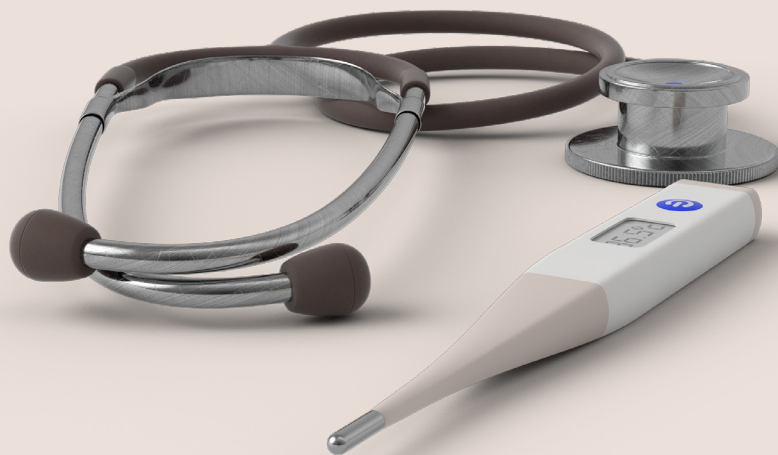




Sveikatos draudimo taisyklės

Nr. THE-20241

Galioja nuo 2024-07-15





Turinys

1. Taisyklių taikymas.....	3	6. Nedraudžiamieji įvykiai	8
2. Sąvokos.....	3	7. Šalių teisės ir pareigos.....	9
3. Draudimo suma.....	3	8. Draudimo išmokos mokėjimo tvarka.....	10
4. Galiojimo sąlygos.....	3	9. Paslaugų apmokėjimo sąlygų pakeitimai.....	11
5. Draudimo apsaugos sąlygos.....	4	10. Apdraustųjų sąrašo keitimas	11
5.2.1. Ambulatorinės diagnostikos ir chirurgijos išlaidos	4	Priedas Nr. 1. kritinių ligų sąrašas.....	13
5.2.2. Profilaktiniai patikrinimai	4		
5.2.3. Skiepai.....	4		
5.2.4. Medicininė rehabilitacija	5		
5.2.5. Stacionarinis gydymas.....	5		
5.2.6. Venų operacijos ir skleroterapija.....	5		
5.2.7. Gimdymo paslaugos.....	5		
5.2.8. Stacionarinė rehabilitacija.....	5		
5.2.9. Kritinių ligų gydymas.....	6		
5.2.10. Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės	6		
5.2.11. Emocinė sveikata ir mityba.....	7		
5.2.12. Dantų gydymas ir priežiūra.....	7		
5.2.13. Dantų gydymas po traumos.....	7		
5.2.14. Optikos priemonės ir paslaugos.....	7		
5.2.15. Sveikatinimo paslaugos.....	7		
5.2.16. Medicininės prekės ir paslaugos:.....	8		

1. Taisyklių taikymas

Šios draudimo taisyklės taikomos kartu su Bendrosiomis asmens draudimo taisyklėmis. Tai reiškia, kad toliau išdėstytos teisės ir pareigos yra taikomos kartu su teisėmis ir pareigomis, nurodytomis Bendrosiose asmens draudimo taisyklėse tačiau tarpusavyje neprieštarauja.

2. Sąvokos

Draudikas – If P&C Insurance AS, įregistruota Estijos Respublikos komerciniame registre, registracijos Nr. 10100168, veikianti per Latvijos filialą If P&C Insurance AS Latvijas filiāle, įregistruotą Latvijos Respublikos komerciniame registre, registracijos Nr. 40103201449.

Atnaujinta Draudimo sutartis – ne vėliau kaip per 2 mėnesius nuo draudimo sutarties galiojimo pabaigos to paties draudėjo sudaryta nauja sveikatos draudimo sutartis.

Sveikatos draudimo liudijimas (polisas) – draudiko išduotas dokumentas, patvirtinantis Draudimo sutarties sudarymą.

Draudimo apsaugos sąlygos – draudimo liudijime nurodyta paslaugų grupė, pagal kurią draudikas privalo sumokėti draudimo išmoką įvykus draudžiamajam įvykiui.

Apdraustasis – fizinis asmuo, nurodytas draudimo liudijime ar jo priede, kurio gyvenime įvykus draudžiamajam įvykiui draudikas privalo išmokėti draudimo išmoką.

Draudžiamasis įvykis – draudimo laikotarpiu įvykęs įvykis, dėl kurio apdraustajam reikia gauti medicinos paslaugas ar kitas sveikatingumo paslaugas, kurios atlyginamos pagal konkrečią draudimo apsaugos sąlygą, jei tokia yra įtraukta į draudimo liudijimą konkrečiam apdraustajam.

Draudimo išmoka – pagal draudimo sutarties sąlygas mokėtina pinigų suma ar jos dalis už apdraustajam suteiktas paslaugas įvykus draudžiamajam įvykiui.

Kompensuojamoji dalis – draudimo liudijime konkrečiai draudimo apsaugos sąlygai procentine išraiška nustatytas dydis, nurodantis kokią draudžiamąjį įvykių atvejų apdraustojo patirtų sveikatos išlaidų dalį privalo atlyginti draudikas draudimo sumos ribose.

Medicinos paslaugos – ligų prevencijos, gydytojų konsultacijų, diagnostikos ir gydymo, medicininės reabilitacijos ir pacientų priežiūros paslaugų, vaistų ir optikos produktų pirkimas draudimo laikotarpiu medicinos įstaigose, registruotose draudimo galiojimo teritorijoje.

Paslaugos – medicinos paslaugos, taip pat papildomų su sportu susijusių paslaugų, sveikatos priežiūros ar sveikatingumo paslaugų, procedūrų kosmetiniais, plastiniais, estetiniais tikslais pirkimas draudimo laikotarpiu paslaugų teikėjo įstaigose, registruotose draudimo galiojimo teritorijoje.

Sveikatos draudimo kortelė – draudiko išduodama kiekvienam apdraustajam draudimo kortelė, kuri gali būti plastikinė ar skaitmeninė kortelė, atsisiųsta į programėlę "If Mobile Baltics".

Medicinos įstaiga – įstaiga, įmonė ar individualia veikla užsiimantis asmuo, turintis teisę teikti medicinos paslaugas

draudimo galiojimo teritorijos valstybės teisės aktų nustatyta tvarka. Medicinos įstaigoms taip pat priskiriami regėjimo korekcijos priemonių (optikos) prekybos salonai.

Paslaugų teikėjų įstaigos – medicinos įstaigos, taip pat sporto įstaigos, kuriose sveikatinimo ir profilaktikos paslaugas teikia draudimo galiojimo teritorijos valstybės teisės aktuose nustatyta tvarka atestuoti sporto specialistai, draudimo galiojimo teritorijoje veikiantys SPA ir sveikatingumo centrai.

Partnerių įstaiga – draudimo galiojimo teritorijoje teikianti paslaugas medicinos įstaiga, kuri yra sudariusi bendradarbiavimo sutartį su draudiku dėl konkrečių paslaugų apmokėjimo apdraustajam. Aktualus partnerių įstaigų sąrašas skelbiamas draudiko interneto svetainėje: www.if.lt.

Sveikatos išlaidos – apdraustojo patirtos išlaidos už medicinos paslaugas, suteiktas medicinos įstaigoje ar paslaugų teikėjų įstaigoje.

Dienos stacionaro paslauga – planinė gydomoji ir (ar) diagnostinė asmens sveikatos priežiūros veikla, kurios metu užtikrinama paciento priežiūra iki 8 valandų.

Dienos chirurgijos paslauga – tai planinė intervencinė gydomoji ir/ar diagnostinė asmens sveikatos priežiūros veikla, kurios metu gali būti taikoma vietinė, regioninė ar bendroji nejautra, užtikrinama paciento priežiūra iki 24 valandų ir galimybė suteikti paslaugas, naudojant šiuolaikines technologijas ir neatitraukiant jo nuo įprastos socialinės aplinkos. Prireikus paciento priežiūra gali būti pratęsiama iki 48 valandų.

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 paciento pooperacinė (poprocedūrinė) priežiūra bei galimybė suteikti sveikatos priežiūros paslaugas, neatitraukiant jo nuo įprastos socialinės aplinkos.

3. Draudimo suma

3.1. Draudimo suma – tai draudimo liudijime nurodyta maksimali pinigų suma, kurią draudikas turi sumokėti už apdraustojo gautas paslaugas pagal pasirinktą draudimo apsaugos sąlygą.

3.2. Išmokėjus draudimo išmoką, draudimo suma mažėja išmokėtos draudimo išmokos suma. Kiekviena draudimo apsaugos sąlyga gali turėti atskirą draudimo sumą. Taip pat atskiro draudimo sumos gali būti nurodytos tam tikroms medicinos paslaugoms.

