



Posebni pogoji zavarovanja samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah

1. člen: Uvodne določbe

Posebni pogoji zavarovanja samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah (šifra PZZ-C01-03/OKS, v nadaljevanju pogoji) so skupaj s Splošnimi pogoji prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja sestavni del pogodbe.

2. člen: Sklenitev in trajanje pogodbe

- (1) Ob prvi sklenitvi pogodbe ni potrebno izpolniti vprašalnika o zdravstvenem stanju.
- (2) Trajanje pogodbe je eno zavarovalno leto, razen če je s pogodbo določeno drugače.

3. člen: Čakalna doba ob sprejemu v zavarovanje

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

4. člen: Vsebina zavarovanja

- (1) Zavarovanje krije stroške, ki zavarovancu nastanejo ob koriščenju zdravstvenih storitev v samoplačniških specialističnih ambulantah.
- (2) Zavarovanje se izvaja na območju Republike Slovenije. V dogovoru z zavarovalnico se lahko storitev opravi tudi izven območja Republike Slovenije.

5. člen: Obseg zavarovanja

- (1) Zavarovanje obsega osnovno in dodatna kritja.
- (2) Osnovno kritje obsega:
 - plačilo stroškov prvega in kontrolnih specialističnih ambulantnih pregledov,
 - plačilo stroškov pripadajočih osnovnih diagnostičnih preiskav in
 - plačilo stroškov pripadajočih laboratorijskih preiskav.
- (3) Dodatna kritja obsegajo:
 - plačilo stroškov zahtevnejših diagnostičnih preiskav CT (računalniške tomografije) in MR (magnetne resonance),
 - plačilo stroškov fizioterapije v ambulantni obravnavi ter
 - plačilo stroškov medicinskih posegov v specialistično ambulantni obravnavi in stroškov neurgentnih operativnih posegov, 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.
- (4) Dodatna kritja je mogoče vključiti v zavarovanje le, če je vanj vključeno osnovno kritje.

6. člen: Zavarovalna vsota

Zavarovanje je možno skleniti za eno zavarovalno vsoto. Višina zavarovalne vsote je odvisna od izbranega obsega kritij.

7. člen: Omejitve in izključitve kritja

Zavarovanje ne krije stroškov:

- zobozdravstvenih storitev,
- zdravstvenih storitev, povezanih z nosečnostjo, porodom, umetno oploditvijo in sterilizacijo,
- zdravstvenih storitev, opravljenih iz estetskih razlogov,
- preventivnih zdravstvenih storitev,
- zdravstvenih storitev alternativne diagnostike, zdravljenja ali rehabilitacije, za katere ni dal soglasja minister, pristojen za zdravje,
- zdravstvenih storitev, povezanih z debelostjo ali zmanjševanjem telesne teže, razen v primeru bolezni,
- zdravstvenih storitev zaradi poškodb, ki si jih zavarovanec sam zada, očitne samozlorabe, poskusa samomora, zasvojenosti z alkoholom, mamili ali psihoaktivnimi snovmi oziroma njihove zlorabe,
- zdravstvenih storitev za ugotavljanje delazmožnosti v postopkih za invalidsko komisijo,
- zdravlil in medicinsko-tehničnih pripomočkov,
- reševalnih prevozov,
- patronažne zdravstvene nege,
- zdravstvenih storitev, opravljenih pri izvajalcu (zdravnik, medicinska sestra, fizioterapevt), ki je ožji družinski član zavarovanca oziroma živi v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem,
- prevozov do izvajalca.

8. člen: Uveljavljanje pravic iz pogodbe

- (1) Zavarovanec uveljavlja pravice iz zavarovanja v specialistični ambulanti na podlagi napotnice osebnega zdravnika. Pravice iz dodatnih kritij uveljavlja na podlagi napotitve po predhodno opravljenem specialistično ambulantnem pregledu.
- (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, potrđilo o plačilu in če tako zahteva zavarovalnica, 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.

9. 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. 11. 2007 dalje.