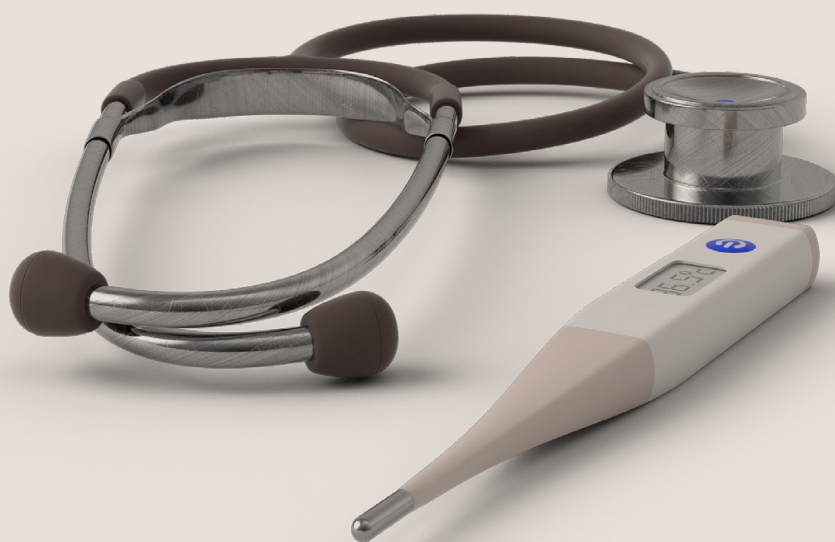




Sveikatos draudimo taisyklės

Nr. THE-20251

Galioja nuo 2025-04-29



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.....	5		
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		

If P&C Insurance AS filialas. Adresas: T. Narbuto g. 5, LT-08105 Vilnius, kodas: 302279548, PVM kodas: LT100005135013, telefonas: +370 5 210 8800, 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“.

Filalo steigėjas: If P&C Insurance AS, reg. Nr.: 10100168, VAT reg. Nr.: EE100305320, adresas: Lōōtsa 8A, 11415 Talinas, Estijos Respublika. Duomenys kaupiami ir saugomi Harju apskrities teismo registrų skyriuje.

Atsitikus įvykiui apie žalą praneškite telefonu +370 5 210 8800 arba užpildę formą interneto svetainėje www.if.lt.

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 ir tarpusavyje neprieštarauja.

2. Sąvokos

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, įvykus draudžiamajam įvykiui, draudikas privalo išmokėti draudimo išmoką.

Apdraustasis – draudimo liudijime ar jo priede nurodytas fizinis asmuo, 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 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, įvykus draudžiamajam įvykiui, apdraustajam suteiktas paslaugas.

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

Medicinos paslaugos – – įstaiga, įmonė ar individualia veikla užsiimantis asmuo, turintis teisę teikti medicinos ir (ar) farmacijos paslaugas draudimo galiojimo teritorijos valstybės teisės aktų nustatyta tvarka. Medicinos įstaigoms taip pat priskiriami regėjimo korekcijos priemonių (optikos) prekybos salonai.

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 kiekvienam apdraustajam išduodama 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 paslaugas teikianti 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 įstaigoje ar paslaugų teikėjų įstaigoje suteiktas medicinos paslaugas.

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 atskiros draudimo sumos gali būti nurodytos tam tikroms medicinos paslaugoms.

