

SAVANORIŠKO DARBUOTOJŲ SVEIKATOS DRAUDIMO PASLAUGŲ PIRKIMO TECHNINĖ SPECIFIKACIJA

I. NAUDOJAMOS SĄVOKOS

1. **Draudikas** - draudimo bendrovė, turinti teisę vykdyti atitinkamą draudimo veiklą ir sudariusi sutartį su Draudėju.

2. **Draudėjas** - juridinis asmuo, kuris sudarė su draudiku draudimo sutartį. Šios sutarties atveju Viešoji įstaiga Inovacijų agentūra;

3. **Apdraustasis** – fizinis asmuo, darbo santykiais susijęs su Draudėju ir užimantis Draudėjo pareigybių sąraše patvirtintas pareigas, kurio gyvenime atsitikus draudžiamajam įvykiui, Draudikas privalo mokėti draudimo išmoką.

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

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

6. **Nedraudžiamasis įvykis** - sutartyje nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus Draudikas neprivalo mokėti draudimo išmokos.

7. **Sveikatos priežiūros įstaiga** – įstaiga, turinti Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka išduotą galiojančią licenciją teikti sveikatos priežiūros ir/ar sveikatingumo paslaugas ar užsiimti farmacine veikla.

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

9. **Draudimo suma** – sutartyje nurodyta pinigų suma, kurios negali viršyti maksimali draudimo išmoka.

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

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

12. **Sveikatos draudimo kortelė** – Draudiko Apdraustajam išduota fizinė arba mobilioje aplikacijoje esanti kortelė, kuri patvirtina sveikatos draudimo apsaugą ir kurią reikia pateikti Sveikatos priežiūros įstaigoje, norint gauti Sveikatos priežiūros paslaugas ar įsigyti prekių Draudiko pripažintoje įstaigoje ir/ar vaistinėje. Fizinė kortelė išduodama pagal poreikį apdraustojų pasirinkimu apie tai informuojant Draudiką iki Draudimo sutarties sudarymo termino. Naujai įtraukiamiems darbuotojams poreikis nurodomas prašyme dėl įtraukimo į draudimo sutartį.

II. BENDROSIOS NUOSTATOS

13. Draudėjas planuoja įsigyti **savanoriško darbuotojų sveikatos draudimo paslaugas**. Tai savanoriškas draudimas, skirtas Apdraustųjų sveikatos atkūrimo ir gydymo išlaidoms padengti, t.y. kurį sudaro Apdraustojų (asmuo, kurio naudai sudaroma draudimo sutartis ir kuris gauna išmokas) turiniai interesai, susiję su asmens

sveikata ir kitomis su tuo susijusiomis draudimo išlaidomis dėl draudžiamąjį įvykiu, kuriam pagal sutartį suteikiama draudimo apsauga.

14. Draudimo apsaugos teritorija Lietuvos Respublika;

15. Draudimo paslaugų teikimo laikotarpis – 12 mėnesių.

16. Vidutinis darbuotojų amžiaus vidurkis yra 40 metų.

17. Informacija apie Apdraustuosius: preliminariai sveikatos draudimu draudžiami 340 (trys šimtai keturiasdešimt) Draudėjo darbuotojai.

18. Apdraustųjų skaičius yra preliminarus. Draudėjas, įsigydamas Paslaugą, gali viršyti Sutartyje numatytą apimtį, tačiau neįsipareigoja išpirkti visos sutarties apimties, nurodytos eurai.

19. Paslaugos tiekėjo kokybinis vertinimo kriterijus – Klasikinio įvairių rizikų draudimo (kitų medicininių paslaugų) sumos dydis.

20. **Tiekėjas turi pateikti Savanoriškojo sveikatos draudimo pasiūlymą dviem draudimo rizikų variantais (pildyti Techninės specifikacijos 1 priedą);**

21. Savanoriškojo sveikatos draudimo pasiūlymas susideda iš:

I variantas:

- Ambulatorinis gydymas ir diagnostika privačiose bei valstybinėse gydymo įstaigose. Stacionarinio gydymo paslaugos valstybinėse ligoninėse. Paslaugos atlyginamos 80 proc. kainos iki draudimo sumos per draudimo metus. Bendra draudimo suma – 1.500 EUR;
- Kritinių ligų gydymas valstybinėse gydymo įstaigose. Paslaugos atlyginamos 100 proc. kainos iki draudimo sumos per draudimo metus. Draudimo suma – 1.000 EUR.
- Klasikinis įvairių rizikų draudimas (kitos medicininės paslaugos). Paslaugos atlyginamos 100 proc. kainos iki draudimo sumos per draudimo metus. Draudimo sumą pateikia paslaugos tiekėjas.

II variantas:

- Stacionarinio gydymo paslaugos valstybinėse ligoninėse. Paslaugos atlyginamos 100 proc. kainos iki draudimo sumos per draudimo metus. Draudimo suma – 1.500 EUR.
- Kritinių ligų gydymas valstybinėse gydymo įstaigose. Paslaugos atlyginamos 100 proc. kainos iki draudimo sumos per draudimo metus. Draudimo suma – 1.000 EUR.
- Klasikinis įvairių rizikų draudimas (kitos medicininės paslaugos). Paslaugos atlyginamos 100 proc. kainos iki draudimo sumos per draudimo metus. Draudimo sumą pateikia paslaugos tiekėjas.

