

## KLAVZULA ZA ZAVAROVANJA V OKVIRU »PAKETA ŠPORTNIK« 03-OKS-02/17

Ta klavzula velja za nezgodna in nadstandardna zdravstvena zavarovanja, ki so vključena v **Paket Športnik** in se uporablja od 1. 7. 2017 dalje.

**Paket Športnik** vsebuje kritja glede na izbrano različico zavarovanja **Paket Športnik** (»Osnovni«, »Modri« ali »PRO«), kot prikazano v spodnji tabeli. Za zavarovanja v okviru **Paketa Športnik** veljajo splošni, posebni in dodatni pogoji, ki so navedeni ob kritjih, za katera je označeno (■), da jih vsebuje posamezna različica **Paketa Športnik**.

| Kritja↓  | Paket Športnik→ | Osnovni | Modri | PRO |
|--|-----------------|---------|-------|-----|
| <b>NEZGODNA ZAVAROVANJA</b>  |                 |         |       |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje 01-NEZ-01/08</li> <li>Posebni pogoji za nezgodno zavarovanje invalidnosti, operacij, zloma kosti, izpahov sklepov in opeklin 02-NEZ-22/14</li> </ul> |                 |         |       |     |
| Invalidnost zaradi nezgode   |                 | ■       | ■     | ■   |
| Zlomi, izpahi in opekline zaradi nezgode   |                 | ■       | ■     | ■   |
| Operacije zaradi nezgode   |                 | ■       | ■     | ■   |
| <b>NADSTANDARDNA ZDRAVSTVENA ZAVAROVANJA</b>   |                 |         |       |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Splošni pogoji prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja 01-PZZ-SPN-04/11</li> </ul>   |                 |         |       |     |
| Stroški samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah zaradi nezgode ali bolezni  |                 | ■       | ■     | ■   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Posebni pogoji zavarovanja samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah PZZ-C01-03/OKS</li> </ul>   |                 |         |       |     |
| Stroški nadstandardne nastanitve pri zdraviliškem zdravljenju zaradi nezgode ali bolezni   |                 |         | ■     | ■   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Posebni pogoji zavarovanja nadstandardne nastanitve pri zdraviliškem zdravljenju 02-PZZ-B08-04/14</li> </ul>  |                 |         |       |     |
| Stroški zdravil na samoplačniški recept zaradi nezgode ali bolezni   |                 |         |       | ■   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Posebni pogoji zavarovanja zdravil PZZ-B05-04</li> <li>Dodatni pogoji zavarovanja zdravil PZZ-B05-04/01</li> </ul>  |                 |         |       |     |
| Stroški nadstandardnih ortopedskih pripomočkov zaradi nezgode ali bolezni  |                 |         |       | ■   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Posebni pogoji zavarovanja nadstandardnih ortopedskih pripomočkov PZZ-B04-02/OKS</li> </ul>   |                 |         |       |     |



V odstopanju od navedenih splošnih, posebnih in dodatnih pogojev velja za vsa zavarovanja **Paket Športnik** naslednje:

### 1. OPREDELITEV IZRAZOV

Zavarovanje se nanaša na vsako akutno bolezen, stanje ali poškodbo, ki iz medicinskega razloga terja, da se opravi ena ali več zdravstvenih storitev, ki so predmet zavarovalne pogodbe, pri čemer so se simptomi, ki bi zavarovanca lahko napotili na zdravniški nasvet ali zdravljenje, pokazali po datumu, ko je bilo zavarovanje sklenjeno, oziroma jih je osebni ali družinski zdravnik diagnosticiral po datumu, ko je bilo zavarovanje prvič sklenjeno pri zavarovalnici.

Šteje se, da je bolezen ali stanje akutno, kadar je to medicinsko ugotovljeno, oziroma če trajanje ni daljše od treh mesecev ter da bolezen ali stanje predstavlja eno samo, kratkotrajno epizodo, po kateri se zavarovanec lahko vrne k vsakdanjim aktivnostim. Zavarovanje se ne nanaša na kronično bolezen ali stanje. Kronična bolezen ali stanje je običajno dolgotrajno in ponavljajoče, povzroči trajne zdravstvene posledice, bolnik pa potrebuje dolgotrajno opazovanje, zdravljenje, nadzor in nego.

Zavarovalni primer je dogodek, na podlagi katerega lahko zavarovanec uveljavlja pravice iz zavarovanja.