4. Galiojimo sąlygos

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

4.2. Draudimo galiojimo teritorija yra Lietuvos Respublika, Latvijos Respublika ir Estijos Respublika, 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 dvylika mėnesių, 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., žaizdų tvarsčių keitimas, žaizdos siūlių šalinimas, teikiamos medicinos įstaigoje arba pagal gydytojo paskyrimą suteikiamos apdraustojo namuose;
- imunoterapija, kai ji skiriama lėtinės alergijos gydymui;
- lazerinės procedūros, skirtos pašalinti odos darinius, turinčius dermatologo patvirtintą darinio kitimo (piktybėjimo) riziką (pvz. nuolat traumuojami, stebėjimo eigoje kintančios struktūros dariniai);
- skubi medicinos pagalba (įskaitant privačią), kad prireikėtų 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 pavojingos gyvybei būklės;
- ambulatorinės chirurgijos procedūros, kurias atlieka chirurgas/traumatologas (pvz., abscesų atidarymas, sąnario punkcijos, 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 nebus 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 rehabilitacijos 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,
- hialurono rūgšties ir kitomis (įskaitant ir trombocitų praturtintos plazmos) injekcijomis skirtomis grožiui, padidinto prakaitavimo, plaukų slinkimo ir panašių pakitimų gydymui, išskyrus hialurono rūgšties injekcijas į sąnarius skausmui malšinti,
- nagų grybelio gydymu,
- imunoterapija, tik tuo atveju, jei ji nėra susijusi su lėtinės alergijos gydymu,
- odos pažeidimų ir poodinių darinių pašalinimu lazeriu be dermatologo patvirtinimo dėl darinio kitimo (piktybėjimo) rizikos.

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 medicininių 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 žemiau išvardintos paslaugos yra nurodytos draudimo liudijime, pagal profilaktinių patikrinimų draudimo apsaugos sąlygą, taip pat atlyginamos šios sveikatos išlaidos:
 - sveikatos patikrinimai, skirti transporto priemonių vairuotojų/valdytojų medicininėms pažymoms gauti ir gauti leidimą ginklui,
 - sveikatos tikrinimo programos/ viso kūno sveikatos būklės patikrinimas, laboratorinių tyrimų programos bei kiti tyrimai, kuriais siekiama įvertinti sveikatą ir laiku diagnozuoti galimą ligą,
 - kompleksinis alergenų (plokštelių) tyrimas be alergologo ar imunologo siuntimo,
 - genetiniai tyrimai, išskyrus perinatalinius NIPT tyrimus chromosomų anomalijoms nustatyti ir embriono (PGT IVF) genetinius tyrimus,
 - tyrimai, susiję su nevaisingumu ar sunkumais pastoti,
 - tyrimai, skirti diagnozavimui lytiškai plintančių ligų, įskaitant ŽIV, AIDS, sifilį, gonorėją, trichomonozę, chlamidiją, ureaplazmozę, genetalijų pūslelinę ir kitas lytiškai plintančias infekcijas.

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,
- logopedo konsultacijos, jeigu šios paslaugos teikiamos kaip rehabilitacija po traumos, sužalojimo ar operacijos.

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 celiulito gydymui,
- 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, vienkartinį medicininių rinkinių, vienkartinį instrumentų, lašelių sistemų, rentgeno nuotraukų) išlaidos / priemonės. 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.

5.2.5.2. 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 ir dėl kurios apdraustasis patiria mediciniškai pagrįstų 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,
- sveikatos išlaidos už ambulatorinės ir stacionarinės reabilitacijos paslaugas,
- 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;
 - atvejus, kai viena draudimo sutartimi apdraudžiama 10 ir daugiau asmenų;
 - atvejus, kai diagnozuojamos šios kritinės ligos: insultas, miokardo infarktas, aklumas, kurtumas, kalbos praradimas, galūnių/galūnių funkcijų netekimas, trečio laipsnio nudegimai;
- neįtrauktos į šių taisyklių 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 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 potencijai, įskaitant kontraceptikus;
- vaistai, susiję su psichikos ligomis (kaip antidepresantai), vaistiniai preparatai svorio reguliavimui;
- vakcinos;
- 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, vaikštytės, 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, maisto papildai sportui ir grožiui.

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 (įskaitant sveikatos būkles, susijusias su nutukimu, antsvoriu).

5.2.11.2. Atkreipiamė 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 anestziją,
- 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 anestziją,
- 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.