22. Detalus draudimo sąlygų aprašymas pateiktas IV skyriuje.

23. Perkančiosios organizacijos draudimo sutartis laimėjus viešąjį pirkimą bus sudaromos tarpininkaujant UADBB „Draudimo brokerių aljansas“ pagal 2024-06-06 dienos sutartį dėl draudimo brokerio paslaugų SUT1-304-(14.4 Mr) 2024. Perkančioji organizacija žino ir sutinka, kad UADBB „Draudimo brokerių aljansas“ yra sudaręs bendradarbiavimo sutartį su Draudiku bei iš Draudiko gauna 6 proc. komisinį atlyginimą nuo pasirašytos draudimo įmokos ir Perkančioji organizacija nenustatė interesų konflikto. Brokeris negauna jokio atlygio iš Perkančiosios organizacijos, susijusio su draudimo sutartimis. Visais rizikos valdymo, žalų ir nuostolingumo, draudimo sąlygų ruošimo, draudimo klausimais - UADBB „Draudimo brokerių aljansas“, į. k. 302608851,

įgaliotas brokeris - Korporatyvinių klientų projektų vadovė Aušra Plačiakienė, mob. tel. nr. (+370) 682 57418, el. paštas ausra.placiakiene@dba.lt ir Pardavimo projektų vadovė Aušra Jurgelevičė, tel. (+370+370 611 28886), el. paštas ausra.jurgelevice@dba.lt

III. DRAUDIMO PASLAUGŲ KAINA IR ATSISKAITYMO SĄLYGOS

24. Draudėjas draudimo paslaugoms pirkti skirs **410** (keturi šimtai dešimt) **EUR** įmoką vienam Apdraustajam dvylikos mėnesių laikotarpiui. (Įmoka vienam apdraustajam yra fiksuota nepriklausomai nuo draudimo sąlygų variantų pasirinkimo pobūdžio). Maksimali planuojama pirkimui skirti lėšų suma yra **159 400** (vienas šimtas penkiasdešimt devyni tūkstančiai keturi šimtai) **EUR**.

25. Bendra draudimo metinė įmoka pagal sveikatos draudimo sutartį (polisą) mokama pagal Apdraustųjų skaičių draudimo laikotarpio pradžioje. Pirmoji įmoka sumokama per 15 (penkiolika) kalendorinių dienų nuo draudimo apsaugos įsigaliojimo, pagal Draudiko pateiktą sąskaitą faktūrą ar kitą apmokėjimui skirtą dokumentą.

26. Nutrūkus Apdraustojo ir Draudėjo darbo santykiams ar kitaip netekus teisės būti apdraustam, nepanaudota įmokos dalis Draudėjui perskaičiuojama proporcingai sutarties galiojimo laikotarpiui, atskaičius išmokėtas ar mokėtinas draudimo išmokas bei grąžinama Draudėjui arba Draudėjo prašymu įskaitoma į draudimo įmokas, mokėtinas už kitus Apdraustuosius;

27. Pageidaujama apmokėjimas už draudimo paslaugą: vienu mokėjimu neskaidant įmokų.

28. Pageidaujamas įmokos atidėjimo terminas: 30 kalendorinių dienų.

IV. DRAUDŽIAMŲ ĮVYKIŲ APRAŠYMAS IR DRAUDIMO SUMOS

29. Draudimo apsauga turi apimti šias sveikatos priežiūros paslaugas:

30. Draudžiamieji įvykiai: Ambulatorinis gydymas: apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos, suteiktos Apdraustajam dėl ūmios ligos, lėtinės ligos paūmėjimo ir (ar) nelaimingo atsitikimo privačiose ir valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose:

31.1.1 šeimos gydytojo paslaugos (konsultacijos sveikatos priežiūros įstaigoje, vizitai į namus ir kt);

31.1.2 visų gydytojų specialistų konsultacijos, gydymas (įskaitant gydytojo reabilitologo konsultaciją). Kreipiantis į gydytojus specialistus siuntimas nereikalingas;

31.1.3 gydytojo paskirti diagnostiniai tyrimai, visi Apdraustojo sveikatos sutrikimui nustatyti bei gydymui paskirti reikalingi laboratoriniai tyrimai (klinikiniai, biocheminiai, imonufermentiniai, hormonų, mikrobiologiniai-bakteriologiniai, citologiniai-histologiniai ir kt.) ir instrumentiniai (ultragarsiniai, radiologiniai, endoskopiniai, funkciniai, kompiuterinės tomografijos, branduolinio magnetinio rezonanso ir kt.) tyrimai;

32.1.1 apmokamos išlaidos dėl konsultacijos/apžiūros metu gydytojo konstatuotų papildomų Apdraustojo sveikatos pokyčių ar kitų susirgimų, kurie yra nesusiję su pagrindiniu sveikatos sutrikimu, dėl kurio kreipėsi Apdraustasis;

32.1.2 apmokamas diagnozuotos ligos, pooperacinės būklės, taip pat ir lėtinės ligos būklės stebėjimas, kurį nustatytu periodiškumu vykdo gydytojas specialistas, pagal poreikį skirdamas tyrimus, gydymą ir rekomendacijas;

