      1. Netradicinės medicinos paslaugos;
      2. Gydytojo odontologo, burnos, veido ir žandikaulių chirurgo konsultacijos bei paskirti tyrimai.
   8. **Odontologija ir Optika**
      1. estetinės odontologijos paslaugos (išskyrus estetinį plombavimą), dantų balinimas, laminavimas, dengimas silantais, odontologinės kapos (išskyrus kapas bruksizmui), papildomos odontologinės priežiūros ir higienos prekės;
      2. akinių priežiūros priemonės ir aksesuarai, akiniai nuo saulės (išskyrus korekcinius akinius su papildoma danga nuo saulės), dirbtinės ašaros, papildai ir vaistinių preparatų įsigijimas.
      3. Suteiktos paslaugos, įsigytos prekes, kurios kompensuojamos pagal kitas draudimo rizikas: vaistinius preparatus, ambulatorinio gydymo ir kt.
   9. **Visos medicinos paslaugos / laisvas limitas**
      1. Nakvynės, apgyvendinimo, maitinimo paslaugos; SPA masažai, kosmetologinės procedūros, plastinės operacijos ir procedūros, nesant sveikatos sutrikimui, plaukų šalinimas, sveikatinimo/ reabilitacijos priemonių įsigijimas ar nuoma; užsiėmimai sporto klubuose;
      2. Higienos, odos ir plaukų priežiūros, dekoratyvinės kosmetikos priemonės;
      3. Dantų balinimo procedūros, dantų kapos (išskyrus kapas bruksizmui);
      4. Akinių priežiūros priemonių, aksesuarų, akinių nuo saulės įsigyjimas.
   10. **Nedraudžiamųjų įvykių sąrašas yra baigtinis.**
2. **DRAUDĖJO, APDRAUSTOJO IR DRAUDIKO TEISĖS IR PAREIGOS**
   1. Draudėjui pareikalavus Draudikas pateikia ataskaitą apie Apdraustųjų pasinaudojimą paslaugomis. Ataskaita pateikiama atskirai nurodant kiekvienos paslaugų grupės išmokas, metines koreguotas įmokas, darbuotojų skaičių kiekviename draudimo variante ir jų kitimą kiekvieną sutarties galiojimo ketvirtį.
   2. Draudėjo rašytiniu pageidavimu, po draudimo sutarties sudarymo, gali būti įtraukiami nauji Apdraustieji. Draudimo apsauga naujai įtrauktiems Apdraustiesiems įsigalioja nuo sekančios darbo dienos arba kitos Draudėjo nurodytos datos ir galioja iki draudimo sutarties (poliso) galiojimo pabaigos datos.
   3. Naujai apdraustiems darbuotojams draudimo įmoka skaičiuojama, kaip nurodyta žemiau

|  |  |
| --- | --- |
| **Draudimo sutarties galiojimo ketvirtis** | **Draudimo įmokos procentinis dydis** |
| I draudimo sutarties ketvirtis | 100% metinės įmokos dalies |
| II draudimo sutarties ketvirtis | 80% metinės įmokos dalies |
| III draudimo sutarties ketvirtis | 70% metinės įmokos dalies |
| IV draudimo sutarties ketvirtis | 60% metinės įmokos dalies |

**Alternatyvi tvarka:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Draudimo sutarties galiojimo ketvirtis | Draudimo įmokos procentinis dydis | Draudimo limito (Odontologija ir optika / visos medicinos paslaugos / vaistai, vitaminai, papildai ir medicinos priemonės / profilaktiniai sveikatos patikrinimai, skiepai, nėštumo priežiūra) procentinis dydis |
| I ketvirtis | 100% | 100% |
| II ketvirtis | 80% | 75% |
| III ketvirtis | 60% | 50% |
| IV ketvirtis | 40% | 25% |

* 1. Naujai apdraustiems darbuotojams suteikiami pilni draudimo sumų limitai šioms rizikoms: ambulatorinis gydymas, stacionarinis gydymas, kritinių ligų gydymas, medicininė reabilitacija.
  2. Draudėjas pateikia Draudikui prašymą dėl Apdraustojo išbraukimo iš apdraustųjų sąrašo ne vėliau nei prieš vieną darbo dieną.
  3. Nutraukiant apdraustiesiems draudimo apsaugą, grąžinamoji įmoka lygi nepanaudotos metinės draudimo įmokos už apdraustąjį dalies už draudimo sutarties galiojimo laikotarpį ir išmokėtos ir/ar rezervuotos draudimo išmokos skirtumui. Sekančios atidėtos draudimo įmokos už apdraustąjį nėra mokamos.
  4. Draudėjas įsipareigoja informuoti Apdraustąjį apie jo draudimo apsaugos nutraukimą.
  5. Apdraustasis draudžiamojo įvykio atveju gali kreiptis į bet kurią įstaigą ar įmonę Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka turinčią teisę teikti sveikatos priežiūros, sveikatinimo, farmacines, optikos paslaugas.
  6. Apdraustajam pametus ar sugadinus sveikatos draudimo kortelę, Draudikas per 5 (penkias) darbo dienas nuo prašymo pateikimo dienos privalo išduoti naują sveikatos draudimo kortelę be jokio papildomo mokesčio.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**