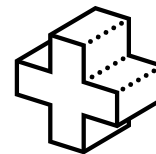


# „If P&C Insurance AS“ filialas



## Sveikatos draudimo taisyklės Nr. 018

redakcija galioja nuo 2011-08-15



### TURINYS

Sveikatos draudimo taisyklių struktūra	2
Vartojamos sąvokos	2
Draudimo objektas	2
Nedraudžiamieji įvykiai	2
Draudimo suma ir dvigubas draudimas	3
Draudimo apsaugos galiojimo teritorija	3
Franšizė (išskaita)	3
Ikisutartinės šalių pareigos ir draudimo sutarties sudarymo tvarka	3
Draudimo laikotarpis ir draudimo įmoka	3
Draudimo sutarties pabaiga, pakeitimo ir nutraukimo sąlygos	3
Draudiko ir Draudėjo teisės ir pareigos draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu	4
Draudimo išmokos mokėjimo terminai	4
Draudimo išmokos mokėjimo apribojimai	4
Netesybos už draudimo sutarties pažeidimus	5
Pranešimai	5
Pareiga saugoti informaciją	5
Baigiamosios nuostatos	5
Draudimo apsaugos sąlyga Nr. 201: KRITINIŲ LIGŲ GYDYMO IŠLAIDŲ DRAUDIMAS	5
Draudimo apsaugos sąlyga Nr. 202: STACIONARIOJO GYDYMO IŠLAIDŲ DRAUDIMAS	5
Draudimo apsaugos sąlyga Nr. 203: AMBULATORINIO GYDYMO IŠLAIDŲ DRAUDIMAS	6
Papildoma sąlyga Nr. 301: VISŲ SVEIKATOS IŠLAIDŲ DRAUDIMAS	6
Papildoma sąlyga Nr. 302: LAISVAS ATSISKAITYMAS	6
Papildoma sąlyga Nr. 303: LĒTINIŲ LIGŲ GYDYMO IŠLAIDŲ DRAUDIMAS	6
Papildoma sąlyga Nr. 304: DIENOS CHIRURGIJA IR DIENOS STACIONARAS	7
Draudimo apsaugos sąlygos Nr. 201	7
Priedas Nr. 1 (kritinių ligų sąrašas)	7

„If P&C Insurance AS“ filialas. ADRESAS: Žalgirio g. 88, LT-09303 Vilnius, ĮM. KODAS: 302279548, PVM KODAS: LT100005135013, TELEFONAI: 1620, (8~5) 210 98 00, FAKSAS: (8~5) 210 98 17, EL. PAŠTAS: info@if.lt, TINKLALAPIO ADRESAS: www.if.lt. Duomenys kaupiami ir saugomi juridinių asmenų registre, VĮ „Registrų centras“. FILIALO STEIGĖJAS: „If P&C Insurance AS“, REG. NR.: 10100168, VAT REG. NR.: EE100305320, ADRESAS: Pronksi 19, 10124 Talinas, Estijos Respublika. Duomenys kaupiami ir saugomi Harju apskrities teismo registrų skyriuje.

Atsitikus įvykiui apie žalą praneškite telefonu 1620 (skambinant iš Lietuvos), +370 5 210 89 25 (skambinant iš užsienio) arba užpildę formą interneto svetainėje adresu www.if.lt.

# Sveikatos draudimo taisyklės Nr. 018

Nauja redakcija su pakeitimais ir papildymais, įsigaliojusiais 2011 m. rugpjūčio 15d.

## Bendroji dalis

### Sveikatos draudimo taisyklių struktūra

Sveikatos draudimo taisyklės (toliau – Taisyklės) sudarytos iš šių dalių:

*Bendrosios dalies*, kurioje aprašoma: draudimo objektas, draudimo sumos, nedraudžiamieji įvykiai, dvigubas draudimas, draudimo apsaugos galiojimo teritorija, franšizė, draudimo sutarties sudarymo tvarka, draudimo įmokos nustatymo ir mokėjimo tvarka, draudimo sutarties galiojimo terminai, draudimo sutarties pakeitimo ir nutraukimo sąlygos, draudimo sutarties šalių ir apdraustųjų teisės bei pareigos, draudimo išmokos mokėjimo terminai, draudimo išmokos mokėjimo apribojimai, netesybos už draudimo sutarties pažeidimus, pranešimų perdavimo tvarka, informacijos konfidencialumas, ginčų nagrinėjimo tvarka.

*Draudimo apsaugos sąlygų*, kuriose nurodomi draudžiamieji ir nedraudžiamieji įvykiai, aprašomos draudimo išmokų rūšys ir jų apskaičiavimo tvarka (sąlygų numeriai – 2xx).

Papildomų sąlygų, išplečiančių ar susiaurinančių draudimo apsaugą (sąlygų numeriai – 3xx). Jei papildomos sąlygos neatitinka bendrosios dalies ar draudimo apsaugos sąlygų, vadovaujamosi papildomomis sąlygomis.

*Nurodymų draudėjui* – nurodymų, mažinančių draudimo riziką, kurių draudėjas privalo laikytis (sąlygų numeriai 4xx).

**Draudimo sutarčiai galioja tik tos draudimo apsaugos, papildomos sąlygos ir nurodymai draudėjui, kurie nurodomi draudimo liudijime. Jei draudimo liudijime nurodomos kitos sąlygos, kurios neatitinka Taisyklių draudimo apsaugos sąlygų, papildomų sąlygų ar nurodymų draudėjui, vadovaujamosi draudimo liudijime nurodytomis sąlygomis.**

### Vartojamos sąvokos

1. *Draudikas* – „If P&C Insurance AS“ filialas.
2. *Draudėjas* – juridinis asmuo, kuris kreipėsi į Draudiką dėl draudimo sutarties sudarymo, ar kuriam Draudikas pasiūlė sudaryti draudimo sutartį, arba kuris sudarė draudimo sutartį su Draudiku pagal šias Taisykles.
3. *Apdraustasis* – draudimo sutartyje įvardytas konkretus fizinis asmuo (asmenys), kurio (-ių) gyvenime atsitikus draudžiamajam įvykiui Draudikas privalo mokėti draudimo išmoką.
4. *Draudimo rizikos pasikeitimu* laikomi tie atvejai, kai pasikeičia draudimo sutartyje nurodytų apdraustų asmenų darbo pobūdis, taip pat kai Apdraustasis pradeda sportuoti arba pasikeičia sporto šaka, kuria jis užsiėmė prieš sudarydamas draudimo sutartį, Apdraustasis užsiima padidintos rizikos laisvalaikio leidimo forma, tampa neįgalioju, suserga psichine liga, teismo pripažįstamas neveiksniu, suserga bet kuria sunkia, nepagydoma liga.
5. *Neįgalus asmuo* – asmuo, kuriam kompetentinga valstybės institucija pripažino neįgalumo lygį arba mažesnę nei 55 proc. darbingumo lygį ir (arba) kuriam yra nustatyta specialiųjų poreikių tenkinimo reikmė, taip pat asmuo, kuriam iki 2005 m. birželio 30 d. suteikta I-II invalidumo grupė.
6. *Sportavimas* – dalyvavimas sporto organizacijos organizuojamuose bet kurios rūšies sportiniuose užsiėmimuose, treniruotėse ar varžybose. Individualūs ar grupiniai sportiniai užsiėmimai, kurie nėra organizuojami sporto organizacijos ir yra tik Apdraustojo laisvalaikio leidimo būdas, sportavimu nelaikomi.
7. *Padidintos rizikos laisvalaikis* – užsiėmimas pavojinga gyvybei sporto šaka (ekstremalaus sporto šaka), tokia kaip įvairios kovinės sporto rūšys, automobilių ir motorinių transporto priemonių sportas, aviacijos sporto šakos, parašiutizmas, alpinizmas ir pan., taip pat važinėjimas motociklu, kurio galia viršija 74 kW (100 AG).
8. *Medicinos įstaiga* – įmonė, vykdanči veiklą, priskirtą vienai iš šių ekonominės veiklos rūšių pagal NACE 1.1 redakciją:

- 51.46 Farmacijos prekių didmeninė prekyba
- 52.31 Ruošiantys ir parduodantys vaistus vaistinėms
- 52.32 Medicininių ir ortopedinių prekių mažmeninė prekyba
- 85.10 Žmonių sveikatos priežiūros veikla
- 85.11 Ligoninių veikla

- 85.12 Medicininės praktikos veikla
- 85.13 Odontologinės praktikos veikla
- 85.14 Kita žmonių sveikatos veikla
- 52.31 Farmacinių prekių, vaistų ruošimas

Medicinos įstaigoms taip pat priskiriami optikos (regėjimo korekcijos priemonių) prekybos salonai.

