

Posebni pogoji zavarovanja samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah

1. člen: Uvodne določbe

Posebni pogoji zavarovanja samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah (šifra 02-PZZ-C01-05/12, v nadaljevanju pogoji) so skupaj s Splošnimi pogoji prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja sestavni del zavarovalne pogodbe.

2. člen: Opredelitev Izrazov

- **Zavarovani dogodek** je vsaka akutna bolezen, stanje ali poškodba, 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 osebo 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 zavarovanje bilo sklenjeno.
- **Akutna bolezen ali stanje** je ena sama, kratkotrajna epizoda, po kateri se zavarovanec lahko vrne k vsakdanjim aktivnostim. Šteje se, da je bolezen ali stanje akutno, kadar je to medicinsko ugotovljeno, oziroma če trajanje ni daljše od treh mesecev.
- **Kronična bolezen ali stanje** je običajno dolgotrajno in ponavljajoče, povzroči trajne zdravstvene posledice, bolnik pa potrebuje dolgotrajno opazovanje, zdravljenje, nadzor in nego.
- **Zdravstvene storitve** so po teh pogojih strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji, ki se opravljajo v samoplačniških specialističnih ambulantah ali bolnišnicah v enodnevni obravnavi.
- **Enodnevna obravnava** je ambulantna zdravstvena oskrba osebe, ki traja manj kot štiriindvajset ur in ne preko noči.
- **Zdravstveni poseg** je zdravstvena storitev, ki presega navadni zdravniški pregled.

3. člen: Sklenitev in trajanje pogodbe

- (1) Ob prvi sklenitvi pogodbe je zavarovanec dolžan izpolniti vprašalnik o zdravstvenem stanju in s podpisom potrditi resničnost vpisanih podatkov. Vprašalnik je sestavni del ponudbe, razen če je s pogodbo določeno drugače.
- (2) Zavarovalnica lahko pred sklenitvijo pogodbe zahteva zdravniško spričevalo zavarovanca. V tem primeru je ponudbo za sklenitev pogodbe mogoče zavrniti tudi v daljšem roku, kot ga določajo splošni pogoji, vendar ne kasneje kot v tridesetih dneh.
- (3) Trajanje pogodbe je dve zavarovalni leti, razen če je s pogodbo določeno drugače.

4. člen: Čakalna doba ob sprejemu v zavarovanje

- (1) Ob prvi sklenitvi pogodbe je čakalna doba dva meseca. Med čakalno dobo zavarovalec plačuje premijo, vendar še ne more uveljavljati pravic iz pogodbe.
- (2) Ob obnovitvi pogodbe do enega meseca po preteku predhodne pogodbe ni čakalne dobe.

5. člen: Vsebina in obseg zavarovanja

- (1) Zavarovanje obsega osnovno in dodatna kritja.
- (2) Osnovno kritje obsega plačilo stroškov naslednjih zdravstvenih storitev:
 - specialističnih ambulantnih pregledov,
 - pripadajočih osnovnih laboratorijskih preiskav (preiskave krvi, urina, HPV test, dihalni test, PAP test, alergološki test),
 - pripadajočih osnovnih diagnostičnih preiskav (elektrokardiografija - EKG, elektroencefalografija - EEG, elektromiografija - EMG, rentgen - RTG, ultrazvok - UZ, mamografija, cikloergometrija, denzitometrija, tonometrija, avdiometrija, keratometrija, oscilometrija, perimetrija, telemetrija timpanometrija, vestibulometrija, merjenje pretoka urina, blokada).
 - Pregledi se opravljajo v specialističnih ambulantah na področjih dermatologije, ortopedije, nevrologije, interne medicine, fizikalne medicine, endokrinologije, otorinolaringologije, ginekologije in oftalmologije.
- (3) Dodatna kritja obsegajo plačilo stroškov:
 - zahtevnejših diagnostičnih preiskav (računalniška tomografija - CT, magnetna resonanca - MR, rentgenske preiskave s kontrastnim sredstvom),
 - fizioterapije v ambulantni obravnavi, največ do izbranega obsega kritja v zavarovalnem letu,
 - zdravstvenih posegov v enodnevni obravnavi, endoskopskih preiskav in preiskav tkiv in celic.
- (4) Zdravstvene storitve opravljajo izvajalci v samoplačniških ambulantah na območju Republike Slovenije izven javnega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovanje v tujini je možno koristiti izjemoma le v primerih, ki jih predhodno odobri zavarovalnica.
- (5) Zavarovanje krije stroške tistih zdravstvenih pregledov in zahtevnejših diagnostičnih preiskav, za katere je čakalna doba pri izvajalcih v Republiki Sloveniji v javnem sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja daljša od treh tednov. Čakalna doba pri izvajalcih se ugotavlja na podlagi javno objavljenih uradnih podatkov Zavoda za

zdravstveno zavarovanje Slovenije oziroma Ministrstva za zdravje.

