

TECHNINĖS SPECIFIKACIJOS PROJEKTAS
SAVANORIŠKOJO SVEIKATOS DRAUDIMO PASLAUGŲ PIRKIMAS

1. SAŲOKOS IR SUTRUMPINIMAI

- 1.1. **Perkantysis subjektas (toliau – Draudėjas)** – Akcinė bendrovė Klaipėdos valstybinės jūrų uosto direkcija (toliau – Bendrovė), J. Janonio g. 24-1, Klaipėda,
- 1.2. **Tiekėjas (toliau – Draudikas)** – ūkio subjektas – fizinis asmuo, privatusis juridinis asmuo, viešasis juridinis asmuo, kitos organizacijos ir jų padaliniai ar tokių asmenų grupė, su kuriuo Pirkėjas sudaro Sutartį.
- 1.3. **Sutartis** – Sutartis, sudaroma tarp Draudėjo ir Draudiko dėl Pirkimo objekto.
- 1.4. **Pirkimo objektas** – Draudėjo darbuotojų savanoriškas sveikatos draudimas. Draudimo paslaugų išplėstinis aprašymas, kritinių ligų ir nedraudžiamųjų įvykių aprašymai yra pateikiami šios Techninės specifikacijos 1-3 prieduose, kurie yra neatskiriama Techninės specifikacijos dalis.
- 1.5. **GPMĮ** – pasiūlymo pateikimo metu galiojantis Lietuvos Respublikos gyventojų pajamų mokesčio įstatymas

2. PIRKIMO OBJEKTAS

- 2.1. Draudėjas perka Bendrovės darbuotojų savanoriško sveikatos draudimo paslaugas (toliau – paslaugas), teikiamas Apdraustiesiems.
- 2.2. Draudimo apsauga galioja Lietuvos Respublikos teritorijoje.
- 2.3. Draudėjas perka vieną darbuotojų naudų paketą, kurio vertinimas grindžiamas bendra metine įmoka vienam darbuotojui (350 Eur) ir bendru draudimo krepšeliu. Šiuo atveju objektas savo ekonomine ir funkicine prasme yra vientisas, todėl pirkimo objektas į dalis neskaidomas.

3. BENDROS DRAUDIMO SĄLYGOS

- 3.1. Draudimo brokerių įmonė, atstovaujanti Draudėjo interesus, yra Aon Baltic.
- 3.2. Savanoriško sveikatos draudimo galiojimo laikotarpis yra nuo 2026 m. lapkričio 3 d. 00.00 val. iki 2027 m. lapkričio 2 d. 24.00 val.
- 3.3. Draudikas, teikdamas pasiūlymą, turi nurodyti maksimalią draudimo sumą paslaugai Visų rizikų draudimas ir Draudimo įmokos dalį, tenkančią Kritinių ligų draudimui, kuriai netaikoma GPMĮ lengvata.

4. DRAUDIMO APIMTIS

- 4.1. Draudėjo darbuotojai, dirbantys bendrovėje ilgiau kaip 3 (tris) mėnesius, apdraudžiami savanorišku sveikatos draudimu.
- 4.2. 2026 m. birželio mėnesio duomenimis Bendrovės apdraudžiamųjų darbuotojų skaičius yra 235 darbuotojai, iš šio skaičiaus 173 vyrai, 62 moterys. Visų darbuotojų amžiaus vidurkis 49 metai. Draudėjas pasilieka teisę keisti darbuotojų skaičių iki 10 % nukrypimo ribose. Preliminarus Apdraustųjų skaičius 258.
- 4.3. Darbuotojai į Apdraustųjų sąrašą įtraukiami pagal poreikį pagal Draudėjo prašymą (šios techninės specifikacijos 5.13 punkte nustatyta tvarka), kol išnaudojama Sutarties kaina, įskaitant grąžintinas sumas už iš Apdraustųjų sąrašo išbrauktus darbuotojus (šios techninės specifikacijos 5.14 punktas).
- 4.4. Draudžiant naują darbuotoją, draudimo įmoka yra perskaičiuojama remiantis draudimo įmokos perskaičiavimo metodu, nurodytu šios techninės specifikacijos 5.12 punkte.
- 4.5. Draudėjo pageidaujami įsigyti draudimo sumų limitai, taikomi kiekvienam apdraustajam asmeniui, pateikiami šioje lentelėje:

Draudimo paslaugos	Draudimo suma	Kompensuojama suma (%)
<p>1. Stacionarinis gydymas valstybinėse gydymo įstaigose. Paslaugos atlyginamos 80 % (aštuoniasdešimt procentų) kainos iki pasirinktos draudimo sumos per draudimo metus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • apmokama vienvietė arba dvivietė palata (<i>apmokėjimo dydis neribojamas nei dienomis, nei kompensuojama suma</i>); • papildoma priežiūra ir (ar) slaugymas; • priemokos už medicinos pagalbos priemones, įskaitant ortopedines priemones, slaugos priemones bei vaistus stacionarinio gydymo metu. 	1 500 EUR	80 %
<p>2. Ambulatorinis gydymas Apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nėra kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (teritorinių ligonių kasų): ūmūs susirgimai, lėtinių ligų stebėjimas bei paūmėjimai (įskaitant TBC, endokrinines, onkologines, nepriklausomai nuo ligos stadijos, kritinės ligos, traumų atvejai valstybiniame ir privačiame sektoriuje, esant sveikatos sutrikimui. Gydytojų paslaugos apmokamos ir tuo atveju, jei pirminė ligos diagnozė nepasitvirtina arba atlikti tyrimai nerodo sveikatos pablogėjimo.</p> <p>2.1. Gydytojo konsultacijos, vizitai į namus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo paslaugos (konsultavimas, gydymas, vizitai į namus ir kt.); • visų gydytojų specialistų konsultacijos ir gydymas (<i>kreipiantis į gydytojus specialistus siuntimai nereikalingi</i>), įskaitant gydytojo psichiatro konsultacijas ir psichoterapinį gydymą, kurį atlieka gydytojas psichiatras, psichiatras psichoterapeutas, medicinos psichologas, psichoterapeutas. Apmokama nemažiau kaip 10 seansų per draudimo metus. <p>2.2. Slaugytojų paslaugos, įskaitant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • paslaugos ir procedūros (injekcijos, žaizdų perrišimai ir kitos paslaugos) sveikatos priežiūros įstaigoje bei Apdraustojo asmens namuose. <p>2.3. Diagnostiniai tyrimai, įskaitant: gydytojo paskirti mediciniškai pagrįsti tyrimai: laboratoriniai (klinikiniai, biocheminiai, imunofermentiniai, hormonų, mikrobiologiniai-bakteriologiniai, citologiniai-histologiniai), funkciniai, radiologiniai (radiologiniai vaizdo įrašai įrašomi į skaitmenines laikmenas, taikomas rentgenogramų spausdinimas), instrumentiniai, ultragarsiniai, endoskopiniai tyrimai; alergenu; lytinių hormonų tyrimai (išskyrus maisto netoleravimo, nevaisingumo nustatymo, potencijos sutrikimo tyrimai).</p> <p>2.4. Ambulatorinės chirurgijos paslaugos pagal ambulatorinės chirurgijos paslaugų sąrašą, patvirtintą LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu, įskaitant vėlesnius jo pakeitimus ar papildymus.</p>	1 500 EUR	80 %

