



Posebni pogoji za zavarovanje Specialisti Kolektivno

Uvodne določbe

1. člen: Zavarovanje Specialisti Kolektivno

- [1] Zavarovanje Specialisti Kolektivno (v nadaljevanju: zavarovanje) je prostovoljno kolektivno zdravstveno zavarovanje, ki zavarovancu na podlagi medicinsko utemeljene 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 obravnave, zahtevnih diagnostičnih postopkov, posegov in ambulantne rehabilitacije ter izdanih zdravil v lekarni.
- [2] Posebni pogoji za zavarovanje Specialisti Kolektivno (v nadaljevanju: Posebni pogoji) so skupaj s Splošnimi pogoji za kolektivno zavarovanje (v nadaljevanju: Splošni pogoji) sestavni del zavarovalne pogodbe, ki jo skleneta zavarovalec in Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. (v nadaljevanju: zavarovalnica).

2. člen: Opredelitev izrazov

- [1] V Posebnih pogojih veljajo v moškem spolu uporabljeni izrazi za osebe ženskega in moškega spola.
- [2] Izrazi v Posebnih pogojih pomenijo:
- ambulantna rehabilitacija** je eno od kritij po teh Posebnih pogojih in je opredeljena v 8. členu teh Posebnih pogojev;
 - beli recept** je uradni samoplačniški receptni obrazec;
 - bolezen** je odsotnost zdravja, ki jo ugotovi zdravnik, in ni posledica nezgode;
 - delovni nalog** je listina obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katero zdravnik (izbrani osebni zdravnik ali napolni zdravnik z ustreznim pooblastilom) naroča laboratorijske, patohistološke in druge preiskave in storitve s področja fizioterapije ter delovne in govorne terapije;
 - dnevna obravnava** obsega zdravstvene storitve, opravljene znotraj zaporednih 24 ur;
 - izvajalec zdravstvenih storitev** je oseba, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvene ali z zdravstvenimi storitvami povezane dejavnosti oziroma dovoljenje za samostojno delo zdravnika in je priznana s strani zavarovalnice (v nadaljevanju: izvajalec);
 - kronično stanje** je bolezen, stanje ali poškodba, ki:
 - se razvija počasi in dolgo traja ali
 - se ponavlja ali je verjetno, da se bo ponavljala, ali
 - potrebuje trajne zdravstvene posledice ali
 - potrebuje stalen medicinski nadzor, lajšanje simptomov, zdravljenje, rehabilitacijo oziroma zdravstveno nego.

Za kronično stanje se štejejo tudi zapleti zaradi te bolezni, stanja oziroma poškodbe;

