

Dodatni pogoji Zdravstvenega zavarovanja »Drugo mnenje«

01-ZDM-01/19

1. SPLOŠNE DOLOČBE

- 1.1. Dodatni pogoji za zdravstveno zavarovanje Drugo mnenje (v nadaljevanju: dodatni pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe osnovnega zavarovanja, ki ste ga sklenili pri nas.
- 1.2. Ti dodatni pogoji veljajo le skupaj s splošnimi in drugimi pogoji pri nas sklenjenega osnovnega zavarovanja.
- 1.3. V primerih, ko so določbe teh dodatnih pogojev v nasprotju z določbami splošnih ali posebnih pogojev, veljajo določila dodatnih pogojev.

2. POMEN IZRAZOV

Izraz	Kratka obrazložitev
Vi, vaša	Oseba, določena na vaši polici kot zavarovalec (sklenitelj zavarovanja).
Zavarovanec	Oseba, ki je zavarovana po teh dodatnih pogojih.
Mi, naša	Adriatic Slovenica Zavarovalna družba d. d.
Vaša polica	Listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi, na kateri so navedena izbrana kritja ter njihovo trajanje, zavarovalni pogoji in premija.
Premija	Znesek, ki ga morate plačati po zavarovalni pogodbi.
Zavarovalno leto	Obdobje enega leta. Prvo zavarovalno leto se začne z datumom začetka veljavnosti zavarovanja.
Ožji družinski člani	Zakonec, zunajzakonski partner, partner istospolne partnerske skupnosti, otroci do dopolnjenega 21. leta in starši zavarovanca.
Center Zdravje AS	Naš asistenčni center, prek katerega pričnete uveljavljati pravico iz vaše police.
Zahtevak	Prijava ali najava potrebe po Drugem mnenju.
Predhodna odobritev	Positiven zaključek našega odločanja o upravičenosti vašega zahtevka za uveljavljanje pravic iz sklenjenega zavarovanja.
Osnovno zavarovanje	Zavarovanje, sklenjeno pri zavarovalnici za obdobje najmanj enega leta, h kateremu je kot dodatno zavarovanje sklenjeno zavarovanje »Drugo mnenje«.
E- portal	Portal zavarovalnice (Moj AS), prek katerega zavarovalec/zavarovanec uveljavlja pravice iz zavarovanja.
Drugo mnenje	Strokovno mnenje mednarodno priznanih strokovnjakov medicinske in drugih strok v zvezi s postavljeno diagnozo ali/in priporočenim zdravljenjem zavarovanca.
Izvajalec Drugega mnenja	Izvajalec, ki za vas izdelava drugo mnenje v zvezi s postavljeno diagnozo ali/in priporočenim zdravljenjem in, ki mu na podlagi sklenjenega zavarovanja po vaši polici plačamo to storitev namesto vas.

3. VSEBINA IN OBSEG ZAVAROVANJA

- 3.1. Zavarovanje krije zavarovancu stroške izdelave Drugega mnenja.
- 3.2. Če je tako dogovorjeno v vaši polici, krije to zavarovanje stroške izdelave Drugega mnenja tudi za ožjega družinskega člana.
- 3.3. Vsebina kritja je podrobneje predstavljena v spodnji tabeli:

Asistenčne storitve Centra Zdravje AS	<ul style="list-style-type: none">- Nudjenje informacij o zavarovanju, o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja, o izvajalcu Drugega mnenja.- Odločanje o upravičenosti z izdajo predhodne odobritve in posredovanje podatkov izvajalcu Drugega mnenja za potrebe izdelave Drugega mnenja.
Izdelava drugega mnenja	<p>Ob zaključku izdelave Drugega mnenja zavarovanec prejme Poročilo, ki vsebuje:</p> <ul style="list-style-type: none">- opis postopka izbire mednarodno priznanih strokovnjakov za namen priprave drugega mnenja,- povzetek življenjepisa izbranih mednarodno priznanih strokovnjakov,- povzetek klinične anamneze zavarovanca ali ožjega družinskega člana in opis trenutnega zdravstvenega stanja, kot ga je pripravil zdravnik skrbnik,- poročilo izbranih mednarodno priznanih strokovnjakov s poglobljeno analizo diagnoze in priporočila ter predloge možnosti zdravljenja,- odgovore na morebitna vprašanja zavarovanca ali ožjega družinskega člana, pripravljena skupaj z zdravnikom skrbnikom in- pravno obvestilo izvajalca drugega mnenja.

