

- I. UVOD**
1. **Splošno določilo**
- 1.1 Dodatni pogoji za zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini DP-TAS-EX-14 (v nadaljevanju: dodatni pogoji) se uporabljajo v primeru sklenitve zdravstvenega zavarovanja z medicinsko asistenco za večji obseg kritij v času bivanja v tujini (v nadaljevanju: zavarovanje za večji obseg).
- 1.2 Dodatni pogoji so skupaj s Splošnimi pogoji za zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini SP-TAS-14 (v nadaljevanju: splošni pogoji) sestavni del zavarovalne pogodbe, ki jo sklenete kot zavarovalec (sklenitelj zavarovanja) z Vzajemno zdravstveno zavarovalnico, d.v.z. (v nadaljevanju: zavarovalnica), za pogodbeno dogovorjeno zavarovalno dobo, območje in paket. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe hkrati soglašate z določili dodatnih in splošnih pogojev.
- 1.3 V primeru sklenitve dodatnih kritij je sestavni del zavarovalne pogodbe tudi Tabela za določitev odstotka trajne invalidnosti zaradi nezgode (v nadaljevanju: Tabela invalidnosti).
2. **Kaj so ti dodatni pogoji**
- 2.1 Dodatni pogoji urejajo zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini z večjim obsegom kritij. Ker je zavarovanec s sklenitvijo zavarovanja z večjim obsegom lahko upravičen do večjega obsega pravic, tako kot je opredeljeno s temi dodatnimi pogoji, in ne le zgolj do nujnih zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, zdravnik takemu zavarovancu nudi zdravstvene storitve v obsegu, ki so potrebne za klinično ugotavljanje boleznih, zdravljenja ali oskrbo določenega stanja, zaradi česar se zavarovancu zgolj zaradi zdravljenja ni potrebno predčasno vrniti v domovino.
- 2.2 Zavarovanju za večji obseg lahko dodate dodatni kritiji za primer nezgode v tujini. Dodatnih kritij ne morete zavarovati samostojno brez zavarovanja za večji obseg.
- II. SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE**
3. **Kdo in kako se lahko zavaruje po teh dodatnih pogojih?**
- 3.1 Zavarujete lahko sebe ali drugo osebo (posamično zavarovanje) oziroma več oseb (skupinsko zavarovanje).
- 3.2 Zavarujete lahko osebe do dopolnjenega 65. leta starosti. Navedena omejitev velja tudi za dodatni kritij.
- III. TRAJANJE ZAVAROVANJA**
4. **Zavarovanje za večji obseg**
- 4.1 Zavarovanje za večji obseg lahko sklenete za enkratno potovanje v tujino z določenim trajanjem, in sicer v trajanju od enega (1) meseca do vključno enega (1) leta.
- IV. GEOGRAFSKA VELJAVNOST ZAVAROVANJA ZA VEČJI OBSEG**
5. **Geografska veljavnost zavarovalnega kritja za večji obseg**
- 5.1 Zavarovalno pogodbo lahko sklenete za območje razširjene Evrope (območje 1) ali območje Svet (območje 2).
- V. NAŠE OBVEZNOSTI**
6. **Kdaj nastopi zavarovalni primer pri zavarovanju za večji obseg**
- 6.1 Zavarovalni primer pri zavarovanju za večji obseg nastane ob upravičeni potrebi zavarovanca po nujnih oziroma po zdravniški presoji potrebnih zdravstvenih in preventivnih ter drugih storitvah, v skladu s temi dodatnimi pogoji.
- 6.2 Nov zavarovalni primer nastane, ko so potrebne nujne oziroma po zdravniški presoji potrebne zdravstvene in preventivne ali druge storitve, ki s prejšnjimi niso v vzročni zvezi.
7. **Kaj zajema zavarovanje za večji obseg**
- 7.1 Zavarovanje za večji obseg po teh dodatnih pogojih, poleg kritij navedenih v splošnih pogojih, vključuje tudi naslednja kritja do zavarovalne vsote opredeljene na polici:
- kritje stroškov po zdravniški presoji potrebnih zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, vključno s preiskavo in medicinsko nujnim zdravljenjem v času nosečnosti, kakor tudi porod;
 - kritje stroškov potrebnih zobozdravstvenih storitev (zdravljenje zobobola, vključno s preprostimi zobnimi zalivkami in popravila zobne proteze, če je bilo to predpisano s strani zobozdravnika);
 - kritje stroškov preventivnih ambulantnih zdravstvenih pregledov otrok in odraslih ter preventivnih programov za zgodnje odkrivanje raka, po programu, kot je predviden v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji;
- kritje stroškov predpisane fizioterapije, zdravišča (kot rehabilitacija po poškodbi ali bolezni);
 - preventivna cepljenja, kot je predvideno v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji;
 - kritje stroškov predpisanih medicinskih pripomočkov in korektivnih leč, v skladu s predpisi, ki veljajo v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji.
