

Zdravstveno zavarovanje



Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

Zavarovalnica: Zavarovalnica Sava, zavarovalna družba, d. d., Slovenija

Produkt: Zdravstveno zavarovanje Zdravje

Kolektivno zdravstveno zavarovanje Specialisti

Ta dokument z informacijami o zavarovalnem produktu je namenjen le povzetku nekaterih glavnih kritij in izključitev ter ni prilagojen vašim individualnim potrebam ter zahtevam. Celotne informacije o zavarovalnem produktu oz. ostale pravice in obveznosti strank so na voljo v drugih dokumentih (v zavarovalnih pogojih, na zavarovalni polici, ponudbi ali drugih dokumentih, ki jih prejmete pred ali po sklenitvi zavarovanja). Svetujemo vam, da si z namenom seznanitve z zavarovalnim produktom v celoti, natančno preberete vso omenjeno dokumentacijo.

Za kakšno vrsto zavarovanja gre?

Zavarovanje vključuje asistenčne storitve organiziranja in naročanja ter kritje stroškov zdravstvenih storitev. V primeru novo nastale bolezni, stanja ali poškodbe, za katero je zavarovanec pridobil zdravniško napotilo, mu zavarovanje omogoča enostaven in hiter dostop do zdravstvenih storitev. Obseg izbranih kritij je določen na polici.



Kaj je zavarovano?

Zavarovanje, glede na izbrana kritja, vključuje **asistenčno storitev** ter plačilo stroškov:

- ✓ **specialističnih ambulantnih storitev**, ki krijejo: **specialistične ambulantne preglede** pri specialistu na spodaj zapisanih področjih, **osnovne preiskave** kot so laboratorijske preiskave krvi in urina, EEG, EKG, RTG, UZ.... in **enostavne ambulantne posege** med katere spadajo tudi aplikacija blokade, odstranitev manjšega kožnega izrastka, odstranitev tujka punkcija...;
- ✓ **zahtevnih diagnostičnih preiskav**, ki med drugim vključujejo magnetno resonanco, računalniško tomografijo, endoskopski UZ, gastrokopijo, kolonoskopijo in druge;
- ✓ **zdravstvenih posegov v enodnevni obravnavi**, ki krijejo operativno zdravljenje krčnih žil, artroskopijo kolcolca, gležnja in kolena, operacijo krpalnega kanala, operacijo hemoroidov, operacijo trebušne kile in druge;
- ✓ **ambulantne fizioterapije**, ki so nadaljevanje specialistične zdravstvene obravnave in so potrebne za zdravljenje novo nastale bolezni, stanja in poškodbe;
- ✓ **psihološke obravnave**, ki vključuje storitve ambulantne psihologije pri zdravljenju duševnih motenj in stanj v primerih, ki so nastali v času trajanja zavarovanja;
- ✓ **zdravil**, predpisanih na beli recept, s strani splošnega zdravnika ali zdravnika specialista;
- ✓ **zobozdravstvenih storitev in zobnoprostetične rehabilitacije**, zaradi poškodbe, predhodno zdravega in nepoškodovanega zoba, ki je nastala kot posledica nezgode;
- ✓ **posveta na daljavo** z zdravnikom specialistom splošne/družinske medicine oziroma druge ustrezne specialnosti.

Zavarovanje, po preteku čakalnega roka, v odvisnosti od izbranih kritij krije zgornje stroške v primeru novo nastale bolezni, stanja ali poškodbe za katere je zavarovanec v času jamstva pridobil zdravniško napotilo (eNapotnica osebnega zdravnika ali zdravnika specialista ali pisno mnenje izvajalca ali delovni nalog za izvajanje ambulantne fizioterapije), ki utemeljeno opravičuje zdravstvene ukrepe na področjih angiologije, endokrinologije, dermatologije, fizikalne medicine, gastroenterologije, ginekologije (sekundarna raven), hematologije, kardiologije, nefrologije, nevrologije, oftalmologije, ortopedije, otorinolaringologije, psihologije, proktologije, pulmologije, tireologije in urologije.



Kaj ni zavarovano?