4. Galiojimo sąlygos

4.1. Draudimo objektas yra apdraustojo turtiniai interesai, susiję su sveikatos išlaidomis, atsiradusiomis dėl draudžiamąjį įvykių.

4.2. Draudimo galiojimo teritorija yra Lietuvos, Latvijos ir Estijos Respublikos, jei draudimo liudijime nenurodyta kitaip.

4.3. Draudimo apsauga galioja visą parą, jei draudimo liudijime nenurodyta kitaip.

4.4. Draudimo sutartis sudaroma nustatytam terminui ir baigiasi paskutinę draudimo laikotarpio dieną.

4.5. Draudimo laikotarpis yra vieneri metai, jei draudimo liudijime nenurodyta kitaip.

5. Draudimo apsaugos sąlygos

5.1. Šios draudimo apsaugos sąlygos taikomos tik tada, kai jos yra nurodytos draudimo sutartyje (draudimo liudijime nurodomas draudimo apsaugos sąlygos pavadinimas).

5.2. Į draudimo sutartį galima įtraukti šias draudimo apsaugos sąlygas:

5.2.1. Ambulatorinės diagnostikos ir chirurgijos išlaidos

5.2.1.1. Neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios mediciniškai pagrįstos apdraustojo draudimo laikotarpiu patirtos sveikatos išlaidos dėl medicinos įstaigoje suteiktų ambulatorinių paslaugų:

- šeimos gydytojo, gydytojo specialisto konsultacijos, įskaitant nuotolines konsultacijas ir šeimos gydytojo/terapeuto apsilankymus namuose;
- gydytojo paskirtos gydymo ir slaugos paslaugos, pvz., injekcijos, infuzijos ir žaizdų tvarsčių keitimas, teikiamos medicinos įstaigoje arba pagal gydytojo paskyrimą suteikiamos apdraustojo namuose;
- lazerinės procedūros, skirtos pašalinti odos pažeidimus, esant medicininėms indikacijoms;
- skubi medicinos pagalba (įskaitant privačią), kad prireikus būtų teikiama medicininė pagalba tiek įvykio vietoje / namuose, tiek transportavimo metu, įskaitant atvejus, kai pacientas yra be sąmonės, ar pasireiškia tokios būklės kaip traukuliai, nekvėpavimas, sunki trauma, stiprus kraujavimas ir kitos gyvybei svarbios būklės;
- ambulatorinės chirurgijos procedūros, kurias atlieka chirurgas/traumatologas (pvz., abscesų atidarymas, žaizdos susiuvimas, kraujavimo sustabdymas, kaulų padėties atstatymas išnirimų, panirimų lūžių atvejais, imobilizacija ir kt.);
- diagnostiniai tyrimai, kuriuos paskyrė gydytojas:
 - laboratoriniai tyrimai;
 - instrumentiniai tyrimai;

5.2.1.2. Pagal Ambulatorinės diagnostikos ir chirurgijos išlaidų draudimo sąlygą medicinos paslaugos nebūs laikomos draudžiamuoju įvykiu ir draudikas neatlygins šių išlaidų:

5.2.1.2.1. sveikatos patikrinimai ir laboratoriniai tyrimai:

- sveikatos tikrinimo programos / viso kūno sveikatos būklės patikrinimas,
- profilaktinis sveikatos patikrinimas, įskaitant privalomą patikrinimą, susijusį su darbu,
- funkcinė diagnostika fizinio pasirengimo lygio testavimui,
- viso kūno magnetinio rezonanso tyrimai,
- maisto netoleravimo testai,
- kompleksinis alergenų (plokštelių) tyrimas be alergologo ar imunologo siuntimo.

5.2.1.2.2. paslaugos, susijusios su:

- psichologo, psichiatro, psichoterapeuto, mitybos

specialisto ir dietologo paslaugomis,

- gydomojo manikiūro, pedikiūro, pėdų odos ir nagų ligų, bei kosmetinių pakitimų gydymo (podologijos ir podiatrijos) paslaugomis,
- stacionarinės ar ambulatorinės reabilitacijos paslaugomis, tokiomis kaip kineziterapija, gydomieji masažai ar mankštos ir sporto paslaugos,
- stacionariu gydymu ir operacijomis, įskaitant dienos chirurgiją ir dienos stacionarą (jei draudimo liudijime nenurodyta kitaip),
- dantų ir žandikaulių gydymu bei operacijomis,
- skiepais ir skiepijimu,
- vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimu,
- optikos priemonėmis ir paslaugomis,
- kosmetiniu gydymu, grožio procedūromis, plastinėmis operacijomis,
- trombocitų praturtintos plazmos injekcijomis grožiui ir plaukų slinkimui,
- nagų grybelio gydymu,
- imunoterapija, tik tuo atveju, jei ji nėra susijusi su lėtinės alergijos gydymu,
- odos pažeidimų ir poodinių audinių pašalinimu be histologinio tyrimo.

5.2.1.3. Medicininės pažymos, tokios kaip:

- medicininiai patikrinimai (medicininės komisijos), siekiant gauti vairuotojo pažymėjimą arba leidimą ginklui,
- patikrinimai ir konsultacijos dėl užsienio vizų išdavimo ir medicininį dokumentų rengimo.

Taip pat perskaitykite kitas bendrąsias išimtis ir kitus nedraudžiamuosius įvykius.

5.2.2. Profilaktiniai patikrinimai

5.2.2.1. Neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios mediciniškai pagrįstos apdraustojo draudimo laikotarpiu patirtos sveikatos išlaidos dėl medicinos įstaigoje suteiktų profilaktinių sveikatos patikrinimo paslaugų:

- su darbu susiję privalomieji sveikatos patikrinimai, kurie atliekami teisės aktų nustatyta tvarka,
- jei šios papildomos sąlygos dėl Profilaktinių patikrinimų draudimo apsaugos sąlygos yra nurodytos draudimo liudijime, taip pat atlyginamos šios sveikatos išlaidos:
 - sveikatos patikrinimai, skirti sausumos transporto priemonių vairuotojų medicininėms pažymoms gauti ir gauti leidimą ginklui,
 - sveikatos tikrinimo programos/ viso kūno sveikatos būklės patikrinimas,
 - apdraustojo prašymu atliekami tyrimai be nusiskundimų dėl sveikatos būklės,
 - medicininės konsultacijos ir tyrimai, kuriais siekiama įvertinti sveikatą ir laiku diagnozuoti galimą ligą.

Taip pat perskaitykite kitas bendrąsias išimtis ir nedraudžiamuosius įvykius.

5.2.3. Skiepai

5.2.3.1. Neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios mediciniškai pagrįstos apdraustojo draudimo laikotarpiu patirtos sveikatos išlaidos dėl medicinos įstaigoje

(sveikatos priežiūros įstaigoje ar vaistinėje) suteiktų skiepavimo paslaugų

- gydytojo specialisto konsultacija dėl skiepų ar skiepavimo;
- skiepai (vakcina);
- skiepavimo paslauga.

Taip pat perskaitykite kitas bendrąsias išimtis ir kitus nedraudžiamuosius įvykius.

5.2.4. Medicininė rehabilitacija

5.2.4.1. Neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios mediciniškai pagrįstos apdraustojo draudimo laikotarpiu patirtos sveikatos išlaidos dėl medicinos įstaigoje suteiktų gydytojo paskirtų rehabilitacijos paslaugų:

- fizioterapija (kineziterapija, haloterapija, šoko bangų terapija, elektrorefleksologijos terapija, magnetoterapija, ultragarso terapija, inhaliacijos, fototerapija, hidroterapija, peloterapija (parafinas, purvas, šarko dušas) ir kt.),
- ergoterapija,
- gydomieji masažai (manualinė terapija) ir gydomieji pratimai.

Medicinos paslaugų teikėjas, teikiantis rehabilitacijos paslaugas (išskyrus baseiną), turi turėti veiklos licenciją arba profesinį pažymėjimą atitinkamai ambulatorinės rehabilitacijos paslaugai teikti.

5.2.4.2. Medicinos paslaugos nebus laikomos draudžiamuoju įvykiu bei draudikas neatlygins šių išlaidų:

- bendras kūno masažas, vakuuminis masažas, kriomasažas, prostatos ir ginekologinis masažas,
- limfos drenažas grožiui ir anticeliulitui,
- sveikos aplinkos (sveikatinimo) kapsulė.

Taip pat perskaitykite kitas bendrąsias išimtis ir kitus nedraudžiamuosius įvykius.