- letna zavarovalna vsota** je najvišji skupni znesek zavarovalnin, do katerega jamči zavarovalnica v obdobju 1 zavarovalnega leta;
- napotitev na nadaljnjo obravnavo** obsega ugotovitve medicinsko utemeljene indikacije na daljavo, ki jo lahko poda zdravnik družinske medicine, ki je v pogodbenem razmerju z zavarovalnico. Napotitev na nadaljnjo obravnavo je lahko podlaga za uveljavljanje kritja specialistične obravnave;
- napotnica** je listina obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katero zdravnik (izbrani osebni zdravnik ali napolni zdravnik z ustreznim pooblastilom) prenaša pooblastila na druge zdravnike in napoti zavarovanca na nadaljnjo obravnavo;
- naročilnica** je listina zavarovalnice, s katero je določen obseg zdravstvenih storitev, ki jih lahko v breme zavarovalnice opravi izvajalec;
- nezgoda** je nenaden, nepredviden in od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovancevo 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;
- novonastalo stanje** je bolezen, stanje oziroma poškodba, ki nastopi po začetku zavarovanja v času zavarovalnega jamstva oziroma ki ob začetku zavarovanja sicer obstoji, vendar ni diagnosticirana oziroma zdravljena in zavarovavec zanjo ni vedel oziroma ni mogel vedeti, ker ni imel zdravstvenih težav, bolezenskih znakov ali simptomov;
- obrnava** je specialistična obravnava, zahtevni diagnostični postopek, poseg ali ambulantna rehabilitacija;
- otrok** po teh Posebnih pogojih je lasten ali posvojen otrok člana kolektiva oziroma lasten ali posvojen otrok zakonca, zunajzakonskega partnerja ali partnerja istospolne partnerske skupnosti člana kolektiva;
- poseg** je eno od kritij po teh Posebnih pogojih in je opredeljen v 7. členu teh Posebnih pogojev;
- poškodba** je sprememba ali prizadetost tkiva, organa oziroma organizma, ki nastopi kot posledica nezgode in ne vsebuje elementov bolezni ali degenerativnega procesa, ki povzročajo nagnjenost k poškodbam;
- predhodno stanje** je bolezen, stanje oziroma poškodba, vključno z zdravstvenimi težavami, bolezenskimi znaki ali simptomi, ki je nastopilo pred začetkom zavarovanja oziroma ki ob začetku zavarovanja obstoji, ne glede na to, ali je bilo diagnosticirano oziroma zdravljeno, in je zavarovancu znano ali mu ni moglo ostati neznano, in ni kronično stanje;
- 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 kadar koli kasneje;
- razlog obravnave** je zdravstvena težava, bolezenski znaki ali simptomi, zaradi katerih zavarovavec uveljavlja pravico iz zavarovanja;
- specialistična obravnava** je eno od kritij po teh Posebnih pogojih in je opredeljena v 5. členu teh Posebnih pogojev;
- zahtevni diagnostični postopek** je eno od kritij po teh Posebnih pogojih in je opredeljen v 6. členu teh Posebnih pogojev;
- zdravila** so eno od kritij po teh Posebnih pogojih in so opredeljena v 9. členu teh Posebnih pogojev;
- zavarovalnica** je znesek, ki ga zavarovalnica plača ob nastopu zavarovalnega primera za zdravstvene storitve in zdravila;
- zdravstvena storitev** je v Republiki Sloveniji strokovno doktrinarno priznana medicinska storitev, ki jo opravlja zdravstveni delavec v okviru zdravstvene oskrbe pacienta, in se izvaja pri izvajalcih.

Kdo se lahko zavaruje

3. člen: Osebe, ki se lahko zavarujejo

- [1] Zavaruje se lahko oseba, ki izpolnjuje pogoje iz 4. člena Splošnih pogojev.
- [2] Starost zavarovanca ob začetku zavarovanja je največ 74 let.

Vsebina in obseg zavarovanja

4. člen: Vsebina zavarovanja

- [1] Zavarovanje glede na izbrana kritja v zavarovalni pogodbi krije stroške obravnave novonastalega stanja, ki na podlagi medicinsko utemeljene indikacije nastanejo pri izvajalcu zaradi opravljenih zdravstvenih storitev specialistične obravnave, zahtevnega diagnostičnega postopka, posega, ambulantne rehabilitacije in izdanih zdravil v lekarni.

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

- [3] Medicinsko utemeljena indikacija je razvidna z napotnice, delovnega naloga, izvoda zdravnik specialista izvajalca ali iz druge pisne zdravstvene dokumentacije, za katero zavarovalnica presodi, da je ustrezna.

5. člen: Specialistična obravnava

- [1] Specialistična obravnava obsega specialistično ambulantne storitve, ki so potrebne za diagnosticiranje in zdravljenje novonastalega stanja.

[2] Specialistična obravnava zajema:

- specialistični pregled,
 - prilagoditve enostavne diagnostične preiskave (osnovne slikovne, funkcionalne in laboratorijske preiskave in meritve) in
 - prilagoditve enostavne ambulantne posege.
- [3] Prilagoditve enostavne diagnostične preiskave je zlasti RTG, UZ, EKG, EMG, EEG, VEP, OCT in laboratorijska preiskava.
- [4] Prilagoditve enostavni ambulantni poseg je zlasti parenteralna aplikacija zdravila, aplikacija blokade, punkcija, oskrba rane, odstranitev tujka, odstranitev manjšega kožnega izrastka, biopsija in sklerozacija varic.