8. **Kaj zajemajo stroški potrebnih zdravstvenih storitev**
- 8.1 Po zdravniški presoji potrebne zdravstvene storitve, kot jih določa zakon, so storitve, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino bivanja zavarovanca v tujini. Obseg in vrsto potrebnih zdravstvenih storitev opredeli zdravnik, ki sprejme zavarovanca na zdravljenje, pri čemer je ključnega pomena zdravstveno stanje zavarovanca in dolžina bivanja zavarovanca v tujini.
- 8.2 Po teh dodatnih pogojih so v zvezi z nosečnostjo in porodom kriti:
- pregledi in zdravljenje med nosečnostjo, zdravljenje po spontanem splavu, če nosečnost ni obstajala ob sklenitvi zavarovanja;
 - preiskave in nujna zdravljenja v času nosečnosti, vključno s pregledi v nosečnosti, če je prišlo med nosečnostjo do akutnih težav, zdravljenje zaradi spontanega splava ter medicinsko indiciranega splava in porod do konca 36. tedna nosečnosti (prezgodnje rojstvo), če potreba po takšnih preiskavah in zdravljenju, kljub nosečnosti, ob sklenitvi zavarovanja ni obstajala;
 - porod po poteku dogovorjene čakalne dobe, to je 6 mesecev od dneva začetka zavarovanja.
9. **Kaj zajemajo stroški preventivnih ambulantnih zdravstvenih pregledov ter preventivnih programov za zgodnje odkrivanje raka**
- 9.1 Po teh dodatnih pogojih ima zavarovanec pravico do preventivnih ambulantnih pregledov, kot je predvideno v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji, ter preventivnih pregledov za zgodnje odkrivanje raka, in sicer:
- sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, žensk in drugih odraslih v skladu s programom obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, ter preventivne storitve za preprečevanje, presajanje in zgodnje odkrivanje boleznih, skladno s programom v Sloveniji, kot so: rak materničnega vratu, rak dojke in rak črevesja;
 - obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom v Sloveniji.
- 9.2 Zavarovalne vsote so določene na polici.
10. **Kaj zajemajo stroški fizioterapije, zdravišča**
- 10.1 Če zdravnik na podlagi medicinske indikacije odredi fizioterapijo ali zdravišče kot rehabilitacijo po poškodbi ali bolezni, ima zavarovanec pravico do kritja stroškov take fizioterapije, zdravišča, do višine zavarovalne vsote, kot je opredeljena na polici.
11. **Kaj obsega preventivno cepljenje**
- 11.1 Po teh dodatnih pogojih so kriti tudi stroški preventivnih cepljenj, in sicer tistih, ki so opredeljena po rednem programu v Sloveniji. Stroški preventivnih cepljenj so lahko kriti do višine zavarovalne vsote, kot je opredeljena na polici.
12. **Kaj obsegajo stroški medicinskih pripomočkov in korektivnih leč**
- 12.1 Po teh dodatnih pogojih so kriti stroški standardnih medicinskih pripomočkov, očesnih pripomočkov in korektivnih leč, ki so predpisani s strani zdravnika, in sicer do višine zavarovalne vsote kot je opredeljena na polici, in skladno s pravicami, kot so opredeljene v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji.
13. **Izključitve**
- 13.1 Po teh dodatnih pogojih so izključene vse obveznosti zavarovalnice, kot je to opredeljeno v splošnih pogojih, razen tistih, ki so predmet zavarovanja po teh dodatnih pogojih.
- VI. VAŠE PRAVICE IN OBVEZNOSTI**
14. **Kaj morate storiti ob nastopu zavarovalnega primera**
- 14.1 Ob nastopu zavarovalnega primera ste dolžni ravnati v skladu s splošnimi pogoji.
- VII. DRUGE DOLOČBE**
15. **Dodatni pogoji veljajo poleg splošnih pogojev. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo določila dodatnih pogojev.**
16. **Ti dodatni pogoji se uporabljajo od 1. 4. 2014 dalje.**

- I. UVOD**
1. **Splošno določilo**
- 1.1 Dodatni pogoji za zdravstveno zavarovanje za tujce v Sloveniji DP-TAS-IN-14 (v nadaljevanju: dodatni pogoji) se uporabljajo v primeru sklenitve zdravstvenega zavarovanja za tujce v Sloveniji (v nadaljevanju: zavarovanje za tujce).