5.2.5. Stacionarinis gydymas

5.2.5.1. Neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios mediciniškai pagrįstos apdraustojo draudimo laikotarpiu patirtos sveikatos išlaidos dėl stacionariojo gydymo įstaigoje (ligoninėje – valstybinėje /savivaldybės ar privačioje) suteiktų stacionariojo gydymo paslaugų:

- tyrimai ir konsultacijos;
- konservatyvus ir chirurginis gydymas;
- ligoninėje paskirtų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių (tvarsčių, pleistrų, mėgintuvėlių, siūlų, vienkartinių medicininių rinkinių, vienkartinių instrumentų, lašelinių sistemų, rentgeno nuotraukų) išlaidos / priemokos. Medicinos priemonių ir vaistų išlaidos pagal šią draudimo apsaugos sąlygą atlyginamos tik tuomet, kai jos įtrauktos į bendrą stacionariojo gydymo įstaigos sąskaitą arba kai pateikiamas stacionare gydžiusio gydytojo paskyrimas arba receptas vaistams / priemonėms, kurių vartojimas susijęs su neatidėliotinu, stacionare paskirto gydymo pratęsimu; komforto paslaugos (vienvietė ar dvivietė palata);
- dienos stacionaro paslaugos ir dienos chirurgijos paslaugos.

5.2.4.3. Pagal šią draudimo apsaugos sąlygą medicinos paslaugos nebus laikomos draudžiamuoju įvykiu ir draudikas neatlygins šių išlaidų:

- skrandžio mažinimo operacija,
- kosmetiniu gydymu, grožio procedūromis, plastinėmis operacijomis,
- viršutinio ir (arba) apatinio akių vokų operacija
- regėjimo korekcijos operacija,
- apdraustojo buvimas mokamoje stacionarinėje sveikatos priežiūros įstaigoje, jei tai nesusiję su apdraustojo gydymu, bet su apdraustajam artimo asmens gydymu, taip pat apdraustajam artimo asmens buvimas mokamoje stacionarinėje sveikatos priežiūros įstaigoje dėl apdraustojo gydymo.
- stacionarinės rehabilitacijos išlaidos,
- dantų ir žandikaulių chirurgija,
- gimdymo paslaugos,
- venų gydymas ir skleroterapija.

Taip pat perskaitykite kitas bendrąsias išimtis ir kitus nedraudžiamuosius įvykius.

5.2.6. Venų operacijos ir skleroterapija

5.2.6.1. Neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios mediciniškai pagrįstos apdraustųjų draudimo laikotarpiu patirtos sveikatos išlaidos dėl medicinos įstaigoje (valstybinėje/savivaldybės ar privačioje) suteiktų gydytojo paskirtų venų gydymo paslaugų:

- kojų venų chirurgija ir susijusi stacionarinė priežiūra,
- skleroterapija.

Taip pat perskaitykite kitas bendrąsias išimtis ir kitus nedraudžiamuosius įvykius.

5.2.7. Gimdymo paslaugos

5.2.7.1. Neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios mediciniškai pagrįstos apdraustųjų draudimo laikotarpiu patirtos sveikatos išlaidos dėl medicinos įstaigoje (valstybinėje/savivaldybės ar privačioje) suteiktų gimdymo paslaugų:

- medicinos paslaugos, susijusios su gimdymu, įskaitant cezario pjūvį, gimdymo skausmo malšinimą. Taip pat komforto paslaugos (vienvietė ar dvivietė palata) apdraustajai gimdyvei arba apdraustam būsimam tėvui.

5.2.7.2. Pagal šią draudimo apsaugos sąlygą medicininės paslaugos nebus laikomos draudžiamuoju įvykiu bei draudikas neatlygins šių išlaidų:

- gimdymo namuose (ne gydymo įstaigoje) išlaidos;
- pogimdyminės priežiūros išlaidos po išrašymo iš medicinos įstaigos;
- apdraustojo transporto išlaidos, įskaitant transportavimą į ligoninę ir iš jos.

Taip pat perskaitykite kitas bendrąsias išimtis ir kitus nedraudžiamuosius įvykius.

5.2.8. Stacionarinė rehabilitacija

5.2.8.1. Neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios mediciniškai pagrįstos apdraustojo draudimo laikotarpiu patirtos sveikatos išlaidos dėl stacionarinėje

medicinos įstaigoje (ligoninėje ar sanatorijoje) suteiktų stacionarinės reabilitacijos paslaugų, jei yra visos šios sąlygos:

- reabilitacija reikalinga dėl ligos ar traumos, dėl kurios apdraustasis buvo gydytas stacionare;
- reabilitaciją paskiria gydantis gydytojas;
- reabilitacinio gydymo poreikis atsiranda draudimo laikotarpiu ir reabilitacija suplanuota ligoninėje ar sanatorijoje, turinčioje atitinkamą veiklos licenciją;
- reabilitacijos paslaugos pradėtos teikti per 90 dienų nuo išrašymo iš stacionaro dienos.

Atlyginamos sveikatos išlaidos už reabilitacijos paslaugas, taip pat už apgyvendinimą ir maitinimą reabilitacijos metu, jei šios išlaidos yra bendros sąskaitos už gautas reabilitacijos paslaugas dalis.

Taip pat perskaitykite kitas bendrąsias išimtis ir kitus nedraudžiamuosius įvykius.

5.2.9. Kritinių ligų gydymas

5.2.9.1. Draudžiamasis įvykis – Taisyklių priede Nr. 1 nurodyta kritinė liga, pirmą kartą diagnozuota apdraustajam draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu, dėl kurios apdraustasis patiria mediciniškai pagrįstą sveikatos išlaidų, kurios nėra kompensuojamos Lietuvos Respublikos privalomuoju sveikatos draudimu.

Neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios mediciniškai pagrįstos sveikatos išlaidos, kurios nėra kompensuojamos Lietuvos Respublikos privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiesiems dėl stacionariųjų ar ambulatorinių paslaugų, suteiktų medicinos įstaigoje draudimo laikotarpiu:

- sveikatos išlaidos už mokamas ambulatorines paslaugas,
- sveikatos išlaidos stacionarinėms paslaugoms,
- išlaidos vaistams.

5.2.9.2. Draudžiamuoju įvykiu nelaikomos kritinės ligos, kurios:

- diagnozuotos per pirmuosius 2 draudimo sutarties galiojimo mėnesius, išskyrus atnaujinamas draudimo sutartis, jeigu ankstesnėje draudimo sutartyje buvo pasirinkta Kritinių ligų gydymo draudimo sąlyga;
- neįtrauktos į priede Nr.1 pateiktą sąrašą arba neatitinka jame nurodytų kritinės ligos kriterijų.

Taip pat perskaitykite kitas bendrąsias išimtis ir kitus nedraudžiamuosius įvykius.

5.2.10. Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės

5.2.10.1. Neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios mediciniškai pagrįstos apdraustojo draudimo laikotarpiu patirtos sveikatos išlaidos dėl medicinos įstaigoje įsigytų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių.

5.2.10.2. Galimi du draudimo apsaugos variantai:

5.2.10.2.1. Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės su gydytojo receptu, kai neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios mediciniškai pagrįstos apdraustojo draudimo laikotarpiu patirtos sveikatos išlaidos

dėl medicinos įstaigoje įsigytų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių:

- gydytojo receptu paskirti vaistai, užregistruoti ES vaistų registre;
- pagalbinės medicinos priemonės: tvarsčiai, medicininis tinkas, švirkštai, lašelių sistemos, įtvarų sistemos, judėjimo aparato protezavimo sistemos, ramentai.

5.2.10.2.2. Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės be gydytojo recepto, kai neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios mediciniškai pagrįstos apdraustųjų draudimo laikotarpiu patirtos sveikatos išlaidos dėl medicinos įstaigoje įsigytų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių:

- vaistai ir medicinos pagalbos priemonės, užregistruoti ES vaistų, maisto papildų ir vitaminų registre;
- pagalbinės medicinos priemonės: tvarsčiai, medicininis tinkas, švirkštai, lašelių sistemos, įtvarų sistemos, judėjimo aparato protezavimo sistemos, ramentai.

