



ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

Zavarovalnica: Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Slovenija

Produkt: Zdravstvena polica – specialistične zdravstvene storitve

Namen tega dokumenta je zagotoviti povzetek informacij o določenem zavarovalnem produktu in ni prilagojen vašim individualnim potrebam ter zahtevam. Popolne predpogodbene in pogodbene informacije o zavarovalnem produktu so na voljo v drugih dokumentih (v zavarovalnih pogojih, na zavarovalni polici, ponudbi ali drugih dokumentih, ki jih prejmete pred ali po sklenitvi zavarovanja). Natančno preberite vso dokumentacijo, da boste z zavarovanjem seznanjeni v celoti.

ZA KAKŠNO VRSTO ZAVAROVANJA GRE?

Gre za zdravstveno zavarovanje, ki omogoča hiter dostop ter kritje zdravstvenih storitev izven javne zdravstvene mreže (kot npr. specialistično ambulantne storitve, enostavne in zahtevne diagnostične preiskave, pomoč na domu ipd.). Zavarovanje vključuje tudi brezplačno asistenco zavarovalnice za lažji dostop do storitev.



KAJ JE ZAVAROVANO?

✓ Asistenčne storitve, kot so:

- ✓ informiranje;
- ✓ preverjanje in potrditev upravičenosti vašega zahtevka;
- ✓ asistenca pri koriščenju zdravstvenih storitev;
- ✓ klepet z zdravnikom.

- ✓ **Specialistične zdravstvene storitve**, ki lahko v primeru bolezni ali nezgode, odvisno od izbranega paketa, omogočajo hiter dostop in kritje zdravstvenih storitev izven javne zdravstvene mreže. V posameznem zavarovalnem letu so kriti stroški največ do višine dogovorjene zavarovalne vsote.

Obseg kritja je odvisen od izbranega paketa:

- **Specialisti Nezgoda** zagotavljajo kritje zdravstvenih storitev, ki so potrebne zaradi posledic nezgode:

- ✓ zdravstvene storitve na primarni ravni;
- ✓ specialistične zdravstvene storitve (specialistični pregled, pripadajoče osnovne preiskave in meritve ter enostavne ambulantne posege);
- ✓ zahtevne diagnostične preiskave;
- ✓ drugo mnenje specialista;
- ✓ dostop do storitev pomoči na domu (tudi zaradi posledic bolezni).

Zavarovanju se lahko priključijo naslednja dodatna kritja:

- Operativni posegi zaradi posledic nezgode;
- Fizioterapija zaradi posledic nezgode;
- Zdravila zaradi posledic bolezni in nezgode;
- Dental Nezgoda.

- **Specialisti Bolezen** zagotavljajo kritje zdravstvenih storitev, ki so potrebne zaradi posledic bolezni:

- ✓ zdravstvene storitve na primarni ravni;
- ✓ specialistične zdravstvene storitve (specialistični pregled, pripadajoče osnovne preiskave in meritve ter enostavne ambulantne posege);
- ✓ zahtevne diagnostične preiskave;
- ✓ drugo mnenje specialista;
- ✓ dostop do storitev pomoči na domu (tudi zaradi posledic nezgode).

Zavarovanju se lahko priključijo naslednja dodatna kritja:

- Fizioterapija zaradi posledic bolezni in nezgode;
- Zdravila zaradi posledic bolezni in nezgode;
- Dental Nezgoda;
- Specialistično-ambulantni operativni posegi zaradi posledic bolezni in nezgode.

! Zavarovanje Specialisti Bolezen se za zavarovanca lahko sklene samo ob pogoju, da ima sklenjeno zavarovanje specialističnih zdravstvenih storitev zaradi posledic nezgode.

! Zdravstveno storitev organizira zavarovalnica pri pogodbenem izvajalcu, razen če predhodno ni dogovorjeno drugače.



KAJ NI ZAVAROVANO?

Zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja:

- ✗ za tiste kronične bolezni, ki so nastale ali so bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v času čakalne dobe;
- ✗ v dejavnostih intenzivne in urgentne medicine, vseh preventivnih pregledov, ginekologije na primarni ravni;
- ✗ debelosti;
- ✗ spolno prenosljivih bolezni, okužb s HIV in bolezni, ki jih povzroča HIV;
- ✗ v zvezi z nosečnostjo, rojstvom, splavom; neplodnostjo, posegi za preprečitev zanositve ipd.;
- ✗ refrakcijskih okvar očesa (zdravljenje kratkovidnosti, daljnovidnosti, astigmatizma), razen, če niso posledica nezgode;
- ✗ težav s sluhom, ki so povezane z naglušnostjo, razen tistih, ki so posledica vnetja ali nezgode;
- ✗ vseh vrst fizioterapevtskih in zobozdravstvenih storitev ter artroskopije, razen če s pogodbo ni dogovorjeno drugače;
- ✗ prirojenih anomalij in iz njih izhajajočih sprememb;
- ✗ odstranitve bradavic in nesumljivih kožnih znamenj ter nesumljivih kožnih sprememb;
- ✗ rakavih obolenj;
- ✗ zdravstvenih storitev zaradi estetskih razlogov ali spremembe spola;
- ✗ genetskih preiskav, doniranja organov, tkiv, kostnega mozga, matičnih celic ter s tem povezanega zdravljenja;
- ✗ z matičnimi celicami in krvnimi pripravki;
- ✗ odpovedi ledvic, vključno z dializo;
- ✗ kakršnihkoli posledic na zdravju, ki so nastale zaradi delovanja alkohola, drog, zdravil ali psihoaktivnih snovi. V primeru prometne nesreče se šteje, da je le-ta nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca kot udeleženca v cestnem prometu, če stopnja alkohola v krvi zavarovanca presega dovoljeno mejo alkohola, kot velja za udeležence prometa v skladu z veljavno slovensko zakonodajo;
- ✗ storitev, ki niso strokovno doktrinarno priznana medicinska metoda v Republiki Sloveniji ali pa so eksperimentalne narave, če nismo s pogodbo določili drugače.

