



PATVIRTINTA
UAB DK „PZU Lietuva“ 2008 m. gruodžio mėn. 18 d.
valdybos posėdyje
įsigalioja nuo 2008 m. gruodžio mėn. 19 d.

SVEIKATOS DRAUDIMO TAISYKLĖS NR. 067

I. NAUDOJAMOS SĄVOKOS

- 1. Draudikas** – UAB DK „PZU Lietuva“.
- 2. Draudėjas** – asmuo, kuris kreipėsi į draudiką dėl draudimo sutarties sudarymo ar kuriam draudikas pasiūlė sudaryti draudimo sutartį, arba kuris sudarė draudimo sutartį su draudikau.
- 3. Apdraustasis** – draudimo sutartyje nurodytas fizinis asmuo, kurio gyvenime atsitikus draudžiamajam įvykiui draudikas privalo mokėti draudimo išmoką.
- 4. Draudžiamasis įvykis** – įvykis, kurio metu patirti nuostoliai yra draudiko atlyginami pagal draudimo sutartį.
- 5. Draudimo apsauga** – draudiko suteikiamos garantijos atlyginti žalą draudėjui, atsitikus draudimo sutartyje numatytiems draudžiamiesiems įvykiams.
- 6. Draudimo įmoka (premija)** – draudimo sutartyje nurodyta pinigų suma, kurią draudėjas draudimo sutarties sąlygomis moka draudikui už draudimo apsaugą.
- 7. Draudimo terminas** – draudimo liudijime nustatytas draudimo sutarties galiojimo laikotarpis, šalis sąžiningai ir laiku vykdant sutartinius įsipareigojimus.
- 8. Fiksuoto termino draudimo sutartis** – draudimo sutartis, kuri galioja tik draudimo sutartyje nustatytu terminu. Jei draudimo sutartyje nenumatyta kitaip, laikoma, kad draudimo sutartis yra fiksuoto termino.
- 9. Tęstinė draudimo sutartis** – draudimo sutartis, kuri, draudėjui ir draudikui sutartus, galioja draudimo sutartyje nustatytais terminais ir yra automatiškai pratęsiama sekanciam terminui, bet ne ilgesniam kaip vieneri metai, jei nei viena iš draudimo sutarties šalių ne vėliau kaip prieš 1 mėnesį iki draudimo termino pabaigos neinformuoja kitos šalies apie draudimo sutarties nepratęsimą. Draudimo sutartis laikoma tęstine, jei tai yra nurodyta draudimo liudijime.
- 10. Draudimo liudijimas (polisas)** – draudiko išduodamas dokumentas, patvirtinantis draudimo sutarties sudarymą.
- 11. Draudimo suma** – draudimo sutartyje nustatyta pinigų suma, kuri yra lygi maksimaliai draudimo išmokai, galimai išmokėti pagal draudimo sutartį.
- 12. Draudimo sutartis** – draudimo rūšies Taisyklių pagrindu sudaroma rašytinė sutartis tarp draudiko ir draudėjo. Draudėjas draudimo sutartimi įsipareigoja mokėti sutartyje nurodytą draudimo įmoką. Draudikas draudimo sutartimi įsipareigoja sumokėti draudimo išmoką, jeigu įvyksta draudžiamasis įvykis.
Draudimo sutartį sudaro:
 - a) draudimo liudijimas (polisas),
 - b) draudimo sutarties sąlygos (jei tokios sudaromos),
 - c) priedai prie draudimo sutarties,
 - d) draudimo taisyklės ir (arba) kitos draudimo sutarties sąlygos, dėl kurių draudėjas ir draudikas susitaria raštu (individualios draudimo sutarties sąlygos),
 - e) bet kokia sudarant draudimo sutartį draudiko paprašyta ir draudėjo raštu pateikta informacija apie apdraudžiamą riziką, įskaitant prašymą sudaryti draudimo sutartį.
- 13. Draudimo taisyklės** (toliau Taisyklės) – draudiko paruoštos draudimo sutarties standartinės sąlygos, kurios yra neatskiriama draudimo sutarties dalis.
- 14. Išskaita** – dydis išreikštas fiksuota pinigų suma ar procentais, ar kitaip draudimo sutartyje nustatytas dydis, kuriuo yra mažinama mokėtina draudimo išmoka.
- 15. Besąlyginė išskaita** – sveikatos grąžinimo išlaidų dalis, kuria kiekvieno draudžiamąjo įvykio atveju atlygina pats apdraustasis. Jeigu draudimo sutartyje nėra nurodyta kitaip, laikoma, kad išskaita yra besąlyginė.
- 16. Draudiko apmokama sveikatos grąžinimo išlaidų dalis** – išlaidų dalis, draudimo sutartyje išreikšta fiksuota pinigų suma arba procentais, kurią kiekvieno draudžiamąjo įvykio atveju atlygina draudikas.
- 17. Naudos gavėjas** – draudimo sutartyje nurodytas asmuo arba draudėjo, o draudimo sutartyje nurodytais atvejais ir apdraustojo paskirtas asmuo, arba kitas asmuo, turintis teisę gauti draudimo išmoką.
- 18. Neatsaukiamas naudos gavėjas** – naudos gavėjas, kuris negali būti vienašališkai, be paties naudos gavėjo sutikimo, draudėjo (ar draudimo sutartyje numatytais atvejais – apdraustojo) atšauktas ar pakeistas.
- 19. Nedraudžiamasis įvykis** – įvykis, kurio metu patirtų nuostolių draudikas pagal draudimo sutartį neatlygina.
- 20. Subrogacija** – draudiko teisė reikalauti išmokėtų sumų iš atsakingo už padarytą žalą asmens (atgėžtinio reikalavimo teisė).
- 21. Sveikatos grąžinimo išlaidos** – apdraustojo patirtos gydymo, sveikatos priežiūros ir atstatymo išlaidos sveikatos priežiūros įstaigose.
- 22. Sveikatos priežiūros įstaiga** – įstaiga ar įmonė Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka turinti teisę teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas.
- 23. Draudiko pripažįstama sveikatos priežiūros įstaiga** – sveikatos priežiūros įstaiga, su kuria draudikas yra sudaręs bendradarbiavimo sutartį.
- 24. Gydytojas** – asmuo, Lietuvos Respublikos įstatymo nustatyta tvarka turintis teisę užsimti sveikatos priežiūra.
- 25. Liga** – apdraustojo sveikatos būklė, apie kurią draudėjas bei apdraustasis nežinojo, nebuvo jos požymių ir apdraustasis dėl to nebuvo gydomas iki draudimo sutarties įsigaliojimo momento.
- 26. Lėtinė liga** – apdraustojo sveikatos būklė, kuri jau egzistuoja sudarant draudimo sutartį arba dėl kurios apdraustasis konsultavosi, gydėsi ar vartojo vaistus.
- 27. Kūno sužalojimas** – konkrečiu laiku ir konkrečioje vietoje apdraustajam dėl staigaus fizinio, cheminio, terminio aplinkos poveikio įvykęs audinių vientisumo pažeidimas, sukėlęs organizmo funkcijų sutrikimą.
- 28. Ambulatorinis chirurginis gydymas** – tai specializuota kvalifikuota chirurginė sveikatos priežiūra, teikiama ambulatorinėje konsultavosi, gydėsi ar vartojo vaistus.
- 29. Stacionarinis chirurginis gydymas** – tai apdraustajam suteikiama terapinė ir/ar chirurginė sveikatos priežiūra, teikiama stacionarinėje sveikatos priežiūros įstaigoje.
- 30. Reabilitacija** – koordinuotas, kompleksinis medicinos, socialinių, pedagoginių priemonių