5.2.10.3. Sveikatos išlaidos nebus laikomos draudžiamuoju įvykiu ir draudikas neatlygins šių išlaidų:

- vaistai nėra registruoti ES vaistų registre;
- maisto papildai ir vitaminai, jei pasirinktas draudimo apsaugos variantas Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės su gydytojo receptu;
- vaistai, skirti alkoholio ar narkotikų (ar kitų psichoaktyvių medžiagų) vartojimo sukeltų sveikatos sutrikimų gydymui;
- vaistai, turintys įtakos reprodukcinei sistemai ir potenciali, įskaitant kontraceptikus;
- vaistai, susiję su psichikos ligomis (kaip antidepresantai), vaistiniai preparatai svorio reguliavimui;
- vakcinai;
- diagnostinės prekės, tokios kaip termometrai, testeriai, diagnostiniai testai, išskyrus Covid ir gripo antigenų testus, diagnostiniai biocheminiai rinkiniai, vienkartinės talpyklos šlapimui, išmatoms ir kitiems mėginiams, talpyklos, mėgintuvėliai, medicinos prietaisai, tokie kaip kraujospūdžio matavimo prietaisai, gliukomačiai, inhaliatoriai, klausos aparatai, infuzinės pompos;
- ortopedinė įranga kaip speciali ortopedinė avalynė kojų deformacijoms gydyti, ortopediniai vidpadžiai, elastinės arba kompresinės kojinės, pooperaciniai korsetai, diržai ir batai, lazdos, vaikštynės, vaikščiojimo rėmai, mechaniniai neįgaliųjų vežimėliai, masažuokliai, kulno apsaugos, ortopedinės ir (arba) ergonominės, padėties keitimo pagalvės;
- slaugos įranga, pvz., dušo arba vonios kambario kėdės, pakilimai / keltuvas, turėklai, persėdimo lenta, neįgaliųjų vežimėlių rampa, baldai pacientams kaip specialūs stalai, funkcinės lovos ir kt., deguonies prietaisai, neįgaliųjų vežimėliai;
- pirmosios pagalbos rinkiniai, svarstyklės, šildytuvai;
- prekės nėščioms moterims, maitinančioms motinoms, kūdikiams ir vaikams;
- apsaugos priemonės ir dezinfekavimo priemonės, higienos prekės, kosmetikos gaminiai, maisto produktai ir maisto papildai sportininkams.

Taip pat perskaitykite kitas bendrąsias išimtis ir kitus nedraudžiamuosius įvykius.

5.2.11. Emocinė sveikata ir mityba

5.2.11.1. Neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios mediciniškai pagrįstos apdraustojo draudimo laikotarpiu patirtos sveikatos išlaidos dėl medicinos įstaigoje suteiktų psichologo, psichoterapeuto ar psichiatro ir mitybos specialisto paslaugų:

- medicinos psichologo, psichiatro ar psichoterapeuto paslaugos,
- mitybos specialisto ir dietologo konsultacijos.

5.2.11.2. Atkreipiame dėmesį, kad medicinos paslaugų teikėjas turi turėti veiklos licenciją arba kompetenciją patvirtinantį pažymėjimą atitinkamai medicinos paslaugai teikti (savarankiškai dirbančių specialistų paslaugos nebus atlyginamos).

5.2.11.3. Pagal šią draudimo apsaugos sąlygą medicininės paslaugos nebus laikomos draudžiamuoju įvykiu bei draudikas neatlygins išlaidų už bet kokius vaistus, susijusius su psichikos ligomis (kaip antidepresantai), priklausomybėmis, skirti svariui reguliuoti.

Taip pat perskaitykite kitas bendrąsias išimtis ir kitus nedraudžiamuosius įvykius.

5.2.12. Dantų gydymas ir priežiūra

5.2.12.1. Neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios mediciniškai pagrįstos apdraustojo draudimo laikotarpiu patirtos sveikatos išlaidos dėl medicinos įstaigoje suteiktų odontologijos paslaugų:

- burnos higienos paslaugos,
- konsultacijos, dantų gydymas, įskaitant periodontologiją, ortodontiją ir protezavimą, rentgeną, dantų ištraukimą ir anesteziją,
- dantų chirurgija (dantų ir žandikaulių/žandikaulių ligų chirurginis gydymas ir visos su tuo susijusios paslaugos).

5.2.12.2. Pagal šią draudimo apsaugos sąlygą medicininės paslaugos nebus laikomos draudžiamuoju įvykiu bei draudikas neatlygins šių išlaidų:

- dantų balinimas ir kitos estetinės odontologijos paslaugos, kaip dantų papuošalų pritvirtinimas ir kt.;
- vaistų, išrašytų suteikus paslaugą (pvz., vaistų po danties ištraukimo), pirkimas;
- higienos ir grožio produktų įsigijimo išlaidos.

Taip pat perskaitykite kitas bendrąsias išimtis ir kitus nedraudžiamuosius įvykius.

5.2.13. Dantų gydymas po traumos

5.2.13.1. Draudžiamuoju įvykiu pagal šią draudimo apsaugos sąlygą yra dantenų sužalojimas ir/ar dantų pažeidimas ar netekimas dėl draudimo laikotarpiu įvykusio staigaus ir netikėto įvykio (eismo įvykio, smūgio į veido sritį, kritimo ir pan.). Draudžiamojo įvykio faktui įrodyti turi būti pateiktas išrašas iš apdraustojo medicininės kortelės. Draudžiamuoju įvykiu nelaikomas dantenų sužalojimas ir/ar dantų pažeidimas ar praradimas valgant, kramtant ar kandant.

5.2.13.2. Neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant

į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios mediciniškai pagrįstos apdraustojo draudimo laikotarpiu patirtos sveikatos išlaidos dėl medicinos įstaigoje suteiktų odontologijos paslaugų:

- konsultacijos, dantų gydymas, įskaitant periodontologiją, ortodontiją ir protezavimą, rentgeną, dantų ištraukimą ir anesteziją,
- dantų chirurgija (dantų ir žandikaulių/žandikaulių ligų chirurginis gydymas ir visos su tuo susijusios paslaugos).

5.2.13.3. Draudikas neatlygina dantų priežiūros paslaugų išlaidų, kurios atsirado ne dėl traumos.

Taip pat perskaitykite kitas bendrąsias išimtis ir kitus nedraudžiamuosius įvykius.

5.2.14. Optikos priemonės ir paslaugos

5.2.14.1. Neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios mediciniškai pagrįstos apdraustojo draudimo laikotarpiu patirtos sveikatos išlaidos dėl medicinos įstaigoje (įskaitant optikos salonus ar vaistines) suteiktų paslaugų:

- gydytojo ar optometristo paskirtų akinių ar akinių lęšių įsigijimas;
- gydytojo ar optometristo paskirtų kontaktinių lęšių įsigijimas;
- regėjimo korekcijos operacijos, kurias skiria gydytojas;
- akinių gamyba ar remontas.

Sveikatos išlaidos, susijusios su akinių, akinių ar kontaktinių lęšių įsigijimu, kompensuojamos tik tuo atveju, jei šios prekės buvo įsigytos optikos salone, specializuotose internetinėse optikos parduotuvėse arba vaistinėse.

5.2.14.3. Pagal šią draudimo apsaugos sąlygą medicininės paslaugos nebus laikomos draudžiamuoju įvykiu bei draudikas neatlygins šių išlaidų:

- nekorekcinį akinių ir akinių nuo saulės įsigijimas;
- akinių ar lęšių priežiūros priemonių ir priedų (pvz., akinių dėklai, servetėlės, valikliai, skysčiai ir t. t.) įsigijimas;
- vaistai ir maisto papildai.

Taip pat perskaitykite bendrąsias išimtis ir kitus nedraudžiamuosius įvykius.

5.2.15. Sveikatinimo paslaugos

5.2.15.1. Draudžiamasis įvykis – draudimo laikotarpiu apdraustojo patirtos sveikatos išlaidos, susijusios su sveikatinimo paslaugomis. Sveikatinimo paslaugos skirtos imuniteto didinimui, apsaugai nuo ligų ar traumų, taip pat stresui įveikti, darbingumui didinti.

5.2.15.2. Neviršijant draudimo sumos ir atsižvelgiant į taikomą kompensuojamąją dalį, atlyginamos šios apdraustojo draudimo laikotarpiu patirtos išlaidos dėl medicinos įstaigoje ar paslaugų teikėjo įstaigoje suteiktų paslaugų:

- reabilitacijos paslaugos, kaip fizioterapija (haloterapija, smūginė bangų terapija, elektros impulsų terapija, magnetoterapija, ultragarso terapija, inhaliacijos, fototerapija, hidroterapija, peloterapija (parafinas, purvas, šarko dušas) ir kt.),

ergoterapija, gydomieji masažai (manualinė terapija) ir gydomieji pratimai, gaunami medicinos įstaigose;

- medicinos įstaigose gautos psichologo, psichiatro ar psichoterapeuto, mitybos specialisto, dietologo konsultacijos;
- Sporto organizacijų arba licencijuotų sporto trenerių organizuojami šie sporto užsiėmimai: treniruotės sporto klube, apsilankymas baseine, įskaitant vandens aerobiką, skvošas, tenisas, badmintonas ir stalo tenisas; grupinės ar individualios pamokos uždaroje patalpoje, lauke ar nuotoliu: treniruotės sporto salėje, neštumo pratimai, bėgimas, važiavimas dviračiu, orientavimosi sportas, ėjimas su lazdomis, čiuožimas, slidinėjimo treniruotės. Taip pat kompensuojamas dalyvio mokestis už dalyvavimą bėgimo, dviračių, orientavimosi, riedučių, lygumų slidinėjimo varžybose bei išlaidos ir mokesčiai už instruktoriaus paslaugas, susijusias su laisvalaikio praleidimu užsiimant kalnų arba lygumų slidinėjimu, snieglenčių sportu, čiuožimu ledu, orientavimosi sportu, laipiojimu sienele;
- procedūros kosmetiniais, plastiniais, estetiniais tikslais, įskaitant specialistų konsultacijas ir procedūras: veido valymas, mezoterapija, kūno šveitimas, anticeliulitinės procedūros, įvairios kūno įvyniojimo ir kitos procedūros, plastinės operacijos, gydymas lazeriu, estetinių priemonių pirkimas, įskaitant skirtų spuogams, strijoms ir kt. gydyti.