32.1.3 Gydytojų paslaugos apmokamos ir tuo atveju, jei pirminė ligos stadija nepasitvirtino arba atlikti tyrimai nerodo sveikatos pablogėjimo;

32.1.4 Vidaus organų gerybinių navikų diagnostiką ir gydymą chirurginiu būdu;

32.1.5 Odos ir paodžio gerybinių navikų/ darinių gydymą: karpų gydymą, atipinių/displazinių apgamų gydymą chirurginiu būdu, fiksuojant atipiją siaskopu/dermatoskopu;

32.1.6 Pėdos kaulų, raiščių, sausgyslių, sąnarių bei raumenų gydymo (įskaitant ir traumos sukeltus sužalojimus ar pasekmes);

32.1.7 Apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nėra kompensuojamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo/teritorinių ligonių kasų, ūmių, lėtinių ligų ir/ar jų paūmėjimo, (įskaitant TBC, endokrinines, onkologines, autoimunines, sisteminės, kritines ligas bei epilepsiją). Traumų atveju valstybiniame ir privačiame sektoriuje;

32.1.8 Apmokama alergenų tyrimai su gydytojo paskyrimu, išskyrus maisto netoleravimo testai;

32.1.9 apmokama onkologinių ligų diagnostika ir gydymas (terapinis, chirurginis, spindulinis, chemoterapinis);

32.1.10 apmokama endokrininių ligų (skydliaukės ir kt.) diagnostika ir gydymas;

32.1.11 gydytojo paskirtos slaugytojų paslaugos gydymo įstaigose ar Apdraustojo namuose (injekcijos, žaizdų perrišimas, kraujo paėmimas ir kt.);

32.1.12 gydytojo psichoterapeuto, psichiatro-psichoterapeuto, medicinos psichologo, psichoterapeuto suteiktas psichoterapinis gydymas (iki 12 vienkartinį apsilankymų per draudimo laikotarpį), jeigu šios paslaugos suteiktos licencijuotoje medicinos įstaigoje;

32.1.13 dienos chirurgijos paslaugos ir dienos stacionaro paslaugos (nepriklausomai, įstaiga yra ar nėra pasirašiusi sutarties su teritorine ligonių kasa), įskaitant išlaidas už medicinos pagalbos priemones bei vienkartinius instrumentus - apmokamos LR Sveikatos apsaugos ministro 2009-08-21 įsakymu Nr. V-668 (įskaitant visus vėlesnius jo pakeitimus ar papildymus bei naują redakciją) patvirtintame dienos chirurgijos paslaugų sąrašė nurodytos dienos chirurgijos paslaugos (planinės ir skubios operacijos) bei slaugymo (išskyrus maitinimo) paslaugos, suteiktos apdraustajam būnant stacionaro ar dienos chirurgijos skyriuje iki 24 valandų. Ligų gydymo profiliai nurodyti LR Sveikatos apsaugos ministro 2011-12-28 įsakymo Nr. V-1189 redakcijoje. *Jeigu nurodytos paslaugos nėra kompensuojamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo (teritorinių ligonių kasų), Draudikas pilnai apmoka šias paslaugas, suteiktas Apdraustajam. Operacijų skaičius nėra ribojamas.*

32.1.14 Apmokamiems diagnostiniams tyrimams, tame tarpe ir kompiuterinei tomografijai, magnetiniam rezonansui, pozitronų emisijos tomografijai nėra reikalaujamas išankstinis suderinimas su Draudiku raštu ar kitu būdu, t. y. išankstinis atliekamų paslaugų nesuderinimas nėra laikomas pagrindu pripažinti įvykį nedraudžiamuoju. Apmokama ir tuo atveju kai netaikomas privalomojo sveikatos draudimo fondo kompensavimas;

32.1.15 Jeigu Draudiko standartinės draudimo taisyklės numato papildomų ambulatorinių paslaugų apmokėjimą, tos paslaugos turi būti apmokamos ir draudimo sutarties Apdraustiesiems;

32.1.16 Jeigu Draudiko taisyklėse dienos chirurgijos paslaugų apmokėjimas numatytas iš stacionarinio gydymo draudimo sumos, tuomet šitos paslaugos apmokamos iš stacionarinio gydymo limito.

32.2 **Stacionarinis gydymas valstybinėse gydymo įstaigose** (kompensuojamos terapinio ir chirurginio profilio paslaugos, suteiktos valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose):

32.2.1 vienkartinių instrumentų, skirtų gydymui, kompensavimas, medicinos pagalbos, ortopedijos techninės ir slaugos priemonės;

32.2.2 chirurginio gydymo paslaugos;

32.2.3 slaugytojų paslaugos;

32.2.4 komforto paslaugos (vienvietė, dvivietė palata);

32.2.5 priemokos už vaistus, medicinos priemonės;

32.2.6 Jeigu Draudiko standartinės draudimo taisyklės numato papildomų stacionariųjų paslaugų apmokėjimą, tos paslaugos turi būti apmokamos ir šios sutarties apdraustiesiems.