taikymas kuo didesniai reabilituojamo asmens, turinčio biosocialinių funkcijų sutrikimų, funkciniam aktyvumui pasiekti.

31. Pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos – tai nespacializuota kvalifikuota asmens sveikatos priežiūra ir psichinės asmens sveikatos priežiūra, teikiama ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

32. Antrinės (kvalifikuotos) sveikatos priežiūros paslaugos – tai paslaugos, kurias teikia gydytojai specialistai ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose.

33. Trečtinės (specializuotos) ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos – tai paslaugos, kurias teikia gydytojai konsultantai, konsultuodami pacientus ir teikdami patarimus bei gydymo metodus pirminio ar antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų gydytojams. Šios paslaugos teikiamos ligoniui lankantis ambulatorinėje specializuotoje sveikatos priežiūros įstaigoje.

34. Prevencinės medicinos priemonės – profilaktinis apdraustųjų sveikatos patikrinimas ir/ar profilaktiniai skiepėjimai nuo gripo, encefalito ir pan.

II. DRAUDIMO SUTARTIES SUDARYMO TVARKA

35. Prieš sudarant draudimo sutartį, jei draudikas ar jo atstovas to pareikalauja, draudėjas privalo pateikti raštu nustatytos formos prašymą sudaryti draudimo sutartį ir/ar kitus dokumentus, suteikti draudikui visą žinomą informaciją apie aplinkybes, galinčias turėti esmines įtakos draudimo rizikos bei galimų nuostolių dydžiui įvertinimui.

36. Draudžiant žmonių grupę, draudėjas pateikia ir tvirtina apdraustųjų grupės sąrašą, kurį draudėjas gali koreguoti draudimo sutarties galiojimo metu, raštu pranešdamas apie tai draudikui.

37. Esminėmis aplinkybėmis, apie kurias draudėjas privalo informuoti draudiką ar jo atstovą, pripažįstamos aplinkybės, nurodytos draudimo sutarties sąlygose (įskaitant draudimo liudijimą ir jo priedus), bei rašytiniame draudėjo prašyme (draudėjo vykdoma veikla, apdraustieji ir jų skaičius, tarp jų dirbantys fizinį darbą), apdraustojo apklausos anketoje, taip pat kitos aplinkybės, apie kurias draudikas raštu paprašė suteikti informaciją.

38. Draudimo sutartis sudaroma draudikui ir draudėjui pasirašant draudimo liudijimą.

39. Draudimo sutarties sudarymas pagal standartines ar individualias draudimo sąlygas:

39.1. Draudimo sutartis gali būti sudaroma pagal Draudimo Taisykles, kurios laikomos standartinėmis draudimo sąlygomis ir yra paskelbtos draudimo įmonės interneto tinklalapyje www.pzu.lt, arba pagal iš anksto sutartas rašytines individualias draudimo sutarties sąlygas.

39.2. Jei Draudimo taisyklių sąlygos prieštarauja draudimo sutartyje numatytiems individualioms draudimo sąlygoms, pirmenybė visada teikiama individualiai šalių aptartoms sąlygoms.

III. DRAUDIMO SUTARTIES ŠALIŲ TEISĖS IR PAREIGOS

40. Pareiga atskleisti informaciją:

40.1. Prieš sudarant draudimo sutartį, draudėjas privalo suteikti draudikui teisingą informaciją apie draudėją bei pageidaujarnus apdrausti asmenis.

40.2. Draudėjas privalo pranešti draudikui apie visas draudimo sutartis, pagal kurias pageidaujami apdrausti apdraustieji yra apdrausti nuo tų pačių rizikų.

40.3. Draudėjas ir/ar apdraustasis yra atsakingi už draudikui ar jo atstovui pateikiamos informacijos pilnumą ir tikslumą.

40.4. Draudimo sutarties galiojimo metu draudėjas ir apdraustasis privalo nedelsiant ištaisyti ir raštu pateikti draudikui bet kokią sudarant draudimo sutartį pateiktą klaidingą ar nepilną informaciją.