5.2.15.3. Atkreipkite dėmesį, kad minėtos sveikatinimo paslaugos gali būti atlyginamos visa apimtimi, nurodyta punkte 5.2.15.2. arba iš dalies, kaip nurodyta draudimo liudijime.

5.2.15.4. Paslaugos nebus laikomos draudžiamu jvykiu bei draudikas neatlygins šių išlaidų:

- sporto rūšių / veiklos, kurios nenurodomos kaip apmokamos,
- salės ir aikštelės nuomos,
- įrangos nuomos, jei ji nurodyta atskiroje sąskaitoje faktūroje, išrašytoje tik už įrangos nuomą.

Taip pat perskaitykite kitas bendrąsias išimtis ir kitus nedraudžiamuosius įvykius.

5.2.16. Medicininės prekės ir paslaugos:

5.2.16.1. Neviršijant draudimo sumos, atlyginamos šios apdraustojo draudimo laikotarpiu patirtos sveikatos išlaidos, už paslaugas, suteiktas medicinos įstaigoje ar paslaugų teikėjo įstaigoje:

- sveikatos išlaidos, susijusios su paslaugomis, aprašytomis draudimo liudijime nurodytose kitose draudimo apsaugos sąlygose, jei draudimo suma tai draudimo apsaugos sąlygai jau yra išnaudota. Papildomai atlyginamos išlaidos kompensuojamos tomis pačiomis sąlygomis, t.y. yra taikoma ta pati kompensuojamoji dalis, draudžiamieji ir nedraudžiamieji įvykiai;
- sveikatos išlaidos, susijusios su paslaugomis, aprašytomis draudimo apsaugos sąlygose, kurios nenurodytos draudimo liudijime kaip atskira draudimo apsaugos sąlyga, bet įtrauktos kaip papildoma sąlyga „Medicininės prekės ir paslaugos“.

5.2.16.2. Visos kitos 5 skyriuje nurodytos draudimo apsaugos sąlygos yra laikomos pagrindinėmis šios

draudimo apsaugos sąlygos atžvilgiu. Pagal šią draudimo apsaugos sąlygą gali būti apmokamos paslaugų išlaidos pagal bet kurią 5 skyriuje nurodytą draudimo apsaugos sąlygą, tačiau visada, jei konkreti draudimo apsaugos sąlyga yra įtraukta į draudimo liudijimą kaip atskira draudimo apsauga, išlaidos už tam tikras paslaugas bus pirmiausia atlyginamos iš pagrindinės draudimo apsaugos sąlygos, ir tik tada, kai draudimo suma bus visiškai išnaudota, išlaidos bus apmokamos pagal šią draudimo apsaugos sąlygą.

5.2.16.3. Atlyginant išlaidas pagal šią draudimo apsaugos sąlygą, kai yra išnaudota pagrindinės draudimo apsaugos sąlygos draudimo suma, taikoma ta pati kompensuojamoji dalis, kaip ir pagrindinės sąlygos. Pavyzdžiui, jei išlaidų už gydytojo konsultacijas kompensuojamoji dalis yra 80 proc pagal draudimo apsaugos sąlygą „Ambulatorinės diagnostikos ir chirurgijos išlaidos“, bet pagal šią pagrindinę draudimo sąlygą visa draudimo suma jau išmokėta, apdraustojo išlaidos gydytojo konsultacijai bus apmokėtos pagal šią draudimo sąlygą „Medicininės prekės ir paslaugos“, taikant tą pačią kompensuojamąją dalį – 80 proc.

5.2.16.4. Sveikatos išlaidoms, kurios nėra įtrauktos į draudimo liudijimą, kaip atskira draudimo apsaugos sąlyga, ir kurios kompensuojamos tik pagal šią draudimo apsaugos sąlygą, taikoma kompensuojamoji dalis, kuri nurodyta draudimo liudijime prie draudimo apsaugos sąlygos „Medicininės prekės ir paslaugos“.

5.2.16.5. Šiai draudimo apsaugos sąlygai visais atvejais yra taikomi pagrindinių draudimo apsaugos sąlygų draudžiamieji ir nedraudžiamieji įvykiai.

Taip pat perskaitykite kitas bendrąsias išimtis ir kitus nedraudžiamuosius įvykius.

6. Nedraudžiamieji įvykiai

6.1. Toliau nurodytos išimties taikomos visoms draudimo apsaugos sąlygoms ir tokie įvykiai laikomi nedraudžiamaisiais. Išimčių antraštės pateikiamos tik aiškumo dėlei ir j jas neturėtų būti atsižvelgiama aiškinant šias taisykles. Atkreipkite dėmesį jog bendrosios išimties taip pat pateiktos ir Bendrosiose asmens draudimo taisyklėse.

6.2. Bendra:

6.2.1. Nedraudžiamieji įvykiai yra sveikatos sutrikimai, atsirandantys dėl:

6.2.1.1. bandymo nusižudyti arba tyčinio savęs žalojimo, taip pat dėl alkoholio, narkotikų ar toksinių medžiagų ir vaistų, kurių nepaskyrė licencijuotas gydytojas (arba paskyrė nelicencijuotas gydytojas) vartojimo;

6.2.1.2. apdraustojo veiksmų, kuriuos apdraustojo buvimo vietos teisėsaugos institucijos pripažino nusikaltimais, taip pat veiksmų, kurie buvo atlikti sulaikant apdraustąjį dėl minėtų veiksmų ar apdraustajam būnant laisvės atėmimo įstaigose;

6.2.1.3. užkrečiamųjų ligų protrūkio, dėl kurio paskelbta pandemija arba nepaprastoji padėtis šalyje;

6.2.2. Draudikas neatlygina sveikatos išlaidų, susijusių su:

6.2.2.1. gydymu, kurį apdraustajam skiria šeimos nariai (sutuoktinis, tėvai, vaikai, broliai ir seserys);

6.2.2.2. oficialiais dokumentais nepatvirtintomis paslaugomis ar išlaidomis;

6.2.2.3. anonimiškai atliktais diagnostiniais tyrimais, gydymu ar reabilitacija bei kitomis sveikatos paslaugomis;

6.2.2.4. pinigais, dėkingumo dovanomis, papildomais mokesčiais ir papildomais mokėjimais už gydytojo pasirinkimą ir asmenišką susitarimą su gydytoju;

6.2.2.5. priemokomis už paciento konsultavimą ne darbo valandomis, papildomais mokesčiais už medicinos paslaugų sudėtingumą ar kompleksiskumą, jei tokios paslaugos nėra įtrauktos į oficialių medicinos įstaigos kainoraštį;

6.2.2.6. išankstiniais mokėjimais už nesuteiktas paslaugas;

6.2.2.7. mokymais, seminarais ir paskaitomis;

6.2.2.8. apdraustojo asmens ir (arba) susijusių priedų (pvz., neįgaliųjų vežimėlio) transportavimu;

6.2.2.9. apgyvendinimo ir (arba) maitinimo paslaugomis, neatsižvelgiant į tai, ar ši paslauga teikiama kaip paslaugos, kuri laikoma sveikatos išlaidomis, dalis, išskyrus tuos atvejus, kai draudimo liudijime nurodyta kitaip.

6.3. Neregistruotos medicinos įstaigos ir medicinos technologijos:

6.3.1. Medicininio gydymo paslaugos nebus laikomos draudžiamuoju įvykiu ir draudikas jų neapmokės, jei jos suteiktos Lietuvoje, Latvijoje ir (ar) Estijoje atitinkamose sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo tarnybose neregistruotose gydymo įstaigose (apie registruotas įstaigas žr. sveikatos priežiūros įstaigų registrą interneto svetainėse: www.vaspvt.lrv.lt, www.vi.gov.lv, www.medre.tehik.ee) arba kurios buvo suteiktos pažeidžiant Lietuvos Respublikos, Latvijos ir (arba) Estijos sveikatos priežiūros įstaigoms nustatytus reikalavimus arba naudojant medicinos technologijas, nepatvirtintas Lietuvos Respublikoje, Latvijoje ir (arba) Estijoje.

6.3.2. Paslaugų teikėjo įstaigos teikiama paslauga neturėjo galiojančio profesinio pažymėjimo arba neturėjo teisės to daryti pagal įstatymus, pavyzdžiui, neturėjo veiklos licencijos, reikalingos atitinkamai paslaugai teikti.

