



Splošni pogoji zavarovanja specialistično ambulantnega zdravljenja

Uvodne določbe

1. člen: Zavarovanje specialistično ambulantnega zdravljenja

[1] Zavarovanje specialistično ambulantnega zdravljenja (v nadaljevanju zavarovanje) je prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki zavarovancu na podlagi utemeljene medicinske indikacije v primeru novonastale bolezni, stanja ali poškodbe ter v obsegu, na način in pod pogoji, dogovorjenimi z zavarovalno pogodbo, krije stroške opravljenih storitev specialistične ambulantne obravnave, diagnostike, posegov, ambulantne rehabilitacije in izdaje zdravil v lekarni.

2. člen: Zdravstvena točka[®]

[1] Zdravstvena točka[®] je asistenčni center zavarovalnice, ki zavarovalcu in zavarovancu nudi informacije o zavarovanju in izvajalcih, organizira termin obravnave, daje soglasje in zagotavlja pomoč pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja.

[2] Zavarovalnica ima kontakte Zdravstvene točke[®] objavljene na svoji spletni strani.

3. člen: Opredelitev izrazov

[1] V Splošnih pogojih veljajo v moškem spolu uporabljeni izrazi za osebe ženskega in moškega spola.

[2] Izrazi v Splošnih pogojih pomenijo:

1. **beli recept** je uradni samoplačniški receptni obrazec;
2. **bolezen** je odsotnost zdravja, ki jo ugotovi zdravnik in ni posledica nezgode;
3. **dnevna obravnava** so zdravstvene storitve, ki so opravljene znotraj štiriindvajsetih (24) ur;
4. **izvajalec zdravstvenih storitev** je oseba, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvene ali z zdravstvenimi storitvami povezane dejavnosti oziroma dovoljenje za samostojno delo zdravnika ali zobozdravnika in je priznana s strani zavarovalnice (v nadaljevanju **izvajalec**);
5. **karenca** je s strani zavarovalnice določeno obdobje od začetka zavarovanja, za katerega je zavarovalec dolžan plačevati zavarovalno premijo, zavarovalnica pa ne zagotavlja zavarovalnega jamstva;
6. **kolektivno zavarovanje specialistično ambulantnega zdravljenja** je zavarovanje specialistično ambulantnega zdravljenja v kolektivni obliki po posebnih pogojih zavarovalnice;
7. **kronična bolezen, stanje ali poškodba** je bolezen, stanje oziroma poškodba, ki:
 - se razvija počasi in dolgo traja,
 - se ponavlja ali je verjetno, da se bo ponavljala,
 - povzroča trajne zdravstvene posledice, oziroma
 - potrebuje stalen medicinski nadzor, lajšanje simptomov, zdravljenje, rehabilitacijo oziroma zdravstveno nego.Za kronično bolezen se štejejo tudi pričakovani zapleti zaradi te bolezni, stanja oziroma poškodbe (v nadaljevanju kronična bolezen);
8. **letna zavarovalna vsota** je najvišji znesek zavarovalnine, do katerega jamči zavarovalnica v obdobju enega (1) zavarovalnega leta;
9. **mirovanje zavarovanja** je obdobje, za katerega zavarovalec nima obveznosti plačevanja zavarovalne premije, zavarovalnica pa ne zagotavlja zavarovalnega jamstva;

10. **nalog** je listina zavarovalnice, s katero pooblaščen zdravnik zavarovalnice ali zdravnik specialista pogodbenega izvajalca predpisuje diagnosticiranje oziroma zdravljenje, zavarovanec pa uveljavlja pravice iz zavarovanja;

11. **napotnica** je listina obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na druge zdravnike, ki so na isti ali višji ravni kot on;

12. **naročilnica** je listina zavarovalnice, s katero je določen obseg zdravstvenih storitev, ki jih lahko v breme zavarovalnice opravi izvajalec;

13. **nezgoda** je nenaden, nepredviden ter od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo; zlasti povozitev, trčenje, prometna nesreča, udarec s predmetom ali ob kakšen predmet, udarec električnega toka ali strele, padec, zdrs, ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali z eksplozivnimi snovmi, vbod s kakšnim predmetom, ugriz živali;

14. **novonastala bolezen, stanje ali poškodba** je bolezen, stanje oziroma poškodba, ki nastopi po začetku zavarovanja v času zavarovalnega jamstva, oziroma ob začetku zavarovanja sicer obstoji, vendar ni diagnosticirana oziroma zdravljena in zavarovanec zanjo ni vedel oziroma ni mogel vedeti, ker ni imel zdravstvenih težav, bolezenskih znakov ali simptomov (v nadaljevanju novonastala bolezen);

15. **obrnava** zajema specialistično obravnavo, zahtevni diagnostični postopek, poseg ali ambulantno rehabilitacijo;

16. **otrok** je oseba, mlajša od osemnajst (18) let;

17. **ponudnik** je oseba, ki želi skleniti zavarovalno pogodbo in v ta namen zavarovalnici predloži ponudbo;

18. **poškodba** je sprememba ali prizadetost tkiva, organa oziroma organizma, ki nastopi kot posledica nezgode in ne vsebuje elementov bolezni ali degenerativnega procesa, ki povečuje nagnjenost k poškodbam;

19. **predhodno stanje** je bolezen, stanje oziroma poškodba, vključno z zdravstvenimi težavami, bolezenskimi znaki ali simptomi, ki je nastopila pred sklenitvijo zavarovanja oziroma ob sklenitvi zavarovanja obstoji, ne glede na to, ali je bila diagnosticirana oziroma zdravljena, in je zavarovanca znana ali mu ni mogla ostati neznan;

20. **prirojena napaka** je stanje ali bolezen, ki obstoji ob rojstvu zaradi dednih faktorjev oziroma okoliščin, ki se razvijejo med nosečnostjo, in je odkrita ob rojstvu ali kadarkoli kasneje;

21. **razlog obravnave** so zdravstvene težave, bolezenski znaki ali simptomi, zaradi katerih zavarovanec uveljavlja pravico iz zavarovanja;

22. **soudeležba** je delež stroškov zdravstvenih storitev in zdravil, ki jih pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja zavarovanec krije sam;

23. **Splošni pogoji** so Splošni pogoji zavarovanja specialistično ambulantnega zdravljenja (340.113.011.04);

