

SAVANORIŠKO SVEIKATOS DRAUDIMO PASLAUGŲ PIRKIMO TECHNINĖ SPECIFIKACIJA

1. PIRKIMO OBJEKTAS

1.1. „EPSO G“ įmonių grupė: UAB „EPSO-G“ (įmonės kodas: 302826889), AB „Amber Grid“ (įmonės kodas: 303090867), LITGRID AB (įmonės kodas: 302564383), BALTPOL UAB (įmonės kodas: 302464881), UAB GET Baltic (įmonės kodas: 302861178) (toliau – „**Perkančioji organizacija**“ arba „**Draudėjas**“) perka įmonių darbuotojų savanoriško sveikatos draudimo paslaugas. Su kiekviena iš įvardintų įmonių bus sudaroma atskira draudimo sutartis.

1.2. Informacija apie apdraustuosius: vienu metu bus draudžiama preliminariai **nuo 700 iki 800** darbuotojų, sudarant sveikatos draudimo sutartis.

2. SĄVOKOS

2.1. **Draudikas** – įmonė, turinti teisę vykdyti atitinkamą draudimo veiklą ir sudariusi sutartį su Draudėju.

2.2. **Draudėjas** – įmonė, sudariusi draudimo sutartį su Draudiku. Šios sutarties atveju Draudėjas yra „EPSO G“ grupės įmonės: UAB „EPSO-G“ (įmonės kodas: 302826889), AB „Amber Grid“ (įmonės kodas: 303090867), LITGRID AB (įmonės kodas: 302564383), BALTPOL UAB (įmonės kodas: 302464881), UAB GET Baltic (įmonės kodas: 302861178).

2.3. **Brokeris** – draudimo brokerių įmonė, atstovaujanti Draudėjo interesus. Šios sutarties atveju Brokeris yra AON Baltic, UADBB.

2.4. **Apdraustasis** – darbo santykiais susijęs su Draudėju ir sutartyje nurodytas fizinis asmuo, kurio gyvenime atsitikus draudžiamajam įvykiui, Draudikas privalo mokėti draudimo išmoką.

2.5. **Sveikatos sutrikimas** – Apdraustojo sveikatos ar fiziologinės būklės pokytis (ūmios ligos, lėtinės ligos, lėtinės ligos paūmėjimo ir/ar nelaimingo atsitikimo atvejais), reikalaujantis mediciniškai pagrįsto gydymo, diagnostikos taikymo ar profilaktikos, sveikatingumo priemonių, kitų sveikatos priežiūros paslaugų.

2.6. **Lėtinė liga** – apdraustojo sveikatos būklė, kuri jau egzistuoja sudarant draudimo sutartį arba dėl kurios apdraustasis konsultavosi, gydėsi ar vartojo vaistus.

2.7. **Draudžiamasis įvykis** – sutartyje nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus Draudikas privalo mokėti draudimo išmoką.

2.8. **Nedraudžiamasis įvykis** – Draudiko sveikatos draudimo taisyklėse nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus Draudikas neprivalo mokėti draudimo išmokos, išskyrus išimtis, kurios Draudiko ir Draudėjo sutartyje bus įvardintos kaip draudžiamieji įvykiai.

2.9. **Sveikatos priežiūros įstaiga** – įstaiga ar įmonė Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka turinti teisę teikti sveikatos priežiūros, sveikatingumo, farmacines paslaugas.

2.10. **Draudiko pripažįstama sveikatos priežiūros įstaiga ir/ar vaistinė** – įstaiga, turinti Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka išduotą galiojančią licenciją teikti sveikatos priežiūros ir/ar sveikatingumo paslaugas ar užsiimti farmacinę veiklą, su kuria Draudikas yra sudaręs bendradarbiavimo sutartį.

2.11. **Ambulatorinė sveikatos priežiūra** – tai specializuota kvalifikuota sveikatos priežiūra, teikiama ambulatorinėje sveikatos priežiūros įstaigoje.

2.12. **Dienos chirurgija** – tai ambulatorinės chirurgijos ir dienos chirurgijos paslaugos, suteiktos privačioje ar valstybinėje gydymo įstaigoje.