Zavarovalnica ne krije stroškov zdravljenja:

- ✗ za bolezen ali stanje, glede katerega se je zavarovanec v času čakalnega roka že zavedal simptomov ali se je že zdravil, prejel zdravila ali se je nameraval zdraviti ali se je že posvetoval z usposobljenim zdravstvenim strokovnjakom, in sicer tudi, če diagnoza ni bila postavljena;
- ✗ za vsa predhodna obstoječa zdravstvena stanja v obdobju prvih dveh (2) let od datuma začetka zavarovanja;
- ✗ zdravstvenih storitev, povezanih s kroničnimi boleznimi in ponavljajočimi stanji;
- ✗ storitev alternativnega, komplementnega ali eksperimentalnega zdravljenja;
- ✗ bolnišničnega in zdraviliškega zdravljenja s hospitalizacijo;
- ✗ zdravljenja refrakcijskih okvar očesa (kratkovidnost, daljnovidnost, astigmatizem) razen, če so posledica nezgode;
- ✗ zdravljenja v dejavnostih alergologije, diabetologije, psihiatrije, ginekologije (preventivnih rednih obdobjih ginekoloških pregledov na primarni ravni), revmatologije, stomatologije, intenzivne in urgentne medicine ter preventive.

Seznam ostalih omejitev zavarovalnega kritja je podrobno opisan v zavarovalnih pogojih.



Ali je kritje omejeno?

- ! Zavarovalna vsota je navedena na zavarovalni polici.

Zavarovanje krije v posameznem zavarovalnem letu, v skladu z veljavnimi pogoji ter izbranimi kritji, stroške vseh zdravstvenih storitev skupaj do višine letne zavarovalne vsote, in sicer za:

- ! specialistične ambulante storitve;
- ! največ dve (2) zahtevni diagnostični preiskavi;
- ! zdravstvene posege v enodnevni obravnavi;
- ! največ deset (10) obravnav ambulatne fizioterapije, vendar ne več kot do višine letne zavarovalne vsote;
- ! največ tri (3) psiholoških obravnav in predhodni specialistični ambulantni pregled pri zdravniku specialistu psihologu;
- ! zdravila, predpisana na beli recept;
- ! zobozdravstvenih storitev in zoboprotetične rehabilitacije.

Seznam vseh omejitev je podrobno opisan v zavarovalnih pogojih.



Kje velja zavarovanje?

- ✓ Vse storitve zavarovanci opravijo v izbranih specialističnih centrih v Sloveniji in, izjemoma, po odobritvi pri drugih izvajalcih tudi v tujini.



Kakšne so moje obveznosti?

- Zavarovalno premijo morate plačati pravočasno in v skladu z dogovorjenim načinom in pogostostjo plačila.
- Obveščanje zavarovalnice o spremembah (sprememba stalnega prebivališča, ipd.).
- O nastanku asistenčnega primera (nastanek bolezni ali poškodbe, za katero je zavarovanec v času jamstva pridobil zdravniško napotilo) morate obvestiti zavarovalnico s klicem v asistenčni center zavarovalnice na brezplačno telefonsko številko 080 19 20.



Kdaj in kako plačam?

Dogovor o načinu plačila je vpisan na zavarovalni polici. Prva premija se plača ob sklenitvi zavarovanja z gotovino, po računu, plačilno ali kreditno kartico ali UPN obrazca, nadaljnje premije pa preko računa, direktne obremenitve ali UPN obrazca. Premija se plačuje za celo obdobje trajanja zavarovanja. Premija mora biti plačana za ves čas trajanja zavarovalnega jamstva.



Kdaj zavarovanje začne in kdaj neha veljati?

Zavarovanje začne veljati ob 00.00 uri tistega dne, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja. Zavarovanje velja za obdobje enega leta, če ni drugače dogovorjeno.

Zavarovalec ima pravico do vsakokratnega podaljšanja zavarovanja za eno leto pod enakimi pogoji, pri čemer se podaljšanje izvede molče. V vsakem primeru se zavarovanje lahko nazadnje podaljša z začetkom tistega zavarovalnega leta, v katerem bo zavarovanec dopolnil 65. leto starosti.

Zavarovanje preneha tistega dne, ko zavarovanec umre ali ob koncu tistega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 65. leto starosti ali z odpovedjo pogodbe s strani zavarovalnice ali zavarovalca ali s potekom zavarovanja.



Kako lahko odstopim od pogodbe?

Zavarovanje lahko prekinete s pisnim obvestilom vsaj tri mesece pred iztekom zavarovalnega leta.