4. POGOJI IN NAČIN UVELJAVLJANJA PRAVICE DO DRUGEGA MNENJA

- 4.1. Zavarovanec ali ožji družinski član uveljavlja pravico do Drugega mnenja z zahtevkom prek Centra Zdravje AS na naslednje načine: telefonski klic, (elektronska) pošta, prek e-portala ali spletne prijave (zahteve).
- 4.2. Po prejemu zahtevka bomo preverili upravičenost do izdelave Drugega mnenja. V primeru odobritve bomo zahtevo posredovali izvajalcu Drugega mnenja in zavarovanca ali ožjega družinskega člana o tem obvestili. Obvestili bomo tudi v primeru zavrnitve zahtevka.
- 4.3. Izvajalec Drugega mnenja bo zavarovancu ali ožjemu družinskemu članu po prevzemu zahteve za drugo mnenje določil zdravnika skrbnika. Zdravnik skrbnik bo v roku 24–48 delovnih ur od prejete zahteve na dogovorjeni način (telefon ali elektronska pošta) navezal stik z zavarovancem ali ožjim družinskim članom in se pogovoril o vaši zahtevi.
- 4.4. V dogovoru z zdravnikom skrbnikom bo zavarovanec ali ožji družinski član prek dogovorjenega komunikacijskega kanala posredoval vso medicinsko ter drugo dokumentacijo izvajalcu Drugega mnenja. Zdravnik skrbnik zavarovancu ali ožjemu družinskemu članu lahko pomaga pri zbiru potrebne dokumentacije tako, da se poveže z lečečim zdravnikom, bolnišnico ali drugo zdravstveno ustanovo. Z izrecnim dovoljenjem zavarovanca ali ožjega družinskega člana lahko dokumentacijo, potrebno za izdelavo Drugega mnenja, lečeči zdravnik posreduje izvajalcu Drugega mnenja prek za to namenjenega posebnega portala izvajalca Drugega mnenja. Vsa medicinska dokumentacija bo prevedena v angleški jezik.

- 4.5. Zdravnik skrbnik bo napisal povzetek klinične anamneze primera zavarovanca ali ožjega družinskega člana v obliki poročila, ki mu bo priložil prejete izvide ter drugo pomembno dokumentacijo (npr. CT datoteke, laboratorijske teste idr.). Če bo treba, bo zdravnik skrbnik zbral tudi nove patohistološke vzorce tkiv z namenom ponovnega pregleda (revizije) s strani domačega ali mednarodnega laboratorija. Povzetek primera bo posredoval kliničnemu odboru izvajalca Drugega mnenja.
- 4.6. Klinični odbor izvajalca Drugega mnenja sestavljajo mednarodno priznani zdravniki s štirih kontinentov. Ta bo poročilo, pripravljeno s strani zdravnika skrbnika, pregledal in glede na vsebino in kompleksnost (zahtevnost) primera določil najprimernejše mednarodno priznane strokovnjake izvajalca Drugega mnenja za ta primer.
- 4.7. Mednarodno priznani strokovnjaki bodo prejeli poročilo, ga pregledali ter napisali svoje mnenje. To vključuje tudi odgovore na morebitna vprašanja zavarovanca ali ožjega družinskega člana, reference in življenjepis priznanih strokovnjakov.
- 4.8. Zdravnik skrbnik bo zavarovancu ali ožjemu družinskemu članu, praviloma v roku 10–15 dni od prejema popolne dokumentacije, posredoval Drugo mnenje in njegovo vsebino natančno obrazložil. Na zahtevo zavarovanca ali ožjega družinskega člana bo izvajalec Drugega mnenja zagotovil prevod Drugega mnenja iz angleščine.
- 4.9. V izjemnih primerih bo ekipa mednarodno priznanih strokovnjakov izvajalca Drugega mnenja, na zahtevo zavarovanca ali ožjega družinskega člana, pomagala poiskati najustreznejšega priznanega zdravnika oziroma izvajalca na izbranem področju iz tujine oziroma pomagala organizirati zdravljenje v tujini.