6.3.3. Farmacijos prekių ir paslaugų pardavėjas neturėjo galiojančios veiklos licencijos.

6.4. Ligos, sveikatos būklė ir gydymo tipai:

6.4.1. Medicininės paslaugos nebus laikomos draudžiamuoju įvykiu ir draudikas jų neapmokės, jei tai susiję su šiomis ligomis ar tokia sveikatos būkle:

6.4.1.1. nuovargio ar perdegimo sindromo gydymu, psichikos ligomis ir priklausomybėmis / narkologija, miego ar valgymo sutrikimais, jeigu draudimo liudijime nenurodyta kitaip,

6.4.1.2. lytiškai plintančiomis ligomis, AIDS ir ŽIV virusais,

6.4.1.3. konsultacijos, tyrimai ir gydymas, susijęs su plaukų slinkimu /trihologija,

6.4.1.4. nutukimu, antsvoriu,

6.4.1.5. lyties keitimu;

6.4.1.6. genetikos specialisto konsultacija ir genetiniais tyrimais,

6.4.1.7. šeimos planavimu ir nevaisingumo gydymu, įskaitant ligų, susijusių su nevaisingumu, gydymą, dirbtinį apvaisinimą, diagnostinę histeroskopiją, laparoskopines operacijas, susijusias su sąaugų atskyrimu ir kiaušintakių pralaidumo atstatymu, kiaušialąsčių išsaugojimu (kiaušialąsčių užšaldymu), chirurginės ir medikamentinės kontracepcijos paslaugas, spermos analizę;

6.4.1.8. nėštumo nutraukimu, jei tai nebuvo būtina medicininiu požiūriu;

6.4.2. logopedo konsultacijomis;

6.4.3. nuolatinio, palaikomojo ir (arba) ilgalaikio pagyvenusių žmonių, neįgaliųjų gydymu, įskaitant paslaugas namuose ar stacionarinėje globos įstaigoje, slaugos įstaigoje, medicinos centre, socialinės globos įstaigoje;

6.4.4. alternatyvios (netradicinės) medicinos paslaugos nebus laikomos draudžiamuoju įvykiu ir draudikas neapmokės tokių paslaugų kaip pvz., akupunktūra, akupunktūros specialisto konsultacija ir terapija, aromaterapija, osteorefleksoterapija, endobiogenika, biorezonanso diagnostika, diagnostika R. Foll metodu, homeopatų konsultacijos ir homoeopato paskirtas gydymas, hidrokolonoterapija, iridodiagnostika, sulčių ir dietos seansai, SPA procedūros, ajurvedos procedūros, plūduriuojančios sesijos ir kt.

7. Šalių teisės ir pareigos

7.1. Draudėjas įsipareigoja:

7.1.1. draudėjas, sudarydamas draudimo sutartį, privalo informuoti apdraustuosius apie draudimo sutarties sudarymo faktą, supažindinti juos su draudimo taisyklėmis, taikomomis draudimo apsaugos sąlygomis, paaiškinti iš draudimo sutarties kylančias apdraustojo teises ir pareigas;

7.1.2. tuo atveju, kai draudimo sutartis nutraukiama prieš terminą arba apdraustasis išbraukiamas iš apdraustųjų sąrašo, tačiau dėl draudėjo klaidos ar kaltės nebuvo tinkamai pranešta draudikui ir sveikatos draudimo kortelės nebuvo deaktyvuotos, draudėjas įsipareigoja nedelsiant grąžinti draudikui pinigų sumą, kurią draudikas sumokėjo apdraustajam už sveikatos paslaugas pasibaigus draudimo sutarčiai arba apdraustąjį išbraukus iš apdraustųjų sąrašo.

7.2. Apdraustasis įsipareigoja:

7.2.1. neleisti jokiai kitam asmeniui naudotis savo sveikatos draudimo kortele ir esant neteisėtai prieigai ar praradus savo sveikatos draudimo kortelę, nedelsiant



apie tai pranešti draudikui, kad šis galėtų blokuoti sveikatos draudimo kortelę. Draudikas neatsako už jokių apdraustojo patirtus nuostolius dėl to, kad jis laiku nepranešė apie prarastą sveikatos draudimo kortelę ar neteisėtą prieigą prie jos;

7.2.2. jeigu sveikatos paslaugos teikiamos Partnerių įstaigoje, pateikti asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą ir sveikatos draudimo kortelę;

7.2.3. grąžinti draudikui sumą, kurią draudikas sumokėjo apdraustajam ar Partnerių įstaigai, jei ši suma buvo sumokėta esant bent vienai iš žemiau nurodytų aplinkybių:

7.2.3.1. viršija draudimo liudijime nurodytas draudimo sumas;

7.2.3.2. buvo apmokėta už paslaugas, kurios nėra apmokamos pagal draudimo apsaugos sąlygas;

7.2.3.3. buvo apmokėta už sveikatos paslaugas, suteiktas išbraukus apdraustąjį iš apdraustųjų sąrašo arba nutraukus draudimo sutartį.

7.3. Draudikas įsipareigoja:

7.3.1. Sudarius draudimo sutartį draudikas sudaro galimybę apdraustajam sveikatos draudimo kortelės naudoti per mobiliąją programėlę „If Mobile Baltics“, taip pat naudojantis savitarnos interneto svetainę „Mano If ...“. Jeigu apdraustasis pasirinko plastikinę sveikatos draudimo kortelę – ji apdraustajam aktyvuojama draudiko nustatyta tvarka, t.y. tik gavus raštišką apdraustojo sutikimą dėl asmens duomenų tvarkymo.

7.3.2. Draudimo sutarties galiojimo metu apdraustajam raštu parašius prašymą dėl jo plastikinės sveikatos draudimo kortelės praradimo jos galiojimo laikotarpiu, draudikas įsipareigoja apdraustajam pateikti naują sveikatos draudimo kortelę. Užpildyti prašymą apdraustasis gali draudiko interneto svetainėje: www.if.lt arba atsiųsti jį el. paštu sveikata@if.lt.

8. Draudimo išmokos mokėjimo tvarka

8.1. Draudimo išmoka už sveikatos išlaidas mokama į apdraustojo asmens (arba jo teisėto globėjo, jei apdraustasis yra nepilnametis) banko sąskaitą arba tiesiogiai medicinos įstaigai.

8.2. Draudimo išmoka mokama pagal draudimo liudijime nurodytas draudimo apsaugos sąlygas, neviršijant nurodytų draudimo sumų.

8.3. Įvykus draudžiamajam įvykiui, draudikas turi teisę siųsti savo paskirtus gydytojus patikrinti apdraustojo sveikatos būklę.

8.4. Paslaugų apmokėjimas partnerių įstaigose:

8.4.1. Jeigu apdraustasis atsiskaitė naudodamasis sveikatos draudimo kortele, draudikas visą informaciją apie patirtas sveikatos išlaidas gauna tiesiogiai iš partnerių įstaigos, kurios paslaugomis apdraustasis naudojosi.

8.4.2. Draudikas išmoka draudimo išmoką tiesiogiai partnerių įstaigai pagal draudimo liudijime nurodytas

draudimo apsaugos sąlygas ir atsižvelgdamas į kompensuojamąją išlaidų dalį, visiškai ar iš dalies sumokėdamas už sveikatos išlaidas, jei tenkinamos visos šios sąlygos:

8.4.2.1. apdraustasis partnerių įstaigai pateikia sveikatos draudimo kortelę ir asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą;

8.4.2.2. tais atvejais, kai tai numatyta pagal draudimo apsaugos sąlygas, apdraustasis pateikia partnerių įstaigai gydytojo siuntimą arba receptą;

8.4.2.3. paslauga buvo įtraukta į kompensuojamųjų paslaugų sąrašą pagal sutartį tarp draudiko ir Partnerių įstaigos.

8.5. Paslaugų apmokėjimas apdraustajam:

8.5.1. Kai apdraustasis už paslaugas atsiskaito savo lėšomis medicinos įstaigose, kurios nėra sudariusios sutarties su draudiku dėl apmokėjimo už jų paslaugas naudojantis sveikatos draudimo kortele, draudikas atlygina apdraustajam jo patirtas sveikatos išlaidas ir apskaičiuoja draudimo išmoką pagal draudimo liudijime nurodytas draudimo apsaugos sąlygas atsižvelgdamas į draudimo sumą ir taikomą kompensuojamąją sveikatos išlaidų dalį.