Draudimo paslaugos	Draudimo suma	Kompensuojama suma (%)
<p>2.5. Dienos chirurgijos paslaugos, patvirtintos LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu, įskaitant vėlesnius jo pakeitimus ar papildymus. Apdraustojo patirtos išlaidos už dienos chirurgijos paslaugas bus apmokamos ir tuomet, jei gydymo įstaiga jau yra išnaudojusi valstybinių ligonių kasų skirtus pinigus tam tikro pobūdžio operacijoms, taip pat apmokamos, nepriklausomai nuo to, ar gydymo įstaiga yra pasirašiusi sutartį ar nėra pasirašiusi sutarties dėl kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų.</p> <p>2.6. Kapiliarų ir venų varikozės diagnozavimas, gydymas ir šalinimas, įskaitant lazerinę chirurgiją (esant medicininiams indikacijoms), išskyrus skleroterapiją.</p> <p>2.7. Gerybinių navikų, karpų, apgamų, spuogų, papilomų, kandilomų, keratomų, moliuskų gydymas ir šalinimas esant medicininiams indikacijoms, įskaitant ir lazerinę chirurgiją.</p> <p>2.8. Įgimtų anomalijų bei jų komplikacijų diagnostika ir gydymas.</p> <p>2.9. Kaulų, raiščių, sąnarių bei raumenų netrauminių patologijų diagnostika ir gydymas.</p>		
<p>3. Kritinių ligų draudimas. Nustačius ligą išmokama 100 % draudimo sumos vienkartinė išmoka.</p> <p>Kritinė liga pripažįstama draudžiamuoju įvykiu, kai liga Apdraustajam diagnozuota pirmą kartą gyvenime draudimo galiojimo laikotarpiu atitinkamos medicinos krypties gydytojo specialisto ar gydytojų konsiliumo.</p>	3 000 EUR	100 %
<p>4. Kitos sveikatos priežiūros, medicininės paslaugos – visų rizikų draudimas (klasikinis gydomas limitas, medicininės paslaugos, kurios neapmokestinamos kaip darbuotojo su darbo santykiais susijusios pajamos natūra ir deklaruojamos teisės aktų nustatyta tvarka). Paslaugos finansuojamos 100 % (šimtas procentų) kainos iki pasirinktos draudimo sumos per draudimo metus. Į tai įeina:</p> <p>4.1. Apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos (iš privalomojo sveikatos draudimo fondo / teritorinių ligonių kasų nekompensuojamos paslaugos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ambulatorinis gydymas ir diagnostika; • stacionarinis gydymas valstybinėse gydymo įstaigose bei privačiame sektoriuje; • reabilitacinis gydymas. <p>4.2. Odontologinis gydymas (gydymas, burnos higiena, protezavimas, implantavimas, ortodontinis gydymas) ir kt.</p> <p>4.3. Ligų prevencija (profilaktiniai patikrinimai, skiepai).</p>	130* Eur	100 %

Draudimo paslaugos	Draudimo suma	Kompensuojama suma (%)
<p>4.4. Receptiniai, nereceptiniai vaistai (receptai nereikalaujami), vitaminai, maisto papildai, kurie registruoti ES, tvarsliaiva, pleistrai, vienkartiniai švirškštai ir kt.</p> <p>4.5. Ortopedinės technikos priemonės: įtvarai, elastingos kojines, lazdos, ramentai bei vaikštytynės, pagalbinės priemonės apsitarnauti, jų įsigijimas / nuoma, neįgaliojo vežimėliai.</p> <p>4.6. Medicinos pagalbos priemonės bei vienkartiniai instrumentai.</p> <p>4.7. Optikos priemonės (akinių stiklai, kontaktiniai lęšiai) esant regėjimo sutrikimams, taip pat akinių rėmeliai, gydomieji apsauginiai akiniai, kurie įsigijami su sveikatos priežiūros specialisto paskyrimu (receptu). Rėmelių / lęšių skaičius neribojamas.</p> <p>4.8. Sveikatos priežiūros paslaugos, skirtos reabilitacijai, įskaitant fizioterapines bei ergoterapijos procedūras, kineziterapijos užsėmimus, haloterapiją, vandens ir purvo procedūras, gydomuosius masažus ir pan.</p>		
Bendra draudimo paslaugų suma vienam Apdraustajam	6150 EUR	
Metinė draudimo įmoka už vieną Apdraustąjį (įskaitant saugumo įnašą)	350 EUR	
Draudimo įmokos dalis, tenkanti Kritinių ligų draudimui, kuriai netaikoma GPMĮ lengvata¹	X** EUR	

* siūloma draudimo suma, kurią Draudikas turės nurodyti pasiūlyme, negali būti mažesnė nei šios lentelės 4 punkte nurodyta minimali draudimo suma. Ekonominio naudingumo balų daugiausia surinks tas Draudikas, kuris pasiūlys didžiausią neapmokestinamų paslaugų limitą ir

** mažiausią apmokestinamą dalį tenkančią kritinių ligų draudimui.

4.6. Jeigu Draudiko standartinės sveikatos draudimo sąlygos yra palankesnės Apdraustiesiems negu nurodytos šioje techninėje specifikacijoje (pavyzdžiui, Draudikas įprastai netaiko draudimo sumos limitą stacionariam gydymui ar ambulatorinėms paslaugoms ar apmoka daugiau paslaugų nei kad nurodoma techninėje specifikacijoje kaip draudžiamieji atvejai ir pan.), taikomos Draudiko standartinės sveikatos draudimo sąlygos.

4.7. Išskaita (franšizė) taikoma tik stacionaro ir ambulatorinio gydymo paslaugoms. Išskaitos (franšizės) dydis yra 20 % Apdraustojo patirtų išlaidų.

5. ADMINISTRAVIMAS

5.1. Draudikas ne vėliau kaip per 7 (septynias) kalendorines dienas nuo Sutarties sudarymo turi pateikti sveikatos priežiūros įstaigų ir/ar vaistinių (partnerių) sąrašą, su kuriomis yra sudaręs bendradarbiavimo

¹ Draudimo įmokoms, skirtoms įvairių ligų (tarp jų ir kritinių ligų) gydymo ir diagnostikos paslaugoms apmokėti bei kurios apmokamos pagal draudimo sutartyje numatytas sąlygas, taikoma GPMĮ 17 straipsnio 1 dalies 14 punkto papildomo sveikatos draudimo mokesčių lengvata. Visos kitos darbuotojo naudai mokamos ne gyvybės draudimo įmokos (tarp jų ir kritinių ligų draudimas, kai darbuotojas, kaip naudos gavėjas, gauna vienkartinę išmoką pagal draudimo sutarties sąlygas) laikomos gyventojų pajamomis, gautomis natūra, ir apmokestinamos kaip su darbo santykiais susijusios pajamos. Kiekvienas Draudikas, pagal savo rizikos vertinimo kriterijus Draudimo įmokos dalį, tenkančią kritinių ligų draudimui, nusistato savarankiškai.

sutartis ir kuriose Apdraustasis gali atsiskaityti turėdamas sveikatos draudimo kortelę. Draudimo sutarčiai turi galioti pilnas Draudiko įstaigų - partnerių sąrašas.