2.13. **Stacionarinis gydymas valstybinėse gydymo įstaigose** - Apdraustajam suteikiamos papildomos paslaugos valstybinėse ligoninėse.

2.14. **Profilaktiniai sveikatos patikrinimai (įtraukiant skiepus)** - Apdraustojo pasirinkti tyrimai ir gydytojo konsultacijos, kuriais siekiama įvertinti sveikatos būklę, laiku diagnozuoti susirgimą; Apdraustojo pasirinktos ar gydytojo paskirtos vakcinos ir vakcinavimas;

2.15. **Odontologijos paslaugos** - Apdraustajam suteiktos burnos higienos, dantų gydymo ir dantų protezavimo paslaugos;

2.16. **Visos medicininės paslaugos** – Apdraustojo pasirinktos paslaugos ar prekės, suteiktos/įsigytos licencijuotoje sveikatos priežiūros įstaigoje;

2.17. **Draudimo įmoka** – pinigų suma, kurią Draudėjas sutarties sąlygomis privalo mokėti Draudikui už suteikiamą draudimo apsaugą;

2.18. **Draudimo suma** – sutartyje nurodyta pinigų suma, kurios negali viršyti maksimali draudimo išmoka, mokama Draudiko;

2.19. **Draudimo išmoka** – pinigų suma, kurią Draudikas pagal šios sutarties sąlygas privalo išmokėti Apdraustajam ir/ar Sveikatos priežiūros įstaigai už Apdraustajam dėl draudžiamojo įvykio suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas;

2.20. **Išskaita** – draudimo išmokos dalis, įtvirtinta sutartyje, kuria draudžiamojo įvykio atveju mažinama mokėtina draudimo išmoka (šiuo dydžiu Apdraustasis pats dalyvauja patirtų nuostolių/išlaidų atlyginime);

2.21. **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.

3. DRAUDIMO SĄLYGOS. DRAUDIKO IR DRAUDĖJO TEISĖS IR PAREIGOS

3.1. Draudimo sutartis sudaroma 1 metų laikotarpiui nuo sutarties pasirašymo dienos. Sveikatos draudimo sutarties galiojimas tomis pačiomis sąlygomis automatiškai pratęsiamas antriems metams, tačiau tai galioja tik su laisvo pasitraukimo sąlyga, t.y. Draudėjas ar Draudikas gali atsisakyti pratęsti sutartį tomis pačiomis sąlygomis antriems metams prieš tai kitą šalį raštu informuodami ne vėliau kaip likus 120 dienų iki pirmų metų sutarties pabaigos.

3.2. Draudimo įmoka vienam apdraustajam yra fiksuota ir nebus keičiama visą draudimo sutarties galiojimo laikotarpį.

3.3. Papildomai draudžiant naują darbuotoją, draudimo įmoka yra perskaičiuojama remiantis techninės specifikacijos 3.8 p. nurodytu įmokos perskaičiavimo metodu.

3.4. Kiekvienas Apdraustasis bus apdraustas vienu iš lentelėje nurodytų paketų (**I arba II variantas**). Apdraustiesiems pasirinkimui bus pateikti abu lentelėje nurodyti paketai. Pratęsiant sutartį tomis pačiomis sąlygomis antriems metams, apdraustųjų pasirinkimui bus pateikti taip pat abu lentelėje nurodyti variantai.

Paslaugos	I variantas (draudiko kompensuojamas dydis / maksimali kompensuojama suma)	II variantas (draudiko kompensuojamas dydis / maksimali kompensuojama suma)
1. Ambulatorinis gydymas ir diagnostika		
1.1. Dienos chirurgija	80% / 1.500 €	80% / 1.500 €
2. Stacionarinis gydymas valstybinėje ligoninėje	100% / 1.500 €	100% / 1.500 €
3. Profilaktiniai sveikatos patikrinimai (įtraukiant skiepus)	100% / 100 €	100% / 100 €
4. Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės (su receptu)	80% / 50 €	80% / 50 €
5. Odontologijos paslaugos	80% / P ₁ €	-
6. Visos medicininės paslaugos	-	100%/ P ₂ €
Draudimo įmoka asmeniui:	300 €	300 €

*Pastaba: **Visų variantų įmokos turi būti vienodos - 300 €**

3.5. Draudikas privalo nemokamai pateikti apdraustųjų sveikatos draudimo korteles Draudėjui per 1 (vieną) savaitę nuo draudimo poliso išdavimo arba apdraustojo sutikimo pasirašymo. Šios priemonės gali būti neišduodamos tik tokiu atveju, jeigu lankantis pas Draudiko partnerius tokios priemonės nėra reikalingos arba gali būti elektroninės.