### 2. PRISTOPNA STAROST

Z zavarovanji v okviru **Paketa Športnik** je lahko zavarovana le oseba od 14. do 45. leta starosti in vsi vrhunski športniki z veljavno kategorizacijo perspektivnega, mednarodnega in svetovnega razreda Olimpijskega komiteja Slovenije (OKS).

### 3. ZAČETEK ZAVAROVANJ IN TRAJANJE

Zavarovanja iz **Paketa Športnik** začnejo veljati ob 00,00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, če je do tedaj plačana prva premija. Za plačilo prve premije šteje tudi s strani plačnika podpisana izjava, s katero dovoljuje odtegotvanje premije s svojega transakcijskega računa. Zavarovanja iz **Paketa Športnik** se sklepa za obdobje dveh let, razen v primeru vrhunskih športnikov z veljavno kategorizacijo perspektivnega, mednarodnega in svetovnega razreda OKS, kjer premijo sofinancira OKS, zavarovanje pa se sklepa za obdobje enega leta.

### 4. NEOBNOVITEV ZAVAROVANJ

Zavarovanja iz **Paketa Športnik** se ob izteku dogovorjene zavarovalne dobe ne obnovi. Zavarovalec lahko ob izteku zavarovanja sklene novo zavarovanje, in sicer po aktualni ponudbi zavarovalnice.

### 5. ČAKALNA DOBA

Ob prvi in ob naslednjih sklenitvah zavarovanj iz Paketa Športnik, ki vsebuje zavarovanja »Stroški samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah zaradi nezgode ali bolezni«, »Stroški nadstandardne nastanitve pri zdraviliškem zdravljenju zaradi nezgode ali bolezni« ali »Stroški

zdravil na samoplačniški recept zaradi nezgode ali bolezni« čakalne dobe ni za zavarovalne primere, ki so posledica nezgode.

## 6. SOUDELEŽBA

Na polici je lahko za zavarovanje »Stroški samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah zaradi nezgode ali bolezni« dogovorjena soudeležba zavarovanca v višini 19 % od vseh stroškov zdravstvenih storitev, ki jih zavarovanec uveljavlja iz tega zavarovanja, kar pomeni, da mora ta delež stroškov kriti zavarovanec sam.

*PRIMER: Stroški znašajo 3.000 €, neizkoriščena zavarovalna vsota iz tekočega zavarovalnega leta je 3.000 €, na polici je dogovorjena 19 % soudeležba. Zavarovalnica povrne stroške v višini:  $3.000 \text{ €} - (3.000 \text{ €} \times 0,19) = 2.430 \text{ €}$ . Soudeležba zavarovanca v tem primeru znaša 570 €.*

V primeru, ko je razlika med stroški in soudeležbo višja od neizkoriščene letne zavarovalne vsote, zavarovalnica povrne stroške v višini neizkoriščene letne zavarovalne vsote.

*PRIMER: Stroški znašajo 4.000 €, neizkoriščena zavarovalna vsota iz tekočega zavarovalnega leta je 3.000 €, na polici je dogovorjena 19 % soudeležba. Ker je razlika med stroški (4.000 €) in soudeležbo ( $4.000 \text{ €} \times 0,19 = 760 \text{ €}$ ) višja od neizkoriščene zavarovalne vsote iz tekočega zavarovalnega leta, zavarovalnica povrne stroške v višini 3.000 €.*

## 7. VSEBINA IN OBSEG ZAVAROVANJ ZA KRITJE FIZIOTERAPIJE

Skladno s 5. členom Posebnih pogojev zavarovanja Samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah PZZ-C01-03/OKS, obsega zavarovanje osnovno in dodatna kritja. S to klavzulo se omejuje obseg dodatnega kritja plačila stroškov fizioterapije v ambulantni obravnavi na način, da so stroški fizioterapije kriti izključno v naslednjih primerih:

- po opravljenem operativnem posegu;
- po zlomu kosti;
- po delnem ali popolnem izpahu sklepa in
- po delni ali popolni raztrganini mišic, tetiv in /ali vezi.

Primere iz tretje in četrte alineje je potrebno dokazati z ustrezno slikovno diagnostiko (npr. UZ, MRI).