5.2. Draudikas savo sąskaita, ne vėliau kaip per 7 (septynias) kalendorines dienas nuo draudimo poliso išdavimo ar naujų Apdraustųjų įtraukimo į Apdraustųjų sąrašą dienos, kiekvienam Apdraustajam įsipareigoja išduoti sveikatos draudimo kortelę. Sveikatos draudimo kortelės turi būti pristatomos adresu J. Janonio g. 24-1, Klaipėda. Kortelės gali būti neišduodamos tokiu atveju, jeigu jos pakeistos lygiavertėmis elektroninėmis priemonėmis (kaip nurodyta šios techninės specifikacijos 5.4. punkte) ir Apdraustieji atsisako plastikinių sveikatos draudimo kortelių arba lankantis pas Draudiko partnerius tokios priemonės nėra reikalingos. Tokiu atveju, teikiant Apdraustųjų sąrašą ar įtraukiant naują Apdraustąjį į sąrašą, prašyme bus nurodyta, kurie darbuotojai pageidauja gauti plastikines sveikatos draudimo korteles.

5.3. Apdraustiesiems pametus ar sugadinus sveikatos draudimo kortelę (jeigu tokias sveikatos draudimo korteles Draudikas buvo išdavęs), Draudikas privalo išduoti naują sveikatos draudimo kortelę be papildomo mokesčio.

5.4. Draudikas vietoje fizinės sveikatos draudimo kortelės gali išduoti elektroninę sveikatos draudimo kortelę (pavyzdžiui, pasiekiamą naudojantis aplikacija mobiliajame telefone).

5.5. Įvykus draudžiamajam įvykiui, Apdraustasis gali kreiptis tiek į sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria Draudikas turi sudaręs bendradarbiavimo sutartį, tiek ir į bet kurią sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria Draudikas nėra sudaręs bendradarbiavimo sutarties.

5.6. Jei, įvykus draudžiamajam įvykiui, Apdraustasis kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria Draudikas yra sudaręs bendradarbiavimo sutartį, tuomet Apdraustasis neprivalo pranešti Draudikui apie draudžiamąjį įvykį. Tokiu atveju apie draudžiamąjį įvykį Draudikui privalo pranešti (ir visus būtinus dokumentus / informaciją pateikti) minėta sveikatos priežiūros įstaiga. Už šiose įstaigose Apdraustajam suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas Draudikas sumoka tiesiogiai tai sveikatos priežiūros įstaigai.

5.7. Jei, įvykus draudžiamajam įvykiui, Apdraustasis kreipiasi į įstaigą, su kuria Draudikas nėra sudaręs bendradarbiavimo sutarties ir už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas Apdraustasis pats tiesiogiai sumoka minėtai įstaigai, vaistinėse, e-vaistinėse, optikos kabinetuose, odontologijos klinikose, draudimo išmokai nustatyti ir išmokėti Apdraustasis turi pateikti Draudikui draudimo sutarties galiojimo metu per 30 (trisdešimt) dienų, atskirais nenumatytais atvejais – vėliausiai per 30 (trisdešimt) dienų po draudimo sutarties pasibaigimo (paslaugos turi būti gautos draudimo sutarties galiojimo metu) šiuos dokumentus:

5.7.1. finansinį dokumentą, liudijantį apie suteiktų paslaugų apmokėjimą: sąskaitą faktūrą su kasos kvitu arba kasos pajamų orderio kvitą, ar pinigų priėmimo kvitą, arba mokėjimo pavedimą, kuriuose turi būti gydymo įstaigos (vaistinės) rekvizitai, duomenys apie Apdraustąjį bei įvardintos suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos ir jų kiekiai, parduoti vaistai, medicinos pagalbos priemonės;

5.7.2. išrašą iš medicinos dokumentų su gydytojo parašu ir antspaudu (jeigu taikoma), informuojantį apie susirgimo pobūdį, diagnozę, ligos eigą, paskirtus ir (ar) atliktus tyrimus bei gydymą, procedūras (gali būti ir dokumento kopija arba asmens sveikatos kortelės kopija). Šis punktas netaikomas sveikatos priežiūros paslaugoms, suteiktoms iš draudimo sumos limito *Kitos sveikatos priežiūros, medicininės paslaugos – visų rizikų draudimas*;

5.7.3. užpildytą pasirašytą prašymą kompensuoti patirtas išlaidas (jeigu yra galimybė, Apdraustasis užpildo standartinę Draudiko formą, esančią Draudiko internetiniame puslapyje).

5.8. Draudikas ne vėliau kaip per 10 (dešimt) kalendorinių dienų nuo draudimo sutarties galiojimo pradžios parengia mokomąją medžiagą (atmintinę) Apdraustajam ir pateikia Draudėjui, prieš tai suderinęs su Draudėjo nurodytais kontaktiniais asmenimis elektroniniu būdu.

5.9. Draudikas pateikia Draudėjui 2 pusmetines ataskaitas (pirma ataskaita pateikiama per 15 (penkiolika) dienų praėjus 6 (šešių) mėnesių laikotarpiui nuo sutarties pasirašymo dienos, antra ataskaita pateikiama per 15 (penkiolika) dienų pasibaigus 12 (dvylikos) mėnesių laikotarpiui) apie visų Apdraustųjų panaudotas sveikatos draudimo paslaugų sumas pagal atskirus techninėje specifikacijoje numatytus draudimo paslaugų limitus, nuo draudimo sutarties galiojimo pradžios pagal suderintą grafiką. Papildomos ataskaitos pateikiamos per 15 (penkiolika) dienų nuo Draudėjo užklauso. Visos ataskaitos teikiamos pagal 4 priede nurodytą detalizaciją.

5.10. Draudikas įsipareigoja draudimo išmoką išmokėti ne vėliau kaip per 30 (trisdešimt) kalendorinių dienų nuo tos dienos, kai gaunama visa informacija, reikšminga nustatant draudžiamąjį įvykį faktą, aplinkybes, pasekmes bei draudimo išmokos dydį.

5.11. Draudimo išmokas už sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas Draudikas apskaičiuoja ir išmoka pagal paslaugų teikėjų įkainius, nepriklausomai nuo to, ar Draudikas yra sudaręs bendradarbiavimo sutartį su sveikatos priežiūros paslaugų teikimo įmonėmis.

5.12. Naujai į sutartį įtrauktam Apdraustajam įmoka skaičiuojama taip:

5.12.1. iki draudimo laikotarpio pabaigos likus mažiau nei vienam ketvirčiui (3 mėnesiams) skaičiuojama 25 % metinės įmokos;

5.12.2. dviem ketvirčiams (6 mėnesiams) – 50 % metinės įmokos;

5.12.3. trimis ketvirčiams (9 mėnesiams) – 75 % metinės įmokos;

5.12.4. jei likę daugiau nei 9 mėnesiai – 100 % metinės įmokos.

5.12.5. Ambulatorinio, Stacionarinio, Kritinių ligų draudimo bei visų rizikų draudimo sumos naujiems darbuotojams suteikiamos pilnos, nepaisant draudimo apsaugos galiojimo laikotarpio.

5.13. Po Sutarties sudarymo Draudėjas rašytine forma (el.p) gali inicijuoti Apdraustųjų sąrašo pakeitimus ir teikti prašymus Draudikui per 5 darbo dienas nuo to momento, kai Draudėjo darbuotojas įgyja teisę būti draudžiamas privalomuoju sveikatos draudimu pagal techninės specifikacijos 4.1. punktą. Naujai Apdraustiesiems draudimo apsauga įsigalioja nuo Draudėjo prašyme nurodytos datos, bet ne vėliau kaip po 2 darbo dienų po prašymo pateikimo.