[5] Specialistična obravnava se izvaja v področjih specialnosti:

- angiologije,
- dermatovenerologije,
- gastroenterologije,
- ginekologije,
- kardiologije,
- nevrologije,
- oftalmologije,
- ortopedije,
- otorinolaringologije,
- proktologije,
- pulmologije,
- tireologije in
- urologije.

- [6] Specialistična obravnava se do dopolnjenega 18. leta zavarovanca izvaja tudi v področju specialnosti alergologije.

- [7] Specialistična obravnava se lahko izvede na daljavo, če je to po mnenju zdravnika specialista izvajalca ustrezno in se zavarovavec s tem strinja. O pogojih in navodilih za izvedbo specialistične obravnave na daljavo zavarovalnica obvesti zavarovanca.

6. člen: Zahtevni diagnostični postopek

- [1] Zahtevni diagnostični postopek obsega zahtevne diagnostične preiskave, ki so nadaljevanje specialistične obravnave, in so potrebne za postavitev diagnoze novonastalega stanja.

- [2] Zahtevni diagnostični postopek se izvaja v področjih specialnosti iz 5. člena ter nuklearne medicine in radiologije.

[3] Zahtevni diagnostični postopek je:

- artrografija,
- cistoskopija,
- endoskopski UZ,
- gastroskopija (s polipektomijo, če je potrebna),
- irigografija,
- kolonoskopija (s polipektomijo, če je potrebna),
- magnetna resonanca (MR, MRA),
- mielografija,
- patohistološka preiskava,
- pozitronska emisijska tomografija (PET),
- računalniška tomografija (CT, CTA),
- scintigrafija,
- UZ vodena biopsija notranjih organov in prostate.

7. člen: Poseg

- [1] Poseg obsega diagnostične in terapevtske posege v sklopu dnevne obravnave, ki so nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevnega diagnostičnega postopka in so potrebni za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastalega stanja.

- [2] Poseg se izvaja v področjih specialnosti iz 5. člena ter radiologije in kirurgije.

[3] Poseg je:

- poseg na očesu: operacija sive mrene z implantacijo monofokalne intraokularne leče, pterigij, pinguekula, ksantalazma, entropij, ektripij;
- poseg na solznih žlezah in solzevodih;
- poseg na žilah: operativno zdravljenje krčnih žil, lasersko zdravljenje krčnih žil, koronarografija, flebektomija, balonsko širjenje žil ali perkutana transluminalna angioplastika (PTA);
- poseg na roki: operacija karpalnega kanala, operacija Dupuytrenove kontrakture, operacija sprožilnega prsta;
- rektoskopski posegi;
- poseg na prebavilih: polipektomija, kontrastno RTG slikanje žolčnih izvodil in izvoda trebušne slinavke (ERCP), operacija hemoroidov, incizija analne fisure, endoskopska operacija v zadnjem delu širokega črevesa, operacija kile;
- poseg na sečilih: UZ razbijanje ledvičnih kamnov, hidrokela, spermatokele ali varikokela, manjši posegi za odstranitev suspektnih sprememb na prostati;
- poseg na dihalih: endoskopska operacija nosu in obnosnih votlin, septoplastika, klasična ali endoskopska mukotomija, endoskopska ablacija polipov;
- poseg na stopalu: operacija hallux valgusa;
- večja ekscizija izrastkov kože, bratopij in mehkih delov;
- elektrokoagulacija kožnih tvorbov;
- poseg na gležnju: diagnostična in terapevtska artroskopija gležnja (npr. stabilizacija po zvi- nju, rekonstrukcija vezi);
- poseg na kolenu: diagnostična in terapevtska artroskopija kolena (npr. rekonstrukcija ali fiksacija vezi sklepa (med drugim operacija križnih vezi), sinovektomija, odstranitev prepatelarne burze, hondroplastika);
- poseg na komolcu: diagnostična in terapevtska artroskopija komolca (npr. rekonstrukcija vezi, zdravljenje sklepa) ter
- poseg na rami: diagnostična in terapevtska artroskopija rame (npr. rekonstrukcija rotatorne manšete, stabilizacija sklepa, zdravljenje tetiv).