3.6. Apdraustųjų sąrašo pakeitimai vykdomi vieną kartą per mėnesį, pakeitimo data sutampa su draudimo liudijimo pradžios diena.

3.7. Draudėjo rašytiniu pageidavimu po sutarties sudarymo gali būti įtraukiami nauji Apdraustieji. Pateikus draudikui tokį rašytinį pageidavimą ne vėliau nei prieš 3 darbo dienas apsauga įsigalioja nuo sekančio mėnesio 1 dienos ir galioja iki draudimo sutarties pabaigos. Apdraustųjų sąrašo koregavimas (įtraukimas atliekamas 1 kartą per mėnesį).

3.8. Draudžiant naują Apdraustąjį, draudimo įmoka pirmus 9 sutarties galiojimo mėnesius taikoma tokia pati t.y. 300 €, kaip ir buvo numatyta sudarant sutartį, likusius 3 sutarties galiojimo mėnesius mokama įmokos dalis yra 50% metinės draudimo įmokos, t.y. 150 €. Draudėjui, pageidaujant įtraukti naujus Apdraustuosius į Apdraustųjų sąrašą įmoka apdraustajam apskaičiuojama tokiu principu:

Mėnesių skaičius	Įmokos dydis
12	300 €
11	300 €
10	300 €
9	300 €
8	300 €
7	300 €
6	300 €
5	300 €
4	300 €
3	150 €
2	150 €
1	neįtraukiama

3.9. Ambulatorinio ir stacionarinio gydymo paslaugų suteikiama pilna draudimo suma, nepaisant draudimo apsaugos galiojimo laikotarpio.

3.10. Įtraukiant naujus Apdraustuosius į apdraustųjų sąrašą, papildomų paslaugų (profilaktiniai sveikatos patikrinimai (įtraukiant skiepus), vaistai ir medicinos pagalbos priemonės (su receptu), odontologijos, visos medicininės paslaugos) draudimo sumos mažėja: likus 3 mėnesiams 50% draudimo sumos.

3.11. Likus vienam mėnesiui iki sutarties pabaigos / pratęsimo, naujiems Apdraustiesiems draudimo apsauga nesuteikiama.

3.12. Nutūkusi Apdraustojo ir Draudėjo darbo santykiams ar kitaip netekusi teisės būti apdraustam, grąžintina draudimo įmoka skaičiuojama proporcingai apsaugos galiojimo laikotarpiui, laikant, kad už kiekvieną pilną ir nepilną apsaugos galiojimo mėnesį skaičiuojama 1/12 metinės įmokos. Iš grąžintinos draudimo įmokos yra išskaičiuojamos Apdraustojo išlaidos.

3.13. Apdraustasis laikomas išbrauktu iš Apdraustųjų sąrašo ir atitinkamai draudimo apsauga tokiam Apdraustajam nustoja galioti nuo sekančio mėnesio 1 dienos, kai Draudėjas pateikia Draudikui prašymą ar raštišką pranešimą išbraukti Apdraustąjį iš Apdraustųjų sąrašo (Draudėjas prašymą pateikia ne vėliau nei prieš tris darbo dienas), bet ne anksčiau negu pranešime nurodyta data.

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

3.15. Darant Apdraustųjų sąrašo pakeitimus (tiek įtraukiant naujus Apdraustuosius, tiek išbraukiant asmenį iš Apdraustųjų sąrašo), draudimo įmoka nekoreguojama darant sutarties pakeitimą. Draudimo įmoka yra perskaičiuojama 4 kartus per draudimo laikotarpį vadovaujantis sutartyje nustatyta atsiskaitymų tvarka.