32.3. **Kritinių ligų gydymas.** Draudžiamuoju įvykiu laikoma draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu Apdraustajam diagnozuota kritinė liga: koma, miokardo infarktas, vainikinių širdies kraujagyslių šuntavimo operacija, insultas, vėžys (piktybinis auglys), inkstų funkcijos nepakankamumas, galūnių funkcijos netekimas, regos netekimas, klausos netekimas, kalbos netekimas, išsėtinė sklerozė, vidaus organų transplantacijos operacija, širdies vožtuvų operacijos, aortos operacijos, Alzheimerio liga (iki 65 metų amžiaus), gerybinis galvos smegenų auglys, vidaus organų / kaulų čiulpų transplantacija, 3 ir 4 laipsnio nudegimai, idiopatinė Parkinsono liga (iki 65 metų amžiaus), bakterinis meningitas, aplastinė anemija, aktyvi tuberkuliozė, Krono liga, kepenų nepakankamumas, AIDS, C hepatitas, Virusinis encefalitas (ir kitos kritinės ligos, numatytos Draudiko standartinėse taisyklėse).

Kritinės ligos atveju kompensuojama:

a) Ambulatorinis gydymas ir diagnostika;

b) Stacionarinis gydymas valstybinėse medicinos įstaigose;

c) Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės įskaitant ortopedinių prekių įsigijimą ir nuomą;

d) Reabilitacinės reabilitacijos paslaugos.

Draudimo apsauga įsigalioja nuo pirmos draudimo sutarties įsigaliojimo dienos, t.y. laukimo periodas nėra taikoma. Taip pat nėra taikomas ir išgyvenimo laikotarpis susirgus kritine liga.

32.4. **Visos medicininės paslaugos** (išskyrus **apmokestinamas paslaugas**, numatytas Lietuvos Respublikos Gyventojų pajamų mokesčio įstatyme). Apdraustas asmuo gali pats laisvai pasirinkti, kokioms paslaugoms išnaudos suteiktą limitą. Apmokamos visos sveikatos priežiūros paslaugos, kurios buvo suteiktos sveikatos priežiūros įstaigose, vaistinėse, optikos salonuose, odontologijos klinikose, sanatorijose ar kitose įstaigose, kurios turi licenciją teikti sveikatos priežiūros paslaugas, sveikatinimo paslaugos teikiamos asmenų dirbančių licencijuotose asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Taip pat kompensuojamos prekės, įsigytos vaistinių/ ortopedijos

technikos priemonių parduotuvėse (įskaitant interneto parduotuves) ir specializuotose optikos prekių parduotuvėse (įskaitant interneto parduotuves). Gydytojo siuntimas ar receptas medicinos priemonėms, vaistams ar paslaugoms nebūtinai (išskyrus atvejus, kai įsigyjamos ortopedinės bei optikos prekės: akiniai bei kontaktiniai lęšiai). Iš Visų medicininių paslaugų limitu kompensuojama:

32.4.1. gydytojų specialistų konsultacijos ir gydymas be siuntimo;

32.4.2. diagnostiniai bei instrumentiniai tyrimai skirti susirgimui nustatyti bei gydymui paskirti: laboratoriniai, funkciniai, rentgenologiniai, ultragarsiniai ir kiti instrumentiniai tyrimai (įskaitant veloergometrijos, spiroveloergometrijos tyrimus), visų tipų COVID-19 testai. Taip pat kompensuojamos išlaidos už radiologinių vaizdų įrašymą į laikmenas (MRT, UG, KT, Ro) ir rentgenogramų spausdinimą (MRT, KT, Ro). Apdraustasis neprivalo tyrimų kompensavimo iš anksto raštu suderinti su Draudiku. Tyrimams atlikti gydytojo paskyrimas nebūtinai;

32.4.3. netradicinės medicinos paslaugos, kurios teikiamos licencijuotose sveikatos priežiūros įstaigose;

32.4.4. Taip pat kompensuojama:

- a) Apgamų, gerybinių odos darinių, kraujagyslinių darinių ir karpų, nepiktybinių navikų diagnozavimas, gydymas ir šalinimas esant medicininiams indikacijoms, įskaitant ir lazerinę chirurgiją;
- b) Specifinių imunoglobulino E įvairiems alergenams nustatymas;
- c) Gydymosi lazerio procedūros;
- d) Pėdos kaulų, raiščių, sąnarių bei raumenų netrauminių patologijų diagnostika ir gydymas;
- e) Tuberkuliozės bei endokrininių ligų (visų ligų) diagnostika ir gydymas;
- f) Epilepsijos diagnostika ir gydymas;
- g) Sąnarių endoprotezavimo operacijos;

32.4.5. Vaistai, vitaminai, maisto papildai, medicinos pagalbos priemonės.

Kompensuojami visi Apdraustojų vaistinėse (tame tarpe elektroninėse vaistinėse) įsigijami receptiniai ir nereceptiniai vaistai, homeopatiniai vaistai, augalinės ir gyvulinės kilmės medikamentai, vitaminai, mineralai, maisto papildai, medicininiai prietaisai (termometrai, testeriai, šildyklės, svarstyklės, kraujo spaudimo matavimo aparatai ir kita funkcinė diagnostinė įranga ir / ar prietaisai), ortopedijos, medicininės paskirties prekės įsigytos vaistinėse, e-vaistinėse arba elektroninėse ortopedinių prekių parduotuvėse. Ortopedinės prekės įsigijamo ir / ar nuomos išlaidos (su gydytojo receptu).

Jeigu Draudiko standartinės draudimo taisyklės numato papildomų vaistų ir medicininių pagalbos priemonių įsigijimo apmokėjimą, tos prekės turi būti apmokamos ir draudimo sutarties Apdraustiesiems.