40.5. Jeigu po draudimo sutarties sudarymo nustatoma, kad draudėjas ir/ar apdraustasis suteikė draudikui ar jo atstovui žinomai melagingą informaciją apie esmines aplinkybes, tai draudikas turi teisę reikalauti pripažinti draudimo sutartį negaliojančia, išskyrus atvejus, kai aplinkybės, kurios buvo nusleptos, išnyko iki draudžiamąjo įvykio ar neturėjo įtakos draudžiamajam įvykiui.

40.6. Jeigu draudėjas ar apdraustasis dėl neatsargumo nepateikė informacijos apie esmines aplinkybes, tai draudikas privalo ne vėliau kaip per du mėnesius nuo šių aplinkybių sužinojimo pasiūlyti draudėjui pakeisti draudimo sutartį. Jei draudėjas atsisako tai padaryti arba neatsako į draudiko pasiūlymą per vieną mėnesį, tai draudikas turi teisę reikalauti nutraukti draudimo sutartį.

40.7. Jeigu draudėjas dėl neatsargumo nepateikė informacijos apie minėtas esmines aplinkybes, tai įvykus draudžiamajam įvykiui draudikas privalo išmokėti draudimo išmokos, kuri būtų išmokama draudėjui įvykdžius savo pareigą, dalį, proporcingą sutartos draudimo įmokos ir draudimo įmokos, kuri būtų nustatyta, žinant nepateiktą informaciją, santykiui.

40.8. Jeigu draudikas, žinodamas aplinkybes, apie kurias draudėjas neinformavo dėl neatsargumo, nebūtų sudaręs draudimo sutarties, tai jis per du mėnesius nuo sužinojimo, kad draudėjas nepateikė nustatytos informacijos dėl neatsargumo, turi teisę reikalauti nutraukti draudimo sutartį. Įvykus draudžiamajam įvykiui, draudikas turi teisę atsisakyti išmokėti draudimo išmoką tik įrodęs, kad ne vienas draudikas, žinodamas aplinkybes, kurių draudėjas nenurodė dėl neatsargumo, nebūtų sudaręs draudimo sutarties.

40.9. Draudikas privalo supažindinti draudėją su šiomis Taisyklėmis ir įteikti jų kopiją, išduoti draudėjui draudimo liudijimą ir/ar kitus draudimo sutarties sudarymą patvirtinančius dokumentus.

41. Draudiko teisė įvertinti draudimo riziką.

41.1. Prieš sudarydamas draudimo sutartį, draudikas turi teisę pareikalauti iš draudėjo, apdraustojo asmens medicininės dokumentacijos.

41.2. Pareikalauti iš apdraustojo sulikimo susipažinti su apdraustojo asmens duomenimis ir su medicinine dokumentacija apie apdraustojo sveikatos būklę.

41.3. Prieš sudarant draudimo sutartį draudikas turi teisę, bet ne privalo, apžiūrėti/įvertinti draudžiamą riziką, o jeigu reikia, savo iššomis paskirti ekspertus draudimo rizikos įvertinimui. Draudiko atlikti vertinimai, bet kokia jų rašytinė ataskaita, raštu ar žodžiu išreikšta nuomonė laikoma tik draudimo rizikos vertinimu ir negali būti draudėjo naudojama kaip įrodymas, kad objektas yra saugus, nekelti pavojaus aplinkai, atitinka įstatymus ir kitus teisės norminius aktus, inžinerinius, pramoninius standartus ir/ar kitus reikalavimus.

41.4. Draudikas turi teisę įvertinęs riziką atsisakyti sudaryti draudimo sutartį, nenurodydamas priežasčių.

42. Draudėjo pareiga informuoti naudos gavėją, apdraustąjį ar trečiuosius asmenis.

Draudėjas privalo tinkamai pranešti naudos gavėjui, apdraustajam apie sudarytą draudimo sutartį ir šių asmenų pareigas.

Įgyvendindamas savo teises pagal šią draudimo sutartį, draudikas turi teisę remtis tuo, kad draudėjas neįvykdė šiame punkte numatytos pareigos.

IV. DRAUDIMO SUTARTIES GALIOJIMAS. DRAUDIMO APSAUGOS PRADŽIA, DRAUDIMO SUTARTIES PAKETIMO IR NUTRAUKIMO SĄLYGOS

43. Draudimo sutarties įsigaliojimas.

43.1. Draudimo sutartis sudaroma šalių sutarimą ir draudimo liudijime nurodytam terminui. Draudimo sutartis įsigalioja nuo draudimo liudijime nurodytos dienos 00:00 val. (Lietuvos laikui), jei liudijime nėra nurodytas kitas laikas, bet ne anksčiau nei sumokama sutarta visa draudimo įmoka ar visa jos pirmą dalis, jeigu draudimo sutartyje nenumatyta draudimo įmokos ar jos pirmos dalies mokėjimo atidėjimo laikotarpis.

43.2. Draudimo sutartis gali būti fiksuoto termino arba tęstinė. Jei draudimo sutartyje nenumatyta kitaip, laikoma, kad draudimo sutartis yra fiksuoto termino.

44. Draudimo sutarties pasibaigimas ir nutraukimas.

44.1. Draudimo sutarties terminas pasibaigia draudimo liudijime nurodytą dieną 24:00 val. (Lietuvos laikui), jei draudimo liudijime nėra nurodytas kitas laikas.

44.2. Draudimo sutartis pasibaigia prieš galiojimo terminą:

44.2.1. jei draudikas sumoka visas išmokas, nustatytas draudimo sutartyje;

44.2.2. jei draudėjas (juridinis asmuo) yra likviduojamas, ir nėra jo teisių bei pareigų perėmėjų;

44.2.3. jei yra kiti įstatymų ar draudimo sutarties nustatyti sutarčių ir/ar pareigų galiojimo pasibaigimo pagrindai;

44.2.4. kai apdraustasis miršta. Jeigu draudimo sutartis sudaryta grupės apdraustųjų naudai, tai sutartis pasibaigia tik mirusiojo apdraustojo atžvilgiu.