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

3.17. Apdraustiesiems pametus ar sugadinus sveikatos draudimo kortelę, Draudikas privalo išduoti naują sveikatos draudimo kortelę be papildomo mokesčio.

3.18. Draudikas, likus dviem mėnesiams iki draudimo sutarties pabaigos, pateikia Draudėjui ataskaitą apie Apdraustųjų pasinaudojimą paslaugomis, atskirai nurodant kiekvienos paslaugų grupės išmokas. Draudėjui paprašius, tokia ataskaita gali būti pateikiama ir anksčiau.

4. DRAUDŽIAMŲJŲ ĮVYKIŲ APRAŠYMAS

4.1. Ambulatorinė sveikatos priežiūra:

4.1.1. kompensuojamos sveikatos priežiūros paslaugos, suteiktos dėl Apdraustojo ūmios ligos, lėtinės ligos sekimo, bei paūmėjimo atvejais. Apmokamos paslaugos, suteiktos privačiose ir valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose, esant medicininėms indikacijoms. Kreipiantis į gydytojus specialistus, siuntimas nereikalingas. Kreipiantis į gydytojus tyrėjus specialistus (endoskopuotoją, echoskopuotoją, klinikinį fiziologą, radiologą), siuntimas būtinas;

4.1.2. šeimos gydytojo paslaugos (konsultacijos, gydymas, vizitai į namus ir kt.) esant medicininėms indikacijoms, pagrindžiančioms tokį poreikį;

4.1.3. visų gydytojų specialistų konsultacijos, gydymas, vizitai į namus, esant medicininėms indikacijoms, pagrindžiančioms tokį poreikį;

4.1.4. slaugytojų paslaugos gydymo įstaigose (injekcijos, žaizdų perrišimas ir kt. paslaugos, sveikatos priežiūros įstaigoje);

4.1.5. gydytojo paskirti diagnostiniai tyrimai, analizės – visi Apdraustojo sveikatos sutrikimui nustatyti bei gydymui paskirti reikalingi laboratoriniai (klinikiniai, biocheminiai, imonufermentiniai, hormonų, mikrobiologiniai-bakteriologiniai, citologiniai-histologiniai ir kt.) ir instrumentiniai (ultragarsiniai, radiologiniai, endoskopiniai, funkciniai ir kt.) tyrimai;

4.1.6. dienos chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugos (nepriklausomai, įstaiga yra ar nėra pasirašiusi sutartį su teritorine ligonių kasa), įskaitant išlaidas už medicinos pagalbos priemones bei vienkartinius instrumentus - apmokamos LR 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 24 valandų (prireikus – iki 48 valandų). Dienos stacionare teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos pagal ligų profilius. Šie profiliai yra nurodyti LR 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. Operacijų skaičius nėra ribojamas;

4.1.7. iš Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų kompensuojamos paslaugos:

4.1.7.1. nepiktybinių navikų (įskaitant ir odos navikus), karpų, apgamų diagnostika ir gydymas (įskaitant gydymą lazeriu), esant pagrįstoms medicininėms indikacijoms (kai darinys yra pakitęs), užfiksuotoms medicininiuose dokumentuose.

4.1.7.2. pėdos kaulų, raiščių, sausgyslių, sąnarių bei raumenų diagnostika ir gydymas;

4.1.7.3. diagnostinius tyrimus: alergenų (įkvepiamų, maisto) nuo alergijos;

4.1.7.4. onkologinių ligų diagnostika ir gydymas;

4.1.7.5. gydytojo psichiatro-psichoterapeuto suteiktą psichoterapinį gydymą (iki 10 seansų per draudimo laikotarpį);

4.1.7.6. lėtinių ligų diagnostika ir chirurginis gydymas;

4.1.7.7. diagnozuotos lėtinės ligos sekimas, kurį nustatyti periodiškumu vykdo gydytojas specialistas, pagal poreikį skirdamas tyrimus, gydymą ir rekomendacijas;

4.1.7.8. įgimtų ligų ir komplikacijų diagnostika ir gydymas;

4.1.7.9. lėtinių degeneracinių ligų, sisteminių ir autoimuninių ligų diagnostika ir gydymas.