8.5.2. Draudikas išmoka draudimo išmoką apdraustajam pagal draudimo liudijime nurodytas draudimo apsaugos sąlygas, visiškai ar iš dalies apmokėdamas apdraustojo sveikatos išlaidas, jei tenkinamos visos šios sąlygos:

8.5.2.1. apdraustasis draudimo laikotarpiu patyrė sveikatos išlaidas jas apmokėdamas savo lėšomis,

8.5.2.2. apdraustasis ne vėliau kaip per (trisdešimt) 30 dienų nuo draudimo laikotarpio pabaigos pateikė draudikui prašymą dėl draudimo išmokos ir šių taisyklių 8.5.3 punkte nurodytus reikiamus dokumentus.

8.5.2.3. prašymą draudimo išmokai gauti kartu su reikiamais dokumentais skenuota ar nufotografuota forma pateikė šiais būdais:

8.5.2.3.1. užpildydamas elektroninį prašymą draudiko interneto svetainėje www.if.lt ar programėlėje "If Mobile Baltics";

8.5.2.3.2. atsiųsdamas laisvos formos prašymą el. paštu sveikata.zalos@if.lt.

8.5.3. Prie prašymo išmokėti draudimo išmoką skenuota, nufotografuota ar nukopijuota forma turi būti pridėti šie dokumentai:

8.5.3.1. sveikatos išlaidų apmokėjimą patvirtinantys finansiniai dokumentai:

- čekis, grynųjų pinigų priėmimo kvitas, banko mokėjimo nurodymas, kuriuose turi būti ši informacija:
 - a) paslaugų teikėjo įstaigos banko rekvizitai (pavadinimas, registracijos Nr., adresas);
 - b) apdraustojo asmens duomenys (vardas, pavardė);
 - c) mokėjimo data;
- PVM sąskaita faktūra, kurioje turi būti ši informacija:
 - a) paslaugų teikėjo įstaigos rekvizitai;
 - b) paslaugos gavėjo duomenys (vardas, pavardė);

c) suteiktos paslaugos pavadinimas, kiekis, kaina ir suteikimo data.

Jei mokėjimą patvirtinančiuose dokumentuose minėtos informacijos nėra, reikalingas kitas paslaugų teikėjo įstaigos išduotas dokumentas, kuriame yra trūkstama informacija.

8.5.3.2. medicininį dokumentą, patvirtinantį suteiktų paslaugų poreikį:

- apžiūroms ir tyrimams papildomai gali būti reikalaujama gydytojo siuntimo, išrašo iš medicininės kortelės;
- ambulatorinės reabilitacijos medicinos paslaugoms - ne ankstesnio kaip prieš 6 mėnesius gydytojo išrašyto siuntimo;
- sveikatos išlaidoms, kurioms taikoma draudimo apsaugos sąlyga „Medicininės prekės ir paslaugos“ - gydytojo išrašytas receptas, jei draudimo liudijime nenurodyta kitaip;
- sveikatos išlaidoms pagal draudimo apsaugos sąlygą „Optikos priemonės ir paslaugos“ gydytojo išrašytas receptas.

8.5.4. Tuo atveju, kai gydytojo siuntimas, išrašas, receptas ar kiti medicininiai dokumentai buvo išduoti ir tvarkomi naudojantis centralizuota sveikatos apsaugos sektoriaus elektronine informacine sistema, apdraustasis pateikia šios sistemos išrašą.

8.5.5. Draudikas turi teisę nepriimti medicininių ir finansinių dokumentų, kuriuose yra pataisymų, neatitinkančių galiojimo teritorijoje taikomų teisės aktų reikalavimų.

8.6. Sprendimo išmokėti draudimo išmoką ar atsisakymo ją išmokėti priėmimas:

8.6.1. Prieš priimdamas sprendimą, ar įvykį laikyti draudžiamuoju ir apmokėti apdraustojo patirtas sveikatos išlaidas draudikas turi teisę:

8.6.1.1. patikrinti, ar pateikta informacija yra teisinga ir ar draudimo išmoka mokama pagrįstai, bei paprašyti apdraustojo pateikti visus kitus jo turimus dokumentus ir informaciją;

8.6.1.2. susipažinti su apdraustojo asmens medicininiais dokumentais, kurie yra medicinos įstaigose ir paprašyti nepriklausomos ekspertizės;

8.6.2. Draudikas, gavęs visus reikiamus dokumentus ir informaciją priima sprendimą išmokėti draudimo išmoką arba atsisakyti ją išmokėti kuo greičiau, bet ne vėliau kaip per 30 dienų.

8.6.2.3. Priėmus sprendimą išmokėti draudimo išmoką, draudimo išmoka pervedama į prašyme dėl draudimo išmokos nurodytą banko sąskaitą.

8.6.2.4. Kai įvykis pripažįstamas nedraudžiamuoju įvykiu, draudimo išmoka nemokama.

8.6.2.5. Draudikas turi teisę atsisakyti mokėti draudimo išmoką arba ją sumažinti, jeigu:

8.6.2.5.1. draudžiamąjį įvykį faktas, sunkumo ir aplinkybių negalima nustatyti remiantis draudėjo ir

(ar) apdraustojo pateiktais dokumentais;

8.6.2.5.2. draudėjas ir (ar) apdraustasis neleidžia ar trukdo draudikui susipažinti su apdraustojo medicininiais dokumentais ar kitais su įvykiu susijusiais dokumentais arba patikrinti jo sveikatos būklę;

8.6.2.5.3. kitais įstatymų ir/ar draudimo sutarties numatytais atvejais.

9. Paslaugų apmokėjimo sąlygų pakeitimai

9.1. Draudimo laikotarpiu atitinkamai prieš vieną mėnesį pranešęs draudėjui, draudikas turi teisę, pakeisti sveikatos išlaidų apmokėjimo sąlygas arba reikalauti sumokėti papildomą draudimo įmoką tuo atveju, jei draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu būtų įvesti nauji mokesčiai ar nauji papildomi mokėjimai, pagal nacionalinius teisės aktus, susijusius su teikiamomis draudimo paslaugomis.

9.2. Šių Taisyklių 9.1 punkte nurodytu atveju, draudėjui nesutikus su draudiko siūlomais pakeitimais ar apskaičiuota papildoma draudimo įmoka, draudikas turi teisę, apie tai pranešdamas draudėjui, nutraukti draudimo sutartį prieš terminą.

9.3. Draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu draudikas turi teisę, iš anksto apie tai pranešęs draudėjui, pakeisti draudimo išmokos mokėjimo tvarką, išlaikydamas draudimo liudijime nurodytas draudimo sumas.

10. Apdraustųjų sąrašo keitimas

10.1. Apdraustųjų sąrašas pakeičiamas draudėjui pateikus rašytinį prašymą (elektroniniu būdu draudiko interneto svetainėje: www.if.lt arba elektroniniu paštu).

10.2. Anksčiau nustatytos draudimo apsaugos sąlygos apdraustiesiems per draudimo laikotarpį nėra keičiamos.

10.3. Apdraustojo įtraukimas į apdraustųjų sąrašą:

10.3.1. Įtraukdamas naują apdraustąjį į apdraustųjų sąrašą, draudėjas turi nurodyti, kuri iš draudimo liudijime nurodytų draudimo apsaugos sąlygų taikoma konkrečiam apdraustajam. Draudimo apsauga įtrauktam į sąrašą apdraustajam pradeda galioti prašyme nurodytą dieną ir baigiasi paskutinę draudimo liudijime nurodytą draudimo laikotarpio dieną, jei apdraustasis nėra išbraukiamas iš sąrašo anksčiau nei pasibaigia draudimo laikotarpis.

10.3.2. Draudikas parengia plastikinę sveikatos draudimo kortelę, jei buvo pasirinkta plastikinė kortelė ir tai pažymėta gautame draudėjo prašyme, per draudiko su draudėju suderintą terminą.

10.3.3. Papildomą draudimo įmoką draudikas apskaičiuoja pagal draudimo liudijime nurodytas papildomas sąlygas dėl apdraustųjų sąrašo keitimo.

10.3.4. Draudimo įmoka už papildomai įtrauktus apdraustuosius proporcingai paskirstoma likusioms dalinėms įmokoms už draudimo liudijimą. Jei visa draudimo įmoka už draudimo laikotarpį jau yra



sumokėta, vienkartinę draudimo įmoką už papildomus apdraustuosius draudėjas privalo sumokėti iki sąskaitoje nurodytos datos.

10.4. Apdraustojo išbraukimas iš apdraustųjų sąrašo:

10.4.1. apdraustasis bus išbrauktas iš apdraustųjų sąrašo nuo draudėjo prašyme nurodytos datos;

10.4.2. draudikas apskaičiuoja grąžintiną draudimo įmokos dalį už nepanaudotą draudimo laikotarpį pagal draudimo liudijime nurodytas papildomas sąlygas dėl apdraustųjų sąrašo keitimo. Skirtumas išskaičiuojamas iš likusių dalinių mokėjimų, kurie dar nesumokėti pagal draudimo liudijime nurodytą įmokų mokėjimo grafiką. Jei visa draudimo įmoka jau sumokėta, draudėjo pasirinkimu permoka užskaitoma kitam draudimo laikotarpiui arba grąžinama į draudėjo banko sąskaitą.