9. *Sveikatos išlaidos* – Apdraustojo patirtos gydymo, sveikatos priežiūros ir atstatymo Medicinos įstaigose išlaidos.

10. *Mokėjimo kortelė* – pagal draudimo sutartį ir (arba) atskirą Apdraustojo ir Draudiko partnerio (banko) sutartį Apdraustajam išduota Draudiko partnerio (banko) mokėjimo kortelė.

11. *Franšizė* – nuostolių dalis, kurią įvykus kiekvienam draudžiamajam įvykiui atlygina pats Apdraustasis.

### Draudimo objektas

12. Draudimo objektas – turtiniai interesai, susiję su Sveikatos išlaidomis, atsiradusiomis dėl draudžiamąjo įvykio.

### Nedraudžiamieji įvykiai

13. Nedraudžiamaisiais įvykiais laikomi sveikatos sutrikimai, atsiradę dėl:

- a) bandymo nusižudyti arba tyčinio susižalojimo, taip pat dėl alkoholio, narkotikų ar toksinių medžiagų bei vaistų, neskirtų licencijuoto gydytojo (arba skirtų ne licencijuoto gydytojo), vartojimo;
- b) Apdraustojo veiksmų, kuriuos Apdraustojo buvimo vietovės teisėsaugos organai pripažino nusikaltimu, taip pat sulaukiant Apdraustąjį dėl šių veiksmų arba jam esant laisvės atėmimo įstaigoje;
- c) įvykių, susijusių su karo, karo veiksmų arba ypatingosios padėties įvedimu, masiniais neramumais ar branduolinės energijos poveikiu;
- d) psichinių, lytiniu būdu plintančių, žmogaus imunodeficitu viruso (ŽIV) sukeltų ligų (tarp jų – AIDS), neatsižvelgiant į ligos stadiją;
- e) onkologinių ligų (jeigu draudimo sutartyje nenurodyta kitaip);
- f) priklausomybės ligų (narkomanijos, alkoholizmo, toksikomanijos ir t. t.);
- g) sveikatos sutrikimų, susijusių su nėštumu (nėštumo stebėjimu, gimdymu, nėštumo nutraukimu, nėštumo nutrūkimu (persileidimu) arba komplikacijomis po gimdymo), išskyrus nelaimingų atsitikimų atvejus.

14. Draudikas neapmoka gydymo išlaidų už:

- a) gydymą, kurį atliko Apdraustojo šeimos nariai (sutuoktinis, tėvai, vaikai, broliai, seserys);
- b) gydymą netradiciniais medicinos būdais, įskaitant (bet neapsiribojant):
  - masažus,
  - druskų gydymą,
  - šviesos ir spalvų terapiją, homeopatiją (išskyrus gydymą homeopatiniais vaistais, paskirtais licencijuotos gydymo įstaigos medikų);
- c) kosmetines ir plastines operacijas;
- d) dirbtinės kraujotakos sąlygomis atliekamas širdies operacijas;
- e) palaikomąjį gydymą ir slaugą specializuotuose stacionaruose;
- f) organų persodinimo operacijas ir per operacijas naudojamų medžiagų, implantų, protezų, medicininių aparatų įsigijimą;
- g) regėjimo koregavimo lazeriniu būdu operacijas;
- h) gydymą, kuris nepagrįstas oficialiais dokumentais;
- i) anonimiškai atliktus diagnostinius tyrimus, gydymą ir reabilitaciją;
- j) ambulatorinį lėtinių ligų gydymą (jeigu sutartyje nenumatyta kitaip);
- k) logopedo, psichoterapeuto, seksopatologo, psichologo, psichiatro paslaugas, tarp jų depresijos gydymą;
- l) ambulatorinį gydymą ir reabilitaciją po kosmetinių ir plastinių operacijų bei kosmetinį gydymą;
- m) savanorišką ir profilaktinį sveikatos patikrinimą, per kurį gydytojas specialistas nenustato ligos;
- n) nevaisingumo diagnostiką ir gydymą, potencijos sutrikimų gydymą, dirbtinį apvaisinimą;
- o) paveldimų ir (arba) įgimtų ligų bei jų komplikacijų gydymą;
- p) odontologines paslaugas dėl lėtinės dantų patologijos, estetines odontologines procedūras ir priemones.

### **Draudimo suma ir dvigubas draudimas**

15. Draudimo suma – draudimo sutartyje nurodyta pinigų suma, lygi maksimaliai visų draudimo išmokų, kurias Draudikas gali išmokėti pagal konkrečią draudimo apsaugos sąlygą vienam Apdraustajam, sumai.

16. Kiekvienai draudimo apsaugos sąlygai, kuri taikoma konkrečiai draudimo sutarčiai, nustatoma atskira draudimo suma.

17. Draudimo sumų dydžiai nustatomi Draudėjo ir Draudiko tarpusavio susitarimu ir nurodomi draudimo liudijime.

18. Jeigu draudimo sutartyje nenustatyta kitaip, draudimo liudijime nurodytos draudimo sumos visiems Apdraustiesiems yra vienodos.

19. Išmokėjus draudimo išmoką pagal konkrečią draudimo apsaugos sąlygą, draudimo suma konkrečiam Apdraustajam šiai draudimo apsaugos sąlygai mažinama išmokėtos išmokos dydžiu.

20. Jei Apdraustajam draudimo išmoka už tas pačias Sveikatos išlaidas priklauso pagal kelias draudimo sutartis (dvigubas draudimas), kiekvienas draudikas atlygina sveikatos išlaidas proporcingai savo atsakomybės daliai, tačiau bendra draudimo išmokų suma neturi viršyti Sveikatos išlaidų sumos.

### **Draudimo apsaugos galiojimo teritorija**

21. Jeigu draudimo sutartyje nenustatyta kitaip, draudimo apsauga galioja Lietuvos Respublikos teritorijoje.

### **Franšizė (išskaita)**

22. Franšizė (išskaita) – suma, išreikšta procentais nuo patirtų Sveikatos išlaidų, kuri, įvykus kiekvienam draudžiamajam įvykiui, išskaitoma iš mokėtinos draudimo išmokos. Franšizė nurodoma draudimo sutartyje kiekvienai draudimo apsaugos sąlygai atskirai.

### **Ikisutartinės šalių pareigos ir draudimo sutarties sudarymo tvarka**

23. Draudimo sutarčiai sudaryti Draudėjas pateikia Draudikui nustatytos formos prašymą (toliau – prašymas). Prašymas gali būti neteikiamas, jei Draudėjas pateikia Draudikui informaciją, kurią Draudikas laiko pakankama draudimo rizikai įvertinti.

Draudikas turi teisę reikalauti papildomų dokumentų ir informacijos apie prašomus apdrausti asmenis.