5.14. Nutraukus apsaugos galiojimą Apdraustajam, Draudėjui grąžintina metinės įmokos dalis skaičiuojama proporcingai likusiam sveikatos draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiui, iš grąžintinos įmokos išskaičiuojant Apdraustajam išmokėtas ar numatomas mokėti draudimo išmokas.

5.15. Draudikas pateikiant Draudėjui sąskaitas kartu turi pateikti sąskaitos detalizaciją pagal žemiau pateiktą pavyzdį:

Vardas	Pavardė	Kritinių ligų įmoka (Eur)	Draudimo įmokos dalis (Eur)	Iš viso (Eur)

DRAUDIMO PASLAUGŲ IŠPLĖSTINIS APRAŠYMAS

1. Stacionarinis gydymas valstybinėse ir privačiose gydymo įstaigose. Paslaugos finansuojamos 80 % (aštuoniasdešimt procentų) kainos iki pasirinktos draudimo sumos per draudimo metus.

Stacionarinis gydymas – medicinos paslaugos, kurios Apdraustajam teikiamos valstybinėse stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ilgiau nei 24 valandas.

1.1. Stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos valstybinėje gydymo įstaigoje:

- apmokamos komforto paslaugos (buvimas vienvietėje arba dvivietėje palatoje) (*apmokėjimo dydis neribojamas nei dienomis, nei kompensuojama suma*);
- papildoma priežiūra ir (ar) slaugymas;
- priemokos už medicinos pagalbos priemones, įskaitant ortopedines priemones, slaugos priemones bei vaistus stacionarinio gydymo metu;
- gydytojų ir gydytojų specialistų konsultacijos, diagnostika ir gydymas, paskirti mediciniškai pagrįsti tyrimai.

2. Ambulatorinis gydymas. Paslaugos finansuojamos 80 % (aštuoniasdešimt procentų) kainos iki pasirinktos draudimo sumos per draudimo metus.

Apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nėra kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (teritorinių ligonių kasų): ūmūs susirgimai, lėtinių ligų stebėjimas bei paūmėjimai (įskaitant TBC, endokrinines, onkologines, nepriklausomai nuo ligos stadijos), kritinės ligos, traumų atvejai valstybiniame ir privačiame sektoriuje. Gydytojų paslaugos apmokamos ir tuo atveju, jei pirminė ligos diagnozė nepasitvirtina arba atlikti tyrimai nerodo sveikatos pablogėjimo:

2.1. Gydytojo konsultacijos, vizitai į namus:

- bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo paslaugos (konsultavimas, gydymas, vizitai į namus ir kt.);
- visų gydytojų specialistų konsultacijos ir gydymas (*kreipiantis į gydytojus specialistus siuntimai nereikalingi*), įskaitant gydytojo psichiatro konsultacijas ir gydymą. Apmokama iki 10 psichoterapijos seansų (įskaitant gydymą ir konsultacijas), kuriuos atlieka gydytojas psichiatras arba gydytojas psichiatras-psichoterapeutas, medicinos psichologas sveikatos priežiūros įstaigoje.

2.2. Slaugytojų paslaugos:

- paslaugos ir procedūros (injekcijos, infuzijos, žaizdų perrišimai ir kitos paslaugos) sveikatos priežiūros įstaigoje bei Apdraustojo asmens namuose.

2.3. Diagnostiniai tyrimai:

gydytojo paskirti mediciniškai pagrįsti tyrimai: laboratoriniai (klinikiniai, biocheminiai, imunofermentiniai, hormonų, mikrobiologiniai-bakteriologiniai, citologiniai-histologiniai), funkciniai, radiologiniai (radiologiniai vaizdo įrašai įrašomi į skaitmenines laikmenas, taikomas rentgenogramų spausdinimas), instrumentiniai, ultragarsiniai, endoskopiniai tyrimai, alergenų tyrimai, išskyrus maisto netoleravimo, lytinių hormonų tyrimai, išskyrus nevaisingumo nustatymo ir potencijos sutrikimo.

2.4. Ambulatorinės chirurgijos paslaugos pagal ambulatorinės chirurgijos paslaugų sąrašą, patvirtintą LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu, įskaitant vėlesnius jo pakeitimus ar papildymus.

2.5. Dienos chirurgijos paslaugos:

gydymas dienos stacionare – apmokamos išlaidos, kurios nekompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, už dienos chirurgijos paslaugas (nepriklausomai nuo to, ar įstaiga yra pasirašiusi sutartį ar nėra pasirašiusi sutarties su teritorine ligonių kasa), įskaitant išlaidas už medicinos pagalbos priemones bei vienkartinius instrumentus, patvirtintas 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 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 visiškai apmoka šias paslaugas, suteiktas Apdraustajam. Operacijų skaičius nėra ribojamas. Būtinai operacijos suderinimas su Draudiku prieš ją atliekant.

2.6. Kapiliarų ir venų varikozės (nepriklausomai nuo ligos laipsnio) diagnozavimas, gydymas ir šalinimas, įskaitant lazerinę chirurgiją, išskyrus skleroterapiją.

2.7. Gerybinių navikų, karpų, apgamų, spuogų, papilomų, kandilomų, keratomų, moliuskų gydymas ir šalinimas esant medicininėms indikacijoms, įskaitant ir lazerinę chirurgiją.

2.8. Įgimtų anomalijų bei jų komplikacijų diagnostika ir gydymas.

2.9. Kaulų, raiščių, sąnarių bei raumenų netrauminių patologijų diagnostika ir gydymas.

3. Kritinių ligų draudimas. Nustačius ligą išmokama 100 % (šimtas procentų) draudimo sumos vienkartinė išmoka.

3.1. Draudžiamieji įvykiai:

3.1.1. Apdraustojo susirgimas kritine liga ir (arba) būseną, įvardinta Kritinių ligų sąraše (2 priedas), ir kuri pirmą kartą buvo diagnozuota atitinkamos medicinos krypties gydytojo specialisto ar gydytojų konsiliumo draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu.

3.1.2. Apdraustojo kritinę ligą pripažinus draudžiamuoju įvykiu, išmokama Apdraustojo kritinių ligų draudimo suma. Draudimo suma Apdraustajam išmokama tik už vieną ligą ir tik vieną kartą.

3.2. Išmokos mokėjimas:

3.2.1. siekiant gauti išmoką papildomai reikia pateikti dokumentus iš sveikatos priežiūros įstaigos su patvirtinta diagnoze, anamneze, tyrimų ir skirto gydymo aprašymu.

4. Kitos sveikatos priežiūros, medicininės paslaugos (visų rizikų draudimas / laisvas limitas). Pasirinktos paslaugos finansuojamos 100 % (šimtas procentų) kainos iki pasirinktos draudimo sumos per draudimo metus.