24. **starost zavarovanca** je razlika med letnico začetka zavarovalnega leta in letnico rojstva zavarovanca;

25. **zavarovalec** je oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo;

26. **zavarovalna premija** je pogodbeni znesek, ki ga zavarovalec plača zavarovalnici;

27. **zavarovalni primer** je dogodek, na podlagi katerega nastane obveznost zavarovalnice iz zavarovalne pogodbe;

28. **zavarovalnica** je Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.;

29. **zavarovalna jamstvo** je zaveza zavarovalnice, da ob zavarovalno pogodbo dogovorjenih pogojih izpolni obveznosti iz zavarovalne pogodbe;

30. **zavarovalna pogodba** je zaveza zavarovalnice, da ob zavarovalno pogodbo dogovorjenih pogojih izpolni obveznosti iz zavarovalne pogodbe;

31. **zavarovalno leto** je obdobje enega (1) leta, ki prične z dnevom in mesecem začetka zavarovanja;

32. **zavarovanec** je fizična oseba, katere interes je zavarovan z zavarovalno pogodbo;

33. **zdravstvene storitve** so strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji in se izvajajo pri pogodbenih in nepogodbenih izvajalcih.

Kdo se lahko zavaruje

4. člen: Osebe, ki se lahko zavarujejo

[1] Zavaruje se lahko oseba, ki ima prebivališče v Republiki Sloveniji.

[2] Starost zavarovanca ob začetku zavarovanja je največ triinšestdeset (63) let, razen če je v zavarovalni pogodbi dogovorjeno drugače.

Vsebina in obseg zavarovanja

5. člen: Vsebina zavarovanja

[1] Zavarovanje glede na izbrana kritja v zavarovalni pogodbi krije stroške obravnave novonastale bolezni, ki na podlagi utemeljene medicinske indikacije nastanejo pri izvajalcu zaradi opravljenih zdravstvenih storitev specialistične obravnave, zahtevnega diagnostičnega postopka, posegov, ambulantne rehabilitacije in izdaje zdravil v lekarni.

[2] Medicinsko utemeljena indikacija po Splošnih pogojih pomeni, da sta obravnava ali zdravlilo upravičena, ker ju je skladno z diagnozo in medicinsko doktrino predpisal pristojni zdravnik in sta primerna glede na zdravstveno stanje zavarovanca.

6. člen: Specialistična obravnava

[1] Specialistična obravnava so specialistične ambulantne storitve, ki so potrebne za diagnosticiranje in zdravljenje novonastale bolezni.

[2] Specialistična obravnava zajema:

1. specialistični pregled,
 2. pripadajoče enostavne diagnostične preiskave (osnovne slikovne, funkcionalne in laboratorijske preiskave in meritve) in
 3. pripadajoče enostavne ambulantne posege.
- [3] Pripadajoča enostavna diagnostična preiskava je zlasti RTG, UZ, EKG, EMG, EEG, VEP, OCT, laboratorijska preiskava.
- [4] Pripadajoči enostavni ambulantni poseg je zlasti parenteralna aplikacija zdravila, aplikacija blokade, punkcija, oskrba rane, odstranitev tujka, odstranitev manjšega kožnega izrastka, biopsija, sklerozacija varic.
- [5] Specialistična obravnava se izvaja v področjih angiologije, dermatovenerologije, gastroenterologije, ginekologije, kardiologije, nevrologije, oftalmologije, ortopedije, otorinolaringologije, proktologije, tireologije in urologije.
- [6] Specialistična obravnava se za otroke do dopoljnega osemnajstega (18) leta izvaja tudi v področjih alergologije in pulmologije.

7. člen: Zahtevni diagnostični postopek

- [1] Zahtevni diagnostični postopek zajema zahtevne diagnostične preiskave, ki so nadaljevanje specialistične obravnave in so potrebne za postavitev diagnoze novonastale bolezni ter so navedene v Seznamu zahtevnih diagnostičnih postopkov. Vsakokrat veljavni Seznam zahtevnih diagnostičnih postopkov z morebitno omejitvijo cen je objavljen na spletni strani zavarovalnice.
- [2] Zahtevni diagnostični postopek se izvaja v področjih specialistične obravnave ter nuklearne medicine in radiologije.

8. člen: Poseg

- [1] Poseg zajema diagnostične in terapevtske posege v sklopu dnevne obravnave, ki so nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevnega diagnostičnega postopka in so potrebne za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni, ter so navedeni v Seznamu posegov. Vsakokrat veljavni Seznam posegov z morebitno omejitvijo cen je objavljen na spletni strani zavarovalnice.
- [2] Poseg se izvaja v področjih specialistične obravnave in radiologije ter kirurgije.

9. člen: Ambulantna rehabilitacija

- [1] Ambulantna rehabilitacija zajema storitve ambulantne fizioterapije, vključno s pregledom specialista fiziatra, delovne terapije oziroma govorne terapije, ki so nadaljevanje specialistične obravnave, zahtevnega diagnostičnega postopka ali posega in so potrebne za zdravljenje novonastale bolezni.
- [2] Ambulantna rehabilitacija se izvaja v področjih fizioterapije in ambulantne rehabilitacije.

10. člen: Zdravila

- [1] Zavarovanje krije stroške zdravil, ki so ob izvedbi obravnave skladno z diagnozo, medicinsko doktrino in zdravstvenimi smernicami potrebna za zdravljenje novonastale bolezni in predpisana na beli recept po navodilih, ki veljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, in izdana v lekarni.
- [2] Za zdravilo ni določen poseben režim predpisovanja za izjemo zdravil, ki jih lahko predpisuje zdravnik specialista.

11. člen: Obseg zavarovanja

- [1] Zavarovanje ima letno zavarovalno vsoto in letne zavarovalne vsote za posamezna kritja določene v zavarovalni polici.
- [2] V zavarovalnem letu se zaradi enakega razloga obravnave krijejo stroški:
 1. zdravstvenih storitev v obsegu treh (3) specialističnih obravnav, dveh (2) zahtevnih diagnostičnih postopkov in dveh (2) posegov;
 2. prve izdaje zdravila v količini, ki je potrebno za zdravljenje novonastale bolezni, vendar največ za trideset (30) dni.
- [3] Zavarovanje krije stroške ambulantne rehabilitacije v obsegu, ki je določen v zavarovalni pogodbi, zaradi enakega razloga obravnave le ob prvi pojavitvi novonastale bolezni.
- [4] Zavarovanje krije otroku stroške zdravstvenih storitev in zdravil v obsegu, ki je določen v zavarovalni pogodbi.