4.1.8. Jeigu draudiko standartinės draudimo taisyklės numato papildomų ambulatorinių paslaugų apmokėjimą, tos paslaugos turi būti apmokamos ir šios sutarties Apdraustiesiems.

4.2. Stacionarinis gydymas valstybinėje ligoninėje:

4.2.1. komforto paslaugos (vienvietė arba dvivietė palata);

4.2.2. slaugytojų paslaugos, gydytojui paskyrus;

4.2.3. gydytojo paskirti medikamentai, vitaminai, medicinos pagalbos, ortopedijos techninės ir slaugos priemonės, naudojamos gulint stacionare.

4.3. Profilaktiniai sveikatos patikrinimai (įtraukiant skiepus)

Apdraustojo pageidavimu, kompensuojami:

4.3.1. pasirinkti tyrimai ir gydytojų konsultacijos;

4.3.2. pagal darbo pobūdį privalomas sveikatos patikrinimas;

4.3.3. įstatymų numatyta tvarka, gydytojo apžiūros ir tyrimai, kurie reikalingi nustatyti (gydytojo paskirtu) laiko intervalu, siekiant reguliariai sekti apdraustojo, sergančio tam tikra lėtine liga ir vartojančio tam tikrus medikamentus;

4.3.4. konsultacijos ir tyrimai pagal sveikatos priežiūros įstaigoje sudarytas ir patvirtintas sveikatos patikrinimų programas;

4.3.5. konsultacijos, tyrimai, procedūros (išskyrus reabilitacijos procedūras), kurie atliekami siekiant nustatyti polinkį sirgti liga arba siekiant išvengti galimo susirgimo atsiradimo;

4.3.6. Skiepai. Apmokamos gydytojo konsultacijos dėl vakcinavimo, apdraustojo pasirinktos ar gydytojo paskirtos vakcinos bei vakcinavimas.

4.4. Vaistai, medicinos pagalbos priemonės (su receptu):

4.4.1. atlyginamos Apdraustojo patirtos išlaidos dėl jam reikalingų ir gydytojo receptu paskirtų vaistinių preparatų, kurie registruoti Lietuvos Respublikoje arba Bendrijos vaistinių preparatų registre, įsigijimo. Vaistiniai preparatai turi būti įsigyti licencijas turinčiose vaistinėse (taip pat ir internetinėse vaistinėse);

4.4.2. atlyginamos Apdraustojo patirtos išlaidos gydančio gydytojo paskirtų medicinos pagalbos (įskaitant ortopedinės technikos) priemonių – medicininių prietaisų ir medicininės paskirties prekių, įsigijimui (išsinuomojimui) vaistinėse, ortopedinių prekių parduotuvėse (taip pat ir internetinėse);

4.4.3. jeigu vaistiniai preparatai ir (arba) medicinos pagalbos priemonės yra dalinai kompensuojami iš PSDF biudžeto lėšų, draudikas atlygina priemoną 100%.

4.5. Odontologijos paslaugos:

4.5.1. atlyginamos profesionalios burnos higienos paslaugos - burnos higienos įvertinimas, dantų kietųjų ir minkštųjų apnašų pašalinimas, fluoro aplikacijos paslaugos;

4.5.1.1. dantų gydymas – bendras endodontinio, periodontinio ir chirurginio danties ligų gydymas, danties kietųjų audinių defektų atstatymas plombomis, įklotais, užklotais, dantų radiologinis ištyrimas, nuskausminimas;

4.5.1.2. dantų protezavimas – protezavimas pavienių dantų vainikais, laikinai ir pastoviai fiksuotų (neišimamų) tiltinių dantų protezais, implantais, išimamų plokštelių protezais, lanko atraminių dantų protezais; ortodontinis gydymas breketais ir ortodontinėmis kapomis.

4.5.2. Jeigu draudiko standartinės draudimo taisyklės numato papildomų odontologijos paslaugų apmokėjimą, tos paslaugos turi būti apmokamos ir šios sutarties apdraustiesiems.

