



ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

Zavarovalnica: Vzajemna zdravstvena zavarovalnica

Produkt: Zdravstvena polica – specialistične zdravstvene storitve in/ali operativni posegi

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, drugo mnenje specialista, operativni posegi 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 ali video posvet z zdravnikom.

Zdravstvena polica je lahko sestavljena iz naslednjih zavarovanj, in sicer:

Zavarovanje za specialistične zdravstvene storitve, ki v primeru bolezni ali/in nezgode, omogoča hiter dostop in kritje zdravstvenih storitev izven javne zdravstvene mreže, kot so:

- ✓ zdravstvene storitve na primarni ravni;
- ✓ specialistične ambulantne storitve (specialistični pregled, pripadajoče osnovne preiskave in meritve ter enostavne ambulantne posege);
- ✓ zahtevne diagnostične preiskave;
- ✓ drugo mnenje specialista;
- ✓ rehabilitacija;
- ✓ dental nezgoda;
- ✓ zdravila;
- ✓ specialistični ambulantni operativni posegi;
- ✓ preventiva.

Obseg kritij je odvisen od izbranega paketa in omejen z višino letne zavarovalne vsote oziroma skladno s splošnimi pogoji.

✓ Zavarovanje za operativne posege zaradi posledic bolezni in nezgode, ki omogoča hiter dostop in kritje zdravstvenih storitev izven javne zdravstvene mreže. Kriti so stroški posameznega operativnega posega, in sicer največ do višine dogovorjene zavarovalne vsote.

V zavarovanje za operativne posege zaradi posledic bolezni in nezgode, je vključen Paket Plus, ki zajema pomoč pri organizaciji operativnega posega v tujini in izplačilo zavarovalne vsote, s katero se lahko pokrijejo stroški spremljajočih storitev pri izvedbi operativnega posega v tujini (npr. stroški prevoza, namestitve, zdravlil ipd.).

! 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 razen, če ni drugače dogovorjeno;
 - * debelosti, androgene plešavosti, motenj spanja in smrčanja ter erektilne disfunkcije;
 - * vseh spolno prenosljivih bolezni, infekcij s HIV;
 - * refrakcijskih okvar očesa (zdravljenje kratkovidnosti, daljnovidnosti, astigmatizma), razen, če so posledica nezgode;
 - * težav s sluhom, ki so povezane z naglušnostjo, razen tistih, ki so posledica vnetja ali nezgode;
 - * starostne slabovidnosti – presbiopsije, hipertenzivne in diabetične retinopatije, starostne sive mreže;
 - * v povezavi z vsemi predobstoječimi spremembami na prebavnem traktu (kot npr. polipi, divertikli);
 - * zdravstvenih storitev na predhodno kirurško že zdravljenih ali predhodno že poškodovanih delih lokomotornega sistema (kot na primer (delno) odstranjen meniskus, rekonstrukcija križne vezi ali poseg na hrustancu, predhodni posegi na rotatorni manšeti, predhodne operacije na hrbtnici (diskus hernije, stenoze), predhodne operacije na kolkah, predhodni posegi na karpalnih kanalih ipd.);
 - * vseh vrst zobozdravstvenih storitev (vključno z maksilofacialno in oralno kirurgijo) ter artroskopije, razen če je to dogovorjeno s pogodbo;
 - * prirojenih anomalij in iz njih izhajajočih sprememb;
 - * odstranitve nesumljivih kožnih izrastkov oziroma sprememb, kot na primer znamenja, bradavice, keratoze, ateromi, teleangiektazije ipd.;
 - * rakavih obolenj;
 - * zdravstvenih storitev zaradi estetskih razlogov ali spremembe spola;
 - * z matičnimi celicami, krvnimi pripravki, hialuronsko kislino ipd.;
 - * odpovedi ledvic, vključno z dializo;
 - * kakršnihkoli posledic na zdravju, ki so nastale zaradi delovanja alkohola, drog, zdravlil ali psihoaktivnih snovi in zdravljenje vseh vrst odvisnosti;
 - * posledic osteoporoze, razen prvega zavarovalnega primera iz tega naslova;
 - * starostna obolenja oziroma degenerativna nevrološka obolenja (vse vrste demenc).
- * Ostale izključitve so navedene v splošnih pogojih.



ALI JE KRITJE OMEJENO?

- ! Dogovorjene zdravstvene storitve se lahko uveljavljajo tri (3) mesece po začetku zavarovanja, kar je obdobje čakalne dobe, razen če s pogodbo ni dogovorjeno drugače. Navedena čakalna doba velja za novonastale bolezni in stanja. Če so potrebne zdravstvene storitve zaradi poškodb, ki so posledica nezgode, nastale po datumu začetka zavarovanja, čakalne dobe ni.
- ! Za vse obstoječe bolezni in zdravstvena stanja, ki so se pojavila pred začetkom zavarovanja oziroma bolezni in stanja, ki so se pojavila v času trimesečne čakalne dobe ob sklenitvi, velja 24-mesečna čakalna doba, šteto od dneva začetka zavarovanja.
- ! Za bolezni in stanja, ki so navedena v prejšnjem odstavku velja, da mora biti zavarovanje veljavno najmanj 24 mesecev, v tem času pa se niste zdravili zaradi teh bolezni in stanj, preden se lahko za ta stanja uveljavljajo pravice iz zavarovanja. Če se v tem obdobju zdravite, se čakalna doba za obstoječa stanja šteje od zadnjega zdravljenja.
- ! Ostale omejitve so navedene v splošnih pogojih.



KJE JE ZAVAROVANJE VELJAVNO?

- ✓ Zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev opravljenih v Republiki Sloveniji in tujini.



KAKŠNE SO MOJE OBVEZNOSTI?

- Da pred uveljavljanjem zdravstvenih 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, četrtnim 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 starost 75 let razen, če je drugače dogovorjeno.

Zavarovanje za operativne posege preneha, ko je po vseh škodnih zahtevkih izplačana skupna zavarovalna vsota v znesku 120.000 EUR.

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.