Priedas Nr. 1. kritinių ligų sąrašas

1. Miokardo infarktas

Miokardo infarktu vadinamas ūmus nepraeinantis širdies raumens pažeidimas (nekrozė), kuris išsivysto nutrūkusi būtinai kraujotakai atitinkamoje širdies raumens srityje.

Diagnozė turi būti pagrįsta visais trimis toliau išvardytais kriterijais:

- 1) būdingas užsitęsęs krūtinės skausmas;
- 2) nauji elektrokardiografiniai pakitimai, būdingi miokardo infarktui;
- 3) miokardo infarktui specifinių fermentų koncentracijos kraujo serume padidėjimas.

2. Vainikinių širdies kraujagyslių šuntavimo operacija

Atviroji vainikinių širdies kraujagyslių operacija, atliekama dviejų ar daugiau vainikinių širdies kraujagyslių susiaurėjimo ar užkimo korekcijai, kaip transplantantą naudojant kojos paviršinę veną, vidinę krūtinės ar kitą tinkamą arteriją. Draudimo išmoką mokame tik tuo atveju, kai operacijos būtinumas pagrįstas angiografija. Dėl balioninės angioplastikos draudimo išmokos nemokame.

3. Insultas (smegenų infarktas)

Specializuoto neurologinio ar neurochirurginio gydymo stacionare klinikiniais požymiais ir instrumentiniais tyrimais (kompiuterine tomografija, magnetiniu rezonansu) diagnozuotas ūmus smegenų kraujotakos sutrikimas (dėl smegenų audinio netrauminės kilmės kraujosrūvos iš smegenų kraujagyslių ar smegenų kraujagyslių užsikimšimo trompais, ar embolais iš ekstrakranijinių (už kaukolės ribų esančių) šaltinių), sukeliantis ilgiau nei 24 valandas nepertraukiamai trunkančius, insultui būdingus klinikinius simptomus.

4. Piktybinis navikas (vėžys)

Nekontroliuojamas piktybinių ląstelių dauginimasis ir plitimas (jisiskverbimas) į audinius. Draudimo išmoką mokame tik esant nenuginčijamiems invazijos į audinius įrodymams ir kai ląstelių piktybiškumas patvirtintas histologiškai. Diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo, turinčio teisę diagnozuoti ir gydyti piktybines ligas.

Vėžio sąvoka taip pat apima leukozes ir limfomas. Šiais atvejais diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo onkologo arba hematologo ir pagrįsta atitinkamu kraujo tyrimu.

Draudimo išmokos nemokame dėl:

- lokalizuotų neinvazinių auglių, turinčių tik ankstyvų supiktybėjimo pokyčių (carcinoma in situ), ikivėžinių ligų;
- odos vėžio (išskyrus piktybinę melanomą);
- pirmos stadijos limfogranulomatozės;
- lėtinės limfoleukozės;
- bet kokių auglių, kai apdraustasis yra infekuotas ŽIV (žmogaus imunodeficito virusu).

5. Inkstų funkcijos nepakankamumas

Visiškas inkstų funkcijos nepakankamumas dėl lėtinio nepraeinančio abiejų inkstų funkcijos pažeidimo. Draudimo išmoką mokame, jeigu apdraustajam atlikta inkstų transplantacijos operacija arba atliekamos reguliarios dializės. Draudimo išmokos nemokame dėl vienos pusės nefrektomijos ir ūmaus inkstų funkcijos nepakankamumo (kai reikia laikinų dializių).

6. Vidaus organų transplantacija

Širdies, plaučių, kepenų, kaulų čiulpų persodinimo operacija, kai apdraustasis yra recipientas.

7. Galūnių ar galūnių funkcijos netekimas

Visiškas nepraeinantis galūnės netekimas dėl traumos ar ligos. Galūnės netekimu laikomas galūnės ar jos funkcijos netekimas aukščiau kelio ar alkūnės sąnario ne trumpesiam kaip 6 mėnesių laikotarpiui.

8. Aklumas

Visiškas regėjimo netekimas abiem akimis dėl traumos ar ligos. Diagnozė turi būti kliniškai pagrįsta gydytojo oftalmologo. Kai kuriais atvejais aklumas gali būti laikinas. Tokiu atveju draudimo išmoką mokame, jei visiškas aklumas abiem akimis išlieka praėjus 6 mėnesiams po diagnozės nustatymo.

9. Trečiojo laipsnio nudegimai

Nudegimai, kurie apima mažiausiai 20 % kūno paviršiaus ploto ir suardo visus odos sluoksnius.

10. Aortos operacijos

Atviroji operacija, per kurią ligos pažeista aortos dalis pašalinama ir pakeičiama protezu. Draudimo išmoką mokame tik tuo atveju, jeigu atliekama krūtinės arba pilvinės aortos dalies operacija. Draudimo išmokos nemokame atliekant aortos šakų operacijas arba jei operacija atliekama dėl trauminio aortos pažeidimo.

11. Širdies vožtuvo keitimas ar funkcijos atkūrimas

Vieno ar daugiau širdies vožtuvų (aortos, dviburio (mitralinio), pulmoninio (plaučių kamieno), triburio) keitimas protezu ar funkcijos atkūrimas atliekant atvirąją širdies operaciją dėl stenozės, nepakankamumo ar šių veiksnių kombinacijos. Draudimo išmokos nemokame, jei širdies vožtuvo funkcija atkuriamą atliekant uždarąją chirurginę intervenciją.



12. Kurtumas

Visiškas klausos netekimas. Diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo otorinolaringologo. Kai kuriais atvejais klausos praradimas gali būti laikinas. Tokiu atveju draudimo išmoką mokame, jei visišką klausos praradimą abiem ausimis išlieka praėjus 6 mėnesiams po diagnozės nustatymo.

13. Kalbos praradimas

Visiškas gebėjimo kalbėti praradimas dėl trauminio pažeidimo ar ligos. Išmoka mokama ir tais atvejais, kai kalba prarandama dėl chirurginio ir medikamentinio ligos gydymo. Diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo otorinolaringologo. Kai kuriais atvejais kalbos praradimas gali būti laikinas. Tokiu atveju draudimo išmoką mokame, jei visišką kalbos praradimą išlieka praėjus 6 mėnesiams po diagnozės nustatymo.

14. Išsėtinė sklerozė

Neabejotina išsėtinės sklerozės diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo neurologo po stacionarinio neurologinio ištyrimo pagal diagnozės nustatymo dieną galiojančius išsėtinės sklerozės diagnostikos kriterijus. Be to, turi būti akivaizdus motorinių arba sensorinių funkcijų sutrikimas, trunkantis ne mažiau kaip 6 mėnesius.

15. Parkinsono liga iki 60 metų amžiaus

Neabejotina apdraustojo iki 60 metų amžiaus idiopatinės (pirminės) Parkinsono ligos diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo neurologo po stacionarinio neurologinio ištyrimo pagal diagnozės nustatymo dieną galiojančius Parkinsono ligos diagnostikos kriterijus. Turi būti akivaizdūs nevalingo rankų tremoro, raumenų rigidiškumo ir sulėtėjusių kūno judesių simptomai. Ši būklė turi būti patvirtinta medicininiais dokumentais ir tęstis ne trumpiau kaip 3 mėnesius. Draudimo išmokos nemokame, jei Parkinsono ligos priežastis yra piktnaudžiavimas alkoholiu, medikamentų perdozavimas ar riboto prieinamumo vaistų vartojimas, išskyrus teisės aktuose numatytus atvejus.

16. Gerybinis galvos smegenų auglys

Draudžiamuoju įvykiu laikomas nepiktybinio galvos smegenų naviko pašalinimas taikant bendrąją narkozę, kai lieka nuolatinės neurologinės pasekmės, arba neoperuotino nepiktybinio galvos smegenų naviko, sukeliančio nuolatinius neurologinius simptomus, atsiradimas. Draudimo išmokos nemokame esant galvos smegenų cistai, granuliomai, galvos smegenų arterijų ir venų dariniams, hematoma, kankorėžinės liaukos ir nugaros smegenų gerybiniam augliams. Diagnozė turi būti patvirtinta stacionarinio gydymo metu gydytojo neurologo ar neurochirurgo ir pagrįsta kompiuterinės tomografijos ar magnetinio branduolinio rezonanso tyrimais.

17. Alzheimerio liga iki 60 metų amžiaus

Neabejotina apdraustojo iki 60 metų amžiaus Alzheimerio ligos diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo neurologo pagal diagnozės nustatymo dieną galiojančius Alzheimerio ligos diagnostikos kriterijus. Ši būklė turi būti patvirtinta medicininiais dokumentais ir tęstis ne trumpiau kaip 3 mėnesius.