Pogoji in način uveljavljanja pravic iz zavarovanja

12. člen: Uporaba Zdravstvene točke®

- [1] Zavarovanec uveljavlja pravice iz zavarovanja preko Zdravstvene točke®.

13. člen: Najava obravnave

- [1] Zavarovanec obravnavo pri izvajalcu vnaprej najavi zavarovalnici preko Zdravstvene točke® in z zavarovalnico uskladi izvedbo obravnave.

14. člen: Podlaga za uveljavljanje pravic iz zavarovanja

- [1] Zavarovanec uveljavlja pravice iz zavarovanja na podlagi utemeljene medicinske indikacije, ki izhaja:
 1. za specialistično obravnavo iz naloga, napotnice osebnega zdravnika ali izvida zdravnika specialista izvajalca;
 2. za zahtevni diagnostični postopek iz naloga ali izvida zdravnika specialista izvajalca;
 3. za poseg iz naloga ali izvida zdravnika specialista izvajalca;
 4. za ambulantno rehabilitacijo iz naloga ali izvida zdravnika specialista izvajalca;
 5. za zdravilo iz belega recepta zdravnika specialista izvajalca.

15. člen: Način uveljavljanja pravic iz zavarovanja

- [1] Zavarovanec prejme zdravstvene storitve pri pogodbenem ali nepogodbenem izvajalcu, zdravilo pa v lekarni.
- [2] Zavarovanec lahko uveljavlja pravico do obravnave:
 1. s soglasjem zavarovalnice na podlagi naročilnice, pri čemer soudeležbo opravljenih zdravstvenih storitev, če je ta dogovorjena v zavarovalni pogodbi, izvajalcu plača sam neposredno, ali
 2. z ali brez soglasja zavarovalnice, pri čemer stroške opravljenih zdravstvenih storitev izvajalcu plača sam neposredno, zavarovalnica pa mu na podlagi zahtevka za povrnitev stroškov povrne stroške v dogovorjenem obsegu.
- [3] Zavarovanec stroške zdravil v lekarni plača sam neposredno, zavarovalnica pa mu na podlagi zahtevka za povrnitev stroškov povrne stroške v dogovorjenem obsegu.

16. člen: Soglasje zavarovalnice za izvedbo obravnave

- [1] Zavarovanec izbere izvajalca v dogovoru z zavarovalnico in za izvedbo obravnave pridobi soglasje zavarovalnice, če uveljavlja pravico do obravnave:
 1. na podlagi naročilnice ali
 2. z vnaprejšnjim zagotavljanjem povrnitve stroškov obravnave na podlagi zahtevka za povrnitev stroškov,
 pri čemer zavarovalnici pred izvedbo obravnave posreduje izvornik napotnice ali kopijo izvida zdravnika specialista izvajalca.
- [2] Zavarovalnica o soglasju za izvedbo obravnave obvesti zavarovanca.

17. člen: Organizacija termina obravnave

- [1] Zavarovanec dogovori z zavarovalnico termin obravnave pri pogodbenem izvajalcu najkasneje v desetih (10) dneh po prejemu obvestila o soglasju za izvedbo obravnave.
- [2] Zavarovanec lahko dogovorjeni termin obravnave pri pogodbenem izvajalcu odpove ali predlaga njeno spremembo le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati, preprečiti ali se jim izogniti, o čemer zavarovanec zavarovalnico nemudoma obvesti in predloži dokazila.
- [3] V primeru odpovedi dogovorjenega termina obravnave pri pogodbenem izvajalcu s strani zavarovalnice, zavarovalnica omogoči zavarovancu nadomestni termin najkasneje osem (8) dni po dogovorjenem terminu.
- [4] Termin obravnave pri nepogodbenem izvajalcu organizira zavarovalnica, če ni dogovorjeno drugače.

18. člen: Obveznosti zavarovanca ob izvedbi obravnave

- [1] Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila za izvedbo obravnave, ki sta mu jih predhodno posredovala zavarovalnica oziroma izvajalec in ob izvedbi obravnave predložiti medicinsko dokumentacijo skladno s temi navodili.

19. člen: Plačilo stroškov zdravstvenih storitev na podlagi naročilnice

- [1] Zavarovalnica plača izvajalcu strošek opravljenih zdravstvenih storitev, zmanjšan za soudeležbo zavarovanca, ki v skladu z zavarovalno pogodbo nastane z uveljavljanjem pravic iz zavarovanja na podlagi naročilnice.

20. člen: Zahtevki za povrnitev stroškov zdravstvenih storitev in zdravil

- [1] Zahtevki za povrnitev stroškov opravljenih zdravstvenih storitev pri izvajalcu oziroma izdaje zdravil v lekarni zavarovanec vložijo čimprej po datumu opravljenih zdravstvenih storitev ali izdaje zdravil.
- [2] Zahtevku za povrnitev stroškov morajo biti priloženi:
 1. kopija napotnice osebnega zdravnika ali izvida zdravnika specialista izvajalca, kopija izvida obravnave in izvornik računa izvajalca s specifikacijo opravljenih zdravstvenih storitev oziroma kopija belega recepta, kopija izvida obravnave in izvornik računa lekarne.
 2. V primeru upravičenosti do povrnitve stroškov zavarovalnica v štirinajstih (14) dneh povrne zavarovancu na račun, ki ga navede v zahtevku za povrnitev stroškov:
 1. strošek opravljenih zdravstvenih storitev pri izvajalcu, vendar največ v obsegu in v višini cene po ceniku zavarovalnice, zmanjšan za soudeležbo zavarovanca, če je ta dogovorjena v zavarovalni pogodbi, oziroma

2. strošek izdaje zdravila v lekarni, zmanjšan za soudeležbo zavarovanca, če je ta dogovorjena v zavarovalni pogodbi.

21. člen: Dokumentacija za uveljavljanje pravic iz zavarovanja

- [1] Zavarovanec na svoje stroške pridobi in predloži zavarovalnici vse informacije in dokumentacijo iz tega poglavja ter drugo dokumentacijo na zahtevo zavarovalnice za ugotovitev obveznosti iz zavarovalne pogodbe.