Visų rizikų draudimas. Nedraudžiamieji įvykiai netaikomi, išskyrus nurodytus 3 priedo 2 punkte. Apdraustasis gali pats laisvai pasirinkti, kokioms sveikatos priežiūros paslaugoms nori išnaudoti draudimo sumą. Kompensuojamos prekės ir (ar) paslaugos Apdraustojo įsigytos ar Apdraustajam suteiktos sveikatos priežiūros įstaigose, vaistinėse ar e. vaistinėse, optikos salonuose, ortopedijos techninių priemonių parduotuvėse, odontologijos klinikose / kabinetuose, sanatorijose bei reabilitacijos centruose, kurie turi sveikatos priežiūros įstaigos licenciją.

4.1. Gydytojo siuntimas ar receptas medicinos priemonėms, vaistams ar paslaugoms nebūtinai.

4.2. Kompensuojamos paslaugos, suteiktos privačiose ir valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose.

4.3. Kompensuojamos:

4.3.1. visos prieš tai paminėtos ambulatorinės ir stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos, jei jos nebuvo kompensuotos, nes pateko į nedraudžiamųjų įvykių sąrašą (gydytojų konsultacijos, gydymas, diagnostiniai tyrimai, operacijos, slauga ir kt.);

4.3.2. visos prieš tai paminėtos kritinių ligų draudimo suteiktos paslaugos, jei jos nebuvo kompensuotos, nes pateko į nedraudžiamųjų įvykių sąrašą;

4.3.3. profilaktinis sveikatos patikrinimas: Apdraustojo pageidavimu atlikti tyrimai; gydytojų konsultacijos ir tyrimai, reikalingi reguliariai sekti Apdraustojo, sergančio lėtine liga (nesant objektyvių ligos paūmėjimo faktų) ar vartojančio tam tikrus medikamentus sveikatos būklę, ar sveikatos būklę po atliktų operacijų, kai reikalingas tik būklės stebėjimas ir nėra paskirtas gydymas; tyrimai ir konsultacijos, nesusiję su sveikatos sutrikimu, dėl kurio kreipėsi Apdraustasis, bet gydytojo paskirti dėl apžiūros, apčiuopos, auskultacijos metu rastų kitų sveikatos pokyčių, jeigu atliktų tyrimų rezultatai yra geri;

4.3.4. odontologo, ortodonto paslaugos (*profilaktika, diagnostika ir (ar) gydymas*): burnos higiena, protezavimas, implantavimas ir laminavimas, kapos, breketai, nuskausminimas, dantų rovimas, dantų

radiologinis ištyrimas, ortodontinis, endodontinis, periodontinis terapinis bei chirurginis dantų ligų gydymas, išskyrus estetinės odontologijos paslaugas;

4.3.5. vaistai (įskaitant vardinius preparatus), vitaminai, maisto papildai, medicinos pagalbos priemonės, ortopedijos techninės priemonės (*kompensuojami visi Lietuvos Respublikoje registruoti bei vaistinėse / e. vaistinėse ir (ar) ortopedijos techninių priemonių parduotuvėse įsigyti vaistai, medicinos pagalbos priemonės, maisto papildai bei kitos profilaktinės priemonės, kurias galima įsigyti vaistinėse*);

4.3.6. medicininė rehabilitacija (*suprantama kaip gydymo priemonė po ūmios ir (ar) lėtinės ligos ir (ar) lėtinės ligos paūmėjimo ar nelaimingo atsitikimo*): fiziotherapinės procedūros (šviesos terapija, ultragarsas, impulsinė terapija, elektroforezė, haloterapija, magnetoterapija, lazeriterapija, parafino aplikacijos, pan.); kineziterapijos individualūs bei grupiniai užsiėmimai salėje ir vandenyje; vandens ir purvo procedūros; gydomojo masažo bei manualinės terapijos procedūros; ergoterapija; kineziterapija; kineziterapeuto, ergoterapeuto konsultacijos;

4.3.7. optika: gydytojui specialistui nustačius regos sutrikimą, kurį reikia koreguoti, Draudikas kompensuoja išlaidas už korekcinius akinių lęšius ir kontaktinius lęšius (linzes), akinių parinkimo paslaugą, akinių rėmelius, akinių gamybos paslaugą, kontaktinių linzių. Įsigyjamų prekių skaičius sutarties galiojimo laikotarpiu neribojamas;

4.3.8. skiepai: Apdraustojo pasirinkti ar gydytojo paskirti skiepai;

4.3.9. nėščiųjų priežiūra ir gimdymas: apmokamos nėščiųjų apžiūros, gydytojų konsultacijos, tyrimai stebint nėštumo eigą vadovaujantis LR SAM 2006 m. gruodžio 29 d. įsakymu Nr. V-1135 „Dėl nėščiųjų sveikatos tikrinimų“; taip pat gimdymo priežiūra, sveikatos sutrikimai, nustatyti planinių nėščiosios apsilankymų metu, nėštumo komplikacijų diagnostika ir gydymas;

4.3.10. rehabilitacijos paslaugos:

4.3.10.1. kineziterapiniai užsiėmimai salėje ir vandenyje, stuburo kaklinės ir juosmeninės dalies tempimai, individuali ergoterapija ir kt.

KRITINIŲ LIGŲ SĄRAŠAS

Piktybinis navikas (vėžys) – tai nekontroliuojamas piktybinių ląstelių augimas, plitimas arba infiltracija į aplinkinius audinius arba organus. Piktybinio naviko terminas taip pat apima leukemiją ir limfinės sistemos piktybines ligas. Draudimo išmoka mokama, kai auglio ląstelių piktybiškumas patvirtintas histologiškai. Diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo onkologo arba onkohematologo (jei sergama leukemija ar limfinės sistemos augliu) arba patologo.

Draudimo išmoka nemokama dėl:

1. lokalizuotų neinvazinių auglių, turinčių tik ankstyvų supiktybėjimo pokyčių (*carcinoma in situ*), ikivėžinių susirgimų, įskaitant, bet neapsiribojant: gimdos kaklelio displazija CIN-1, CIN-2 ir CIN-3;
2. hiperkeratozės, pamatinių ląstelių vėžio, išskyrus atvejus su metastazių atsiradimo požymiais;
3. T1N0M papiliarinės skydliaukės mikrokarcinomos, mažesnės nei 1 cm skersmens, T0 papiliarinės šlapimo pūslės karcinomos; lėtinės limfocitinės leukemijos, žemesnės nei RAI 2 fazės;
4. bet kokių auglių, kai Apdraustasis infekuotas ŽIV ar serga AIDS.

Miokardo infarktas – tai ūmus širdies raumens negrįžtamas pažeidimas su nekroze dėl nutrūkusios (neadekvačios) to segmento arterinės kraujotakos. Diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo kardiologo ir paremta ne mažiau nei trimis kriterijais:

1. užsitęsęs tipiškas skausmas krūtinėje (stenokardija);
2. nauji miokardo infarktui būdingi EKG pakitimai;
3. žymus infarktui specifinių fermentų kiekio kraujo serume padidėjimas;
4. praėjus 3 (trims) mėnesiams nuo miokardo infarkto kairiojo skilvelio išstūmimo frakcija mažesnė nei 50 % (penkiasdešimt procentų).

Jei nėra trijų kriterijų, dėl įvykio pripažinimo draudžiamuoju sprendžia Draudiko gydytojas ekspertas.