24. Prieš sudarydamas draudimo sutartį, Draudėjas privalo:

24.1. suteikti Draudikui teisingą Draudiko nurodytą informaciją apie Draudėją ir pageidaujamas drausti asmenis:

24.1.1. ar pageidaujamas drausti asmuo yra neįgalus, serga psichine liga, jam reikalinga ilgalaikė priežiūra arba jis yra teismo pripažintas neveiksniumi,

24.1.2. ar pageidaujamas drausti asmuo ketina draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu sportuoti ar užsiimti padidintos rizikos laisvalaikio leidimo forma,

24.1.3. ar yra sudarytos ir ar ketinama sudaryti kitų Sveikatos draudimo sutarčių pageidaujamo drausti asmens naudai;

24.2. suteikti Draudikui visą žinomą informaciją apie aplinkybes, galinčias turėti esminės įtakos draudžiamąjį įvykių tikimybei ir šio įvykių galimų nuostolių dydžiui (draudimo rizikai), jeigu tos aplinkybės nėra ir neturi būti žinomos Draudikui;

24.3. perduodamas Draudikui pageidaujama drausti asmenų asmens duomenis, įskaitant ypatingus asmens duomenis (duomenis apie sveikatą), užtikrinti, kad asmens duomenys Draudikui būtų perduodami tik su šių asmenų rašytiniu sutikimu.

25. Esminėmis aplinkybėmis, apie kurias Draudėjas privalo informuoti Draudiką, laikomos:

25.1 informacija apie riziką prašyme, jei jis pildomas Draudiko reikalavimu;

25.2 kita informacija, kurią Draudikas prašo suteikti raštu;

25.3 informacija apie kitas to paties objekto draudimo sutartis, jei jos galios kartu su draudimo sutartimi, kurią ketinama sudaryti.

26. Draudikas siūlo draudimo sąlygas, remdamasis Draudėjo pateikta informacija ir dokumentais.

27. Draudimo sutartis sudaroma Draudikui ir Draudėjui pasirašant draudimo liudijimą.

28. Jeigu Draudėjas prieš sudarydamas draudimo sutartį pateikė Draudikui žinomai melagingą informaciją, Draudikas turi teisę reikalauti sutartį pripažinti negaliojančia.

29. Draudėjas turi teisę:

29.1 susipažinti su šiomis Taisyklėmis ir gauti jų kopiją;

29.2 atsisakyti sudaryti draudimo sutartį, nenurodydamas priežasčių.

30. Draudikas privalo:

30.1 supažindinti Draudėją su šiomis Taisyklėmis ir įteikti jų kopiją;

30.2 išduoti Draudėjui draudimo liudijimą ar kitus draudimo sutarties sudarymą patvirtinančius dokumentus.

31. Draudikas turi teisę:

31.1 reikalauti, kad Draudėjas suteiktų Draudikui teisingą informaciją apie pageidaujamas drausti asmenis;

31.2 atsisakyti sudaryti draudimo sutartį, nenurodydamas priežasčių;

31.3 reikalauti, kad Apdraustasis pasitikrintų sveikatą Draudiko nurodytoje medicinos įstaigoje ir pateiktų patikrinimo rezultatus.

### **Draudimo laikotarpis ir draudimo įmoka**

32. Draudimo laikotarpis nurodomas draudimo sutartyje. Draudimo sutartis įsigalioja nuo draudimo sutartyje nurodyto momento, bet ne anksčiau nei 2 (dvi) dienos nuo draudimo įmokos ar pirmosios jos dalies, kai draudimo sutartyje nustatytas draudimo įmokos mokėjimas dalimis, sumokėjimo dienos.

33. Draudimo įmoka ir jos mokėjimo terminai nustatomi draudimo sutartyje.

34. Draudimo įmoka ar jos dalis laikoma sumokėta, kai atitinkama suma įrašoma į Draudiko sąskaitą banke ar sumokama į Draudiko kasą, jeigu draudimo sutartyje nenustatyta kitaip.

35. Jeigu draudimo įmoka ar jos pirmoji dalis, kai draudimo sutartyje nustatytas draudimo įmokos mokėjimas dalimis, draudimo liudijime nustatytais terminais nesumokama, draudimo sutartis laikoma nesudaryta, net ir Draudikui nepateikus papildomo pranešimo.

36. Draudėjas privalo tinkamai ir laiku mokėti draudimo įmokas.

36.1. Draudėjui laiku nesumokėjus eilinės draudimo įmokos (kai draudimo sutartyje nustatytas draudimo įmokos mokėjimas dalimis), Draudikas apie tai privalo pranešti Draudėjui raštu ir nurodyti, jog per 15 dienų nuo pranešimo gavimo Draudėjui nesumokėjus eilinės draudimo įmokos draudimo apsauga bus sustabdyta ir atnaujinta tik Draudėjui sumokėjus eilinę draudimo įmoką. Jei draudimo sutartyje nenustatyta kitoks pranešimų siuntimo būdas, preziumuojama, jog Draudėjas gavo Draudiko pranešimą paštu, praėjus protingam terminui nuo jo išsiuntimo. Draudikui neišsiuntus pranešimo apie sutarties nutraukimą, draudimo sutartis galioja iki nustatyto laikotarpio pabaigos;

36.2. jeigu draudžiamasis įvykis įvyko tuo metu, kai draudimo apsauga buvo sustabdyta, Draudikas nemoka draudimo išmokos;

36.3. jei draudimo apsauga dėl draudimo įmokos nemokėjimo sustabdyta ilgiau negu 3 mėnesiams, Draudikas turi teisę vienašališkai nutraukti draudimo sutartį.

37. Pasibaigus draudimo sutarties galiojimo laikotarpiui ar ją nutraukus, Draudėjo pareiga sumokėti įmokas už draudimo apsaugos galiojimo laikotarpį išlieka.

### **Draudimo sutarties pabaiga, pakeitimo ir nutraukimo sąlygos**

38. Draudimo sutartis pasibaigia:

38.1 pasibaigus draudimo sutartyje nustatytam draudimo laikotarpiui (draudimo sutartis pasibaigia 24 val. 00 min. dienos, draudimo liudijime pažymėtos kaip sutarties galiojimo pabaigos data);

38.2 jeigu likviduojamas Draudėjas (juridinis asmuo) ir nėra jo teisių ir pareigų perėmėjo;

38.3 jei šalis dėl to susitaria raštu arba draudimo sutartis nutraukiama įstatyme ar šiose Taisyklėse nustatyta tvarka;

38.4 kai Draudikas sumoka visas draudimo sutartyje numatytas draudimo sumas. Jeigu draudimo sutartis yra sudaryta grupės Apdraustųjų naudai, draudimo sutartis pasibaigia tik to Apdraustojo, kuriam tenkančios visos draudimo sumos buvo išmokėtos, atžvilgiu;

38.5 kai Apdraustasis miršta. Jeigu draudimo sutartis yra sudaryta grupės Apdraustųjų naudai, sutartis pasibaigia tik mirusio Apdraustojo atžvilgiu;

38.6 jei yra kiti Civiliniame kodekse nustatyti prievolių pasibaigimo pagrindai.

39. Rašytiniu Draudiko ir Draudėjo susitarimu gali būti pakeistos draudimo sutarties sąlygos bei papildytos šios Taisyklės. Draudimo sutarties pakeitimai įteisinami Draudiko ir Draudėjo pasirašomuose draudimo sutarties prieduose. Pakeitimai įsigalioja nuo atitinkamame priede nustatytos datos.