44.3. Draudėjas bet kokių atvejų turi teisę nutraukti draudimo sutartį raštu pranešdamas apie tai draudėjui ne vėliau kaip prieš 30 dienų.

44.4. Draudimo sutartis nutraukiama nuo draudėjo nurodyto termino, bet ne anksčiau kaip nuo pirmos kito kalendorinio mėnesio, einančio po mėnesio kai draudikas gavo iš draudėjo pranešimą apie sutarties nutraukimą dienos.

44.5. Draudikas turi teisę nutraukti draudimo sutartį raštu pranešdamas apie tai draudėjui prieš 7 kalendorines dienas, jeigu:

44.5.1. draudėjas ar apdraustasis tyčia sukėlė žalą;

44.5.2. draudėjas ar apdraustasis įvykus draudžiamajam įvykiui, apgaulingai pateikė draudėjui neteisingą ar nepilną informaciją, kuri yra svarbi nustatant draudimo išmokos dydį, neteisėtai būdais siekė gauti draudimo išmoką.

44.6. Draudikas turi teisę reikalauti nutraukti draudimo sutartį, jei draudėjas neinformuoja jo apie draudimo sutarties galiojimo metu padidėjusią draudimo riziką, arba kreiptis į teismą dėl draudimo sutarties nutraukimo, jei draudėjas nesutinka pakeisti draudimo sutarties sąlygų (taip pat žr. šių Taisyklių 61 punktą).

44.7. Draudimo sutartis gali būti nutraukta prieš joje nustatytą jos galiojimo terminą, jeigu po sutarties įsigaliojimo išnyko galimybės įvykti draudžiamajam įvykiui arba draudiminė rizika išnyko dėl aplinkybių, nesusijusių su draudžiamuoju įvykiu.

44.8. Draudiko teisė nutraukti draudimo sutartį, kai draudėjas nesumoka draudimo įmokos, yra apibrėžta šių Taisyklių 46–50 punktuose.

44.9. Draudimo sutartis gali būti nutraukta kitais teisės aktų nuostatų ar draudimo sutarties sąlygų numatytais atvejais ir nustatyta tvarka.

45. Atsiskaitymo tvarka nutraukus draudimo sutartį.

45.1. Jei draudimo sutartis yra nutraukiama ar pasibaigia prieš sutartą datą, draudikas visada turi teisę į mokos dalį už draudimo sutarties galiojimo laikotarpį.

45.2. Likusi draudimo įmokos dalis nėra gražinama, jeigu draudimo išmokas pagal šią Taisyklį 44.5 punktą.

45.3. Jeigu draudimo sutartis nutraukiama draudėjo iniciatyva, draudikas iš gražintinos įmokos dalies išskaičiuoja:

45.3.1. sutarties sudarymo ir vykdymo išlaidas (30% įmokos už nepanaudotą draudimo terminą, bet nemažiau nei 10 Lt);

45.3.2. draudimo išmokas, mokėtas / numatomas išmokėti pagal tą draudimo sutartį;

45.3.3. nesumokėtas draudimo įmokas ir kitas gautinas sumas.

45.4. Draudikas privalo gražinti draudėjui sumokėtą draudimo įmoką už likusį draudimo sutarties galiojimo laikotarpį (išskaičiuavus šią Taisyklį 45.3.2. punkte nurodytas sumas), jeigu draudimo sutartis nutraukiama dėl to, kad po jos įsigaliojimo išnyko galimybės įvykti draudžiamajam įvykiui arba draudiminė rizika išnyko dėl aplinkybių, nesusijusių su draudžiamuoju įvykiu (draudimo objektas žuvo dėl priežasčių, nesusijusių su draudžiamuoju įvykiu ir kt.).

V. DRAUDIMO ĮMOKA IR JOS MOKĖJIMAS

46. Draudimo įmokos dydį apskaičiuoja draudikas, atsižvelgdamas į draudėjo pateiktą informaciją, draudimo objektą, draudimo sumą, draudimo riziką, kitas draudimo sutartyje nustatytas sąlygas, draudiko įmokų skaičiavimo metodiką ir kitą svarbią informaciją.

47. Draudimo įmokos privalo būti mokamos draudimo liudijime nurodytais terminais. Draudimo įmoka laikoma sumokėta, ją užskaičius draudiko banko sąskaitoje, arba gavus draudimo įmoką gryniais pinigais.

48. Jei draudimo įmoka ar jos dalis yra nesumokama sutartu laiku, draudikas turi teisę skaičiuoti 0,02 % dydžio delspinigius nuo nesumokėtos sumos už kiekvieną uždelstą dieną.

49. Draudėjui nesumokėjus draudimo įmokos ar jos pirmosios dalies draudimo sutartyje nustatytu laiku (išskyrus atvejus, kai draudimo sutarties įsigaliojimas siejamas su draudimo įmokos ar jos dalies sumokėjimu), draudikas privalo tai pranešti draudėjui raštu, nurodydamas, kad per 20 dienų nuo pranešimo išsiuntimo draudėjui nesumokėjus draudimo įmokos ar jos dalies, draudimo apsauga bus sustabdyta ir atnaujinta tik draudėjui sumokėjus draudimo įmoką ar jos dalį.

50. Jei draudžiamasis įvykis įvyksta draudimo apsaugos sustabdymo metu, draudikas neprivalo mokėti draudimo išmokos.

51. Jei draudimo apsaugos sustabdymas dėl įmokos nesumokėjimo tęsiasi ilgiau nei 3 mėnesius, tai draudikas turi teisę vienašališkai nutraukti draudimo sutartį. Šiuo atveju draudikas turi teisę į iki draudimo sutarties sustabdymo nesumokėtas draudimo įmokas. Apie vienašališką sutarties nutraukimą draudikas neprivalo atskirai pranešti.

52. Jei draudimo sutarties įsigaliojimas siejamas su draudimo įmokos ar jos dalies sumokėjimu, pranešimas apie nesumokėtą įmoką nėra siunčiamas. Jei draudimo įmoka ar jos pirmą dalis yra nesumokama, draudimo sutartis nutrūksta nuo tos dienos, kurią turėjo būti sumokėta draudimo įmoka.