22. člen: Odločanje o upravičenosti do izplačila zavarovalnine

- [1] Zavarovalnica v petnajstih (15) dneh po prejemu celotne dokumentacije odloči o upravičenosti do izplačila zavarovalnine in o tem obvesti zavarovanca.

Omejitve in izključitve zavarovanja

23. člen: Karenc

- [1] Za zavarovanje velja karenca tri (3) mesece, razen za poškodbe, ki so nastale po začetku zavarovanja.

[2] Karenc ne velja:

1. če se novorojeni otrok zavaruje v štirinajstih (14) dneh po rojstvu;
2. če se oseba, ki je bila vključena v kolektivno zavarovanje specialistično ambulantnega zdravljenja, zavaruje v štirinajstih (14) dneh po njegovem poteku.

24. člen: Soudeležba zavarovanca

- [1] Pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja je določena soudeležba zavarovanca, če je ta dogovorjeno v zavarovalni pogodbi.

25. člen: Omejitve obveznosti zavarovalnice

- [1] Ko se novonastala bolezen medicinsko opredeli kot kronična bolezen, zavarovalnica v zvezi s to boleznijo, stanjem oziroma poškodbo nima več obveznosti iz zavarovalne pogodbe.
- [2] Zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev in zdravil, ki nastanejo v zavarovalnem letu največ do višine letne zavarovalne vsote.
- [3] Prenos neizkoriščene letne zavarovalne vsote iz preteklega zavarovalnega leta ni možen.

26. člen: Izključitve obveznosti zavarovalnice

- [1] Zavarovalnica nima obveznosti:
 1. če zavarovanec uveljavlja pravice do obravnave brez vnaprejšnje najave zavarovalnici;
 2. za zdravstvene storitve, opravljene na primarni ravni zdravstvene dejavnosti po zakonu, ki ureja zdravstveno dejavnost;
 3. v povezavi z boleznijo ali stanjem, ki je nastala v času karence;
 4. v povezavi s predhodnimi stanji, razen če so bila ob sklenitvi zavarovanja zavarovalnici prijavljena in jih je zavarovalnica sprejela;
 5. v povezavi z boleznijo, stanjem oziroma poškodbo, ki je v zavarovalni pogodbi določena med izključitvami obveznosti zavarovalnice;
 6. zaradi razlogov obravnave, ki niso medicinsko utemeljeno indicirani ali so zaradi posledic zdravniške napake ali so zaradi izboljšanja psihofizičnega stanja zavarovanja.
- [2] Zavarovalnica nima obveznosti v primeru stroškov, povezanih:
 1. s transplantacijami, okvarami in zapleti ob oziroma po operativnih posegih;
 2. z odstranitvijo notranjega ali zunanega osteosintetskega materiala, v kolikor je bil vstavljen pred sklenitvijo zavarovanja;
 3. s prirojenimi napakami in poklicnimi boleznimi;
 4. s sindromom pridobljene imunske pomanjkljivosti, infekcijo s HIV, spolno prenosljivimi boleznimi, epilepsijo in paralizjo;
 5. z duševnimi boleznimi, splošnimi psihičnimi težavami, duševnimi motnjami, motnjami hranjenja ter posledicami akutne stresne reakcije;
 6. z nosečnostjo, neplodnostjo, (raz)sterilizacijo, umetno oploditvijo, umetno prekinitvijo nosečnosti, spontanim splavom in porodom;
 7. z refrakcijskimi okvarami očesa (kratkovidnost, daljnovidnost, astigmatizem), razen če so posledica poškodbe;
 8. z rekonstrukcijskimi operacijami lokomotorne sistema;
 9. s prekomernim uživanjem alkohola oziroma drugih psihoaktivnih snovi;
 10. s spremembo spola;

11. s kurjimi očesi, žulji, odebelenimi oziroma vrščenimi nohti.
- [3] Zavarovalnica nima obveznosti v primerih diagnosticiranja oziroma zdravljenja otroka zaradi:
1. stanj, ki izvirajo iz ob porodnega obdobja;
 2. gripe in akutnih infekcij zgornjih dihal;
 3. črevesnih infekcijskih bolezni in zoonoz;
 4. težav pri razvoju otroka (disleksija, učne težave, nizka rast in motnje pozornosti s hiperaktivnostjo).
- [4] Zavarovanje ne krije stroškov:
1. zdravstvenih storitev, opravljenih pri izvajalcih, ki so ožji družinski člani zavarovanca oziroma živijo v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem;
 2. drugega mnenja;
 3. storitev alternativnega, komplementarnega ali eksperimentalnega zdravljenja;
 4. medicinskih pripomočkov ali implantatov, razen če so sestavni del posega;
 5. reševalnih prevozov, nujne medicinske pomoči;
 6. preventive, cepljenja in zdravstvene nege;
 7. dialize;
 8. genetskih preiskav;
 9. spremljevalca zavarovanca, potnih stroškov, stroškov nastanitve in prehrane ter stroškov komunikacijskih storitev.
- [5] Zavarovanje ne krije stroškov:
1. ponovne izdaje zdravila z enako učinkovino zaradi enakega razloga obravnave;
 2. zdravil, ki se lahko izdajajo tudi brez recepta;
 3. zdravil, predpisanih na recept v preventivne namene;
 4. zdravil za zdravljenje erektilne disfunkcije, zdravil za odpravljanje prekomerne teže, zdravil za odpravljanje androgene alopecije ter kontraceptivov, razen ob hormonskem zdravljenju;
 5. zdravil, ki so predpisana zaradi dietetičnih, dezinfekcijskih, negovalnih in kozmetičnih učinkov;
 6. bioloških zdravil.
- [6] Izključene so obveznosti zavarovalnice, kadar do bolezni, stanja oziroma poškodbe pride zaradi ali v povezavi z:
1. vojno ali vojni podobnimi dogodki, sabotazo, terorističnim dejanjem, izgredom, vstajo, revolucijo ipd. ne glede na to, ali je zavarovanec v njih sodeloval;
 2. epidemijo, pandemijo, onesnaženjem okolja, radioaktivnim sevanjem, neposrednim ali posrednim delovanjem jedrske energije ter naravnimi nesrečami;
 3. pripravo, poskusom ali izvršitvijo kaznivega dejanja, kakor tudi zaradi pobega po takšnem dejanju;
 4. fizičnim obračunavanjem, razen v primeru uradno dokazane samoobrambe, kar zavarovanec dokazuje sam;
 5. samopoškodbo ali poskusom samomora;
 6. upravljanjem vozil, zračnih plovil, plovnih objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.
- [7] Obveznost izplačila zavarovalnine je izključena v primeru:
1. neodgovornega ravnanja oziroma opustitve potrebnega ravnanja zavarovanca ter v primeru, če se zavarovanec ne drži navodil lečečega zdravnika;
 2. dajanja neresničnih podatkov, zamolčanja, prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca oziroma zavarovanca.
- [8] Zavarovalnica tudi ne krije stroškov:
1. medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, vključno s prevodi ter kopijami te dokumentacije, ki jih je zavarovanec dolžan predložiti kot dokazila o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, in
 2. stroškov pravnega oziroma drugega zastopanja zavarovanca v postopku reševanja zavarovalnega primera.
- 27. člen: Krajevna veljavnost zavarovanja**
- [1] Zavarovanje velja v Republiki Sloveniji in državah Evropske unije.
- [2] Če predpisano zdravilo ni v prometu v Republiki Sloveniji, zavarovalnica povrne stroške tega zdravila, izdanega v tujini.