- 1.2 Dodatni pogoji so skupaj s Splošnimi pogoji za zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini SP-TAS-14 (v nadaljevanju: splošni pogoji) sestavni del zavarovalne pogodbe, ki jo sklenete kot zavarovalec (sklenitelj zavarovanja) z Vzajemno zdravstveno zavarovalnico, d.v.z. (v nadaljevanju: zavarovalnica), za pogodbeno dogovorjeno zavarovalno dobo, območje in program. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe hkrati soglašate z določili dodatnih in splošnih pogojev.
2. **Kaj so ti dodatni pogoji**
- 2.1 Ti dodatni pogoji urejajo zdravstveno zavarovanje za tujce, ki prihajajo v Slovenijo. S sklenitvijo takšnega zavarovanja je zavarovanec upravičen do večjega obsega kritij in ne le zgolj do nujnih zdravstvenih in z njimi povezanih storitev.
- 2.2 Po teh dodatnih pogojih je zavarovancu zagotovljeno zavarovalno kritje tudi za turistična ali poslovna potovanja v druge evropske države.
- II. SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE**
3. **Kdo in kako se lahko zavaruje po teh dodatnih pogojih?**
- 3.1 Zavarujete lahko sebe ali drugo osebo (posamično zavarovanje) oziroma več oseb (skupinsko zavarovanje).
- 3.2 Zavarujete lahko osebe do dopolnjenega 65. leta starosti.
- III. TRAJANJE ZAVAROVANJA**
4. **Zavarovanje za tujce**
- 4.1 Zavarovanje za tujce lahko sklenete z določenim trajanjem, in sicer v trajanju od enega (1) meseca do vključno enega (1) leta.
- IV. GEOGRAFSKA VELJAVNOST ZAVAROVANJA ZA TUJCE**
5. **Geografska veljavnost zavarovalnega kritja za tujce**
- 5.1 Zavarovalno pogodbo sklenete za območje Slovenije in razširjene Evrope.
- 5.2 Zavarovalno kritje po teh dodatnih pogojih, razen za območje Slovenije, ne velja za območje države, v kateri ima zavarovanec prijavljeno stalno uradno prebivališče.
- V. NAŠE OBVEZNOSTI**
6. **Kdaj nastopi zavarovalni primer pri zavarovanju za tujce**
- 6.1 Zavarovalni primer pri zavarovanju za tujce nastane ob upravičeni potrebi zavarovanca po nujnih oziroma po zdravniški presoji potrebnih zdravstvenih in preventivnih ter drugih storitvah, v skladu s temi dodatnimi pogoji.
- 6.2 Nov zavarovalni primer nastane, ko so potrebne nujne oziroma po zdravniški presoji potrebne zdravstvene in preventivne ali druge storitve, ki s prejšnjimi niso v vzročni zvezi.
7. **Kaj zajema zavarovanje za tujce**
- 7.1 Zavarovanje za tujce po teh dodatnih pogojih, poleg kritij navedenih v splošnih pogojih, vključuje tudi naslednja kritja:
- kritje stroškov po zdravniški presoji potrebnih zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, vključno s preiskavo in medicinsko nujnim zdravljenjem v času nosečnosti, kakor tudi porod;
 - kritje stroškov potrebnih zobozdravstvenih storitev (zdravljenje zobobola, vključno s preprostimi zobnimi zalivkami in popravila zobne proteze, če je bilo to predpisano s strani zobozdravnika);
 - kritje stroškov preventivnih ambulantnih zdravstvenih pregledov otrok in odraslih ter preventivnih programov za zgodnje odkrivanje raka, po programu, kot je predviden v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji;
 - kritje stroškov predpisane fizioterapije, zdravlilišča (kot rehabilitacija po poškodbah ali boleznih);
 - preventivna cepljenja, kot je predvideno v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji;
 - kritje stroškov predpisanih medicinskih pripomočkov in korektivnih leč, v skladu s predpisi, ki veljajo v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji.