40. Draudėjas turi teisę nutraukti draudimo sutartį bet koku atveju pateikęs Draudikui raštišką pranešimą. Draudimo sutartis nutraukiama nuo Draudėjo nurodyto termino, bet ne anksčiau kaip nuo pirmosios kito kalendorinio mėnesio, einančio po mėnesio, kai Draudikas gavo Draudėjo pranešimą apie draudimo sutarties nutraukimą, dienos.

41. Jeigu Draudėjas nutraukia draudimo sutartį nesuėjęs nustatytam terminui, Draudėjui gražinama sumokėta draudimo įmoka (premija) už likusį draudimo sutarties galiojimo laiką, iš jos atėmus sutarties sudarymo bei vykdymo išlaidas (iki 25 proc.) ir pagal tą draudimo sutartį išmokėtas išmokas.

42. Draudėjui nutraukus Draudimo sutartį nesuėjęs nustatytam terminui, nesant Draudiko kaltės (esminio draudimo sutarties pažeidimo) arba Draudikui nutraukus Draudimo sutartį pagal Taisyklių 44 punktą, jeigu Draudimo sutartyje nustatytas įmokų mokėjimas dalimis, o Draudiko pagal draudimo sutartį išmokėtos (numatomos išmokėti) draudimo išmokos viršija Draudėjo sumokėtas draudimo įmokas, Draudėjas privalo sumokėti Draudikui skirtumą tarp Draudiko išmokėtų (numatomų išmokėti) draudimo išmokų ir Draudėjo sumokėtų draudimo įmokų, bet ne didesnę nei draudimo sutartyje nustatyta visa draudimo įmoka, atėmus pagal Draudimo sutartį sumokėtas draudimo įmokas.

43. Draudiko ir Draudėjo tarpusavio atsiskaitymui, kai draudimo sutartis baigiasi pagal šių Taisyklių 38.4 ir 38.5 punktus, *mutatis mutandis* (atitinkamai pakeitus tai, kas būtina) taikomos šių Taisyklių 41 ir 42 punktų nuostatos.

44. Draudikas turi teisę nutraukti draudimo sutartį, esant esminiams draudimo sutarties sąlygų pažeidimams ar iš esmės pasikeitus aplinkybėms. Esminiai draudimo sutarties pažeidimai ar iš esmės pasikeitusios aplinkybės, dėl kurių gali būti nutraukta draudimo sutartis, yra:

- 44.1 nepranešimas apie rizikos padidėjimą;
- 44.2 nepranešimas apie kitas to paties objekto draudimo nuo tų pačių įvykių sutartis. Šiuo pagrindu sutartis gali būti nutraukta tik teismo būdu pagal suinteresuotos šalies ieškinį;
- 44.3 eilinės draudimo įmokos nesumokėjimas laiku, kaip tai nurodyta šių Taisyklių 36.3 punkte.

Draudimo sutartis nutraukiama Draudikui išsiuntus apie tai pranešimą Draudėjui.

45. Draudikui nutraukus draudimo sutartį pagal Taisyklių 44 punktą, Draudiko ir Draudėjo tarpusavio atsiskaitymui *mutatis mutandis* taikomos Taisyklių 42 punkto nuostatos.

### **Draudiko ir Draudėjo teisės ir pareigos draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu**

46. Draudėjas įsipareigoja laiku mokėti draudimo įmoką ar jos dalis, kai draudimo sutartyje nustatytas draudimo įmokos mokėjimas dalimis.

47. Draudėjas privalo:

- 47.1 suteikti Draudikui teisingą Draudiko nurodytą informaciją, susijusią su draudimo sutartimi;
- 47.2 draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu informuoti Draudiką apie sudarytas to paties draudimo objekto draudimo sutartis ir pagrindines jų sąlygas (pvz., draudimo įmonę, draudimo sumas, draudžiamuosius įvykius ir pan.);
- 47.3 draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu laikytis nurodymų Draudėjui dėl draudimo rizikos mažinimo ir saugumo priemonių, nustatytų draudimo sutartyje;
- 47.4 ne vėliau kaip per 5 (penkias) darbo dienas (jeigu draudimo sutartyje nenumatyta kitaip) informuoti Draudiką apie draudimo rizikos pasikeitimą;
- 47.5 supažindinti Apdraustąjį (Apdraustuosius) su draudimo sąlygomis, informuoti apie draudimo sutarties galiojimo nutraukimą.

48. Padidėjęs draudimo rizikai, Draudikas turi teisę reikalauti pakeisti draudimo sutarties sąlygas arba padidinti draudimo įmoką (premiją). Jeigu Draudėjas tokiu atveju nesutinka keisti draudimo sutarties

sąlygų ar mokėti didesnės draudimo įmokos (premijos), Draudikas turi teisę kreiptis į teismą dėl draudimo sutarties nutraukimo ar pakeitimo iš esmės pasikeitus aplinkybėms. Nepranešimas Draudikui apie rizikos padidėjimą yra draudimo sutarties pažeidimas, ir Draudikas turi teisę nutraukti draudimo sutartį, kaip numatyta šių Taisyklių 44–45 punktuose, ir mažinti draudimo išmoką arba visai jos nemokėti, jeigu draudžiamąjį įvykių ar nuostolio padidėjimo priežastis yra Draudikui nepraneštos aplinkybės, padidinusios draudimo riziką.

49. Draudikas privalo:

49.1 Draudėjui pareikalavus, išduoti draudimo liudijimo dublikatą ar kitus draudimo sutarties sudarymą patvirtinančius dokumentus;

49.2 įvykus draudžiamajam įvykiui, draudimo sutartyje numatytais terminais bei sąlygomis mokėti draudimo išmokas.

50. Atsitikus draudžiamajam įvykiui, Draudėjas, Apdraustasis arba jų pavestas asmuo privalo:

50.1 išsaugoti ir Draudiko reikalavimu pateikti Draudikui visus tinkamai užpildytus galiojančius dokumentus, susijusius su draudžiamuoju įvykiu;

50.2 suteikti Draudikui ar jo įgaliotam atstovui galimybę nevaržomai tirti draudžiamąjį įvykių priežastis, pasekmes ir aplinkybes.

51. Atsitikus draudžiamajam įvykiui, Draudikas turi teisę siųsti savo paskirtus gydytojus iširti nukentėjusio Apdraustojo sveikatos būklės.

### **Draudimo išmokos mokėjimo terminai**

52. Draudikas, gavęs dokumentus ir (arba) informaciją, būtiną draudžiamąjį įvykių faktui ir dėl to patirtoms Sveikatos išlaidoms nustatyti bei draudimo išmokai apskaičiuoti, draudimo išmoką išmoka ne vėliau kaip per 30 (trisdešimt) dienų nuo tokių dokumentų ir (arba) informacijos gavimo dienos.

53. Draudimo išmoka už draudžiamąjį įvykį pervedama į Apdraustojo Mokėjimo kortelės sąskaitą, kitą Apdraustojo nurodytą banko sąskaitą arba tiesiogiai Medicinos įstaigai.

54. Draudikas turi teisę atidėti draudimo išmokos mokėjimą:

54.1. kol Apdraustasis pateiks Draudiko reikalaujamus papildomus draudžiamąjį įvykį ar Sveikatos išlaidas pagrindžiančius dokumentus ar Draudiko paskirtų gydytojų išvadą;

54.2. jeigu yra pradėtas ikiteisminis tyrimas ar teismo procesas, susijęs su draudžiamuoju įvykiu – iki ikiteisminio tyrimo ar proceso pabaigos arba sustabdymo, jeigu tyrimo ar proceso sprendimas turi reikšmę nustatant, ar įvykis yra draudžiamasis, ir (arba) draudimo išmokos dydį.