5.2.14.2. 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:

- nekorekcinių 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 (įskaitant sveikatos būkles, susijusias su nutukimu, antsvoriu);
- medicinos įstaigose gautos alternatyvios (netradicinės) medicinos specialisto konsultacijos;

- sporto medicinos specialistų konsultacijos ir funkcinė diagnostika fizinio pasirengimo lygiui nustatyti;
- sporto organizacijų arba licencijuotų sporto trenerių organizuojami šie sporto užsiėmimai: treniruotės sporto klube, apsilankymas baseine, įskaitant vandens aerobiką; grupinės ar individualios pamokos uždarose patalpose, lauke ar nuotoliu: treniruotės sporto salėje, nęštumo pratimai, bėgimas, važiavimas dviračiu, orientavimosi sportas, ėjimas su lazdomis, ėjuožimas, slidinėjimo treniruotės. Taip pat kompensuojamas dalyvio mokestis už dalyvavimą bėgimo, dviračių, orientavimosi, riedučių, lygumų slidinėjimo varžybose bei išlaidos ir mokesčiai už instruktoriaus paslaugas, susijusios su laisvalaikio praleidimu užsiimant kalnų arba lygumų slidinėjimu, snieglenčių sportu, ėjuožimu ledu, orientavimosi sportu, laipiojimu sienele;
- procedūros kosmetiniais, plastiniais, estetiniais tikslais, įskaitant specialistų konsultacijas ir procedūras: dantų balinimas, veido valymas, trombocitų praturtintos plazmos injekcijos ir kitos injekcijos, skirtos grožiui ir plaukų slinkimui gydyti, mezoterapija, kūno šveitimas, anticeliulitinės procedūros, įvairios kūno įvyniojimo ir kitos procedūros, plastinės operacijos, gydymas lazeriu (įskaitant nagų grybelio gydymą), 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 draudžiamuoju įvykiu 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 (punktuose 5.2.1. – 5.2.15.), kurios nenurodytos draudimo liudijime kaip atskira draudimo apsaugos sąlyga, bet įtrauktos kaip papildoma sąlyga „Medicininės prekės ir paslaugos“;
- sveikatos išlaidos, susijusios su visomis paslaugomis, suteiktomis Medicinos įstaigose ir Paslaugų teikėjų įstaigose.

5.2.16.1.1. Atkreipkite dėmesį, kad minėtos sveikatos išlaidos gali būti atlyginamos visa apimtimi, nurodyta punkte 5.2.16.1. arba iš dalies, kaip nurodyta draudimo liudijime.

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 konkreči 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, arba kai pagal pagrindinę sąlygą įvykis yra nedraudžiamasis, bet pagal šią draudimo apsaugos sąlygą – draudžiamasis, 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 yra taikomi pagrindinių draudimo apsaugos sąlygų draudžiamieji ir nedraudžiamieji įvykiai, tačiau, jeigu ši draudimo apsaugos sąlyga yra pasirinkta pilna apimtimi ir tai nurodyta draudimo liudijime, pagrindinių draudimo sąlygų nedraudžiamieji įvykiai nėra taikomi bei nėra taikomi šie bendrieji nedraudžiamieji įvykiai: 6.2.1.3., 6.2.2.5., 6.2.2.8., 6.2.2.9., 6.4.1.-6.4.4.

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 į 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 buvimas vietos teisėsaugos institucijos pripažino nusikaltimais, taip pat veiksmų, kurie buvo atlikti sulaukiant apdraustąjį

dėl minėtų veiksmų ar apdraustajam būnant laisvės atėmimo įstaigoje;

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 oficialų 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., neįgalųjų 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;

6.2.2.10. akinių nuo saulės ir akinių be dioptrijų (aksesuarinių akinių) įsigijimu.

6.3. Neregistruotos medicinos įstaigos ir medicinos technologijos:

6.3.1. Medicininės paslaugos nebus laikomos draudžiamuoju įvykiu ir draudikas jų neapmokės, jei:

6.3.1.1. jos suteiktos Lietuvos Respublikoje, Latvijos Respublikoje ir (ar) Estijos Respublikoje atitinkamose sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo tarnybose neįregistruotose gydymo įstaigose (apie registruotas įstaigas žr. sveikatos priežiūros įstaigų registrą interneto svetainėse: <https://licencijavimas.vaspvt.gov.lt/License/PublicSpecialistIndex>, www.vi.gov.lv, www.medre.tehik.ee) arba kurios buvo suteiktos pažeidžiant Lietuvos Respublikos, Latvijos Respublikos ir (arba) Estijos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigoms nustatytus reikalavimus arba naudojant medicinos technologijas, nepatvirtintas Lietuvos Respublikoje, Latvijos Respublikoje ir (arba) Estijos Respublikoje.