32.4.6. Reabilitacijos paslaugos. Apmokamos reabilitacijos:

- a) Kineziterapeuto, ergoterapeuto, logopedo konsultacijos;
- b) Fizioterapinės (litragsas, mikrobangos, impulsinė terapija) procedūros;
- c) Kineziterapijos, ergoterapijos užsiėmimai;
- d) Vandens ir purvo procedūros;
- e) Manualinė terapija, gydomieji masažai;
- f) Haloterapija;
- g) Kitos paslaugos, numatytos Draudiko standartinėse taisyklėse.

32.4.7. Optika. Apmokamos gydytojų oftalmologo arba optometrino konsultacijos, paskirti tyrimai, korekciniai akinių lęšiai (plastikiniai, stikliniai, fotochrominiai, progresiniai), akinių rėmeliai korekciniam akiniams ir kontaktiniai lęšiai, akinių parinkimo ir gamybos paslaugos (įsigyjamų prekių / atliekamų paslaugų skaičius draudimo laikotarpiu neribojamas). Korekciniai akinių bei kontaktiniai lęšiai įsigijami su gydytojo receptu; Regos korekcijos ir / ar regėjimo išsaugojimo operacijos, ir medicinos priemonės, naudojamos šių operacijų metu;

32.4.8. Nėščiąjų priežiūra, gimdymas ir pogimdyminė priežiūra valstybinėse ir privačiose ligoninėse.

32.4.9. Odontologija. Atlyginamos Apdraustojo patirtos išlaidos dėl jam reikalingų paslaugų, susijusių su dantų arba žandikaulio liga, trauminiu sužalojimu, dėl kurio reikalingos paslaugos:

a) Dantų gydymas ir burnos ertmės higiena: gydytojo higienisto konsultacijos, apnašų nuvalymas, konkretų pašalinimas, fluoro aplikacijos, kariozinių danties pažeidimų ir/ar jų komplikacijų gydymas, nuskausminimas, dantų rovimas, diagnozės patikslinimui reikalingos radiogramos, ortodontinis, endodontinis, periodontinis ir chirurginis danties ligų gydymas, specialistų konsultacijos;

b) Dantų protezavimas: gydytojo konsultacijos dėl protezavimo, implantavimo ir ortodontinio gydymo, dantų protezų gamyba, restauravimas ir taisymas, breketai, kapos.

32.4.10. Ligų prevencija Profilaktiniai patikrinimai įskaitant medicines pažymas susijusiais su darbo santykiais, vairavimo ir ginklo laikymo. Skiepai ir vakcinacija. Sveikatos patikrinimai / laboratorinių tyrimų paketai ir programos pagal Sveikatos priežiūros įstaigų / laboratorijų sudarytas sveikatos tikrinimo programas arba pagal LR Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą galiojančią profilaktinių / prevencinių sveikatos tikrinimų rūšių sąrašą. Šeimos gydytojo, medicinos gydytojo arba Gydytojo specialisto konsultacijos, laboratoriniai ir instrumentiniai tyrimai, kai jie būtini dėl esamo Sveikatos sutrikimo ar nebuvo susiję su Sveikatos sutrikimu dėl kurio kreipėsi Apdraustasis.

32.4.11. Gydytojo psichoterapeuto, psichiatro-psichoterapeuto, medicinos psichologo, psichoterapeuto suteiktas psichoterapinis gydymas licencijuotose medicinos įstaigose.

33. Draudimo sumos draudžiamiesiems įvykiams:

33.1. Draudikas privalo pateikti du draudimo paketų variantus su lentelėje Nr. 1 nurodytomis apimtimis, nurodant konkrečius siūlomus dydžius vietoje X reikšmių, kai X – siūloma programos suma (nurodyti Eur). Draudėjas privalomose programose: „Ambulatorinis gydymas, Dienos chirurgija, Stacionarus gydymas valstybinėse ligoninėse, Kritinių ligų gydymas“ yra įvardinęs konkrečias reikšmes (suma EUR).

1 lentelė

Paslaugos	Maksimali draudiko kompensuojama suma	
	I variantas	II variantas

1. Ambulatorinis gydymas	1.500 Eur	-
Draudiko apmokama dalis	80%	-
2. Stacionarinis gydymas valstybinėse gydymo įstaigose	Bendras limitas su ambulatoriniu gydymu	1.500
Draudiko apmokama dalis	80%	100%
3. Kritinių ligų gydymas	1.000 Eur	1.000 €
Draudiko apmokama dalis	100%	100%
4. Visos medicinos paslaugos (neapmokestinamos)	X1 Eur Pildo Tiekėjas	X2 Eur Pildo Tiekėjas
Draudiko apmokama dalis	100%	100%
Draudimo įmoka asmeniui	410 Eur	410 Eur

* Dienos chirurgijos ir dienos stacionarinio gydymo paslaugų apmokėjimas galimas iš atskiro nurodyto limito, jeigu tai numato standartinės draudiko taisyklės.

33.2. Kiekvienas Apdraustasis gali pasirinkti vieną iš lentelėje numatytų draudimo variantų (I ar II variantai) visam sutarties galiojimo laikotarpiui. Apdraustasis programą pasirinks, kai bus pasirašyta paslaugų sutartis su Draudėju.