### **Draudimo išmokos mokėjimo apribojimai**

55. Draudimo išmoka nemokama, jei įvykis nėra draudžiamasis.

56. Draudikas turi teisę nemokėti draudimo išmokos arba ją mažinti, jei:

- a) draudžiamasis įvykis įvyko dėl Draudėjo ar Apdraustojo tyčios;
- b) Draudėjas nuslėpė arba pateikė klaidingą informaciją, kuri galėjo lemti Draudiko apsisprendimą sudaryti draudimo sutartį ar nustatyti draudimo sąlygas;
- c) Draudėjas pažeidė Taisyklių 47.3 ar 47.4 punktuose nustatytus reikalavimus;
- d) Draudėjas ir (arba) Apdraustasis nepagrįstai uždelsė pranešti Draudikui apie draudžiamąjį įvykį, išskyrus atvejus, kai įrodoma, kad apie draudžiamąjį įvykį Draudikas sužinojo laiku arba kai nepranešimas apie draudžiamąjį įvykį neturi įtakos Draudiko pareigai išmokėti draudimo išmoką;
- e) pagal Draudėjo / Apdraustojo pateiktus dokumentus negalima nustatyti draudžiamąjį įvykių fakto, datos, sunkumo ir aplinkybių; taip pat kai Draudikui pateikti esminiai duomenys apie įvykį yra klaidinantys ir tai turi įtakos įvykių pripažinimui draudžiamuoju įvykiu ir (arba) draudimo išmokos dydžio apskaičiavimui;
- f) Draudėjas ir (arba) Apdraustasis neleidžia ar trukdo Draudikui susipažinti su Apdraustojo medicinine ar kita su įvykiu susijusia dokumentacija arba patikrinti jo sveikatos būklę;
- g) kitais įstatymuose ir (arba) draudimo sutartyje nustatytais atvejais.

## Netesybos už draudimo sutarties pažeidimus

57. Už pavėluotą piniginių prievolių vykdymą sutarties šalys moka viena kitai Lietuvos Respublikos įstatymuose nustatytus delspinigius.

## Pranešimai

58. Bet koks pranešimas, kurį draudimo sutarties šalys perduoda viena kitai, turi būti pateiktas raštu:

- 58.1. pasirašytinai įteikiamas Draudėjui, Draudikui, Apdraustajam ar jų įgaliotam asmeniui arba teisėtam atstovui;
- 58.2. išsiunčiamas laišku arba registruotu laišku Draudėjo, Draudiko buveinės adresu, adresu, nurodytu draudimo liudijime, šalių pranešime apie adresą pakeitimą;
- 58.3. išsiunčiamas faksu, nurodytu draudimo liudijime, šalių pranešime apie fakso numerio pakeitimą;
- 58.4. išsiunčiamas elektroniniu paštu, nurodytu draudimo liudijime, šalių pranešime apie elektroninio pašto adresą pakeitimą.

59. Pranešimas laikomas Apdraustajam įteiktu, kai jis yra įteiktas Draudėjui.

60. Pranešimas apie draudimo sutarties nutraukimą turi būti pasirašytinai įteiktas kitai šaliai arba išsiųstas registruotu laišku.

61. Pranešimo įteikimo data laikoma data, kurią gavėjas pažymi, kad pranešimas (dokumentai) gautas. Jeigu pranešimas siunčiamas paštu, pranešimo gavimo data nustatoma pagal oficialų pašto spaudą, uždėtą pašto įstaigos, turinčios tam teisę. Tais atvejais, kai nėra įrodymų apie dokumentų gavimą paštu, terminai nustatomi pagal išsiuntimo datą ( pridėjus tam pranešimui gauti reikalingą normalų laiką), patvirtintą oficialiu pašto spaudu.

62. Nuostolius dėl pavėluoto pranešimo turi atlyginti ta šalis, kuri neįvykdo šios pareigos.

63. Draudimo sutarties šalys privalo nedelsdamos informuoti viena kitą apie buveinės ar kito korespondencijos adresu, fakso numerio, elektroninio pašto adresą pasikeitimą. Jeigu draudimo sutarties šalys nesilaiko šios pareigos, pranešimai siunčiami paskutiniu šaliai žinomu adresu ir yra laikomi įteiktais. Atsisakymas priimti pranešimą arba pasirašyti dėl gavimo prilyginamas jo gavimui.

## Pareiga saugoti informaciją

64. Draudikas neturi teisės atskleisti informacijos apie Draudėją ar Apdraustąjį, gautos jam vykdant draudimo veiklą, išskyrus įstatymuose nustatytas išimtis.

65. Informacija apie Draudėją ir (arba) Apdraustąjį, Draudiko gauta vykdant draudimo veiklą, gali būti atskleista:

- 65.1 teismams, teisėsaugos ir kitoms institucijoms įstatymuose nustatytais atvejais;
- 65.2 teismui, arbitražiniam teismui, tarpininkui, kitiems asmenims, dalyvaujantiems Draudėjo ir (arba) Apdraustojo ir Draudiko ginčų nagrinėjime;
- 65.3 perdraudikams, Draudiko akcininkų grupės įmonėms;
- 65.4 Draudiko samdomiems ekspertams, atstovams, konsultantams;
- 65.5 esant Draudėjo sutikimui ar jo prašymui.

## Baigiamosios nuostatos

66. Jei draudimo sutartyje draudimo sumos, įmokos ar kitos sumos nurodytos kita valiuta nei litai, mokėjimai pagal draudimo sutartį atliekami litais pagal mokėjimo dieną galiojantį oficialų Lietuvos banko nustatytą lito ir atitinkamos valiutos kursą.

67. Draudiko teisių ir pareigų pagal draudimo sutartį perleidimas kitam ar kitiems draudikams įmanomas tik įstatymuose nustatyta tvarka. Draudėjui nesutinkant su Draudiko ketinimu perleisti draudimo sutartyje apibrėžtas teises ir pareigas kitam ar kitiems draudikams, draudimo sutartis nutraukiama taip pat, kaip ir Draudėjui nutraukiant draudimo sutartį prieš terminą (kaip nustatyta šių Taisyklių 41, 42 ir 43 punktuose).

68. Draudimo sutarties šalių ginčai sprendžiami Draudiko buveinės vietos apylinkės (apygardos) teisme Lietuvos Respublikos įstatymuose nustatyta tvarka.

69. Jei šiose Taisyklėse kas nors nenumatyta, draudimo sutarties šalys vadovaujasi Lietuvos Respublikos įstatymais.

70. Jei kuri nors šių Taisyklių dalis ar atskiros jų nuostatos prieštarauja imperatyviosioms teisės normoms ir dėl to negalioja, tai nedaro negaliojančiomis kitų Taisyklių dalių ar atskirų nuostatų, o draudimo sutarties šalys šias negaliojančias nuostatas derybų būdu pakeičia imperatyviosioms teisės normoms neprieštaraujančiomis

nuostatomis, ekonomine prasme kuo artimesnėmis negaliojančiosioms.

71. Draudimo sutarties šalys, sudarydamos sutartį, gali papildyti šias Taisykles. Visi Taisyklių sąlygų pakeitimai sudarant draudimo sutartį įteisinami atitinkamas nuostatas įrašant į draudimo sutartį arba jos priedus. Prieduose taip pat įteisinami galiojančios sutarties pakeitimai.

## Draudimo apsaugos sąlyga Nr. 201: KRITINIŲ LIGŲ GYDYMO IŠLAIDŲ DRAUDIMAS

201.1. Draudžiamasis įvykis – draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu Apdraustajam pirmą kartą diagnozuota kritinė liga, dėl kurios Apdraustasis patiria mediciniškai pagrįstas LR privalomojo sveikatos draudimo nekompensuojamas Sveikatos išlaidas.

Kritinės ligos, diagnozuotos per pirmuosius 2 draudimo sutarties galiojimo mėnesius, nėra laikomos draudžiamuoju įvykiu (išskyrus atnaujinamas draudimo sutartis).