8. **Kaj zajemajo stroški potrebnih zdravstvenih storitev**
- 8.1 Po zdravniški presoji potrebne zdravstvene storitve, kot jih določa zakon, so storitve, ki so potrebne iz medicinskih razlogov in jih ni mogoče odložiti na kasnejši čas, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino bivanja zavarovanca v tujini. Obseg in vrsto potrebnih zdravstvenih storitev opredeli zdravnik, ki sprejme zavarovanca na zdravljenje, pri čemer je ključnega pomena zdravstveno stanje zavarovanca in dolžina bivanja zavarovanca v tujini.
- 8.2 Po teh dodatnih pogojih so v zvezi z nosečnostjo in porodom kriti:
- pregledi in zdravljenje med nosečnostjo, zdravljenje po spontanem splavu, če nosečnost ni obstajala ob sklenitvi zavarovanja,
 - preiskave in nujna zdravljenja v času nosečnosti, vključno s pregledi v nosečnosti, če je prišlo med nosečnostjo do akutnih težav, zdravljenje zaradi spontanega splava ter medicinsko indiciranega splava in porod do konca 36. tedna nosečnosti (pregodnje rojstvo), če potreba po takšnih preiskavah in zdravljenju, kljub nosečnosti, ni obstajala ob sklenitvi zavarovanja,
 - porod po poteku dogovorjene čakalne dobe, to je 6 mesecev od dneva začetka zavarovanja.
9. **Kaj zajemajo stroški preventivnih ambulantnih zdravstvenih pregledov ter preventivnih programov za zgodnje odkrivanje raka**
- 9.1 Po teh dodatnih pogojih ima zavarovanec pravico do preventivnih ambulantnih pregledov, kot je predvideno v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji, ter preventivnih pregledov za zgodnje odkrivanje raka, in sicer:
- sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, žensk in drugih odraslih v skladu s programom obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji;
 - preventivne storitve za preprečevanje, presajanje in zgodnje odkrivanje bolezni, skladno s programom v Sloveniji, kot so: rak materničnega vratu, rak dojke in rak črevesja;
 - obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom v Sloveniji.
- 9.2 Zavarovalne vsote so določene na polici.
10. **Kaj zajemajo stroški fizioterapije, zdravlilišča**
- 10.1 Če zdravnik na podlagi medicinske indikacije odredi fizioterapijo ali zdravlilišče kot rehabilitacijo po poškodbah ali boleznih, ima zavarovanec pravico do kritja stroškov take fizioterapije, zdravlilišča, do višine zavarovalne vsote, kot je opredeljena na polici.
11. **Kaj obsega preventivno cepljenje**
- 11.1 Po teh dodatnih pogojih so kriti tudi stroški preventivnih cepljenj, in sicer tistih, ki so opredeljena po rednem programu v Sloveniji. Stroški preventivnih cepljenj so lahko kriti do višine zavarovalne vsote, kot je opredeljena na polici.
12. **Kaj obsegajo stroški medicinskih pripomočkov in korektivnih leč**
- 12.1 Po teh dodatnih pogojih so kriti stroški standardnih medicinskih pripomočkov, očesnih pripomočkov in korektivnih leč, ki so predpisani s strani zdravnika ter so v skladu s pravicami kot so opredeljene v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji, in sicer do višine zavarovalne vsote, kot je opredeljena na polici.
13. **Predhodna odobritev**
- 13.1 Za kritje potrebnih zdravstvenih storitev, akutnega poslabšanja kroničnih bolezni in fizioterapije ali zdravlilišča v primeru rehabilitacije je od zneska, ki ga določi zavarovalnica, potrebno dobiti predhodno odobritev s strani zavarovalnice.
14. **Izključitve**
- 14.1 Po teh dodatnih pogojih so izključene vse obveznosti zavarovalnice, kot je to opredeljeno v splošnih pogojih, razen tistih, ki so predmet zavarovanja po teh dodatnih pogojih.
- 14.2 Zavarovalnica lahko zavrne plačilo stroškov tistih zdravstvenih storitev, za katere v skladu s temi dodatnimi pogoji ni bila pridobljena predhodna odobritev s strani zavarovalnice.
- VI. VAŠE PRAVICE IN OBVEZNOSTI**
15. **Kaj morate storiti ob nastopu zavarovalnega primera**
- 15.1 Ob nastopu zavarovalnega primera praviloma sami plačate stroške zdravstvenih in drugih storitev izvajalcu storitve, nato pa v skladu s splošnimi pogoji uveljavljate zavarovalnino pri zavarovalnici.
- VII. DRUGE DOLOČBE**
16. **Dodatni pogoji veljajo poleg splošnih pogojev. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo določila dodatnih pogojev.**
17. **Ti dodatni pogoji se uporabljajo od 1. 4. 2014 dalje.**