Fizioterapijo se lahko za zgoraj navedene zavarovalne primere koristi največ eno leto po nastali bolezni ali poškodbi, oziroma se obdobje enega leta prične upoštevati po tistem, ko je bil zavarovanec sposoben za izvedbo fizioterapije (strokovno utemeljen začetek opravljanj fizioterapije), razen v primerih poškodovanih živcev, kjer je ta rok dve leti.

Za uveljavljanje storitev fizioterapije mora zavarovanec zavarovalnici predložiti medicinsko dokumentacijo (napotnica, izvidi, ki so nastali v času zdravljenja), ter drugo dokumentacijo na zahtevo zavarovalnice.

Zavarovanec izbere fizioterapevta iz skupine s strani zavarovalnice pooblaščenih fizioterapevtov ali fizioterapevta po lastni izbiri. V obeh primerih je zavarovancu odobreno medicinsko utemeljeno število potrebnih fizioterapevtskih obravnav, po predhodni odobritvi zavarovalnice, v skladu z 8. točko te klavzule.

Če zavarovanec izbere iz skupine s strani zavarovalnice pooblaščenega fizioterapevta, bo zavarovalnica stroške fizioterapije plačala neposredno izvajalcu teh storitev.

Če zavarovanec izbere fizioterapevta, ki iz skupine s strani zavarovalnice ni pooblaščen, mora stroške fizioterapije zavarovanec poravnati sam. Zavarovanec po opravljeni in plačani storitvi vloži vlogo pri zavarovalnici za povračilo stroškov zdravstvenih storitev na s strani zavarovalnice predpisanim obrazcu, ki mu predloži vso medicinsko dokumentacijo in originalen račun s specifikacijo opravljenih storitev ter poročilo o stanju zavarovanca po opravljeni fizioterapiji. Zavarovalnica v tem primeru zavarovancu povrne stroške za 4 fizioterapevtske obravnave, vendar največ v višini 200 € za posamezen zavarovalni primer.

V primerih, ko je potrebna dodatna fizioterapija zaradi posledic iste poškodbe ali bolezni, o vrsti in številu potrebnih dodatnih fizioterapevtskih obravnav odloča zavarovalnica na podlagi medicinske dokumentacije in strokovnega mnenja in/ali pregleda specialista ustrezne stroke z vidika potrebnosti teh obravnav.

## 8. UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZAVAROVANJ

Za uveljavljanje zdravstvenih storitev iz kritija »*Stroški samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah*« potrebuje zavarovanec predhodno odobritev zavarovalnice - avtorizacijo.

Pri izdaji avtorizacije se upošteva **datum nastanka potrebe po zdravstveni storitvi ali datum postavitve diagnoze (oziroma datum poškodbe pri poškodbi)**.

## 9. OMEJITVE IN IZKLJUČITVE KRITJA

Zavarovanje poleg izključitev, ki so navedene v 7. členu Posebnih pogojev zavarovanja samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah PZZ-C01-03/OKS, ne krije stroškov:

- zdravstvenih storitev, povezanih s kroničnimi boleznimi in stanji po tej klavzuli,
- potnih ali drugih telekomunikacijskih stroškov, ki so nastali ob uveljavljanju zdravstvenih storitev;
- zdravljenja s krvnimi pripravki in matičnimi celicami (kot npr. zdravljenje s trombocitno plazmo);
- ostalih metod zdravljenja, ki še niso dokazano uspešne in
- zdravstvenih storitev, za katere zavarovalnica ni dala soglasja (avtorizacije).

Prav tako pa zavarovalnica ne krije stroškov fizioterapije za naslednja stanja oziroma v naslednjih primerih:

- zaradi bolečin, ki so posledice poškodb in drugih vzrokov, in nimajo za posledico medicinsko dokazanih svežih poškodb kosti, mišic, vezi in /ali tetiv;
- pretreniranosti in čezmernih naporov, zaradi intenzivnosti udejstvovanja pri športu in drugih aktivnostih;
- če iz medicinskih vzrokov fizioterapija ni priporočljiva ali je odsvetovana (npr. v primeru kroničnih tendinopatij, miopatij, utrujenosti, pretreniranosti...).

## 10. KONČNE DOLOČBE

Če se določila Splošnih pogojev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, Posebnih pogojev in te klavzule razlikujejo, veljajo in se uporabljajo določila te klavzule, razen takrat, ko je to izrecno drugače urejeno, kar izhaja iz pogodbe.