201.2. Draudikas draudimo sumos ribose atlygina dėl draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu įvykusio draudžiamąjį įvykių Apdraustojo per 12 mėnesių nuo draudžiamąjį įvykio dienos, bet ne vėliau nei per 6 mėnesius nuo paskutinės draudimo sutarties galiojimo dienos, patirtas mediciniškai pagrįstas LR privalomojo sveikatos draudimo nekompensuojamas Sveikatos išlaidas, atėmęs draudimo sutartyje nustatytą franšizę.

201.3. Kritinių ligų sąrašas ir jų diagnozavimo kriterijai, kuriuos atitikti privaloma siekiant ligą pripažinti draudžiamuoju įvykiu, pateikti šios draudimo apsaugos sąlygos priede Nr. 1.

201.4. Įvykus draudžiamajam įvykiui, Draudėjas, Apdraustasis arba jų pavestas asmuo privalo ne vėliau kaip iki kito mėnesio po einamojo kalendorinio mėnesio paskutinės darbo dienos apie įvykusį draudžiamąjį įvykį pranešti Draudikui.

201.5. Kreipdamasis į Draudiką dėl išmokos mokėjimo Draudėjas, Apdraustasis arba jų įgaliotas asmuo turi Draudikui pateikti šiuos dokumentus:

- a) pranešimą, kuriame nurodomi draudžiamąjį įvykių data ir pobūdis;
- b) gydymo, sveikatos priežiūros ir atstatymo paslaugas teikusios Medicinos įstaigos sąskaitų originalus, kuriuose turi būti nurodyta paciento vardas, pavardė, asmens kodas (arba gimimo data), kreipimosi į Medicinos įstaigą data, diagnozė, suteiktų medicinos paslaugų sąrašas, kiekvienos suteiktos paslaugos kaina ir bendra visų suteiktų paslaugų kaina;
- c) gydymo, sveikatos priežiūros ir atstatymo gaminius parduvusios Medicinos įstaigos sąskaitų ir (arba) mokėjimo kvitų originalus, kuriuose turi būti nurodyta gaminių įsigijimo data, įsigytų gaminių sąrašas, kiekvieno įsigyto gaminių kaina ir bendra visų įsigytų gaminių kaina.

201.6. Draudikas ar jo įgaliotas partneris savo nuožiūra gali pareikalauti kitų, šių Taisyklių 201.5 punkte neišvardytų dokumentų, reikalingų draudimo išmokos pagrįstumui ir jos dydžiui nustatyti.

## Draudimo apsaugos sąlyga Nr. 202: STACIONARIOJO GYDYMO IŠLAIDŲ DRAUDIMAS

Ši sąlyga neapima stacionariojo gydymo išlaidų, patirtų gydant kritinę ligą.

202.1. Draudžiamasis įvykis – mediciniškai pagrįstas Apdraustojo gydymas stacionare (išskyrus dienos chirurgiją ir dienos stacionarą) draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu. Jeigu viena draudimo sutartimi apdraudžiami mažiau kaip 10 apdraustųjų, draudžiamuoju įvykiu laikomi tik įvykiai, įvykę ne anksčiau kaip po 3 mėnesių nuo draudimo sutarties įsigaliojimo dienos (išskyrus atnaujinamas draudimo sutartis).

202.2. Draudikas draudimo sumos ribose atlygina dėl draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu įvykusio draudžiamąjį įvykių Apdraustojo patirtas mediciniškai pagrįstas LR privalomojo sveikatos draudimo nekompensuojamas Sveikatos išlaidas, atėmęs draudimo sutartyje nustatytą franšizę.

202.3. Atlyginamos mediciniškai pagrįstos gydymo valstybinėje ir (arba) privačioje stacionariojo gydymo įstaigoje (ligoninėje) išlaidos už:

- a) terapinį ir chirurginį gydymą;
- b) tyrimus ir konsultacijas;
- c) ligoninėje paskirtų medicinos priemonių ir vaistų priemokas / išlaidas;
- d) komforto paslaugas (buvimas vienvietėje arba dvivietėje palatoje).

202.4. 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 gydytą gydytojo paskyrimas arba receptas.

202.5. Įvykus draudžiamajam įvykiui, Draudėjas, Apdraustasis arba jų pavestas asmuo privalo ne vėliau kaip iki kito mėnesio po einamojo kalendorinio mėnesio paskutinės darbo dienos apie įvykusį draudžiamąjį įvykį pranešti Draudikui.

202.6. Kreipdamasis į Draudiką dėl išmokos mokėjimo, Draudėjas, Apdraustasis arba jų įgaliotas asmuo turi Draudikui pateikti šiuos dokumentus:

- a) pranešimą, kuriame nurodomi draudžiamąjį įvykio data ir pobūdis;
- b) gydymo paslaugas teikusios Medicinos įstaigos sąskaitų originalus, kuriuose turi būti nurodyta paciento vardas, pavardė, asmens kodas (arba gimimo data), kreipimosi į Medicinos įstaigą data, diagnozė, suteiktų medicinos paslaugų sąrašas, kiekvienos suteiktos paslaugos kaina ir bendra visų suteiktų paslaugų kaina;
- c) gydymo, sveikatos priežiūros ir atstatymo gaminius pardavusios Medicinos įstaigos sąskaitų ir (arba) mokėjimo kvitų originalus, kuriuose turi būti nurodyta gaminių įsigijimo data, įsigytų gaminių sąrašas, kiekvieno įsigyto gaminio kaina ir bendra visų įsigytų gaminių kaina.

202.7. Draudikas ar jo įgaliotas partneris savo nuožiūra gali pareikalauti kitų, šių Taisyklių 202.6 punkte neišvardytų dokumentų, reikalingų draudimo išmokos pagrįstumui ir jos dydžiui nustatyti.

## Draudimo apsaugos sąlyga Nr. 203: AMBULATORINIO GYDYMO IŠLAIDŲ DRAUDIMAS

Ši sąlyga neapima ambulatorinio gydymo išlaidų, patirtų gydant kritinę ligą.

203.1. Draudžiamasis įvykis – mediciniškai pagrįstas Apdraustojo ambulatorinis gydymas draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu.

203.2. Draudikas draudimo sumos ribose atlygina dėl draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu įvykusio draudžiamąjį įvykio Apdraustojo patirtas mediciniškai pagrįstas LR privalomojo sveikatos draudimo nekompensuojamas Sveikatos išlaidas, atėmęs draudimo sutartyje nustatytą franšizę.

203.3. Atlyginamos ambulatorinėje sveikatos priežiūros įstaigoje suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos:

- 203.3.1 gydytojo paslaugos – bendrosios praktikos gydytojo ir (arba) gydytojo specialisto konsultacijos gydymo įstaigoje ir (arba) apdrausto asmens namuose;
- 203.3.2 slaugytojų paslaugos – gydytojo paskirtos medicininės paslaugos, tokios kaip injekcijos, infuzijos, žaizdų perrišimas ir kita, suteiktos gydymo įstaigoje ir (arba) apdrausto asmens namuose;
- 203.3.3 diagnostiniai tyrimai – mediciniškai pagrįsti ir tik gydytojo paskirti tyrimai, būtini ligai nustatyti. Apmokami laboratoriniai (klinikiniai, biocheminiai, imuniniai, hormonų, bakteriologiniai, histologiniai), funkciniai, rentgenologiniai, ultragarsiniai ir instrumentiniai tyrimai.

203.4. Įvykus draudžiamajam įvykiui, Draudėjas, Apdraustasis arba jų pavestas asmuo privalo ne vėliau kaip iki kito mėnesio po einamojo kalendorinio mėnesio paskutinės darbo dienos apie draudžiamąjį įvykį pranešti Draudikui.