8. člen: Ambulantna rehabilitacija

- [1] Ambulantna rehabilitacija obsega storitve ambulantne fizioterapije, vključno s pregledom specialista fiziatra, protibolečinske akupunkture, delovne terapije oziroma govorne terapije, ki so nadaljevanje specialistične obravnave, zahtevnega diagnostičnega postopka ali posega in so potrebne za zdravljenje novonastalega stanja.

- [2] Ambulantna rehabilitacija se izvaja v področjih fizioterapije in ambulantne rehabilitacije.

9. člen: Zdravila

- [1] Zavarovanje krije stroške izdanih zdravil, ki so ob izvedbi obravnave skladno z diagnozo, medicinsko doktrino in zdravstvenimi smernicami potrebna za zdravljenje novonastalega stanja in so predpisana na beli recept oziroma v izvodu zdravnik specialista izvajalca ter v skladu z navodili, ki veljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Zdravila se izdajajo v lekarni in morajo imeti dovoljenje za promet v Republiki Sloveniji oziroma v državi EU, kjer so izdana in kupljena.

- [2] Za zdravila ni določen poseben režim predpisovanja. Izjema so zdravila, ki jih lahko predpisuje le zdravnik specialista ustreznega področja medicine ali od njega pooblaščen zdravnik.

10. člen: Obseg zavarovanja

- [1] Zavarovanje ima letno zavarovalno vsoto in letne zavarovalne vsote za posamezna kritja določene v zavarovalni pogodbi.

- [2] V zavarovalnem letu se zaradi enakega razloga obravnave krijejo stroški:

- zdravstvenih storitev v obsegu 3 specialističnih obravnav, 2 zahtevnih diagnostičnih postopkov in 2 posegov;

2. prve izdaje zdravila v količini, ki je potrebno za zdravljenje novonastalega stanja, vendar največ za 30 dni.
- [3] Zavarovanje krije stroške ambulantne rehabilitacije v obsegu, ki je določen v zavarovalni pogodbi, zaradi enakega razloga obravnave le ob prvi pojavitvi novonastalega stanja.

Pogoji in način uveljavljanja pravic iz zavarovanja

11. člen: Uporaba Zdravstvene točke®

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

12. člen: Podlaga za uveljavljanje pravic iz zavarovanja in najava obravnave

- [1] Pravico do prejema obravnave ali zdravila po teh Posebnih pogojih zavarovanec izkazuje z medicinsko utemeljeno indikacijo, ki izhaja:
 1. za specialistično obravnavo z napotnice izbranega osebnega ali napotnega zdravnika, iz izvida zdravnika specialista izvajalca ali druge pisne zdravstvene dokumentacije, za katero zavarovalnica presodi, da je ustrezna;
 2. za zahtevni diagnostični postopek in poseg iz izvida zdravnika specialista izvajalca;
 3. za ambulantno rehabilitacijo iz delovnega naloga ali izvida zdravnika specialista izvajalca;
 4. za zdravilo iz izvida ali belega recepta zdravnika specialista izvajalca.
- [2] Zavarovanec obravnavo predhodno najavi zavarovalnici preko Zdravstvene točke® in ji pri tem posreduje listine iz prvega odstavka tega člena.
- [3] Zavarovanec lahko pravico do prejema specialistične obravnave po teh Posebnih pogojih izkazuje tudi z napotitvijo na nadaljnjo obravnavo, kot je opredeljena v 2. členu teh Posebnih pogojev.
- [4] Na podlagi dokumentacije iz prvega ali tretjega odstavka tega člena zavarovalnica preveri, ali je najavljena obravnava del zavarovanja, in o tem obvesti zavarovanca. Predhodna najava ne pomeni upravičenosti do kritja stroškov opravljene zdravstvene storitve.