Sklenitev, trajanje in prenehanje zavarovanja

28. člen: Sklenitev zavarovalne pogodbe in zavarovanja

- [1] Zavarovalna pogodba se sklene na podlagi ponudbe in je sklenjena, ko jo podpišeta obe pogodbeni stranki. Podpis ponudnika na ponudbi šteje za podpis zavarovalca v zavarovalni polici.
- [2] Ponudnik s podpisom ponudbe izjavlja, da je bil pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe seznanjen s pogoji sklepanja in izvajanja zavarovanja in da so pogodbeno določila skladna z dogovorom pogodbenih strank.
- [3] Zavarovanec ob sklenitvi zavarovalne pogodbe izpolni in podpiše vprašalnik o zdravstvenem stanju, če je sestavni del ponudbe. Na podlagi vprašalnika o zdravstvenem stanju lahko zavarovalnica v zavarovalni pogodbi določi zavarovancu doplačilo zavarovalne premije oziroma izključitve svojih obveznosti, povezane z zdravstvenim stanjem zavarovanca ob sklenitvi. Če se novorojeni otrok zavaruje v štirinajstih (14) dneh po rojstvu, izpolnitev vprašalnika o zdravstvenem stanju ni potrebna. Zavarovanec, razen novorojeni otrok iz predhodnega stavka, se lahko vključi v zavarovanje ob preteku zavarovalnega leta z izpolnitvijo vprašalnika o zdravstvenem stanju. Če se zavarovanec zavaruje v štirinajstih (14) dneh po poteku kolektivnega zavarovanja specialistično ambulantnega zdravljenja, izpolnitev vprašalnika o zdravstvenem stanju ni potrebna.
- [4] Če je za sklenitev zavarovanja potreben zdravniški pregled, ga zavarovanec na zahtevo zavarovalnice opravi v štirinajstih (14) dneh. Če je za sklenitev zavarovanja potrebna dodatna zdravstvena dokumentacija, jo zavarovanec posreduje zavarovalnici na njeno zahtevo v štirinajstih (14) dneh.
- [5] Podpisana ponudba za sklenitev zavarovalne pogodbe, ki je bila predložena zavarovalnici, obvezuje ponudnika osem (8) dni od dneva, ko je prispela v zavarovalnico, če je potreben zdravniški pregled, pa trideset (30) dni. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa zavarovanje, se šteje, da je ponudba sprejeta in da je zavarovalna pogodba sklenjena tistega dne, ko je ponudba prispela k zavarovalnici.
- [6] Če je zavarovalnica pripravljena ponudbo sprejeti samo pod posebnimi ali spremenjenimi pogoji, je zavarovalna pogodba sklenjena šele s tistim dnem, ko zavarovalec na te pogoje pristane s podpisom. Šteje se, da je ponudnik odstopil od ponudbe, če na posebne ali spremenjene pogoje zavarovalnice ni pristal s podpisom v osmih (8) dneh od dneva prejema obvestila zavarovalnice.
- [7] Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora ponudba vsebovati pisno soglasje zavarovanca za sklenitev zavarovanja.
- [8] Zavarovalnica lahko ponudbo za sklenitev zavarovalne pogodbe zavrne brez obrazložitve.

29. člen: Trajanje zavarovanja

- [1] Zavarovanje se začne ob 00:00 uri tistega dne, katerega datum je v zavarovalni polici določen kot datum začetka zavarovanja, in poteče ob 00:00 uri tistega dne, katerega datum je v zavarovalni polici določen kot datum poteka zavarovanja.
- [2] Zavarovanje se sklene za obdobje najmanj enega (1) leta.
- [3] Zavarovanje traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni starost petinšestdeset (65) let, razen če je dogovorjeno drugače v zavarovalni pogodbi.

30. člen: Podaljšanje zavarovanja

- [1] Zavarovanje se ob poteku upošteva 34. člen Splošnih pogojev molče podaljša za enak čas trajanja, razen če zavarovalec oziroma zavarovanec najkasneje en (1) mesec pred potekom zavarovanja izjavi drugače. V primeru pravočasnega preklica zavarovanje preneha z datumom poteka zavarovanja iz (1) odstavka 29. člena Splošnih pogojev.
- [2] Zavarovanje se ne podaljša, če je zavarovalnica z izvajanjem zavarovanja prenehala, če je zavarovalec oziroma zavarovanec ravnal v nasprotju z zavarovalno pogodbo ali če so nastale okoliščine, zaradi katerih zavarovalnica zavarovalne pogodbe ne bi sklenila. Zavarovalnica o tem obvesti zavarovalca v

osmih (8) dneh pred datumom poteka zavarovanja.