33.3. Draudikas visas galimas išlaidas įskaičiuoja į Paslaugų įkainį. Įkainyje turi būti įskaičiuotos visos Paslaugų teikėjo patiriamos su pasiūlymo rengimu ir su pirkimo Sutarties vykdymu susijusios išlaidos ir mokėtini mokesčiai, būtini tinkamam Sutarties įvykdymui, tame tarpe ir elektroninių sąskaitų faktūrų pateikimo išlaidos.

33.4. Pilni draudimo sumų limitai suteikiami visiems apdraustiesiems ir įsigalioja nuo Draudimo liudijimo įsigaliojimo/išdavimo datos. Išimtis numatyta ir 33.6 punkte.

33.5. Po Sutarties sudarymo Draudėjas gali inicijuoti Apdraustųjų sąrašo pakeitimus rašytine forma (el. paštu) arba naudojantis Draudiko ar Draudiko tarpininko internetine platforma:

33.5.1. Draudėjas gali įtraukti naujus Apdraustuosius. Jiems draudimo apsauga įsigalioja nuo prašyme nurodytos datos (bet ne anksčiau kaip po 3 darbo dienų nuo prašymo pateikimo dienos), ir galioja iki Draudimo liudijimo galiojimo pabaigos datos. Prašymus Draudėjas teikia ne dažniau kaip 2 kartus per mėnesį.

33.5.2. Draudimo įmoka naujai Apdraustiesiems perskaičiuojama:

33.6. Naujai apdraustiems darbuotojams draudimo įmoka skaičiuojama kas ketvirtį, taikant nurodytus procentus, kaip nurodyta žemiau lentelėje:

2 lentelė

Draudimo sutarties galiojimo ketvirtis	Draudimo įmokos procentinis dydis
I draudimo sutarties ketvirtis	100 % metinės įmokos dalies
II draudimo sutarties ketvirtis	80 % metinės įmokos dalies
III draudimo sutarties ketvirtis	65 % metinės įmokos dalies
IV draudimo sutarties ketvirtis	45 % metinės įmokos dalies

I draudimo liudijimo (poliso) galiojimo ketvirtis - 100 proc. įmokos dalies; II draudimo liudijimo (poliso) galiojimo ketvirtis – 80 proc. įmokos dalies; III draudimo liudijimo (poliso) galiojimo ketvirtis – 65 proc. įmokos dalies; IV draudimo liudijimo (poliso) galiojimo ketvirtį – 45 proc. įmokos dalies.

33.6.1. Ambulatorinio ir stacionarinio draudimo sumos naujai Apdraustiesiems suteikiamos pilnos, nepaisant draudimo apsaugos galiojimo laikotarpio.

33.6.2. Visos medicininės paslaugos (neapmokestinama) (priklausomai nuo pasirinkto draudimo varianto) draudimo suma naujai Apdraustiesiems suteikiama, priklausomai nuo ketvirčio: I draudimo liudijimo (poliso) galiojimo ketvirtis - 100 proc. draudimo sumos; II draudimo liudijimo (poliso) galiojimo ketvirtis – 70 proc. draudimo sumos; III draudimo liudijimo (poliso) galiojimo ketvirtis – 55 proc. draudimo sumos; IV draudimo liudijimo (poliso) galiojimo ketvirtį – 35 proc. draudimo sumos.

33.6.3. Draudėjas gali išbraukti Apdraustąjį iš Apdraustųjų sąrašo. Draudimo apsauga tokiam Apdraustajam nustoja galioti per 3 (tris) darbo dienas nuo Draudėjo pranešimo / prašymo pateikimo dienos, bet ne anksčiau kaip nuo prašyme/pranešime nurodytos dienos.

4.7. Nutrūkus Apdraustojo ir Draudėjo darbo santykiams ar kitaip netekus teisės būti apdraustam, nepanaudota įmokos dalis Draudėjui perskaičiuojama proporcingai sutarties galiojimo laikotarpiui, atskaičius išmokėtas ar mokėtinas draudimo išmokas bei grąžinama Draudėjui arba Draudėjo prašymu įskaitoma į draudimo įmokas, mokėtinas už kitus Apdraustuosius;

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

33.6.5. Draudikas privalo sudaryti galimybę apdraustajam pasitikrinti draudimo sumų likučius skaitmeninėje erdvėje arba elektroniniu paštu, arba telefonu pagal sveikatos draudimo kortelės numerį ar kitą suteiktą identifikavimo kodą.

33.7. Esant poreikiui, Draudikas pateikia Draudėjui ataskaitą (neribojant ataskaitų skaičiaus) apie Apdraustųjų pasinaudojimą paslaugomis, atskirai nurodant kiekvienos paslaugų grupės išmokas, Apdraustųjų kiekį, kurie pasinaudojo paslauga/limitu, suteiktų paslaugų kiekį pagal paslaugą /limitą. Draudikas pateikia ataskaitą apie paslaugas suteiktas gydymo įstaigose (penki didžiausi sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai-partneriai). Ataskaitoje nurodomi: ataskaitos laikotarpis, įstaigos pavadinimas, apdraustųjų skaičius, suteiktų paslaugų draudimo grupė bei skaičius.