VI. DRAUDIMO OBJEKTAI

53. Draudimo objektas – apdraustojo turiniai interesai, susiję su sveikatos gražinimo išlaidomis dėl draudimo sutartyje numatytų draudžiamųjų įvykių.

54. Draudimo apsaugos apimtis, sveikatos draudimo sutarties sąlygos nurodomos draudimo liudijime ir/arba draudimo sutarties prieduose.

55. Jei draudimo liudijime nurodytos kitos sąlygos, kurios neatitinka šių Taisyklių draudimo sąlygų, vadovaujamas draudimo liudijime nurodytomis sąlygomis.

VII. DRAUDIMO SUMA IR IŠSKAITA

56. Draudimo suma kiekvienam apdraustajam nustatoma draudėjo ir draudiko tarpusavio sutarimu.

57. Draudimo suma nurodoma draudimo sutartyje.

58. Draudimo suma nėra atstaitanti, t.y. išmokėjus draudimo išmoką, draudiko prievolė mokėti draudimo išmokas galioja likusiai draudimo sumos daliai.

59. Išskaita arba draudiko apmokama sveikatos gražinamų išlaidų dalis nurodoma draudimo sutartyje kiekvienai draudimo apsaugos sąlygai atskirai.

VIII. DRAUDIMO RIZIKOS PADIDĖJIMAS IR SUMAŽĖJIMAS

60. Draudėjas ir/ar apdraustasis privalo nedelsiant, tačiau ne vėliau kaip per 7 kalendorines dienas, raštu informuoti draudiką apie bet kokių esminių aplinkybių, nurodytų sudarant draudimo sutartį ar nustatytų draudimo liudijime ar kituose draudimo sutarties dokumentuose, kurios padidina ar gali padidinti draudimo riziką ir kurių draudikas nežinojo sudarant draudimo sutartį, pasikeitimą.

61. Draudikas, kai jam buvo pranešta apie draudimo rizikos padidėjimą, turi teisę reikalauti pakeisti draudimo sutarties sąlygas ar padidinti draudimo įmoką. Jeigu draudėjas tokiu atveju nesutinka pakeisti draudimo sutarties sąlygų ar mokėti didesnę draudimo įmoką, draudikas turi teisę kreiptis į teismą dėl draudimo sutarties pakeitimo ar nutraukimo.

62. Jei draudėjas ir/ar apdraustasis nevykdo savo pareigos informuoti draudiką apie padidėjusią riziką, draudikas turi teisę reikalauti nutraukti draudimo sutartį ir atlyginti patirtus nuostolius tiek, kiek jų nepadengia gautos draudimo įmokos.

63. Jei draudimo rizika sumažėja, draudėjas turi teisę reikalauti pakeisti draudimo sutarties sąlygas arba sumažinti draudimo įmoką. Jei draudikas nesutinka pakeisti draudimo sutarties sąlygų ar sumažinti draudimo įmoką, draudėjas turi teisę kreiptis į teismą dėl draudimo sutarties nutraukimo ar pakeitimo iš esmės pasikeitus aplinkybėms.

IX. DRAUDŽIAMASIS ĮVYKIS

64. Draudžiamasis įvykis yra apdraustojo kreipimasis į sveikatos priežiūros įstaigą dėl apdraustojo sveikatos sutrikimo, reikalaujancio medicinškai pagrįsto gydymo, diagnostikos laikymo ar profilaktikos paslaugų draudimo sutarties galiojimo laikotarpiu.

65. Draudimo apsaugos apimtis yra nurodoma draudimo liudijime (draudimo sutartyje) ir/ar draudimo sutarties prieduose, šiose Taisyklėse.

X. DRAUDIMO APSAUGOS GALIOJIMO TERITORIJA

Draudimo apsauga galioja Lietuvos Respublikos teritorijoje, jeigu draudimo sutartyje nesutarita kitaip.

XI. DRAUDIMO IŠMOKA IR JOS MOKĖJIMAS

66. Draudimo išmokos yra mokamos už draudžiamuosius įvykius numatytus draudimo taisyklėse sutartos draudimo liudijime apsaugos ribose.

67. Jeigu draudėjas yra pasirinkęs draudimo programą su išskaita, kiekvieno draudžiamąjo įvykio atveju draudikas apmoka apdraustojo sveikatos gražinimo išlaidų dalį, kuri apskaičiuojama iš visų išlaidų už suteiktas apdraustajam sveikatos priežiūros paslaugas atėmus išskaitą.

68. Draudimo išmokas draudėjas moka autorizuotai sveikatos priežiūros įstaigai, kuri suteikė sveikatos priežiūros paslaugas apdraustajam, arba draudėjui (apdraustajam), jeigu jis pats apmokėjo sveikatos priežiūros įstaigai už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas.

69. Atsiskaitus draudžiamajam įvykiui, kai apdraustasis už suteiktas sveikatos paslaugas atsisakito (apmoka) pats tiesiogiai sveikatos priežiūros įstaigai, apdraustasis arba draudėjas privalo pranešti draudėjui per 30 dienų.

70. Apdraustajam ar draudėjui kreipiantis dėl draudimo išmokų išmokėjimo reikia pateikti tokius dokumentus:

70.1. užpildyti draudiko pranešimo apie įvykį formą;

70.2. sveikatos priežiūros įstaigos sąskaitų originalus, kuriuose turi būti nurodyta paciento vardas, pavardė, asmens kodas, kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą data, diagnozė, suteiktų medicininę paslaugų aprašas, paslaugų kaina;

70.3. įsigytų medicininių priemonių apmokėjimo dokumentų originalai, kuriuose turi būti nurodyta įsigijimo data, įsigytų priemonių sąrašas, ir jų kaina.