Smegenų insultas – tai ūmus galvos smegenų kraujotakos sutrikimas: smegenų audinio infarktas, kraujo išsiliejimas į smegenis ir subarachnoidinis kraujo išsiliejimas, smegenų embolija ir smegenų trombozė, sukeliantys nuolatinį neurologinį deficitą. Liga turi atitikti visus šiuos kriterijus:

1. ilgalaikis neurologinis sutrikimas, kurį patvirtina gydytojas neurologas ne anksčiau kaip praėjus 6 (šešioms) savaitėms po įvykio;
2. magnetinio rezonanso ar kompiuterinės tomografijos tyrimai rodo naujai atsiradusius pokyčius, būdingus insultui.

Draudimo išmoka nemokama dėl:

1. praeinančių galvos smegenų kraujotakos sutrikimų;
2. smegenų pažeidimo dėl nelaimingo atsitikimo, infekcijos, vaskulito ar uždegiminių ligų;
3. vestibulinio aparato išeminių sutrikimų.

Vainikinių širdies kraujagyslių šuntavimo operacija – atvira vainikinių širdies kraujagyslių šuntavimo operacija, skirta širdies kraujagyslių susiaurėjimui ar užakimui koreguoti kaip transplantantą naudojant kojos paviršinę veną, vidinę krūtinės ar kitą tinkamą arteriją. Operacijos būtinumas turi būti įrodytas koronarinės angiografijos tyrimu bei gydytojo kardiologo ar kardiochirurgo išvada. Angioplastikos ar kitos intraarterinės (uždaros) procedūros, taip pat lazeriu atliekamos procedūros nėra draudžiamasis įvykis.

Inkstų funkcijos nepakankamumas – tai lėtinis, negrįžtamas ir žymus abiejų inkstų funkcijos nepakankamumas dėl lėtinio ir nepraeinančio abiejų inkstų funkcijos pakenkimo, gydomas reguliariomis dializės (hemodializės ar peritoninės dializės) procedūromis arba atlikta inksto persodinimo operacija. Vienpusė nefrektomija ar ūmus inkstų funkcijos nepakankamumas nėra draudžiamasis įvykis.

Vidaus organų transplantacija – tai širdies, plaučių, kepenų, inksto, kasos, plonosios žarnos ar kaulų čiulpų persodinimo operacija dėl negrįžtamo atitinkamo organo nepakankamumo, kai Apdraustasis yra organo recipientas. Draudimo išmoka mokama ir tada, kai Apdraustasis yra įtrauktas į oficialų laukiančių operacijos sąrašą, operacijai yra gyvybinės indikacijos ir nėra kontraindikacijų.

Draudimo išmoka nemokama:

1. organų donorams;
2. dėl kamieninių ląstelių transplantacijos.

Galūnių netekimas – dviejų ar daugiau galūnių netekimas dėl ligos ar traumos. Galūnės netekimu laikomas netekimas aukščiau kelio ar alkūnės sąnario.

Galūnių funkcijų netekimas (paralyžius) – visiškas ir negrįžtamas (pastovus) dviejų ar daugiau galūnių funkcijos netekimas dėl ligos ar traumos. Įvykis tampa draudžiamuoju, jei ši būklė išlieka po 3 (trijų) mėnesių nuo atsiradimo.

Aklumas (įskaitant ir vienos akies) – visiškas, pastovus ir negrįžtamas bei nekoreguojamas medicininėmis priemonėmis ir procedūromis regėjimo viena akimi ar abiem akimis praradimas dėl traumos ar ligos. Diagnozė turi būti pagrįsta gydytojo oftalmologo. Kai kuriais atvejais aklumas gali būti laikinas, tokiu atveju draudimo išmoka mokama, jei visiškas aklumas viena ar abiem akimis išlieka praėjus 6 (šešiams) mėnesiams po diagnozės nustatymo.

Širdies vožtuvo pakeitimas ar funkcijos atstatymas – vieno ar daugiau širdies vožtuvų pakeitimas protezu ar funkcijos atstatymas atviros širdies operacijos metu. Tai apima aortos, dviburio (mitralinio), pulmoninio (plaučių kamieno) ir triburio (trikuspidalinio) vožtuvo pakeitimą dirbtiniu protezu dėl stenozės, nepakankamumo ar šių faktorių kombinacijos. Širdies vožtuvo patologija turi būti pagrįsta vizualiniais (echoskopija ar kt.) arba angiografinio tyrimo metodais.

Draudimo išmoka nemokama, jei širdies vožtuvo funkcija atstatyta uždaro chirurginės intervencijos metu.

Aortos operacija – tai chirurginis ligos pažeistos aortos (krūtininės arba pilvinės) dalies pašalinimas ir pakeitimas transplantantu. Aortos apibrėžimas apima torakalinę ir pilvo aortą, bet ne jos šakas. Aortos šakų operacijos, taip pat minimaliai invazinės ar intraarterinės operacijos nėra draudžiamasis įvykis.

Gerybinis galvos smegenų (CNS) navikas – tai navikas galvos smegenyse, kuris atitinka visus šiuos kriterijus:

1. kelia grėsmę gyvybei;
2. sukėlė smegenų pažeidimą;
3. buvo atlikta chirurginė auglio pašalinimo operacija arba, jei jis neoperuojamas, dėl to atsirado nuolatinis neurologinis sutrikimas.

CNS cistos, granuliuotos, galvos smegenų arterijų ir venų dariniai, hematomos ir kankorėžinės liaukos bei nugaros smegenų gerybiniai augliai nėra draudžiamasis įvykis. Diagnozė turi būti patvirtinta stacionare gydytojo neurologo ar neurochirurgo ir kompiuterinės tomografijos, magnetinio branduolinio rezonanso ar kitais patikimais vaizdiniais tyrimais.

Kalbos praradimas – tai pastovus, visiškas ir negrįžtamas gebėjimo kalbėti praradimas dėl fizinio balso stygų pakenkimo traumos ar ligos atveju. Draudimo išmoka mokama ir tais atvejais, kai kalba prarandama dėl chirurginio ir medikamentinio ligos gydymo. Diagnozė turi būti patvirtinta LOR gydytojo bei instrumentiniais tyrimais. Kai kuriais atvejais kalbos praradimas gali būti laikinas, tokiu atveju išmoka mokama, jei visiškas kalbos praradimas išlieka 6 (šešis) mėnesius po diagnozės nustatymo.

Draudimo išmoka nemokama kalbai sutrikus dėl psichikos sutrikimų.

Trečiojo laipsnio nudegimai – nudegimai, kurie apima mažiausiai 20 % (dvidešimt procentų) kūno paviršiaus ploto ir suardo visus odos sluoksnius.

Kurtumas – visiškas ir negrįžtamas klausos abiem ausimis praradimas dėl traumos ar ligos. Diagnozė turi būti pagrįsta audiometriniais ir garso slenksčio tyrimais, atliktais ir patvirtintais ausų, nosies ir gerklės ligų gydytojo (LOR). Visiškas – tai ne mažesnis kaip 90 decibelų stiprumo garso visais dažniais girdėjimo praradimas.