13. člen: Način uveljavljanja pravic iz zavarovanja do obravnave

- [1] Zavarovanec po predhodni najavi preko Zdravstvene točke® prejme zdravstvene storitve obravnave pri pogodbenem ali nepogodbenem izvajalcu.
- [2] Zavarovanec uveljavlja pravico iz zavarovanja do obravnave pri izvajalcu:
 1. na podlagi zavarovanja izdanega predhodnega soglasja zavarovalnice, pri čemer opravljene zdravstvene storitve izvajalcu plača zavarovalnica skladno z zavarovalno pogodbo na podlagi njemu izdane naročilnice, ali
 2. na podlagi zahtevka za povrnitev stroškov opravljenih storitev, pri čemer stroške opravljenih zdravstvenih storitev zavarovanec izvajalcu plača sam neposredno, zavarovalnica pa mu povrne stroške skladno z zavarovalno pogodbo.

14. člen: Organizacija termina obravnave

- [1] Zavarovanec izbere pogodbenega izvajalca in termin obravnave v dogovoru z zavarovalnico. Zavarovalnica mu izda predhodno soglasje za izvedbo obravnave.
- [2] Termin obravnave pri nepogodbenem izvajalcu v Sloveniji lahko na željo zavarovanca organizira zavarovalnica.

15. člen: Odpoved ali sprememba dogovorjenega termina obravnave

- [1] Zavarovanec lahko dogovorjeni termin obravnave pri pogodbenem izvajalcu odpove ali predlaga njegovo spremembo najkasneje 3 dni pred dogovorjenim terminom in le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati, preprečiti ali se jim izogniti, o čemer zavarovanec zavarovalnico nemudoma obvesti in predloži dokazila.
- [2] V primeru, da zavarovanec dogovorjenega termina obravnave, za katerega je predhodno pridobil soglasje zavarovalnice, pravočasno ne odpove in se ga ne udeleži, v zvezi s tem pa zavarovalnici nastanejo stroški, šteje, da je bila obravnava zavarovanca pri izvajalcu opravljena. Znesek razpoložljive zavarovalne vsote pripadajočega kritja se zavarovanec v tem primeru zmanjša največ v višini zneska obravnave po ceniku izvajalca.
- [3] V primerih iz drugega odstavka tega člena se ponovna organizacija termina obravnave šteje kot enak razlog obravnave in zanjo veljajo določila iz 10. člena teh Posebnih pogojev.
- [4] V primeru odpovedi dogovorjenega termina obravnave pri pogodbenem izvajalcu s strani zavarovalnice, zavarovalnica omogoči zavarovanec nadomestni termin čim prej, praviloma v 8 delovnih dneh po dogovorjenem terminu.

16. člen: Zahtevki za povrnitev stroškov za obravnavo

- [1] Po opravljeni in s strani zavarovanca plačani najavljeni zdravstveni storitvi zavarovanec čim prej odda zahtevek za povrnitev stroškov preko Zdravstvene točke®.
- [2] Zahtevku za povrnitev stroškov morajo biti priloženi: kopija in številka napotnice osebnega zdravnika ali kopija izvida zdravnika specialista izvajalca, kopija izvida obravnave in izvirnik računa izvajalca s specifikacijo opravljenih zdravstvenih storitev.
- [3] Zavarovalnica na podlagi popolnega zahtevka in zahtevanih prilog v 15 dneh odloči o upravičenosti do povrnitve stroškov in o odločitvi obvesti zavarovanca.
- [4] V primeru upravičenosti do povrnitve stroškov zavarovalnica v 8 dneh povrne zavarovanec strošek opravljenih zdravstvenih storitev pri izvajalcu na račun, ki ga zavarovanec navede v zahtevku za povrnitev stroškov ali ga posreduje zavarovalnici na drug način v pisni obliki.

17. člen: Zahtevki za povrnitev stroškov za zdravilo

- [1] Zdravilo mora biti zavarovanec izdano v lekarni. Zavarovanec stroške prejetih zdravil plača sam neposredno, zavarovalnica pa mu na podlagi zahtevka za povrnitev stroškov povrne stroške skladno z zavarovalno pogodbo.
- [2] Zahtevku za povrnitev stroškov morajo biti priloženi kopija izvida obravnave ali kopija belega recepta in izvirnik računa lekarne.
- [3] Zavarovalnica na podlagi popolnega zahtevka in zahtevanih prilog v 15 dneh odloči o upravičenosti do povrnitve stroškov ter o odločitvi obvesti zavarovanca.
- [4] V primeru upravičenosti do povrnitve stroškov zavarovalnica v 8 dneh povrne zavarovanec strošek v lekarni izdanega zdravila na račun, ki ga navede v zahtevku za povrnitev stroškov za zdravilo.