71. Pareiškėjo pareigos.

Draudėjas, apdraustasis ir/ar tretysis asmuo privalo pateikti draudėjui visus reikiamus dokumentus ir informaciją dėl draudžiamąjo įvykio priežasčių ir pasekmių, reikalingus nustatyti draudimo išmokos dydžius. Tai apima dokumentus ir informaciją, kurie patvirtina draudžiamąjo įvykio buvimą, žalos apimtį, patirtus finansinius nuostolius ir pan.

72. Draudimo išmokos mokėjimo terminai.

72.1. Draudikas neturi teisės mokėti ar atsisakyti mokėti draudimo išmoką, neišsitikinęs draudžiamąjo įvykio buvimu ir nepatikrinęs visos jam prieinamos informacijos.

72.2. Draudimo išmoka yra išmokama ne vėliau kaip per 30 dienų nuo tos dienos, kai draudikas gauna visą reikiamą dokumentais pagrįstą informaciją, svarbią ir būtina nustatyti draudžiamąjo įvykio faktui, aplinkybėms, pasekmėms ir draudimo išmokos dydžius.

72.3. Jei draudimo išmoka draudėjui, apdraustajam, naudos gavėjui ar trečiajam asmeniui nėra išmokėta per 30 dienų nuo pranešimo apie draudžiamąjį įvykį, draudikas privalo raštu išsamiai informuoti draudėją (naudos gavėją) apie draudžiamąjį įvykį, draudikas privalo raštu išsamiai informuoti draudėją (naudos gavėją) apie draudžiamąjį įvykį tyrimo eigą.

72.4. Jei nustatyta, kad įvykis yra draudžiamasis, o draudėjas ir draudikas nesutaria dėl draudimo išmokos dydžio, draudėjo pageidavimu draudikas privalo išmokėti sumą, lygią šalių neginčijamai draudimo išmokai, jei tikslus žalos dydžio nustatymas užsitęsia ilgiau kaip 3 mėnesius.

73. Atleidimas nuo draudimo išmokos mokėjimo ir draudimo išmokos sumažinimas.

73.1. Draudikas atleidžiamas nuo pareigos mokėti draudimo išmoką, jei draudžiamasis įvykis įvyko dėl draudėjo, apdraustojo ar naudos gavėjo tyčios.

73.2. Draudimo išmoka nėra mokama, jei reikalavimas ją mokėti remiasi apgaulė, t.y. draudėjas, su juo susiję asmenys, apdraustasis ar naudos gavėjas bandė suklaidinti draudiką klaidotomas faktus, pateikdamas neteisingus duomenis, neteisėtai padidina nuostolio sumą.

73.3. Draudikas privalo įrodyti aplinkybes, kurios atleidžia jį nuo draudimo išmokos mokėjimo ar leidžia ją sumažinti.

73.4. Jei draudikas nusprendžia atsisakyti mokėti draudimo išmoką ar jos dalį, jis privalo įvertinti draudėjo kaltę, pažeidimo svarbumą, ryšį tarp pažeidimo ir pasekmių, dėl pažeidimo atsiradusį žalą dydį.

73.5. Jei išmokėjus draudimo išmoką paaiškėja, kad pagal draudimo sutartyje numatytas sąlygas draudimo išmoka neturėjo būti mokama arba turėjo būti mažinama, draudiko rašytiniu reikalavimu per 30 kalendorinių dienų draudėjas privalo gražinti draudėjui visą draudimo išmoką arba permokėtą sumą, išskyrus atvejus, numatytus įstatymais.

74. Draudimo įmokos įskaitymas.

74.1. Į draudimo išmoką įskaitoma nesumokėta draudimo įmoka, kurios mokėjimo terminas suėjęs, ir kitos laiku nesumokėtos sumos.

74.2. Jei išmokėjus draudimo išmoką draudimo sutartis pasibaigia, į draudimo išmoką įskaitomos visos pagal tą draudimo sutartį nesumokėtos draudimo įmokos.

XII. TEISIŲ IR PAREIGŲ PERLEIDIMAS PAGAL DRAUDIMO SUTARTĮ

75. Draudikas turi teisę perleisti savo teises ir pareigas, kylančias iš draudimo sutarties, kitiems draudikams įstatymų numatyta tvarka.

76. Apie ketinimą perleisti teises ir pareigas draudikas privalo raštu informuoti draudėją prieš du mėnesius.

77. Draudėjas, nesutikdamas su teisių ir pareigų pagal draudimo sutarties perleidimu, turi teisę nutraukti draudimo sutartį raštu pranešdamas apie tai draudikui per vieną mėnesį nuo teisių ir pareigų perleidimo. Gražinamos įmokos apskaičiavimo tvarka aprašyta šių Taisyklių 45 punkte.

78. Draudėjas neturi teisės perduoti savo teisių ir pareigų pagal draudimo sutartį be rašytinio draudiko pritarimo.

XIII. GINČŲ TARP DRAUDĖJO IR DRAUDIKO SPRENDIMO TVARKA

Ginčai, kylantys iš draudimo sutarties, sprendžiami derybų būdu. Jei šalys nepasiekia susitarimo, ginčas sprendžiamas teisme pagal Lietuvos Respublikos įstatymus.

XIV. DRAUDIMO SUTARČIAI TAIKOMA TEISĖ

Jeigu šalys nesutaria kitaip, draudimo sutarčiai taikoma Lietuvos Respublikos teisė.

XV. INFORMACIJOS KITAI SUTARTIES ŠALIAI TEIKIMO TVARKA

79. Bet koks pranešimas, kurį viena draudimo sutarties šalis privalo perduoti kitai šaliai, turi būti pateikiamas raštu. Pranešimai siunčiami ir priimami tik tiesiogiai be jokių tarpininkų.