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

6.3.1.3. 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 / narkomanija, 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 (jeigu draudimo liudijime nenurodyta kitaip),

6.4.1.5. lyties keitimu;

6.4.1.6. genetikos specialisto konsultacija ir genetinėmis 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, kompleksine nėštumo priežiūra, gimdymo palydovės paslaugomis;

6.4.2. logopedo konsultacijomis, išskyrus atvejus kai šios paslaugos teikiamos kaip reabilitacija po traumos, sužalojimo ar operacijos;

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

6.4.4. alternatyvios (netradicinės) medicinos paslaugos, suteiktos ne medicinos įstaigoje ar paslaugų teikėjo įstaigoje, 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, hidrokoloterapija, iridodiagnostika, sulčių ir dietos seansai, 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 jokiam 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 svetaine „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 reikiama dokumentais skenuota, nufotografuota ar nukopijuota 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. medicininių dokumentų, 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 draudimo galiojimo teritorijoje taikomų teisės aktų reikalavimų.

8.6. Sprendimo išmokėti draudimo išmoką ar atsakymo 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 mediciniais 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 atsakyti 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 atsakyti mokėti draudimo išmoką arba ją sumažinti, jeigu:

8.6.2.5.1. draudžiamąjo įvykio fakto, datos, 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 mediciniais 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 sutartį. Jei visa draudimo įmoka už draudimo laikotarpį jau yra sumokėta, vienkartinę draudimo įmoką už papildomus apdrautuosius 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.

Dėkojame, kad perskaitėte taisykles. Tikimės, kad nuodugniai susipažinote su savo draudimo sąlygomis ir radote Jus dominančią informaciją apie draudimo apsaugą. Jei turėtumėte klausimų, parašykite el. pašto adresu draudimas@if.lt arba paskambinkite telefonu +370 5 210 8800 – mums bus malonu Jums padėti.

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



Priedas Nr. 1. Kritinių ligų sąrašas

1. Miokardo infarktas
2. Insultas (smegenų infarktas)
3. Piktybinis navikas (vėžys)
4. Širdies vožtuvo nepakankamumas, kai atliekama jo pakeitimo ar funkcijos atkūrimo operacija
5. Lėtinis inkstų nepakankamumas
6. Išsėtinė sklerozė
7. Vidaus organų transplantacija
8. Aklumas
9. Kurtumas
10. Kalbos praradimas
11. Galūnių ar galūnių funkcijų netekimas
12. Gerybinis galvos smegenų auglys
13. Trečiojo laipsnio nudegimai
14. Pirmojo tipo diabetas
15. Aplastinė anemija
16. Amiotrofinė lateralinė sklerozė (ALS)
17. Aortos aneurizma, kai taikomas operacinis gydymas
18. Vainikinių širdies kraujagyslių liga, kai taikomas operacinis gydymas
19. Smegenų aneurizma, kai taikomas operacinis gydymas
20. Parkinsono liga iki 65 metų amžiaus
21. Alzheimerio liga iki 65 metų amžiaus

1. Miokardo infarktas

Negrižtamas širdies raumens pažeidimas (nekrozė) dėl ūmiai sutrikusios kraujotakos širdies raumenyje (TLK-10 ligos diagnozės kodas I21), patvirtintas gydytojo-kardiologo ir pagrįstas bent dviem iš šių miokardo infarkto kriterijais:

- 1) būdingas užsitęsęs krūtinės skausmas;
- 2) tipiniai pokyčiai elektrokardiogramoje (EKG);
- 3) padidėję miokardo pažeidimo biocheminiai žymenys.

