



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 (specialistično-ambulantne storitve, diagnostične preiskave, protibolečinske terapije, itd.). 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 organizacijo in kritje stroškov specialističnih ali drugih zdravstvenih storitev, opravljenih v času jamstva zavarovanja: en obisk pri zdravniku splošne in družinske medicine v posameznem zavarovalnem letu, specialistično ambulantne storitve (specialistični pregled, pripadajoče osnovne preiskave in meritve, enostavni ambulantni posegi), zahtevne diagnostične preiskave in ambulantno opravljene protibolečinske terapije.
Obseg kritja je odvisen od izbranega paketa:
 - **Specialisti:** nudi kritje specialističnih zdravstvenih storitev, ki so potrebne zaradi zdravljenja posledic bolezni in nezgode.
 - **Specialisti nezgoda:** nudi kritje specialističnih zdravstvenih storitev, ki so potrebne zaradi zdravljenja posledic nezgode.
 - **Specialisti nezgoda plus:** nudi kritje specialističnih zdravstvenih storitev, ki so potrebne zaradi zdravljenja posledic nezgode.
 - ✓ Fizioterapija, ki je potrebna zaradi zdravljenja posledic nezgode;
 - ✓ Dental Nezgoda, ki zagotavlja kritje stroškov zobozdravstvenih storitev, ki so potrebni zaradi posledic nezgode.
 - **Specialisti nadstandard:** nudi kritje specialističnih zdravstvenih storitev, ki so potrebne zaradi zdravljenja posledic bolezni in nezgode. Razširjeno kritje s področja ortopedije (vključena artroskopija).
 - ✓ Fizioterapija, ki je potrebna zaradi zdravljenja posledic bolezni ali nezgode.
- Izbranemu paketu za specialistične zdravstvene storitve, se lahko priključijo naslednja izbirna kritja:
 - Fizioterapija, ki je potrebna zaradi zdravljenja posledic bolezni ali nezgode;
 - Dental Nezgoda, ki zagotavlja kritje stroškov zobozdravstvenih storitev, ki so potrebni zaradi posledic nezgode.



KAJ NI ZAVAROVANO?

Zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja:

- ✗ za tiste kronične bolezni, stanja ali poškodbe, 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, 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;
- ✗ rakavih obolenj;
- ✗ zdravstvenih storitev zaradi estetskih razlogov in sprememb spola;
- ✗ z matičnimi celicami in krvnimi pripravki;
- ✗ storitev, ki niso strokovno doktrinarno priznana medicinska metoda v RS ali pa so eksperimentalne narave, če ni s pogodbo določeno drugače.
- ✗ Zavarovanje ne krije stroškov medicinskih pripomočkov, stroškov patronažne zdravstvene nege, delovne terapije, optometrije, logopedije, reševalnih prevozov, bioloških zdravil in živil za posebne namene.
- ✗ Iz zavarovanja so izključene obveznosti, kadar do bolezni, stanja ali poškodbe pride zaradi izvajanja profesionalnih športnih aktivnosti, če ni s pogodbo dogovorjeno drugače.
- ✗ Ostale izključitve so navedene v splošnih pogojih.



ALI JE KRITJE OMEJENO?

- ! Za zavarovanje velja tri mesečna čakalna doba, kar pomeni, da zavarovalno kritje prične veljati tri mesece po datumu začetka zavarovanja, pod pogojem, da ste do začetka zavarovanja plačali prvo premijo. V nasprotnem primeru jamstvo prične tri mesece od dneva plačila prve premije, če so bile do tedaj plačane tudi ostale zapadle premije. Čakalne dobe ni, če je zavarovalni primer posledica nezgode.
- ! Za vsa obstoječa zdravstvena stanja, ki ste jih imeli 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 ste opazili ali se zavedali simptomov bolezni oziroma ste se zdravili, čeprav diagnoza še ni bila postavljena.
- ! Za bolezni iz prejšnjih dveh odstavkov velja, da morate imeti veljavno zavarovanje najmanj 24 mesecev, v tem času pa se niste zdravili zaradi teh bolezni in stanj, preden boste lahko za njih uveljavljali pravice iz zavarovanja.
- ! 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 velja 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 dano zavarovalnici 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 ODPSTOPIM 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 odstopite od zavarovalne pogodbe v petnajstih (15) dneh od dneva sklenitve zavarovanja. Odpoved zavarovalne pogodbe mora biti v vseh primerih pisno sporočena zavarovalnici.