Iz zavarovanja so izključene tudi naše obveznosti, kadar do bolezni, stanja ali poškodbe pride zaradi ali v povezavi:

- ✗ z izvajanjem profesionalnih športnih aktivnosti (v času aktivnega športnega udejstvovanja na tekmovanjih, prireditvah ali treningih oziroma pripravah, ki jih organizirajo športne zveze ali društva), če nismo s pogodbo določili drugače;
- ✗ z epidemijo, pandemijo, onesnaženjem okolja, radioaktivnim sevanjem, neposrednim ali posrednim delovanjem jedrske energije ter naravnimi nesrečami;
- ✗ ostale izključitve so navedene v zavarovalnih pogojih.



ALI JE KRITJE OMEJENO?

- ! Dogovorjene zdravstvene storitve se lahko uveljavljajo tri (3) mesece po začetku zavarovanja, kar je obdobje čakalne dobe ob sklenitvi, razen če s pogodbo ni dogovorjeno drugače. Čakalna doba ob sklenitvi velja za novonastale bolezni in stanja. Če so potrebne zdravstvene storitve zaradi poškodb, ki so posledica nezgode, nastale po datumu začetka zavarovanja, te čakalne dobe ni.
- ! Za vsa obstoječa zdravstvena stanja, ki jih je zavarovanec imel do začetka zavarovanja, velja 24-mesečna čakalna doba za obstoječa stanja, šteto od dneva začetka zavarovanja.
- ! Za bolezni in zdravstvena stanja, ki so se pojavila v času čakalne dobe ob sklenitvi, velja 24-mesečna čakalna doba za obstoječa stanja, šteto od dneva, ko je zavarovanec opazil ali se zavedal simptomov bolezni oziroma se zdravil, čeprav diagnoza še ni bila postavljena.
- ! Za bolezni in prejšnjih dveh odstavkov velja, da mora biti zavarovanje veljavno najmanj 24 mesecev, v tem času pa se zavarovanec ni zdravil zaradi teh bolezni in stanj, preden se lahko za ta stanja uveljavljajo pravice iz zavarovanja. Če se v tem obdobju zavarovanec zdravi, se čakalna doba za obstoječa stanja šteje od zaključka zdravljenja.
- ! Ostale omejitve so navedene v splošnih pogojih.



KJE JE ZAVAROVANJE VELJAVNO?

- ✓ Zavarovalno kritje velja povsod po svetu.



KAKŠNE SO MOJE OBVEZNOSTI?

- Da pred uveljavljanjem storitev obvestite naš asistenčni center na telefonsko številko 080 20 60.
- Da navajate popolne in resnične podatke.
- Da nas obveščate o spremembi osebnih podatkov in drugih za zavarovanje relevantnih okoliščinah.
- Da premijo plačujete redno.



KDAJ IN KAKO PLAČAM?

Izbirate lahko med letnim, polletnim, četrletnim in mesečnim plačevanjem premije. Premija se plačuje vnaprej, in sicer do vključno zadnjega dne v mesecu pred začetkom obdobja, za katerega se premija plačuje. Prva premija zapade v plačilo ob sklenitvi zavarovalne pogodbe.



KDAJ ZAVAROVANJE ZAČNE IN KDAJ NEHA VELJATI?

Datum začetka zavarovanja je naveden na polici. Zavarovanje se sklene za obdobje enega leta in se ob izteku dogovorjene dobe vsakokrat podaljša za enako časovno obdobje, pri čemer se podaljšanje izvede molče. Zavarovalec lahko podaljšanje prekliče s pisnim obvestilom, ki mora biti zavarovalnici dano najmanj šestdeset (60) dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. V tem primeru pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.

Zavarovanje se podaljšuje in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 65 let, pri čemer se upošteva dejanska starost zavarovanca. Drugi primeri prenehanja zavarovalne pogodbe so navedeni v splošnih pogojih.



KAKO LAHKO ODSTOPIM OD POGODBE?

Zavarovalec lahko podaljšanje pogodbe prekliče s pisnim obvestilom, ki mora biti dano zavarovalnici najmanj šestdeset (60) dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. V tem primeru pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.

V primeru sklenitve na daljavo lahko zavarovalec odstopi od zavarovalne pogodbe v petnajstih (15) dneh od dneva sklenitve zavarovanja.

Odpoved zavarovalne pogodbe mora biti v vseh primerih pisno sporočena zavarovalnici.