31. člen: Prenehanje zavarovalne pogodbe in zavarovanja

- [1] Zavarovalec med trajanjem zavarovanja zavarovalne pogodbe ne more enostransko razdreti. Razdrtje je mogoče dogovoriti samo sporazumno in če za to obstajajo utemeljeni razlogi.
- [2] V primeru sklenitve zavarovanja na daljavo ima zavarovalec skladno z zakonom, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da v petnajstih (15) dneh od dneva sklenitve zavarovanja brez obrazložitve odstopi od zavarovalne pogodbe.
- [3] Če je zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot pet (5) let, sme vsaka pogodbeni stranka po poteku tega časa z odpovednim rokom šestih (6) mesecev z izjavo odstopiti od zavarovalne pogodbe.
- [4] Zavarovalna pogodba ne glede na določbo (1) odstavka 29. člena ter določbi 30. člena Splošnih pogojev preneha ob 00:00 uri tistega dne, ko:
1. poteče zavarovalno leto, v katerem zavarovanec dopolni starost petinšestdeset (65) let, razen, če je v zavarovalni pogodbi dogovorjeno drugače;
 2. je zavarovanje razdrti ali razveljavljeno.
- [5] Zavarovanje predčasno preneha s smrtjo zavarovanca.

Zavarovalno jamstvo

32. člen: Zavarovalno jamstvo

- [1] Zavarovalno jamstvo se začne z datumom začetka zavarovanja, če zavarovanje ni v karenici.
- [2] Če je zavarovanec v zavarovalnem letu že izkoristil letno zavarovalno vsoto, zavarovanje do začetka naslednjega zavarovalnega leta nima zavarovalnega jamstva.
- [3] Zavarovalno jamstvo preneha s prenehanjem zavarovanja.
- 33. člen: Mirovanje zavarovanja**
- [1] Mirovanja zavarovanja ni mogoče dogovoriti.

Zavarovalna premija

34. člen: Zavarovalna premija

- [1] Zavarovalna premija je letna. Plačuje se vnaprej z dinamično plačila, ki je določena v zavarovalni pogodbi, razen če je z zavarovalno pogodbo drugače dogovorjeno.
- [2] Zavarovalna premija je določena po starostnih razredih. Ob sklenitvi zavarovanja je razvidna iz ponudbe zavarovanja. Na podlagi vprašalnika o zdravstvenem stanju lahko zavarovalnica v zavarovalni pogodbi določi zavarovancu doplačilo zavarovalne premije oziroma izključitve svojih obveznosti, povezane z zdravstvenim stanjem zavarovanca. V primeru prehoda v višji starostni razred se ob začetku novega zavarovalnega leta višina zavarovalne premije za naslednje zavarovalno leto uskladi z veljavnim premijskim cenikom zavarovanja.
- [3] Če je zavarovanje sklenjeno za obdobje več let, si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti zavarovalno premijo vsako novo zavarovalno leto.
- [4] Skladno z zakonskimi določbami se na zavarovalno premijo obračunajo davki.
- [5] V primeru zaostankov pri plačilu zavarovalne premije se obveznosti poravnajo po vrstnem redu zapadlosti.

35. člen: Posledice neplačila zavarovalne premije

- [1] Obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, preneha v primeru, če zavarovalec do zapadlosti ne plača zavarovalne premije, ki je zapadla po sklenitvi pogodbe, in tega tudi ne stori kdo drug, ki je za to zainteresiran, po tridesetih (30) dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice o obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa se ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset (30) dni od zapadlosti premije.
- [2] Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prejšnjega odstavka, če je zavarovalec v zamudi s plačilom premije, ki jo je treba plačati po sklenitvi pogodbe, oziroma druge in naslednjih premij, razdreti zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka. Razdrtje zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec na to opozorjen v priporočenem pismu o obvestilom o zapadlosti premije in o prenehanju zavarovalnega kritja.

- [3] Če zavarovalec plača premijo po izteku roka iz prvega (1.) odstavka se obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, ponovno vzpostavi naslednji dan po dnevu plačila celotne zapadle zavarovalne premije.
- [4] V primeru zamude pri plačilu zavarovalne premije lahko zavarovalnica od zavarovalca zahteva povračilo stroškov, ki so ji bili z zamudo povzročeni, in zaskonske zamudne obresti.
- [5] Zavarovalec z neplačilom zavarovalne premije ne more enostransko razdreti zavarovanja.

Osebnih podatki

36. člen: Obdelava in varstvo osebnih podatkov

- [1] Zavarovalnica v svojih zbirkah obdeluje osebne podatke zavarovalca in zavarovanca, vključno s podatki o zdravstvenem stanju, potrebne za sklenitev in izvajanje zavarovanja ter reševanja zavarovalnih primerov.
- [2] Zavarovalec oziroma zavarovanec sta seznanjena, da zavarovalnica njegove osebne podatke zbira in preverja pri upravljalcih zbirk osebnih podatkov, ki z njimi razpolagajo, doma in v tujini, in da pooblaščenca oseba zavarovalnice lahko vpogleduje, pridobiva in obdeluje zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotavljanje okoliščin za sklenitev zavarovanja in obveznosti zavarovalnice iz zavarovalne pogodbe, izvajalec pa lahko te podatke razkrije in posreduje zavarovalnici.
- [3] Zavarovalnica skladno z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, in posebnimi izrečnimi privolitvami zavarovalca oziroma zavarovanca uporablja njegove osebne podatke iz zavarovalne pogodbe ali v zvezi z zavarovalno pogodbo, tudi za namen trženja in druge namene. Zavarovalec oziroma zavarovanec je seznanjen, da lahko ta dovoljenja kadarkoli začasno ali trajno prekliče z izjavo.
- [4] Zavarovalnica osebne podatke obdeluje in varuje skladno z zakonodajo, ki urejajo obdelavo in varstvo osebnih podatkov.

Druge pravice in obveznosti pogodbenih strank

37. člen: Druge pravice in obveznosti zavarovalnice

- [1] Zavarovalnica ima s pogodbenimi izvajalci vzpostavljene poslovne odnose, potrebne za izvajanje zavarovanja.
- [2] Zavarovalnica je dolžna sprejeti zavarovalno premijo od vsake osebe, ki ima za njeno plačilo pravnih interesov.
- [3] Če zavarovalec oziroma zavarovanec namenoma netočno prijavi ali namenoma zamožli kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovanja, če bi vedela za resnično stanje, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev zavarovanja brez odpovednega roka in vračilo izplačane zavarovalnine, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi ter s tem nastalo škodo in stroški, pri čemer zavarovalnica lahko obdrži že plačane zavarovalne premije in ima pravico zahtevati plačilo zavarovalne premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev zavarovalne pogodbe.
- [4] Če zavarovalec oziroma zavarovanec kaj neresnično prijavi ali je opusti dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica v enem (1) mesecu od dneva, ko izve za neresničnost ali nepopolnost prijave, razdre zavarovanje z odpovednim rokom štirinajst (14) dni ali ustrezno zviša zavarovalno premijo. Če zavarovalec na zvišanje zavarovalne premije ne pristane, ima pravico, da v štirinajstih (14) dneh po obvestilu z izjavo razdre zavarovanje, pri čemer zavarovalnica vrne del že plačane zavarovalne premije, ki odpada na čas do poteka zavarovanja, in ima pravico ustrezno zmanjšati zavarovalnino.
- [5] Zavarovalnica lahko v primeru prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca oziroma zavarovanca razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka in zahteva vračilo izplačane zavarovalnine, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi ter s tem nastalo škodo in stroški, pri čemer zavarovalnica lahko obdrži že plačane zavarovalne premije in ima pravico zahtevati plačilo zavarovalne premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razdrtje zavarovalne pogodbe.
- [6] Če zavarovanje preneha s smrtjo zavarovanca, je