80. Pranešimai draudėjui siunčiami raštu faksimiliniu ryšiu arba paštu arba naudojantis kurjerio paslaugomis. Pranešimas, išsiųstas elektroniniu laišku draudėjo elektroninio pašto adresu, nurodytu draudimo liudijime, arba laišku draudėjo adresu, nurodytu draudimo liudijime, arba perduotas draudėjo fakso numeriu, nurodytu draudimo liudijime, arba įteiktas draudėjui adresu, nurodytu draudimo liudijime, naudojantis kurjerio paslaugomis, laikomas įteiktas tinkamai pagal šias Taisykles, išskyrus šiose Taisyklėse numatytus atvejus.

81. Laikoma, kad pranešimo tinkamo įteikimo diena yra:

81.1. kai siunčiama elektroniniu paštu, faksimiliniu ryšiu – kita darbo diena po pranešimo išsiuntimo dienos;

81.2. kai siunčiama paštu:

81.2.1. paštu paprastu laišku – pranešimas laikomas įteiktas tinkamai praėjus protingam terminui po jo išsiuntimo;

81.2.2. paštu registruotu laišku – pranešimo gavimo diena (pranešimo gavimo diena nustatoma pagal oficialų pašto spaudą, uždegtą pašto įstaigos, turinčios tam teisę);

81.3. kai siunčiama per kurjerį – diena, kurią draudėjui yra įteikiamas pranešimas.

XVI. SPECIALIOS DRAUDIMO APSAUGOS SĄLYGOS

82. Pagrindinė sveikatos gražinimo išlaidų draudimo apsaugos sąlyga
Nr. SD 067/1.

82.1. Draudžiamuoju įvykiu yra apdraustojų kreipimasis į sveikatos priežiūros įstaigą dėl draudimo laikotarpyje gydytojo diagnozuotų ir draudimo sutartyje bei šiose Taisyklėse numatyta tvarka įregistruotų ir patvirtintų apdraustojų sveikatos sutrikimų ar sveikatos būklių (išskyrus nedraudžiamuosius įvykius numatytus šiose Taisyklėse), sudarančių pagrindą teikti apdraustiesiems pagal pasirinktą draudimo variantą numatytų rūšių ir masto asmens sveikatos priežiūros paslaugas bei patamavimus.

82.2. Draudėjo pasirinktos ir draudimo sutartyje nurodytos Draudiko apmokamos sveikatos gražinimo išlaidos, susijusios su draudžiamuoju įvykiu, gali būti:

82.2.1. Ambulatorinis gydymas

82.2.1.1. Bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo konsultacijos;

82.2.1.2. Gydytojų specialistų konsultacijos, kai nereikalingas Bendrosios praktikos gydytojo siuntimas: Ginekologas, Okulistas, Chirurgas, Neurologas, Traumatologas, Dermatologas, Alergologas, Urologas, LOR gydytojas;

82.2.1.3. Gydytojų specialistų (neišvardintų šių Taisyklių 82.2.1.2 punkte.) konsultacijos, reikalingas bendrosios praktikos gydytojo siuntimas.

82.2.1.4. Diagnostiniai tyrimai apmokami, jei jie mediciniškai pagrįstai buvo paskirti gydancio gydytojo. Jų apimtį nustato gydantis gydytojas.

82.2.1.5. Neatlyginama: gydytojo homeopato konsultacijos bei netradiciniai gydymo būdai (chiropraktika, refleksoterapija, adatų terapija, kepenų ir žarnyno plovimai – valymai, dirbtinis apvaisinimas, neštumo nutraukimas nesant medicininių indikacijų ne medicinos įstaigoje ir gimdymas, pogimdyminė priežiūra, kosmetinės – plastinės operacijos, kosmetologinės procedūros, organų persodinimo operacijos kiti mokslo nepripažinti ir Lietuvoje nelicenzijuoti diagnostikos ir gydymo metodai).

82.2.2. Stacionarinis gydymas

82.2.2.1. Gydymas dienos stacionare: apmokamos išlaidos, kurios nekompensuojamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo;

82.2.2.2. Stacionarinis gydymas valstybinėse klinikose: apmokamos priemokos už vienvietę ar dvivietę palatą, papildomą priežiūrą, papildomus medikamentus, vaistus ar medicinos priemones;

82.2.2.3. Stacionarinis gydymas privačiose klinikose: apmokamos išlaidos, kurios nekompensuojamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo;

82.2.2.4. Neatlyginama: palaikomasis gydymas ir slauga specializuotose slaugos stacionaruose, dirbtinis apvaisinimas, kosmetinės, plastinės-estetinės operacijos.

82.2.3. Medicininė reabilitacija po ūmios ligos ar traumas

82.2.3.1. Gydymo tęsinys po ūmios ligos ar traumas, kurio tikslas apdraustojų sveikatos sustiprinimas, darbingumo atstatymas;

82.2.3.2. Apmokamos gydytojo paskirtos mediciniškai pagrįstos procedūros (10 dienų gydymo kursas): fizioterapija, kineziterapija, gydomoji gimnastika, gydomasias masažas, manualinė terapija, haloterapija.

82.2.4. Ambulatorinė neščiųjų priežiūra

82.2.4.1. Neščiųjai suteikta medicininė priežiūra neštumo metu: gydytojo konsultacijos, diagnostiniai tyrimai, vaisiaus būklės sekimas.

82.2.4.2. Neatlyginama: gimdymas ir pogimdyminė priežiūra.

82.2.5. Odontologija

82.2.5.1. Burnos higiena, kariozinių danties pažeidimų ir jų komplikacijų gydymas, rentgenologinis ištyrimas.

82.2.5.2. Neatlyginama: dantų protezavimo paslaugos.

82.2.6. Vaistai ir medicinos reabilitacijos priemonės

82.2.6.1. Vaistų ar medicininių priemonių įsigijimas;

82.2.6.2. Jei įsigijami vaistai ar medicininės priemonės yra kompensuojamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, apmokamas skirtumas tarp bazinės ir mažmeninės kainos 100%;

82.2.6.3. Vitaminų, maisto priedų ir papildų įsigijimas apmokamas už nedidesnę kaip 50 Lt sumą per visą sutarties galiojimo laikotarpį;

82.2.6.4. Neatlyginama: išlaidos už higienos priemonių, kontraceptinių vaistų, anabolinių steroidų, svorį mažinančių, potenciją didinančių, įvairioms priklausomybės gydyti skirtų medikamentų įsigijimą.