2. Insultas (smegenų infarktas)

Staigus smegenų kraujotakos sutrikimas, sukeliantis nuolatinį neurologinį sutrikimą, trunkančius ilgiau nei 24 valandas (TLK-10 ligos diagnozės kodai I60-I64), dėl kurių atsiranda ilgalaikė ar nuolatinė neurologinė simptomatika, patvirtinta praėjus bent trimis mėnesiais po insulto. Insultą turi patvirtinti gydytojas neurologas ir jis turi būti pagrįstas insultui būdingais klinikiniais simptomais bei smegenų kompiuterinės tomografijos (KT) arba magnetinio rezonanso tomografijos (MRT) tyrimų rezultatais.

3. Piktybinis navikas (vėžys)

Histologiškai patvirtintas piktybinių ląstelių atsiradimas ir plitimas į sveikus audinius (TLK-10 ligos diagnozės kodai C00-C97). Diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo-onkologo ir pagrįsta atitinkama histopatologija. Draudimo išmokos nemokame, kai diagnozuojami šie navikų tipai:

- priešinvaziniai ankstyvos stadijos navikai (in situ), kurie nėra išplitę į aplinkinius audinius;
- gerybiniai ir priešvėžiniai navikai;
- gimdos kaklelio displazija;
- gimdos kaklelio vėžys (CIN1–CIN3);
- 1 stadijos prostatos vėžys (T1a, T1b, T1c);
- odos melanoma, kurios Breslow storis mažesnis nei 1,5 mm arba Clark lygis žemiau III.

Piktybinio naviko diagnozė nelaikoma draudžiamuoju įvykiu šiais atvejais:

- asmeniui diagnozuota ŽIV infekcija arba AIDS (įgytas imunodeficitas sindromas);
- prieš draudimo laikotarpio pradžią apdraustasis buvo stebimas dėl TLK-10 diagnozės kodų C00-C97;
- piktybinis navikas išsivystė dėl metastazių plitimo iš anksčiau diagnozuoto ir gydyto piktybinio naviko, net jei jis buvo kito tipo ir paveikė kitus organus arba anksčiau gydytas navikas atsinaujino (recidyvas).

4. Širdies vožtuvo nepakankamumas, kai atliekama jo pakeitimo ar funkcijos atkūrimo operacija

Širdies vožtuvo defektas, nepakankamumas arba jų derinys, reikalaujantis vieno ar daugiau širdies vožtuvų pakeitimo protezu arba funkcijos atstatymo chirurginės intervencijos būdu, įskaitant minimaliai invazines, kateteriu atliekamas procedūras. Papildoma sąlyga – operacija turi būti paskirta draudimo laikotarpiu ir atlikta per šį laikotarpį arba ne vėliau kaip per 120 dienų po jo pabaigos.

5. Lėtinis inkstų nepakankamumas

Lėtinė, negrižtama inkstų liga, sukelianti negrižtamą inkstų nepakankamumą, kuriam gydyti reikalinga inkstų pakaitinė terapija. Pakaitinė terapija turi būti paskirta kaip nuolatinis gydymas ir pradėta draudimo laikotarpiu.

6. Išsėtinė sklerozė

Autoimuninė centrinės nervų sistemos liga, pažeidžianti galvos ir nugaros smegenis (TLK-10 ligos diagnozės kodas G35), diagnozuota pagal diagnozės nustatymo dieną galiojančius išsėtinės sklerozės diagnostikos kriterijus ir patvirtinta gydytojo neurologo, remiantis MRT tyrimo duomenimis. Be to, turi būti akivaizdus motorinių arba sensorinių funkcijų sutrikimas, trunkantis ne mažiau kaip 6 mėnesius.

7. Vidaus organų transplantacija

Negrižtamas širdies, plaučių, kepenų, kasos ar kaulų čiulpų pažeidimas, dėl kurio būtina atlikti organų transplantacijos operaciją. Apdraustasis asmuo turi būti oficialiai įtrauktas į atitinkamą organų transplantacijos laukiančiųjų sąrašą ne vėliau kaip per 30 dienų po draudimo laikotarpio pabaigos. Organų transplantacija, susijusi su anksčiau diagnozuota kritine liga, nelaikoma draudžiamuoju įvykiu.