zavarovalnica upravičena do zavarovalne premije do konca meseca, v katerem je nastopila smrt, sorazmerni del vnaprej plačanega zneska zavarovalne premije pa se v primeru, da je višji od stroška, ki ga ima zavarovalnica z vračilom sorazmernega dela, vrne v premoženje zavarovalca.

- [7] Zavarovalnica v primeru sprememb, ki so pomembne za izvajanje zavarovanja, o tem na primeren način (pisno, telefonsko, na svoji spletni strani ali preko medijev in podobno) obvesti zavarovalca oziroma zavarovanca.
- [8] Zavarovalnica ne prevzema odgovornosti za kakovost opravljene zdravstvene storitve.
- ### 38. člen: Druge pravice in obveznosti zavarovalca in zavarovanca
- [1] Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, zavarovalec z določili zavarovalne pogodbe seznanja zavarovanca. Šteje se, da je zavarovanec seznanjen s pogoji sklepanja in izvajanja zavarovanja.
- [2] Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan zavarovalnici:
1. ob sklenitvi zavarovanja prijaviti vse okoliščine, ki so nujno potrebne za ocenitev nevarnosti in so mu znane ali mu niso mogle ostati neznanne. Za nujno potrebne veljajo okoliščine, brez poznavanja katerih zavarovanja ni mogoče skleniti, oziroma so takšne, da bi zavarovalnica zavarovanje sklenila pod posebnimi ali spremenjenimi pogoji oziroma da zavarovanja ne bi sklenila;
 2. med trajanjem zavarovanja ažurno posredovati osebne in druge podatke ter okoliščine in njihove spremembe, pomembne za izvajanje zavarovanja.
- [3] Zavarovalec je dolžan zagotavljati plačilo zavarovalne premije na način in v rokih, ki so določeni v zavarovalni pogodbi.
- [4] Zavarovanec je dolžan:
1. pravice iz zavarovanja uveljavljati na način in po pogojih, ki so določeni v zavarovalni pogodbi in
 2. na svoje stroške zavarovalnici predložiti vso dokumentacijo in nuditi vse informacije, potrebne za ugotovitev nastanka in obstoja zavarovalnega primera ter upravičenosti do zavarovalnine.
- [5] Če zavarovanec ne ravna v skladu z zavarovalno pogodbo, zlasti pravic iz zavarovanja ne uveljavlja na način in po pogojih, ki so določeni v zavarovalni pogodbi, ali ne upošteva navodil za izvedbo zdravstvene storitve, ki sta mu jih predhodno posredovala zavarovalnica oziroma izvajalec, povrne zavarovalnici škodo in stroške, nastale zaradi njegovega ravnanja ali opustitve.
- [6] Če zavarovanec pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja prekorači letno zavarovalno vsoto, povrne zavarovalnici znesek prekoračitve in stroške, nastale zaradi njegovega ravnanja.
- [7] Če se po uveljavljanju pravic iz zavarovanja ugotovi, da zavarovalni primer ni nastal, zavarovanec povrne zavarovalnici plačano zavarovalnino ter stroške, nastale zaradi njegovega ravnanja.

Zavarovalna pogodba

39. člen: Zavarovalna pogodba

- [1] Z zavarovalno pogodbo se zavarovalec zavezuje, da zavarovalnici plača zavarovalno premijo, zavarovalnica pa se zavezuje, da ob nastopu zavarovalnega primera in ob izpolnjenih pogojih zavarovalnega jamstva zavarovancu plača stroške opravljenih zdravstvenih storitev in izdaje zdravil v dogovorjeni višini ter nudi asistenco pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja.

40. člen: Splošni pogoji

- [1] Splošni pogoji so sestavni del zavarovalne pogodbe, s katero so urejena razmerja med zavarovalcem, zavarovancem in zavarovalnico.
- [2] Zavarovalnica ima Splošne pogoje objavljene na svoji spletni strani.

41. člen: Drugi dokumenti zavarovalne pogodbe in njihova hierarhija

- [1] Sestavni deli zavarovalne pogodbe so poleg Splošnih pogojev tudi ponudba, vprašalnik o zdravstvenem stanju, zavarovalna polica ter zdravstvena dokumentacija in druge prijave, izjave ali dokumenti pogodbenih strank, lahko pa tudi posebni pogoji oziroma klavzule zavarovalne police.
- [2] V primerih, ko so določbe posebnih pogojev v nasprotju z določbami Splošnih pogojev, veljajo po-

sebni pogoji. V primerih, ko je klavzula zavarovalne police v nasprotju z določbami Splošnih pogojev oziroma posebnih pogojev, velja klavzula zavarovalne police.

42. člen: Oblika zavarovalne pogodbe in medsebojno obveščanje

- [1] Dokumentacija zavarovalne pogodbe in v zvezi z zavarovalno pogodbo mora biti v slovenskem jeziku in v pisni ali dogovorjeni elektronski obliki ter učinkuje na prejemnika od dneva prejema.
- [2] Kot dan prejema šteje osmi (8) dan po dnevu pripomočene oddaje pošiljke, poslana na zadnji, s strani prejemnika posredovani naslov.