4.6. Visos medicininės paslaugos:

4.6.1. atlyginamos gydytojų konsultacijos (taip pat ir reabilitologo, kineziterapeuto, refleksoterapeuto), diagnostiniai tyrimai, operacijos, nėščiųjų priežiūra, slauga, reabilitacinis gydymas, profilaktika, vakcinacija, stacionarinis gydymas;

4.6.2. vaistinėse/e-vaistinėse įsigytos prekės, išskyrus - maistą, dekoratyvinę kosmetiką, higienos prekes (kremus, šampūnus, prausiklius ir kt.). Taip pat, be gydančio gydytojo paskyrimo medicinos pagalbos (įskaitant ortopedinės technikos) priemonės – medicininius prietaisus ir medicininės paskirties prekes, įsigytas (išsinuomotas) vaistinėse, ortopedinių prekių parduotuvėse (taip pat ir internetinėse);

4.6.3. paslaugos, suteiktos odontologijos kabinetuose: dantų gydymas, burnos higiena, kapos (gydomosios), protezavimas, implantavimas, ortodontinis gydymas;

4.6.4. paslaugos (prekės) suteiktos (įsigytos) optikos salonuose/e-optikose: akinių lęšiai, kontaktinės lizės, akies lęšiukai panaudoti operacijos metu, akinių rėmeliai, įsigyti kartu su korekciniais lęšiais, akinių parinkimo ir gamybos paslaugos, taip pat specializuotose kontaktinių lęšių internetinėse parduotuvėse įsigyti kontaktiniai lęšiai.

4.6.5. kineziterapiniai užsiėmimai, vandens, fizioterapijos, manualinės terapijos procedūros, gydomieji masažai.

4.6.6. netradicinės medicinos paslaugos;

4.6.7. psichologo, psichologo – psichoterapeuto, psichiatro – psichoterapeuto, psichoterapeuto konsultacijos ir gydymas.

5. ATSISKAITYMO SĄLYGOS

5.1. Draudimo įmoką Draudėjas sumoka, pervesdamas ją į Draudiko Sutartyje nurodytą banko sąskaitą. Draudimo įmoką Draudėjas moka lygiomis dalimis už kiekvieną draudimo apsaugos ketvirtį, pagal Draudiko per informacinę sistemą „E.sąskaitą“ pateiktą mokėjimo sąskaitą ar kitą apmokėti skirtą dokumentą. Pirmąją ketvirtinę draudimo įmoką Draudėjas sumoka per 30 (trisdešimt) kalendorinių dienų nuo draudimo apsaugos (draudimo) sutarties įsigaliojimo pradžios ir mokėjimo sąskaitos (ar kito apmokėti skirtą dokumento) pateikimo dienos. Antrąją, trečiąją ir ketvirtąją draudimo įmokas Draudėjas sumoka kas tris mėnesius per 30 (trisdešimt) kalendorinių dienų nuo laikotarpio pradžios pagal Draudiko per informacinę sistemą „E.sąskaitą“ pateiktą mokėjimo sąskaitą ar kitą apmokėti skirtą dokumentą.

6. DRAUDIMO APSAUGOS GALIOJIMO TERITORIJA

6.1. Draudimo apsauga galioja Lietuvos Respublikos teritorijoje.

6.2. Apdraustasis draudžiamoji įvykio atveju gali kreiptis į bet kurią (privačią ar valstybinę) sveikatos priežiūros įstaigą Lietuvoje, kuri turi licenciją tokiai sveikatos priežiūros paslaugų veiklai.

7. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMO TVARKA

7.1. Įvykus draudžiamajam įvykiui, Apdraustasis gali kreiptis 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.

7.2. Draudimo išmokos už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas turi būti apskaičiuotos ir išmokėtos pagal sveikatos priežiūros įstaigų įkainius, nepriklausomai, įstaiga yra ar nėra pasirašiusi sutarties su teritorine ligonių kasa, bei nepriklausomai, ar tokia sveikatos priežiūros įstaiga yra Draudiko pripažįstama ar ne.