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: Dokumentacija za uveljavljanje pravic iz zavarovanja

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

Omejitve in izključitve zavarovanja

20. člen: Karenta

- [1] Za zavarovanje velja karenta 3 mesece. V primeru poškodbe, ki je nastala po začetku zavarovanja, karente ni.
- [2] Karenta ne velja za novorojenega otroka, ki se zavaruje v 14 dneh po rojstvu.
- [3] Če se zavarovanec vključi v zavarovanje v 14 dneh po poteku kolektivne, družinske ali individualne oblike zavarovanja, se za vsako kritje poteklega zavarovanja, ki je tudi kritje zavarovanja, karenta zmanjša za že pretečeni del karente iz poteklega zavarovanja oziroma karente ni, če je med veljavnostjo poteklega zavarovanja karenta pri tem kritju potekla.

21. člen: Omejitve obveznosti zavarovalnice

- [1] Ko se novonastalo stanje medicinsko opredeli kot kronično stanje, 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 neziskovane letne zavarovalne vsote iz preteklega zavarovalnega leta ni mogoč.

22. člen: Izključitve obveznosti zavarovalnice

- [1] Če zavarovanec uveljavlja pravico do obravnave brez predhodne najave zavarovalnici, zavarovalnica nima obveznosti iz zavarovalne pogodbe.
- [2] Zavarovalnica nima obveznosti:
 1. zaradi ali v povezavi s predhodnimi stanji, razen če so bile ob sklenitvi zavarovanja zavarovalnici prijavljene in jih je zavarovalnica sprejela;
 2. v povezavi z zdravstvenimi storitvami, ki so v vročni zvezi s predhodnim stanjem;
 3. v povezavi z boleznijo ali stanjem, ki je nastalo v času karente;
 4. v povezavi z boleznijo, stanjem oziroma poškodbo, ki je v zavarovalni pogodbi določena med izključitvami obveznosti zavarovalnice;
 5. zaradi razlogov obravnave, ki niso medicinsko utemeljeno indicirani ali so zaradi posledic zdravniške napake ali so zaradi izboljšanja psihofizičnega stanja zavarovanca;
 6. za zdravstvene storitve, opravljene na primarni ravni zdravstvene dejavnosti po zakonu, ki ureja zdravstveno dejavnost.
- [3] Zavarovalnica nima obveznosti v primeru stroškov, povezanih:
 1. s transplantacijami, okvarami in zapleti ob oziroma po operativnih posegih;

2. z matičnimi celicami in krvnimi pripravki;
3. z odstranitvijo notranjega ali zunanega osteosintetskega materiala, če je bil vstavljen pred sklenitvijo zavarovanja;
4. s prirojenimi napakami in poklicnimi boleznimi;
5. s sindromom pridobljene imunske pomanjkljivosti, infekcijo s HIV, spolno prenosljivimi boleznimi, epilepsijo in paralizo;
6. z duševnimi boleznimi, splošnimi psihičnimi težavami, duševnimi motnjami, motnjami hranjenja in posledicami akutne stresne reakcije;
7. z nosečnostjo, neplođnostjo, (raz)sterilizacijo, umetno oploditvijo, umetno prekinitvijo nosečnosti, spontanim splavom in porodom;
8. z refrakcijskimi okvarami očesa (kratkovidnost, daljnovidnost, astigmatizem), razen če so posledica poškodbe ali je drugače dogovorjeno z zavarovalno pogodbo;
9. z rekonstrukcijskimi operacijami lokomotornega sistema, razen če je drugače dogovorjeno z zavarovalno pogodbo;
10. s prekomernim uživanjem alkohola oziroma drugih psihoaktivnih snovi;
11. z zdravniškimi mnenji, kot so ugotavljanje delazmožnosti ali stopnje invalidnosti;
12. s spremembo spola;
13. z zdravstvenimi storitvami, opravljenimi iz estetskih razlogov;
14. s kurjimi očesi, žulji, odelbenimi oziroma vraščenimi nohti.