43. člen: Spremembe zavarovalne pogodbe

- [1] V času trajanja zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti Splošne pogoje, višino zavarovalne premije oziroma premijskega cenika zavarovanja, višino soudeležbe in višino letne zavarovalne vsote, pri čemer spremembe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta.
- [2] Zavarovalnica o spremembah na primeren način obvesti zavarovalca, ki ima zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot (1) leto, vsaj en (1) mesec pred uveljavitvijo spremembe. Če se zavarovalec s spremembo ne strinja, ima pravico, da v tridesetih (30) dneh po obvestilu z izjavo odstopi od zavarovalne pogodbe, pri čemer odstop od zavarovalne pogodbe učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovalec v tem roku ne odstopi od zavarovalne pogodbe, se šteje, da se s spremembami strinja.
- [3] Zavarovalec nima pravice odstopiti od zavarovalne pogodbe, če je sprememba v njegovo oziroma zavarovančev korist ali če se spremeni višina zavarovalne premije zaradi prehoda zavarovanca v višji starostni razred.
- [4] Druge spremembe zavarovalne pogodbe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta, razen če je z zavarovalnico dogovorjeno drugače.

44. člen: Razširitev zdravstvenih storitev in področij

- [1] Sezname zdravstvenih storitev obravnav in področij lahko zavarovalnica razširi z objavo na svoji spletni strani.

Sklepne določbe

45. člen: Uporaba prava in zakonodaje

- [1] Za razmerja iz zavarovalne pogodbe se uporablja pravo Republike Slovenije.
- [2] Za razmerja med zavarovalnico, zavarovalcem in zavarovancem, ki niso dogovorjena z zavarovalno pogodbo, se uporablja zakonodaja, ki ureja obljacijska razmerja.

46. člen: Reševanje sporov

- [1] Zoper odločitev zavarovalnice je mogoče v petnajstih (15) dneh vložiti pritožbo, o kateri dokončno odloči pritožbeni organ zavarovalnice v internem postopku skladno s pravilnikom zavarovalnice. V primeru nestrinxanja z odločitvijo pritožbenega organa zavarovalnice se lahko nadaljuje postopek za izvensodno reševanje sporov pri Mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja, iz določenih razlogov pa tudi pri Varuhu pravic s področja zavarovalništva, ki delujeta pri Slovenskem zavarovalnem združenju.
- [2] Za reševanje sodnih sporov je pristojno sodišče v Kopru.

47. člen: Pobot, zastava in odstop terjatev

- [1] Zavarovalnica lahko ob izplačilu zavarovalnine pobota zapadle neplačane zavarovalne premije in druge obveznosti zavarovalca in zavarovanca, vključno s tistimi po predhodnem zavarovanju, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi ter s tem nastalo škodo in stroški.
- [2] Če prejme zavarovalec oziroma zavarovanec nadomestilo, ki se nanaša na povrnitev stroškov zdravstvenih storitev in zdravil po Splošnih pogojih, od osebe, odgovorne za škodo, lahko zavarovalnica od zavarovalnine odbije znesek tega nadomestila.
- [3] Terjatve zoper zavarovalnico zavarovalec oziroma zavarovanec ne more niti zastaviti niti odstopiti.

48. člen: Nadzor nad zavarovalnico

- [1] Nadzor nad zavarovalnico izvaja Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, 1000 Ljubljana.

49. člen: Veljavnost Splošnih pogojev

- [1] Splošni pogoji veljajo in se uporabljajo s 01.04.2020.



Seznam zahtevnih diagnostičnih postopkov in seznam posegov

SEZNAM ZAHTEVNIH DIAGNOSTIČNIH POSTOPKOV*

Zahtevni diagnostični postopek	NAZIV ZAVAROVANJA			
	ASISTENCA PO POŠKODBI	SPECIALISTI NEZGODA	SPECIALISTI	SPECIALISTI+
CT, CTA (računalniška tomografija)	✓	✓	✓	✓
MR, MRA (magnetna resonanca)	✓	✓	✓	✓
Scintigrafija ščitnice	ni krito	ni krito	✓	✓
Irigografija	✓	✓	✓	✓
UZ vodena biopsija notranjih organov in prostate	✓	✓	✓	✓
Endoskopski UZ	✓	✓	✓	✓
Artrografija	✓	✓	✓	✓
Gastroskopija	✓	✓	✓	✓
Kolonoskopija	✓	✓	✓	✓
Mielografija	✓	✓	✓	✓
Patohistološka preiskava	ni krito	ni krito	✓	✓

* Zahtevni diagnostični postopek je definiran v splošnih pogojih zgoraj navedenih zavarovanj.
Seznam zahtevnih diagnostičnih postopkov velja in se uporablja od 1. januarja 2018. Skladno s splošnimi pogoji se Seznam zahtevnih diagnostičnih postopkov lahko razširi z objavo na spletni strani www.triglavzdravje.si.

SEZNAM POSEGOV**

Poseg	NAZIV ZAVAROVANJA			
	ASISTENCA PO POŠKODBI	SPECIALISTI NEZGODA	SPECIALISTI	SPECIALISTI+
Poseg na očesu (siva mrena, pterigij, pinguekula, xantalazma, entropij)				✓
Poseg na solznih žlezah in solzevodih				✓
Artroskopski poseg na komolcu, kolenu ali gležnju (najvišja dopustna vrednost posameznega posega je 4.500 EUR)				✓
Operativno zdravljenje krčnih žil				✓
Koronarografija				✓
PTA (balonsko širjenje žil ali perkutana transluminalna angioplastika)				✓
Operacija karpalnega kanala				✓
Rektoskopski poseg				✓
Polipektomija				✓
UZ razbijanje ledvičnih kamnov				✓
ERCP (kontrastno RTG slikanje žolčnih izvodil in izvodila trebušne slinavke)		ni krito		✓
Hidrokela, spermatokela ali varikokela				✓
Operacija hemoroidov				✓
Incizija analne fisure				✓
Endoskopska operacija v zadnjem delu širokega črevesa				✓
Operacija kile				✓
Endoskopska operacija nosu in obnosnih votlin				✓
Klasična ali endoskopska mukotomija				✓
Endoskopska ablacija polipov				✓
Operacija halux valgusa				✓
Večja ekcizija izrastkov kože, brazgotin in mehkih delov				✓
Elektrokoagulacija kožnih tvorbo				✓

** Poseg je definiran v splošnih pogojih zgoraj navedenih zavarovanj.
Seznam posegov velja in se uporablja od 1. januarja 2018. Skladno s splošnimi pogoji se Seznam posegov lahko razširi z objavo na spletni strani www.triglavzdravje.si.