34. Sveikatos sutrikimai, sveikatos priežiūros paslaugos ir įvykiai, pripažįstami nedraudžiamaisiais:

34.1. sveikatos sutrikimai, kurie buvo sukelti Apdraustajam tyčia susižalojus ar bandant nusižudyti;

34.2. sveikatos sutrikimai, kurie atsirado Apdraustajam vykdant nusikalstamą veiką arba rengiantis ją įvykdyti ar dėl kito priešingo teisei veikimo;

34.3. sveikatos sutrikimai, kurie atsirado Apdraustajam aktyviai dalyvaujant karo veiksmuose, karinio pobūdžio operacijose, masiniuose ir pilietiniuose neramumuose, sukilimuose, streikuose;

34.4. sveikatos sutrikimai, atsiradę Apdraustajam nuo alkoholio, narkotinių ar apsvaigimo tikslu naudotų toksinių medžiagų ar vaistų, kurie nebuvo paskirti gydytojo, poveikio;

- 34.5. paslaugos suteiktos ne licenzijuotose medicinos įstaigose;
- 34.6. paslaugos suteiktos draudimo apsaugos negaliojimo (sustabdymo) metu;
- 34.7. sergančių priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų (narkotikų, alkoholio, psichotropinių medžiagų) ligomis gydymas;
- 34.8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nelicencijuota veikla, neapbruoti gydymo būdai ir paslaugos;
- 34.9. nėštumo nutraukimas nesant medicininių indikacijų ir gimdymas ne medicinos įstaigoje;
- 34.10. kosmetinės - plastinės operacijos, nesant gydytojo paskyrimo, kosmetologinės procedūros;
- 34.11. estetiškos odontologijos paslaugos, dantų balinimas, laminavimas ir panašios procedūros nėra apmokamos;
- 34.12. įsigijimas: anabolinių steroidų, svorį mažinančių, potenciją didinančių, kontracetinių priemonių, įvairioms priklausomybėms gydyti skirtų vaistų, higienos ir kosmetinių priemonių, Lietuvoje bei Europos Sąjungos šalyse neregistruotų Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos vaistų, medicinos prekių, medicinos priemonių, pirmos pagalbos priemonių, diagnostikos ir terapijos prietaisų, diagnostinių biocheminių rinkinių;
- 34.13. akinių nuo saulės (išskyrus su dioprijomis), akinių stiklų priežiūros priemonių įsigijimas;
- 34.14. įvykiai, kurių datos ir aplinkybių negalima nustatyti atlikus įvykio tyrimą;
- 34.15. jei draudimo apsauga naudojasi ne Apdraustasis;
- 34.16. apgyvendinimo ir maitinimo išlaidos, apsilankymai vandens pramogų parkuose, dovanų kuponai;
- 34.17. sporto paslaugos: šokiai, golfas, slidinėjimo treniruotės, kovos menai, tenisas, joga, treniruoklių salėje gautos paslaugos, aerobika, skvošas, fitnesas, kalanetika, pilatesas ir t.t.;
- 34.18. sporto abonementai, negydomieji masažai, higienos prekės, optikos prekės be dioprijų, akinių ir kontaktinių lęšių aksesuarai bei dėklai, jų priežiūros priemonės;
- 34.19. kosmetikos priemonių, higienos prekių įsigijimas vaistinėse, e-vaistinėse;
- 34.20. paslaugos, suteiktos vandens arba žiemos pramogų parkuose;
- 34.21. Draudimo sutarčiai taikomi nedraudžiamieji įvykiai, nurodyti draudiko taisyklėse (išskyrus atvejus, kurie nurodyti kaip kompensuojami techninėje specifikacijoje).

V. DRAUDĖJO, APDRAUSTOJO IR DRAUDIKO TEISĖS IR PAREIGOS

35. Draudimo apsaugos galiojimo teritorija yra Lietuvos Respublika.

36. Per 15 kalendorinių dienų nuo Sutarties sudarymo Draudėjas pateiks Draudikui aktualų Apdraustųjų sąrašą su konkrečiais Draudikui reikalingais Apdraustųjų duomenimis.

37. Draudikas atsako už tai, kad asmens duomenys bus tvarkomi paslaugų teikimo metu vadovaujantis Europos Parlamento ir Tarybos reglamento (ES) 2016/679 dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo ir kuriuo panaikinama Direktyva 95/46/EB (Bendrasis duomenų apsaugos

reglamentas) ir Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo reikalavimais.

38. Draudikas privalo nemokamai pateikti Apdraustųjų sveikatos draudimo korteles Draudėjui per 7 kalendorines dienas nuo draudimo poliso išdavimo arba Apdraustėjo sutikimo pasirašymo. Šios priemonės gali būti neišduodamos tik tuo atveju, jeigu lankantis pas Draudiko partnerius tokios priemonės nėra reikalingos arba gali būti elektroninės.

39. Apdraustieji turi teisę laisvai pasirinkti gydymo įstaigas, vaistines, optikas ir kitas įstaigas, t. y. Apdraustasis turi teisę kreiptis tiek į Draudiko partnerį, tiek ir į kitas įstaigas, kurios turi licenciją sveikatos priežiūros / sveikatingumo paslaugų veiklai, neatsižvelgiant į tai, kad Draudikas nėra sudaręs bendradarbiavimo sutarties.