[4] Zavarovalnica nima obveznosti v primerih diagnosticiranja oziroma zdravljenja osebe, mlajše od 18 let, zaradi:

1. stanj, ki izvirajo iz obporodnega obdobja;
2. gripe in akutnih infekcij zgornjih dihal;
3. črevesnih infekcijskih bolezni in zoonoz;
4. težav pri razvoju (disleksija, učne težave, nizka rast in motnje pozornosti s hiperaktivnostjo).

[5] Zavarovanje ne krije stroškov:

1. zdravstvenih storitev, opravljenih brez izrecne predhodne odobritve zavarovalnice 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, nujnega zdravljenja in neodložljivih zdravstvenih storitev, preventivne in zdravstvene nege;
6. dialize;
7. cepljenja;
8. genetskih preiskav;
9. spremljevalca zavarovanca, potnih stroškov, stroškov nastanitve in prehrane ter stroškov komunikacijskih storitev.

[6] Zavarovanje ne krije stroškov:

1. ponovne izdaje zdravila v 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 in kontraceptivov, razen ob hormonskem zdravljenju;
5. zdravil, ki so predpisana zaradi dietetičnih, dezinfekcijskih, negovalnih in kozmetičnih učinkov;
6. bioloških zdravil.

[7] Izključene so obveznosti zavarovalnice, kadar do bolezni, stanja oziroma poškodbe pride zaradi ali v povezavi z:

1. fizičnim obračunavanjem, razen v primeru uradno dokazane samoobrambe, kar zavarovanec dokazuje sam;
2. samopoškodbo ali poskusom samomora;
3. upravljanjem vozil, zračnih plovil, plovnih objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.

[8] Obveznost izplačila zavarovalnice je izključena v primeru neodgovornega ravnanja oziroma opustitve potrebnega ravnanja zavarovanca ter v primeru, če se zavarovanec ne drži navodil lečečega zdravnika.

23. člen: Zavarovalno jamstvo

- [1] Če je zavarovanec v zavarovalnem letu že izkoristil letno zavarovalno vsoto, zavarovanje do začetka naslednjega zavarovalnega leta nima zavarovalnega jamstva.

- [2] Če je soglasje za izvedbo obravnave izdano med trajanjem zavarovanja posameznega zavarovanca, obravnava pa se opravi po poteku njegovega zavarovanja, ima zavarovalnica obveznosti iz zavarovalne pogodbe le, če je zavarovanje obnovljeno brez prekinitve oziroma še 15 dni po poteku zavarovanja.

24. 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.

Zavarovalna premija

28. člen: Zavarovalna premija

- [1] Višina zavarovalne premije je poleg dejavnikov, navedenih v 10. členu Splošnih pogojev, odvisna tudi od izbranih kritij, višine letne zavarovalne vsote za posamezna izbrana kritja, dejavnosti zavarovalca in zdravstvenega stanja zavarovanec.

Druge pravice in obveznosti pogodbenih strank

29. člen: Druge pravice in obveznosti zavarovalnice

- [1] Če zavarovalec oziroma zavarovanec kaj neresnično prijavi ali opusti dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica v 1 mesecu od dneva, ko izve za neresničnost ali nepopolnost prijave, razdre zavarovanje z odpovednim rokom 14 dni.
- [2] Zavarovalnica ne prevzema odgovornosti za kakovost opravljene zdravstvene storitve.

30. člen: Druge pravice in obveznosti zavarovanca

- [1] 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.
- [2] Če se po uveljavljanju pravic iz zavarovanja ugotovi, da zavarovanec ni bil upravičen do kritja stroškov opravljene obravnave oziroma izdanih zdravil, je zavarovanec dolžan vrniti zavarovalnici plačano zavarovalnino in nastale stroške.

31. člen: Dopolnitve seznama zdravstvenih storitev in področij specialnosti

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

Veljavnost Posebnih pogojev

32. člen: Veljavnost Posebnih pogojev

- [1] Posebni pogoji veljajo in se uporabljajo s 1. 4. 2022.