82.2.7. Optikos priemonės esant regos sutrikimams

82.2.7.1. Apmokamas vienu akinių stiklų (lęšių) arba kontaktinių linzių rinkinių įsigijimas per visą sutarties galiojimo laikotarpį.

82.2.7.2. Neatlyginama: akinių nuo saulės įsigijimas.

82.2.8. Profilaktinis sveikatos patikrinimas

82.2.8.1. Sveikatos patikrinimas atliktas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, siekiant įvertinti apdraustojų sveikatos būklę.

82.2.9. Imunoprofilaktika

82.2.9.1. Apmokamas vienas skiepas per visą sutarties galiojimo laikotarpį. Gydytojo siuntimas nebūtinas.

82.2.10. Sveikatos stiprinimo priemonės

82.2.10.1. Fizinio aktyvumo, vandens, organizmo puoselėjimo procedūros, atliktos sporto klubuose, SPA centruose, baseinuose.

82.3. Bendri nedraudžiamieji įvykiai (draudikas nemoka draudimo išmokos) visoms rizikoms nurodytoms šių Taisyklių 82.2 punkte, kai apdraustasis kreipiasi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą dėl sveikatos sutrikimo (kūno sužalojimo ar ligos) atsiradusio:

82.3.1. kai apdraustasis užsiiminėjo veika, kurioje tardymas, kvota arba teismas nustatė tyčinio nusikaltimo požymius;

82.3.2. kai apdraustasis aktyviai dalyvavo karo veiksmuose, karinėse operacijose, masiniuose ir pilietiniuose neramumuose, sukilimuose, streikuose;

82.3.3. dėl terorizmo, diversijų, gamtos stichinių nelaimių, ekologinių katastrofų, cheminio užterštumo, branduolinių energijos poveikio;

82.3.4. dėl apdraustojų tyčinio susižalojimo ir/ar bandymo nusižudyti;

82.3.5. kai draudėjas arba naudos gavėjas tyčia sužalojo apdraustąjį, dalyvaujant sužalojime tiesiogiai arba netiesiogiai;

82.3.6. jei jų buvimu draudimo laikotarpyje nepatvirtina medicininė dokumentacija, tarp jų ir diagnostiniai tyrimai;

82.3.7. kai draudėjas nepateikia informacijos apie įvykio datą ir aplinkybes;

82.3.8. už sveikatos priežiūros paslaugas, nenumatytas draudimo sutartyje;

82.3.9. jei apdraustasis viršijo draudimo sutartyje numatytą draudimo varianto sumų limitus. Tuo atveju apmokama tik ta dalis, kuri neviršija draudimo variante numatytos draudimo sumos;

82.3.10. dėl ne gydytojo teikiamų netradicinės medicinos ar kitų panašių paslaugų;

82.3.11. susijusios su lytiniu keliu plintančių ligų, tame tarpe ligų, tiesiogiai ar netiesiogiai susijusių su ŽIV diagnostika ir gydymu;

82.3.12. susijusios su narkomanijos, toksikomanijos ir kitų priklausomybių gydymu;

82.3.13. už epilepsijos, parkinsonizmo, Alzheimerio, psichikos ligų gydymą;

82.3.14. susijusios su tuberkuliozės, onkologinių bei endokrininių ligų gydymu;

82.3.15. kraujo donorystė, hemodializė, organų ir audinių transplantavimas;

82.3.16. laiku nesumokėję draudimo įmokų. Neapmokamos sveikatos priežiūros paslaugos, suteiktos draudimo apsaugos sustabdymo laikotarpiu.

82.4. Draudikas draudimo sumos ribose atlygina draudimo apsaugos galiojimo metu apdraustojų dėl draudžiamojų įvykių patirtas mediciniškai pagrįstas LR privalomojo sveikatos draudimo nekompensuojamas sveikatos išlaidas, atėmus draudimo sutartyje numatytą išskaitą.

83. Laisvo atsiskaitymo už sveikatos gražinimo išlaidas draudimo apsaugos sąlyga
Nr. SD 067/2

83.1. Draudžiamasis įvykis – tai draudimo apsaugos laikotarpyje patirtos sveikatos gražinimo išlaidos, kurios yra nekompensuojamos pagal Lietuvos Respublikos privalomąjį sveikatos draudimą.

83.2. Atsitikus draudžiamajam įvykiui, kai apdraustasis už suteiktas sveikatos paslaugas atsiskaito (apmoka) pats tiesiogiai sveikatos priežiūros įstaigai, apdraustasis arba draudėjas privalo pranešti draudikui per 30 dienų.

83.3. Apdraustajam ar draudėjui kreipiantis dėl draudimo išmokų išmokėjimo reikia pateikti tokius dokumentus:

83.3.1. užpildytą draudiko pranešimo apie įvykį formą;

83.3.2. sveikatos priežiūros įstaigos sąskaitų originalus, kuriuose turi būti nurodyta paciento vardas, pavardė, asmens kodas, kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą data, diagnozė, suteiktų medicininių paslaugų aprašas, paslaugų kaina;

83.3.3. įsigytų medicininių priemonių apmokėjimo dokumentų originalai, kuriuose turi būti nurodyta įsigijimo data, įsigytų priemonių sąrašas, ir jų kaina.

83.4. Draudikas draudimo sumos ribose atlygina draudimo apsaugos galiojimo metu apdraustojų dėl draudžiamojų įvykių patirtas mediciniškai pagrįstas Lietuvos Respublikos privalomojo sveikatos draudimo nekompensuojamas sveikatos išlaidas, atėmus draudimo sutartyje numatytą išskaitą.

Valdybos pirmininkas

J. Kiersznowski