5. OMEJITVE IN IZKLJUČITVE

- 5.1. Zavarovanec uveljavlja pravice iz zavarovanja izključno prek Centra Zdravje AS, prek našega e-portala ali prek spletne prijave (zahteve).
- 5.2. Zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja v tujini, saj krije izključno stroške izdelave Drugega mnenja.
- 5.3. Zavarovalnica ne krije stroškov Drugega mnenja brez predhodne odobritve.
- 5.4. Zavarovanje ne krije stroškov zdravstvenih storitev, pridobitve medicinske dokumentacije, vključno s kopijami te dokumentacije, ki jih je zavarovanec dolžan predložiti za pripravo Drugega mnenja.
- 5.5. Zavarovanje ne krije potnih in prevoznih stroškov ter stroškov komunikacijskih storitev, ki lahko nastanejo ob uveljavljanju pravic iz zavarovanja.
- 5.6. Zavarovanje ne krije stroškov pravnega oziroma drugega zastopanja zavarovanca v zvezi s postopkom pridobitve Drugega mnenja.

6. SKLENITEV, TRAJANJE IN PRENEHANJE

- 6.1. Zavarovanje lahko sklenete vi sami ali zavarujete druge osebe, ki se lahko zavarujejo po splošnih pogojih osnovnega zavarovanja.
- 6.2. Zavarovanje se lahko sklene skupaj ali k že sklenjenemu osnovnemu zavarovanju.
- 6.3. Zavarovanje začne veljati ob 00:00 uri tistega dne, ki je na polici določen kot datum začetka zavarovanja, in preneha ob 24:00 uri tistega dne, ki je na polici določen kot datum prenehanja zavarovanja.
- 6.4. Zavarovanje se sklene za obdobje enega leta, razen če ni z vašo polico drugače urejeno.
- 6.5. Zavarovanje se ob izteku dogovorjene dobe vsakokrat podaljša za enako časovno obdobje, za katerega je bilo sklenjeno, vendar največ za čas trajanja osnovnega zavarovanja, in le v primeru, če se podaljša tudi osnovno zavarovanje. V primeru, da se zavarovalec oziroma zavarovanec s podaljšanjem zavarovanja ne strinja, ima pravico, da

z izjavo, ki nam jo posreduje najmanj 30 dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta, podaljšanja ne sprejme.

- 6.6. Od podaljšanja zavarovanja lahko odstopimo tudi mi, če prenehamo z izvajanjem takšnega zavarovanja, če ste vi ali zavarovanec ravnal v nasprotju z vašo polico ali če so nastale okoliščine, zaradi katerih vaše police ne moremo imeti več v veljavi. V tem primeru vas bomo obvestili vsaj 3 mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 6.7. Vaša polica predčasno preneha z dnem prenehanja Osnovnega zavarovanja, s smrtjo zavarovanca, z njeno odpovedjo ali razdrtjem.

7. KDAJ SE ZAČNE IN PRENEHA ZAVAROVALNO KRITJE?

- 7.1. Zavarovalno kritje začne z datumom začetka zavarovanja, če je za zavarovanje v celoti plačana zapadla premija, v skladu z določili vaše police.
- 7.2. Če zapadla premija med trajanjem zavarovanja ni v celoti plačana, zavarovalno kritje miruje od dneva, ki sledi dnevni zapadlosti premije. V času mirovanja zavarovanec ali ožji družinski član ne more uveljavljati pravic iz vaše police. Pravice lahko ponovno uveljavlja šele naslednji dan po dnevni plačila celotne zapadle premije.
- 7.3. Zavarovalno kritje preneha s prenehanjem zavarovanja, in miruje v času, ko zapadla premija ni plačana.

8. PREMIJA

- 8.1. Premija je letna. Plačuje se vnaprej z dinamiko plačevanja, ki je določena v osnovnem zavarovanju. Premija je razvidna iz našega veljavnega premijskega cenika.
- 8.2. Premija se lahko plačuje skupaj s premijo osnovnega zavarovanja.

9. ZAKLJUČNE DOLOČBE

- 9.1. Ne krijemo stroškov medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, ki jo morate vi ali upravičenec predložiti ob nastanku zavarovalnega primera kot dokazilo o njegovem nastanku in obstoju.
- 9.2. Izdelava Drugega mnenja je v pristojnosti izvajalca Drugega mnenja. Naša naloga je, da v okviru vaše police plačujemo stroške izdelave Drugega mnenja, ne odgovarjamo pa za njegove strokovne napake in storitve.