8. Aklumas

Negrižtamas ir visiškas regėjimo netekimas abiem akimis dėl traumos ar ligos, nepriskiriamos kritinėms ligoms, įvykęs draudimo laikotarpiu, išliekantis bent 6 mėnesius po diagnozės nustatymo ir per šį laikotarpį buvo taikytas tinkamas gydymas, kuris nedavė rezultatų. Aklumas abiem akimis turi būti kliniškai patvirtintas gydytojo oftalmologo.

9. Kurtumas

Negrįžtamas ir visiškai abipusis klausos netekimas dėl traumos ar ligos, nepriskiriamas kritinėms ligoms, įvykęs draudimo laikotarpiu. Diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo otorinolaringologo, o kurtumas išlieka bent 6 mėnesius po diagnozės nustatymo ir per šį laikotarpį buvo taikytas tinkamas gydymas, kuris nedavė rezultatų.

10. Kalbos praradimas

Negrįžtamas ir visiškai gebėjimo kalbėti praradimas dėl trauminio pažeidimo ar ligos, nepriskiriamas kritinėms ligoms, įvykęs draudimo laikotarpiu. Diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo otorinolaringologo, o kalbos praradimas išlieka bent 6 mėnesius po diagnozės nustatymo ir per šį laikotarpį buvo taikytas tinkamas gydymas, kuris nedavė rezultatų.

11. Galūnių ar galūnių funkcijos netekimas

Vienos ar daugiau galūnių netekimas (aukščiau kelio ar alkūnės sąnario) arba negrįžtamas ir visiškai galūnių funkcijos netekimas (paralyžius) dėl traumos ar ligos, nepriskiriamas kritinėms ligoms, įvykęs draudimo laikotarpiu. Galūnių netekimas arba jų funkcijų praradimas turi būti patvirtintas gydytojo neurologo arba gydytojo traumatologo, o funkcijų praradimas išlieka bent 6 mėnesius po diagnozės nustatymo ir per šį laikotarpį buvo taikytas tinkamas gydymas, kuris nedavė rezultatų. Galūnių funkcijos praradimas, susijęs su anksčiau diagnozuota kritine liga, nelaikomas draudžiamuoju įvykiu.

12. Gerybinis galvos smegenų auglys

Nepiktybinis galvos smegenų navikas, kurį būtina operuoti, arba neoperuotinas nepiktybinis galvos smegenų navikas, sukeliantis nuolatinius progresuojančius neurologinius sutrikimus. Diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo neurologo ar neurochirurgo. Operuojamo naviko gydymas turi apimti bent vieną iš šių metodų:

- visiškai arba dalinis naviko chirurginis pašalinimas;
- stereotaktinė radiochirurgija (tikslinė spindulinė terapija);
- spindulinė terapija.

Galvos smegenų cistos, granuliuotos, galvos smegenų arterijų ir venų dariniai, kankorėžinės liaukos augliai nelaikomi draudžiamuoju įvykiu.

13. Trečiojo laipsnio nudegimai

Trečio laipsnio nudegimai, kurie apima mažiausiai 20 % kūno paviršiaus ploto (1% kūno paviršiaus ploto atitinka žmogaus delno paviršiaus plotą), įvykę draudimo laikotarpiu.

14. Pirmojo tipo diabetas

Autoimuninė liga, kuriai būdingas insulino trūkumas, atsirandantis dėl insuliną gaminančių beta ląstelių sunaikinimo kasoje (TLK-10 ligos diagnozės kodas E10). Diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo endokrinologo ir gydymui skiriamos nuolatinės insulino injekcijos. Insulino

trūkumas, atsirandantis dėl ūminio ar lėtinio pankreatito, sukkelto kitų organų sistemų pirminės disfunkcijos, alkoholio ar narkotikų vartojimo, arba bet kokio kito tipo diabetas, nėra laikomas draudžiamuoju įvykiu.

15. Aplastinė anemija

Lėtinis, negrįžtamas kraujo gamybos sutrikimas kaulų čiulpuose, sukeliantis anemiją, neutropeniją ir trombocitopeniją. Diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo hematologo. Apdraustam asmeniui turi būti paskirtas gydymas, kuris atliekamas naudojant bent vieną iš šių metodų:

- gydymas kraujo čiulpus stimuliuojančiomis medžiagomis;
- gydymas imunosupresantais;
- kaulų čiulpų transplantacija.