- (6) Zavarovanje krije stroške tistih fizioterapevtskih storitev in zdravstvenih posegov, za katere je zavarovanec na podlagi specialističnega pregleda pridobil ustrezn izvid in mnenje zdravnika specialista.

6. člen: Omejitve in izključitve kritja

Zavarovanje ne krije stroškov:

- bolnišničnega in zdraviliškega zdravljenja s hospitalizacijo,
- zdravljenja v dejavnostih psihiatrije, klinične psihologije, revmatologije, stomatologije, intenzivne in urgentne medicine ter preventive,
- zdravljenja spolno prenosljivih bolezni, vključno z okužbo s HIV,
- patronažne zdravstvene nege,
- zdravstvenih storitev, povezanih s kroničnimi boleznimi in ponavljajočimi stanji, nosečnostjo, porodom, umetno oploditvijo in sterilizacijo,
- zdravljenja refrakcijskih napak očesa, artroskopskih posegov, zunajtelesnega drobljenja kamnov z udarnimi valovi v sečilih in operacij sive mreže,
- posegov, ki zahtevajo opazovanje preko noči,
- zdravstvenih storitev, opravljenih iz estetskih razlogov (debelost, lepotne operacije),
- zdravil, medicinsko-tehničnih pripomočkov in reševalnih prevozov,
- zdravstvenih storitev za ugotavljanje delazmožnosti v postopkih za invalidsko komisijo,
- zdravstvenih storitev, opravljenih pri izvajalcu (zdravnik, medicinska sestra, fizioterapevt), ki je ožji družinski član zavarovanca oziroma živi v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem,
- zdravstvenih storitev zaradi bolezni ali poškodb, ki so nastopile pred sklenitvijo pogodbe ali ob njej,
- zdravstvenih storitev zaradi očitne samozlorabe, samopoškodb, poskusa samomora, zasvojenosti z alkoholom, mamili ali psihoaktivnimi snovmi oziroma njihove zlorabe, ali kot posledica dogodkov, ki so povzročeni namerno oziroma z grobo malomarnostjo zavarovanca,
- zdravstvenih storitev, za katere ni dal soglasja minister, pristojen za zdravje,
- zdravstvenih storitev, za katere ni dala soglasja zavarovalnica.

7. člen: Uveljavljanje pravic iz pogodbe

- (1) Zavarovanec uveljavlja pravice iz zavarovanja na podlagi napotnice ali pisnega mnenja z namenom napotitve osebnega zdravnika in ob predhodni odobritvi zavarovalnice. Pravice iz dodatnih kritij uveljavlja na podlagi napotitve (pisno mnenje oziroma pisni izvid z mnenjem) po predhodno opravljenem specialističnem pregledu na sekundarnem nivoju.
- (2) Zavarovanec izbere izvajalca v soglasju z zavarovalnico. Zdravstvene storitve so zagotovljene skladno s predpisi s področja zdravstvene dejavnosti.
- (3) Zavarovalnica zagotavlja zavarovancu uveljavljanje pravic iz pogodbe v roku, ki ni daljši od 10 dni, pri tistih izvajalcih, ki imajo z zavarovalnico sklenjeno pogodbo o poslovnem sodelovanju. Zavarovalnica lahko izjemoma napoti zavarovanca tudi k nepogodbenemu izvajalcu.
- (4) V primerih, ko zavarovanec uveljavlja povrnitev stroškov storitev neposredno pri zavarovalnici, mora pisnemu zahtevku priložiti obračun storitev, originalni račun, potrdilo o plačilu, na podlagi zahteve zavarovalnice pa tudi drugo dokumentacijo.
- (5) Zavarovanec dovoljuje, da lahko zavarovalnica za preverjanje upravičenosti kritja stroškov zdravstvenih storitev zahteva pisno mnenje osebnega oziroma lečečega zdravnika in/ali kopijo zdravstvene dokumentacije.
- (6) Zavarovalnica ne prevzema odgovornosti za kakovost opravljene zdravstvene storitve.

8. člen: Končne določbe

- (1) Če se določila Splošnih pogojev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in teh pogojev razlikujejo, veljajo in se uporabljajo določila teh pogojev, razen takrat, ko je to izrecno drugače urejeno.
- (2) Ti pogoji veljajo, ko jih sprejme uprava ADRIATICA SLOVENICE Zavarovalne družbe d.d., uporabljajo pa se od 1. 3. 2012 dalje.