



ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

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

Produkt: Kolektivna 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 kolektivno zdravstveno zavarovanje, ki omogoča hiter dostop ter kritje zdravstvenih storitev izven javne zdravstvene mreže (kot npr. specialistično ambulantne storitve, zahtevne diagnostične preiskave, ...). 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** – kritje, ki v primeru bolezni in/ali nezgode, odvisno od izbranega paketa, zagotavlja organizacijo in kritje stroškov specialističnih ali drugih zdravstvenih storitev. V posameznem zavarovalnem letu so kriti stroški največ do višine dogovorjene zavarovalne vsote.

Obseg kritja specialističnih zdravstvenih storitev je odvisen od izbranega paketa.

Paket **Specialisti** zagotavlja kritje naslednjih zdravstvenih storitev, ki so potrebne zaradi posledic bolezni ali nezgode:

- ✓ zdravstvene storitve na primarni ravni;
- ✓ specialistične zdravstvene storitve;
- ✓ drugo mnenje specialista;
- ✓ težje oblike obolenj v času pandemije/epidemije;
 - Fizioterapija;
 - Zdravila;
 - Operativni posegi I;
 - Dental Nezgoda.

Paket **Specialisti Nezgoda** zagotavlja kritje naslednjih zdravstvenih storitev, ki so potrebne zaradi posledic nezgode:

- ✓ zdravstvene storitve na primarni ravni;
- ✓ specialistične zdravstvene storitve;
- ✓ drugo mnenje specialista;
- ✓ težje oblike obolenj v času pandemije/epidemije;
- ✓ Fizioterapija;
- ✓ Zdravila;
 - Operativni posegi I;
 - Dental Nezgoda.

- Drugo mnenje – izbirno kritje, ki zagotavlja pridobitev drugega zdravniškega mnenja v primeru medicinsko ugotovljene potrebe po operativnem posegu ali nastopa težje bolezni (maligni rak, srčni infarkt in možganska kap) skladno s pogoji.

I 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;
- * obolenja krčnih žil v primeru, da ima zavarovanec pred sklenitvijo zavarovanja kronično popuščanje povrhnjega venskega sistema ali že izražene krčne žile premera več kot 3 mm in/ali težave v obliki pekočih bolečin, otekanja, nočnih krčev in srbečice v nogah;
- * 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 nismo dogovorjeni drugače;
- * prirojenih anomalij in iz njih izhajajočih sprememb;
- * odstranitve tvorbe in znamenj, ki so izvedena s kemičnim pilingom, laserjem, elektrokoagulacijo, radiofrekvenco ali z zamrznitvijo tkiva, razen če je tkivo poslano na patohistologijo;
- * 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.

* Zavarovanje ne krije stroškov kadar do bolezni, stanja ali poškodbe pride zaradi ali v povezani 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.

* 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. Čakalna doba ob sklenitvi velja za novonastale bolezni in stanja. Če so potrebne zdravstvene storitve zaradi poškodb, ki so posledica nezgode po sklenitvi, 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.
- ! Ostale omejitve so navedene v splošnih pogojih.



KJE JE ZAVAROVANJE VELJAVNO?

- ✓ Zavarovalno kritje velja povsod po svetu.



KAKŠNE SO MOJE OBVEZNOSTI?

- Da pred uveljavljanjem zdravstvenih storitev obvestite asistenčni center zavarovalnice na 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 najmanj enega leta in se ob izteku dogovorjene dobe vsakokrat podaljša za enako časovno obdobje, za katerega je bilo sklenjeno, pri čemer se podaljšanje izvede molče. Podaljšanje se lahko prekliče s pisnim obvestilom, ki mora biti zavarovalnici dano najmanj šestdeset (60) dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. Pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.

Zavarovanje se podaljšuje in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 75 let, pri čemer se upošteva dejanska starost zavarovanca. Drugi primeri prenehanja zavarovalne pogodbe so navedeni v splošnih pogojih.

Za posameznega zavarovanca, ki se vključi v zavarovanje po datumu začetka zavarovanja na polici, zavarovanje prične veljati prvi dan v naslednjem mesecu po datumu sprejema v kolektivno zavarovanje. Zavarovanje pa preneha z dnem prenehanja delovnega razmerja pri zavarovalcu oziroma s koncem meseca, ko zavarovanec izstopi iz zavarovanja oziroma tistega dne, ki je na polici naveden kot potek zavarovanja.



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.

Zavarovanec lahko iz kolektivne sheme zavarovanja izstopi kadarkoli v času trajanja zavarovanja, brez odpovednega roka. V kolikor iz zavarovanja izstopi zaposleni, zavarovanje preneha veljati tudi za morebitne v zavarovanje vključene otroke in partnerja zavarovanca.