Parkinsono liga iki 65 metų amžiaus – neabejotina idiopatinės (pirminės) Parkinsono ligos diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo neurologo po stacionarinio neurologinio ištyrimo pagal diagnozės nustatymo dieną galiojančius Parkinsono ligos diagnostikos kriterijus Apdraustajam iki 65 metų amžiaus. Draudimo išmoka mokama, kai yra visos šios sąlygos:

1. diagnozuoti ne mažiau kaip du iš toliau nurodytų klinikinių požymių: nevalingas rankų drebėjimas (tremoras), raumenų sustingimas (rigidiškumas), bradikinezija (labai ryškiai sulėtinti judesiai, fizinio ir protinio atsako vangumas);

2. visiškas negalėjimas pačiam atlikti mažiausiai 3 iš 6 toliau nurodytų kasdienės veiklos veiksmų ne trumpiau nei 3 (tris) mėnesius nepertraukiamai: negebėjimas praustis arba patenkinamas prausimasis kitomis priemonėmis; negebėjimas apsirengti, nusirengti, užsisagstyti ir atsagstyti visus drabužius; nesugebėjimas pavalgyti pačiam; nesugebėjimas išlaikyti pakankamą asmens higieną naudojantis tualetu ar kitaip valdyti tuštinimosi ir šlapinimosi funkcijas; nesugebėjimas pereiti iš kambario į kambarį tame pačiame aukšte; nesugebėjimas atsikelti / išlipti iš lovos į kėdę ar neįgaliojo vežimėlį ir atgal.

Jei išvardyti klinikiniai požymiai pasikeitė dėl smegenų neurostimuliacinio implantavimo, tai, nepriklausomai nuo kasdienės veiklos gebėjimų, yra laikoma draudžiamuoju įvykiu.

Draudimo išmoka nemokama šiais atvejais:

1. jei nustatytas antrinis parkinsonizmas (įskaitant vaistų ar toksinų sukeltą parkinsonizmą);
2. jei nustatytas savaiminis tremoras;
3. jei nustatytas parkinsonizmas, susijęs su kitais neurodegeneraciniais susirgimais.

Alzheimerio liga iki 65 metų amžiaus – neabejotina Alzheimerio ligos diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo neurologo ir (ar) psichiatro pagal diagnozės nustatymo dieną galiojančius Alzheimerio ligos diagnostikos kriterijus Apdraustajam iki 65 metų amžiaus.

Draudimo išmoka mokama, kai yra visos šios sąlygos:

1. patvirtinta tipiniais neuropsichologiniais ir nervų sistemos vaizdinių tyrimų (pvz., kompiuterinės tomografijos, magnetinio rezonanso) duomenimis;
2. diagnozuotas intelektinių gebėjimų praradimas, pasireiškiantis atminties ir pažintinių funkcijų (sekos, organizacinių, apibendrinimo ir planavimo) sutrikimais, kurie sukelia ryškų protinės ir socialinės funkcijos pablogėjimą;
3. nustatytas asmenybės pasikeitimas;
4. lėtai progresuojanti liga ir nuolatinis pažintinių funkcijų mažėjimas;
5. nėra sąmonės sutrikimų;
6. Apdraustajam reikalinga nuolatinė priežiūra 24 val. per parą.

Draudimo išmoka nemokama nustačius kitas demencijos (silpnaprotystės) formas dėl smegenų, sisteminių arba psichinių ligų.

Koma – sąmonės praradimo būklė, trunkanti mažiausiai 96 valandas. Liga turi atitikti visus šiuos kriterijus:

1. kai nėra Apdraustojo reakcijos į išorinius dirgiklius mažiausiai 96 val.;
2. kai reikalingas gyvybės palaikymo sistemų taikymas intensyvios terapijos ir reanimacijos skyriuje;
3. smegenų pažeidimas, sukeliantis neurologinį sutrikimą, kuris turi būti įvertintas ne anksčiau kaip per 30 (trisdešimt) dienų nuo komos pradžios.

Draudimo išmoka nemokama, kai komą tiesiogiai sukelia piktnaudžiavimas alkoholiu arba narkotikais.

Išsėtinė sklerozė – tai demielinizuojanti uždegiminė centrinės nervų sistemos liga, pasireiškianti recidyvuojančiais ar nuolat progresuojančiais neurologinės disfunkcijos simptomais, sukeliančiais neįgalumą. Ligos diagnozė turi būti patvirtinta gydytojo neurologo išvada po išsamaus stacionarinio neurologinio ištyrimo ir magnetinio rezonanso tomografijos tyrimo rezultatais (galvos ar nugaros smegenyse stebimi mažiausiai du išsėtinei sklerozei būdingi demielinizacijos židiniai) ir kai dauginis neurologinis deficitas tęsiasi ilgiau nei 6 (šešis) mėnesius.

Draudimo išmoka nemokama šiais atvejais:

1. jei tik įtariama išsėtinė sklerozė esant neurologiniams arba radiologiniams izoliuotiems sindromams, pagal kuriuos galima įtarti, bet ne diagnozuoti išsėtinę sklerozę;
2. jei nustatytas izoliuotas regos nervo neuritas ir (ar) regos nervo neuromielitas.

Pasikeitus išsėtinės sklerozės diagnostiniams kriterijams, vadovaujamosi diagnozės nustatymo dieną galiojančiais kriterijais.

Žaibiškas hepatitis – hepatito viruso sukelta dalinė ar išplitusi kepenų nekrozė, dėl kurios žaibiškai išsivysto kepenų nepakankamumas. Liga turi atitikti visus šiuos kriterijus:

1. spartus kepenų dydžio sumažėjimas;
2. ištisu kepenų skiltelių nekrozė, kai lieka tik suirusi tinklinė sistema;
3. spartus kepenų funkcijos tyrimų blogėjimas;
4. sunkėjanti gelta;
5. kepenų encefalopatija.

Draudimo išmoka nemokama, kai kepenų pažeidimą sukelia piktnaudžiavimas alkoholiu arba narkotikais.

Encefalitas – sunkus smegenų uždegimas (smegenų pusrutulio, smegenų kamieno arba smegenėlių), kurį sukėlė virusinė infekcija ir dėl kurios atsiranda nuolatinis neurologinis sutrikimas. Diagnozė turi patvirtinti gydytojas neurologas, o dokumentuose turi būti užfiksuotas ne mažiau kaip 6 savaites trunkantis nuolatinis neurologinis sutrikimas.

Draudimo išmoka nemokama dėl:

1. smegenų pažeidimo, kurį sukelia piktnaudžiavimas alkoholiu arba narkotikais;
2. ŽIV infekcijos sukulto encefalito.

Bakterinis meningitas – bakterinė infekcija, sukelianti sunkų galvos ar stuburo smegenų uždegimą, dėl kurio atsiranda žymus negrįžtamas nuolatinis neurologinis sutrikimas. Liga turi atitikti visus šiuos kriterijus:

1. bakterinė infekcija, rasta stuburo smegenų skystyje, atlikus juosmens punkciją;
2. neurologinis sutrikimas, patvirtintas gydytojo neurologo, trunka ne trumpiau kaip 6 savaites.

Draudimo išmoka nemokama dėl bakterinio meningito esant ŽIV infekcijai.