203.5. Kreipdamasis į Draudiką dėl išmokos mokėjimo, Draudėjas, Apdraustasis arba jų įgaliotas asmuo turi pateikti Draudikui šiuos dokumentus:

- 203.5.1. pranešimą, kuriame nurodomi draudžiamąjį įvykio data ir pobūdis;

203.5.2. gydymo paslaugas teikusios Medicinos įstaigos sąskaitų originalus, kuriuose turi būti nurodyta paciento vardas, pavardė, asmens kodas (arba gimimo data), kreipimosi į Medicinos įstaigą data, diagnozė, suteiktų medicinos paslaugų sąrašas, kiekvienos suteiktos paslaugos kaina ir bendra visų suteiktų paslaugų kaina.

203.6. Draudikas ar jo įgaliotas partneris savo nuožiūra gali pareikalauti kitų, šių Taisyklių 203.5 punkte neišvardytų dokumentų, reikalingų draudimo išmokos pagrįstumui ir jos dydžiui nustatyti.

## Papildoma sąlyga Nr. 301: VISŲ SVEIKATOS IŠLAIDŲ DRAUDIMAS

Ši papildoma sąlyga gali būti taikoma tik kartu su bent viena draudimo apsaugos sąlyga.

301.1. Draudžiamasis įvykis – bet koks Apdraustojo gyvenimo faktas, dėl kurio Apdraustasis draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu patiria LR privalomojo sveikatos draudimo nekompensuojamų Sveikatos išlaidų.

301.2. Šiai papildomai sąlygai netaikomi šių draudimo taisyklių Bendrosios dalies 13 punkto d–g papunkčiai ir 14 punktas.

301.3. Draudikas draudimo sumos ribose, atėmęs draudimo sutartyje nustatytą franšizę atlygina Apdraustojo Sveikatos išlaidas, jeigu Medicinos įstaigoje Apdraustasis atsiskaitė Mokėjimo kortele.

301.4. Visą informaciją apie draudžiamąjį įvykį Draudikas gauna tiesiai iš Draudiko partnerio (banko), kurio Mokėjimo kortele buvo apmokėtos Apdraustojo Sveikatos išlaidos.

## Papildoma sąlyga Nr. 302: LAISVAS ATSISKAITYMAS

Ši papildoma sąlyga taikoma tik kartu su papildoma sąlyga Nr. 301: Visų sveikatos išlaidų draudimas.

302.1. Draudikas draudimo sumos ribose, atėmęs draudimo sutartyje nustatytą franšizę atlygina Apdraustojo Sveikatos išlaidas, patirtas Medicinos įstaigose, nepriklausomai nuo to, koku būdu (grynaisiais pinigais, mokėjimo kortele, kita banko kortele ar pervedimu) jis atsiskaitė už suteiktas paslaugas arba prekes.

302.2. Įvykus draudžiamajam įvykiui, Draudėjas, Apdraustasis arba jų pavestas asmuo privalo apie draudžiamąjį įvykį pranešti Draudikui ne vėliau kaip iki paskutinės draudimo sutarties galiojimo dienos.

302.3. Įvykus draudžiamajam įvykiui, Draudėjas, Apdraustasis arba jų įgaliotas asmuo turi kreiptis į Draudiką dėl draudimo išmokų išmokėjimo ir pateikti tokius dokumentus:

- a) pranešimą, kuriame nurodomi draudžiamąjį įvykio data ir pobūdis;
- b) gydymo, sveikatos priežiūros ir atstatymo paslaugas teikusios Medicinos įstaigos sąskaitų originalus, kuriuose turi būti nurodyta paciento vardas, pavardė, asmens kodas (arba gimimo data), kreipimosi į Medicinos įstaigą data, diagnozė, suteiktų medicinos paslaugų sąrašas, kiekvienos suteiktos paslaugos kaina ir bendra visų suteiktų paslaugų kaina;
- c) gydymo, sveikatos priežiūros ir atstatymo gaminius pardavusios Medicinos įstaigos sąskaitų ir (arba) mokėjimo kvitų originalus, kuriuose turi būti nurodyta gaminių įsigijimo data, įsigytų gaminių sąrašas, kiekvieno įsigyto gaminio kaina ir bendra visų įsigytų gaminių kaina.

## Papildoma sąlyga Nr. 303: LĒTINIŲ LIGŲ GYDYMO IŠLAIDŲ DRAUDIMAS

Ši papildoma sąlyga gali būti taikoma tik kartu su draudimo apsaugos sąlyga Nr. 203: Ambulatorinio gydymo išlaidų draudimas.

Ši sąlyga neapima ambulatorinio gydymo išlaidų, patirtų gydant kritinę ligą.

303.1. Draudžiamasis įvykis – draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu mediciniškai pagrįstas Apdraustojo ambulatorinis gydymas dėl lėtinės ligos.

303.2. Draudikas draudimo sumos ribose atlygina dėl draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu įvykusio draudžiamojo įvykio Apdraustojui patirtas mediciniškai pagrįstas LR privalomojo sveikatos draudimo nekompensuojamas Sveikatos išlaidas, atėmęs draudimo sutartyje nustatytą franšizę.

303.3. Atlyginamos ambulatorinėje sveikatos priežiūros įstaigoje suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos:

303.3.1. gydytojo paslaugos – bendrosios praktikos gydytojo ir (arba) gydytojo specialisto konsultacijos gydymo įstaigoje ir (arba) apdrausto asmens namuose;

303.3.2. slaugytojų paslaugos – gydytojo paskirtos medicininės paslaugos, tokios kaip injekcijos, infuzijos, žaizdų perrišimas ir kita, suteiktos gydymo įstaigoje ir (arba) apdrausto asmens namuose;

303.3.3. diagnostiniai tyrimai – mediciniškai pagrįsti ir būtini, tik gydytojo paskirti tyrimai. Apmokami laboratoriniai (klinikiniai, biocheminiai, imuniniai, hormonų, bakteriologiniai, histologiniai), funkciniai, rentgenologiniai, ultragarsiniai ir instrumentiniai tyrimai.

## Papildoma sąlyga Nr. 304:

### DIENOS CHIRURGIJA IR DIENOS STACIONARAS

Ši papildoma sąlyga gali būti taikoma tik kartu su draudimo apsaugos sąlyga Nr. 203: Ambulatorinio gydymo išlaidų draudimas ir (arba) draudimo apsaugos sąlyga Nr. 202: Stacionariojo gydymo išlaidų draudimas.

Ši sąlyga neapima dienos chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugų, suteiktų gydant kritinę ligą.

304.1. Draudžiamasis įvykis – draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu mediciniškai pagrįstas Apdraustojui gydymas dienos stacionare.

304.2. Atlyginamos dienos chirurgijos paslaugos (planinės ir skubios operacijos) ir slaugymo (išskyrus maitinimo) paslaugos, suteiktos Apdraustajam būnant dienos stacionare iki 24 valandų.

304.3. Jeigu ši papildoma sąlyga pasirinkta kartu tik su draudimo apsaugos sąlyga Nr. 203: Ambulatorinio gydymo išlaidų draudimas, Draudikas draudimo apsaugos sąlygos Nr. 203: Ambulatorinio gydymo išlaidų draudimas draudimo sumos ribose atlygina dėl draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu įvykusio draudžiamojo įvykio Apdraustojui patirtas mediciniškai pagrįstas LR privalomojo sveikatos draudimo nekompensuojamas Sveikatos išlaidas, atėmęs draudimo sutartyje nustatytą franšizę.