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

40.1. finansinį dokumentą, liudijantį apie suteiktų paslaugų sumokėjimą: sąskaitą faktūrą su kasos kvitu arba mokėjimo pavedimu,

40.2. esant poreikiui išrašą iš medicinos dokumentų informuojantį apie susirgimo pobūdį;

40.3. Patekti pašymą dėl patirtų išlaidų kompensavimo.

41. Atsitikus draudžiamajam įvykiui, kai Apdraustasis už suteiktas sveikatos paslaugas atsiskaito (apmoka) pats tiesiogiai. Apdraustasis apie tai privalo pranešti Draudikui draudimo sutarties galiojimo metu ne vėliau kaip per 30 (trisdešimt) kalendorinių dienų nuo draudžiamąjo įvykio dienos, atskirais nenumatytais atvejais vėliausiai per 30 (trisdešimt) kalendorinių dienų po draudimo sutarties pasibaigimo (paslaugos turi būti gautos / prekės įsigytos draudimo sutarties galiojimo metu).

42. Draudikas privalo sudaryti galimybę Apdraustajam pasitikrinti draudimo sumų likučius elektroninėje erdvėje arba elektroniniu paštu, arba telefonu pagal sveikatos draudimo kortelės numerį ar kitą suteiktą identifikavimo kodą.

43. Šalys atsako už teikiamų asmens duomenų patikimumą (teisingumą) ir apsaugą duomenų perdavimo ir saugojimo laikotarpiu.

44. Remiantis draudimą ir sveikatos sistemos veiklą reglamentuojančių teisės aktų nuostatomis, darbdavio sumokėtos įmokos laikomos sumokėtomis už sveikatos priežiūros paslaugas, įskaitant vaistų, vitaminų, maisto papildų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimą vaistinėse, diagnozuotų sveikatos sutrikimų ir (ar) sveikatos būklių gydymui bei profilaktikai, (toliau – sveikatos priežiūros paslaugos) kai tenkinamos visos trys sąlygos:

44.1. darbdavio darbuotojo naudai sudarytoje sveikatos draudimo sutartyje nurodytos sveikatos priežiūros paslaugos, kurias draudimo įmonė privalo apmokėti įvykus draudimo sutartyje numatytam draudžiamajam įvykiui, t. y. kai apdraustasis kreipis į sveikatos priežiūros įstaigą ar licencijuotą asmenį dėl sveikatos sutrikimų, sveikatos būklių ar siekdamas apsisaugoti nuo susirgimo, stiprinti sveikatą ir pan., sudarančios pagrindą teikti sutartyje numatytas sveikatos priežiūros paslaugas;

44.2. įmokos mokamos už tokias sveikatos priežiūros paslaugas, kurias teikia asmuo, turintis teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas;

44.3. sveikatos priežiūros paslaugų tikslas yra diagnozuoti, prižiūrėti ir gydyti ligas bei sveikatos sutrikimus, užkirsti jiems kelią (sveikatos sutrikimų, ligų profilaktika), padėti atgauti ir stiprinti sveikatą, o taip pat užtikrinti patarnavimus bei materialinį asmens aprūpinimą, reikalingą sveikatai atstatyti.

45. Pasirašius sutartį Draudikas ir UADBB „Draudimo brokerių aljansas“ atstovas perkančiajai organizacijai turi pristatyti siūlomas draudimo paslaugas ir skirti konsultantą, nurodant kontaktinius duomenis, bendravimui sutarties vykdymo klausimais;

46. Draudikas Draudėjui ir UADBB „Draudimo brokerių aljansas“ atstovui du kartus per metus (kas 6 mėnesius) privalo pateikti panaudojimo ataskaitą;

47. Esant prieštaravimams tarp šių sąlygų ir Draudiko sveikatos draudimo taisyklių, viršenybė taikoma šioms sąlygoms.

VI. DRAUDIMO IŠMOKOS MOKĖJIMO TERMINAI IR APRIBOJIMAI

48. Atsitikus draudžiamajam įvykiui, kai Apdraustasis už suteiktas sveikatos paslaugas atsiskaito (apmoka) pats tiesiogiai sveikatos priežiūros įstaigai, vaistinei, e. vaistinei, optikos kabinetui, odontologijos klinikai ir kt., nepriklausomai nuo to, ar paslaugos buvo suteiktos pas Draudiko partnerį, ar ne, Draudikas išlaidas privalo atlyginti per kiek įmanomai trumpesnę laiką, bet ne ilgiau kaip per 30 (trisdešimt) kalendorinių dienų, kai gaunama visa informacija, reikšminga nustatant draudžiamąjį įvykio faktą, aplinkybes, pasekmes bei draudimo išmokos dydį.

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

50. Draudimo išmokas už sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų suteiktas paslaugas Draudikas apskaičiuoja ir išmoka pagal paslaugų teikėjų įkainius.

51. Draudimo išmoka nemokama, jei įvykis pripažįstamas nedraudžiamuoju.

52. Draudikas turi teisę mažinti ar nemokėti draudimo išmokos, jei pagal pateiktus dokumentus negalima nustatyti draudžiamąjį įvykio datos bei aplinkybių arba draustasis nesutinka, kad Draudikas susipažintų su pagrįstai reikalinga apdraustojo medicinine ar kita su įvykiu susijusia dokumentacija.

PRIDEDAMA:

1 priedas. Draudimo rizikų variantai.