NEDRAUDŽIAMIEJI ĮVYKIAI

1. Ambulatorinis gydymas. Stacionarinis gydymas gydymo įstaigose (sveikatos priežiūra). Sveikatos sutrikimai, sveikatos priežiūros paslaugos ir įvykiai, pripažįstami nedraudžiamaisiais:

- 1.1. sveikatos sutrikimai, kurie buvo sukelti Apdraustajam tyčia susižalojus ar bandant nusižudyti;
- 1.2. sveikatos sutrikimai, kurie atsirado Apdraustajam vykdant nusikalstamą veiką arba rengiantis ją įvykdyti ar dėl kitos priešingai teisei veikos;
- 1.3. sveikatos sutrikimai, kurie atsirado Apdraustajam aktyviai dalyvaujant karo veiksmuose, karinio pobūdžio operacijose, masiniuose ir pilietiniuose neramumuose, sukilimuose, streikuose;
- 1.4. sveikatos sutrikimai, atsiradę Apdraustajam dėl alkoholio, narkotinių ar turint tikslą apsvaigti naudotų toksinių medžiagų ar vaistų, kurie nebuvo paskirti gydytojo, poveikio;
- 1.5. paslaugos suteiktos draudimo apsaugos negaliojimo (sustabdymo) metu;
- 1.6. nėštumo priežiūra, gimdymas ir gimdymo ir pogimdyminė priežiūra, sveikatos sutrikimai, sukelti nėštumo ar gimdymo;
- 1.7. sergančių priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų (narkotikų, alkoholio, psichotropinių medžiagų) ligomis gydymas;
- 1.8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nelicencijuota veikla, neapbruoti gydymo būdai ir paslaugos;
- 1.9. psichoterapinis gydymas (jei gydymas suteiktas gydytojo psichiatro, medicinos psichologo, psichoterapeuto – draudžiamasis įvykis, jei psichologo – nedraudžiamasis įvykis);
- 1.10. psichologo konsultacijos;
- 1.11. profilaktinės paslaugos (konsultacijos, tyrimai, procedūros ir kt.);
- 1.12. laboratorinių tyrimų programos (laboratorinių tyrimų paketai ir kt.);
- 1.13. fizioterapijos (gydymas ultragarsu, elektrostimuliacija, šviesos terapija, nechirurginis gydymas lazeriu ir kt.), reabilitacijos (kineziterapija, masažai, manualinė terapija ir kt.), ozonoterapijos, kito nechirurginio gydymo lazeriu paslaugos;
- 1.14. ambulatorinės odontologinės priežiūros paslaugos: gydytojų odontologų, odontologų specialistų konsultacijos, procedūros, diagnostiniai tyrimai (radiologiniai tyrimai ir kt.);
- 1.15. lytiniu keliu plintančių ligų (AIDS, sifilio, gonorėjos, trichomonozės, chlamidijozės, žmogaus papilomos viruso, herpes genitalis), AIDS bei ŽIV (nešiojimo atveju) diagnostika ir gydymas;
- 1.16. nevaisingumo bei potencijos sutrikimų diagnostika ir gydymas;
- 1.17. nėštumo nutraukimas nesant medicininių indikacijų ir gimdymas ne medicinos įstaigoje;
- 1.18. kosmetinės-plastinės operacijos, kosmetologinės procedūros;
- 1.19. organų persodinimo operacijos; kaulų čiulpų transplantacijos, hemodializės procedūros;
- 1.20. ilgalaikė slauga slaugos specializuotuose stacionaruose;
- 1.21. terapinis ir chirurginis nutukimo gydymas;
- 1.22. sąnarių endoprotezavimo operacijos bei išlaidos už pačius endoprotezus;
- 1.23. paslaugos (procedūros): kraujo plazmos, hialurono rūgšties, botulino injekcijos, kamieninių ląstelių terapija;
- 1.24. nagų grybelio gydymas (išskyrus, jei tai draudžiamasis įvykis pagal Draudiko taisykles);
- 1.25. jei Apdraustasis viršijo šioje sutartyje numatytus draudimo sumų limitus sveikatos priežiūros paslaugai. Tokiu atveju apmokama tik ta dalis, kuri neviršija draudimo sutartyje numatytos draudimo sumos;

1.26. įsigijimas: anabolinių steroidų, svorį mažinančių, potenciją didinančių, kontraceptinių priemonių, įvairioms priklausomybėms gydyti skirtų vaistų, maisto papildų, 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;

1.27. įvykiai, kurių datos ir aplinkybių negalima nustatyti atlikus įvykio tyrimą;

1.28. jei draudimo apsauga naudojasi ne Apdraustasis.

2. Kitos sveikatos priežiūros, medicininės paslaugos (visų rizikų draudimas / laisvas limitas). Sveikatos sutrikimai, sveikatos priežiūros paslaugos ir įvykiai, pripažįstami nedraudžiamaisiais:

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

2.2. sveikatos sutrikimai, kurie atsirado Apdraustajam vykdant nusikalstamą veiką arba rengiantis ją įvykdyti ar dėl kitos priešingos teisei veikos;

2.3. sveikatos sutrikimai, atsiradę Apdraustajam dėl alkoholio, narkotinių ar turint tikslą apsvaigti naudotų toksinių medžiagų ar vaistų, kurie nebuvo paskirti gydytojo, poveikio;

2.4. paslaugos suteiktos draudimo apsaugos negaliojimo (sustabdymo) metu;

2.5. jei Apdraustasis viršijo šioje sutartyje numatytus draudimo sumų limitus sveikatos priežiūros paslaugai. Tokiu atveju apmokama tik ta dalis, kuri neviršija draudimo sutartyje numatytos draudimo sumos;

2.6. apgyvendinimo ir maitinimo išlaidos, dovanų kuponai;

2.7. šokiai, golfas, slidinėjimo treniruotės, kovos menai;

2.8. sporto užsiėmimai sporto ir sveikatingumo klubuose, SPA procedūros, kosmetinės plastinės procedūros (operacijos), negydomieji masažai, apsauginiai akiniai nuo saulės įsigijami ne gydymo tikslais be sveikatos priežiūros specialisto paskyrimo, akinių priežiūros priemonės, aksesuarai, kosmetikos priemonių pirkimas;

2.9. sveikatos priežiūros paslaugos, suteiktos ne Apdraustajam.

3. Kritinės ligos. Nedraudžiamuoju įvykiu laikomas Apdraustojų susirgimas kritine liga ir (arba) būseną:

3.1. įvykusi iki draudimo apsaugos įsigaliojimo momento;

3.2. kritinė liga, kuri diagnozuota ne pirmą kartą;

3.3. jei kritinė liga neatitinka kritinės ligos diagnozavimo kriterijų iš Kritinių ligų sąrašo;

SVEIKATOS DRAUDIMO PANAUDOJIMO ATASKAITŲ PATEIKIMO GRAFIKAS

Eil. Nr.	Draudimo paslauga/draudimo suma	Kiek buvo apdrausta viso darbuotojų per laikotarpį	Pateikti per 15 d. praėjus 6 mėn. laikotarpiui		Pateikti per 15 d. praėjus 12 mėn. laikotarpiui	
			Metinės išmokos panaudojimas už 6 mėn. laikotarpį nuo sutarties pasirašymo dienos, Eur	Kiek darbuotojų pasinaudojo, kiek nepasinaudojo draudimu. Išvardinti TOP 5 didžiausias įstaigas, kuriose darbuotojai naudojami paslaugomis	Metinės išmokos panaudojimas už 12 mėn. laikotarpį nuo sutarties pasirašymo dienos, Eur	Kiek darbuotojų pasinaudojo, kiek nepasinaudojo draudimu. Išvardinti TOP 5 didžiausias įstaigas, kuriose darbuotojai naudojami paslaugomis
1	Ambulatorinis gydymas					
2	Stacionarinis gydymas					
3	Kritinių ligų draudimas					
4	Visų rizikų draudimas					