304.4. Jeigu ši papildoma sąlyga pasirinkta kartu tik su draudimo apsaugos sąlyga Nr. 202: Stacionariojo gydymo išlaidų draudimas, Draudikas, draudimo apsaugos sąlygos Nr. 202: Stacionariojo gydymo išlaidų draudimas draudimo sumos ribose atlygina dėl draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu įvykusio draudžiamojo įvykio Apdraustojui patirtas mediciniškai pagrįstas LR privalomojo sveikatos draudimo nekompensuojamas Sveikatos išlaidas, atėmęs draudimo sutartyje nustatytą franšizę.

304.5. Jeigu ši papildoma sąlyga pasirinkta kartu su draudimo apsaugos sąlyga Nr. 203: Ambulatorinio gydymo išlaidų draudimas ir su draudimo apsaugos sąlyga Nr. 202: Stacionariojo gydymo išlaidų draudimas, Draudikas, draudimo apsaugos sąlygos Nr. 202: Stacionariojo gydymo išlaidų draudimas draudimo sumos ribose atlygina dėl draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu įvykusio draudžiamojo įvykio Apdraustojui patirtas mediciniškai pagrįstas LR privalomojo sveikatos draudimo nekompensuojamas Sveikatos išlaidas, atėmęs draudimo sutartyje nustatytą franšizę.

„If P&C Insurance AS“ filialas  
Filialo Lietuvoje direktorė  
Žaneta Stankevičienė



## Draudimo apsaugos sąlygos Nr. 201 Priedas Nr. 1 (kritinių ligų sąrašas)

1. Miokardo infarktas
2. Vainikinių širdies kraujagyslių šuntavimo operacija
3. Insultas (smegenų infarktas)
4. Vėžys
5. Inkstų funkcijos nepakankamumas
6. Vidaus organų transplantacija
7. Galūnių netekimas / galūnių funkcijų netekimas
8. Aklumas
9. Trečiojo laipsnio nudegimai
10. Aortos operacijos
11. Širdies vožtuvo pakeitimas ar funkcijos atstatymas
12. Kurtumas
13. Kalbos praradimas
14. Išsėtinė sklerozė
15. Parkinsono liga iki 60 metų
16. Gėrybinis galvos smegenų auglys
17. Alzheimerio liga iki 60 metų amžiaus

### 1. Miokardo infarktas

Miokardo infarktu vadinamas ūmus nepraeinamas širdies raumens pakenkimas (nekrozė), kuris išsivysto nutrūkus būtinai kraujotakai atitinkamoje širdies raumens srityje.

Diagnozė turi būti pagrįsta visais trimis žemiau paminėtais 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

Atvira vainikinių širdies kraujagyslių operacija, atliekama dviejų ar daugiau vainikinių širdies kraujagyslių susiaurėjimo ar užakimo korekcijai, kaip transplantantą naudojant kojos paviršinę veną, vidinę krūtinės ar kitą tinkamą arteriją. Draudimo išmoka mokama tik tuo atveju, kai operacijos būtinumas pagrįstas angiografija. Dėl balioninės angioplastikos draudimo išmoka nemokama.

### 3. Insultas (smegenų infarktas)

Ūmus smegenų kraujotakos sutrikimas (dėl smegenų audinio infarkto, netrauminės kilmės kraujosrūvos iš smegenų kraujagyslių ar embolizacijos iš ekstrakranijinių (už kaukolės ribų esančių) šaltinių), sukeliantis neurologines pasekmes, trunkančias ilgiau nei 24 valandas.

### 4. Vėžys

Nekontroliuojamas piktybinių ląstelių augimas ir plitimas (jisiskverbimas) į audinius. Draudimo išmoka mokama tik esant nenuginčijamiems invazijos į audinius įrodymams ir kai ląstelių piktybiškumas patvirtintas histologiškai. Diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo, turinčio teisę diagnozuoti ir gydyti piktybinius susirgimus.

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

Draudimo išmoka nemokama dėl:

- lokalizuotų neinvazinių auglių, turinčių tik ankstyvų supiktybėjimo pokyčių (carcinoma in situ), ikivėžiniai susirgimai;
- odos vėžių (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 ir nepraeinamo abiejų inkstų funkcijos pakenkimo. Draudimo išmoka mokama, jeigu Apdraustajam atlikta inkstų transplantacijos operacija arba atliekamos reguliarios dializės. Draudimo išmoka nemokama dėl vienusės nefrektomijos ir ūmaus inkstų funkcijos nepakankamumo (kai būna reikalingos laikinos dializės).

## 6. Vidaus organų transplantacija

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

## 7. Galūnių netekimas / galūnių funkcijos netekimas

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

Sublinitas protezams

## 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 išmoka mokama, jei visiškai aklumas abiem akimis išlieka praėjus 6 mėnesiams po diagnozės nustatymo.

## 9. Trečiojo laipsnio nudegimai

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

## 10. Aortos operacijos

Atvira operacija, kurios metu ligos pažeista aortos dalis yra pašalinama ir pakeičiama protezu. Draudimo išmoka mokama tik tuo atveju, jeigu atliekama krūtininės arba pilvinės aortos dalies operacija. Draudimo išmoka nemokama atliekant aortos šakų operacijas arba jei operacija atliekama dėl trauminio aortos pažeidimo.

## 11. Širdies vožtuvo pakeitimas ar funkcijos atstatymas

Vieno ar daugiau širdies vožtuvų (aortos, dviburio (mitralinio), pulmoninio (plaučių kamieno), triburio) pakeitimas protezu ar funkcijos atstatymas atviros širdies operacijos metu dėl stenozės, nepakankamumo ar šių faktorių kombinacijos. Išmoka nemokama, jei širdies vožtuvo funkcija atstatyta uždaro chirurginės intervencijos metu.

## 12. Kurtumas

Visiškas, klausos netekimas. Diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo otorinolaringologo. Kai kuriais atvejais klausos praradimas gali būti laikinas, tokiu atveju draudimo išmoka mokama, jei visiškai klausos praradimas 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 išmoka mokama, jei visiškai kalbos praradimas 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 dienai 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 idiopatinės (pirminės) Parkinsono ligos diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo neurologo po stacionarinio neurologinio ištyrimo pagal diagnozės nustatymo dienai galiojančius Parkinsono ligos diagnostikos kriterijus Apdraustajam iki 60 metų amžiaus. Turi būti akivaizdūs nevalingo rankų tremoro, raumenų rigidiškumo ir sulėtėjusių kūno judesių simptomai. Išmoka nemokama, jei Parkinsono ligos priežastis yra piktnaudžiavimas alkoholiu, medikamentų perdozavimas ar riboto prieinamumo vaistų vartojimas, išskyrus teisės aktuose numatytus atvejus. Ši būklė turi būti patvirtinta medicininiais dokumentais ir tęstis ne trumpiau 3 mėnesių.

## 16. Gėrybinis galvos smegenų auglys

Draudiminiu įvykiu laikomas nepiktybinio galvos smegenų naviko pašalinimas naudojant bendrąją narkozę, kai lieka pastovios neurologinės pasekmės, arba neoperabili būklė, kai nepiktybinis galvos smegenų navikas sukelia pastovius neurologinius simptomus. Išmoka nemokama galvos smegenų cistų, granuliomų, galvos smegenų arterijų ir venų darinių, hematomos, konkorėžinės liaukos ir nugaros smegenų gėrybinių auglių atvejais. Diagnozė turi būti patvirtinta stacionarinio gydymo metu gydytojo neurologo ar neurochirurgo ir kompiuterinės tomografijos ar magnetinio branduolinio rezonanso tyrimais.

## 17. Alzheimerio liga iki 60 metų amžiaus

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

„If P&C Insurance AS“ filialas  
Filialo Lietuvoje direktorė  
Žaneta Stankevičienė