7.3. Draudimo išmoka yra lygi dėl draudžiamąjį įvykio patirtų ir Draudiko kompensuojamų išlaidų dydžiui, neviršijant kiekvienai paslaugai taikomos draudimo sumos.

7.4. Jei įvykus draudžiamajam įvykiui Apdraustasis kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria Draudikas neturi sudaręs bendradarbiavimo sutarties, ir už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas Apdraustasis pats tiesiogiai sumoka sveikatos priežiūros įstaigai, draudimo išmokai nustatyti ir išmokėti Apdraustasis turi pateikti Draudikui šiuos dokumentus:

7.4.1. 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;

7.4.2. išrašą iš medicinos dokumentų su gydytojo parašu ir antspaudu, informuojantį apie susirgimo pobūdį, diagnozę, ligos eigą, paskirtus ir/ ar atliktus tyrimus bei gydymą, procedūras (gali būti ir dokumento kopija, arba asmens sveikatos kortelės kopija);

7.4.3. užpildytą prašymą Draudiko savitarnos puslapyje arba pasirašytą prašymą kompensuoti patirtas išlaidas (Apdraustasis užpildo standartinę Draudiko formą, esančią Draudiko internetiniame puslapyje);

7.5. Šiuos dokumentus Apdraustasis pateikia Draudikui ne vėliau kaip per 30 (trisdešimt) kalendorinių dienų nuo draudžiamąjį įvykio dienos.

7.6. Jei įvykus draudžiamajam įvykiui Apdraustasis kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria Draudikas turi sudaręs bendradarbiavimo sutartį, tuomet Apdraustasis neprivalo pranešti Draudikui apie draudžiamąjį įvykį. Tokiu atveju, Draudikas iš anksto savarankiškai užtikrina, kad apie draudžiamąjį įvykį Draudikui praneštų (ir visus būtinus dokumentus/informaciją pateiktų) minėta sveikatos priežiūros įstaiga. Už šiose įstaigose Apdraustajam suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas Draudikas apmoka tiesiogiai tai sveikatos priežiūros įstaigai.

7.7. Apdraustajam kreipiantis į sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria Draudikas turi sudaręs bendradarbiavimo sutartį, Apdraustajam naudojantis ir atsiskaitant Draudiko suteikta kortele, turi būti suteiktos visos esminės paslaugos, numatytos Sutartyje.

8. DRAUDIMO IŠMOKOS MOKĖJIMO TERMINAI

8.1. Draudimo išmoka mokama per 10 dienų, bet ne vėliau kaip per 30 (trisdešimt) kalendorinių dienų nuo tos dienos, kai gaunama visa informacija, reikšminga nustatant draudžiamąjį įvykio faktą, aplinkybes, pasekmes bei draudimo išmokos dydį.

8.2. Draudikas turi teisę atidėti išmokėjimą, kol Draudėjas/Apdraustasis pateiks Draudiko reikalaujamus papildomus draudžiamąjį įvykį ar jo pasekmes pagrindžiančius dokumentus.

9. DRAUDIMO IŠMOKOS MOKĖJIMO APRIBOJIMAI

9.1. Draudimo išmoka nemokama, jei įvykis nedraudžiamasis, vadovaujantis Draudiko sveikatos draudimo taisyklių vėliausiai patvirtinta versija, išskyrus išimtis, kurios Draudiko ir Draudėjo sutartyje įvardintos kaip draudžiamieji įvykiai.

9.2. Draudikas turi teisę mažinti draudimo išmoką arba jos nemokėti, jei:

9.2.1. Draudėjas nuslėpė informaciją arba pateikė neteisingus duomenis, kas galėjo lemti Draudiko apsisprendimą sudaryti draudimo sutartį ar nustatyti draudimo sąlygas;

9.2.2. pagal Draudėjo ar Apdraustąjo pateiktus dokumentus negalima nustatyti draudžiamąjį įvykio datos bei aplinkybių;

9.2.3. Draudėjas ar Apdraustasis nepagrįstai neleidžia ar trukdo Draudikui susipažinti su Apdraustąjo medicinine ar kita su įvykiu susijusia dokumentacija.