Gydymas turi būti paskirtas draudimo laikotarpiu arba per 120 dienų po jo pabaigos.

Atvejai, kai apdraustajam anksčiau buvo diagnozuotas piktybinis navikas ir aplastinė anemija nustatoma kaip antrinė diagnozė, nėra laikomi draudžiamuoju įvykiu.

16. Amiotrofinė lateralinė sklerozė (ALS)

Greitai progresuojanti neurologinė liga, paveikianti galvos ir nugaros smegenų nervines ląsteles, dėl kurios prarandama raumenų kontrolė. Ji turi būti diagnozuota pagal diagnozės nustatymo dieną galiojančius amiotrofinės lateralinės sklerozės diagnostikos kriterijus ir patvirtinta gydytojo neurologo, remiantis klinikiniais, elektrofiziologiniais (EMG) ir magnetinio rezonanso tomografijos (MRT) duomenimis.

17. Aortos aneurizma, kai taikomas operacinis gydymas

Patologinis aortos sienelės išsiplėtimas, reikalaujantis chirurginės intervencijos ir patvirtintas gydytojo kardiologo arba kraujagyslių chirurgo. Operacija turi būti atlikta draudimo laikotarpiu arba ne vėliau kaip per 120 dienų po jo pabaigos. Aortos pažeidimas, sukeltas traumos ar įgimtų ligų (pvz., jungiamojo audinio sutrikimų), nėra laikomas draudžiamuoju įvykiu.

18. Vainikinių širdies kraujagyslių liga, kai taikomas operacinis gydymas

Dėl širdies vainikinių arterijų susiaurėjimo atliekama chirurginė intervencija, skirta dviejų ar daugiau širdies vainikinių arterijų susiaurėjimo ar užsikimšimo korekcijai. Diagnozė turi būti patvirtinti gydytojas kardiologas arba kraujagyslių chirurgas, remiantis koronarine angiografija. Operacija turi būti atlikta draudimo laikotarpiu arba ne vėliau kaip per 120 dienų po jo pabaigos.

19. Smegenų aneurizma, kai taikomas operacinis gydymas

Operacinis gydymas dėl įgimtos arba įgytos lokalizuotos kraujagyslės sienelės išsiplėtimo, spaudžiančio aplinkinius audinius ir sukeliančio objektyvius klinišnius simptomus.

Diagnozė turi būti patvirtinta objektyviais tyrimais, tokiais kaip kompiuterinė tomografija (KT), magnetinio rezonanso tomografija (MRT) arba angiografija. Operacija turi būti atlikta draudimo laikotarpiu arba ne vėliau kaip per 120 dienų po jo pabaigos. Asimptominės smegenų aneurizmos, kurios yra atsitiktiniai radiniai arba aptiktos per įprastinius tyrimus, nėra laikomos draudžiamuoju įvykiu.

20. Parkinsono liga iki 65 metų amžiaus

Progresuojanti neurodegeneracinė centrinės nervų sistemos liga su judėjimo sutrikimais (TLK-10 ligos diagnozė G20), jei apdraustasis asmuo yra jaunesnis nei 65 metų ir diagnozę patvirtina gydytojas neurologas, remiantis bent dviem iš šių klinikinių simptomų:

- raumenų rigidiškumas;
- drebulys;
- bradikinezija.

Antrinis parkinsonizmas (įskaitant sukeltą vaistų ar toksinų), reikšmingas (spontaniškas) drebulys ir parkinsonizmas, susijęs su kitomis neurodegeneracinėmis ligomis, nėra laikomi draudžiamuoju įvykiu.

21. Alzheimerio liga iki 65 metų amžiaus

Progresuojanti degeneracinė centrinės nervų sistemos liga (TLK-10 ligos diagnozės kodas G30.0), jei apdraustasis asmuo yra jaunesnis nei 65 metų. Alzheimerio ligos diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo neurologo pagal diagnozės nustatymo dieną galiojančius Alzheimerio ligos diagnostikos kriterijus.