

Zdravstveno zavarovanje

Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu



Zavarovalnica: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.

Produkt: : **Specialisti+**

Namen tega dokumenta je zagotoviti povzetek informacij o določenem zavarovalnem produktu in ni prilagojen vašim individualnim potrebam ter zahtevam. Popolne predpogodbene in pogodbene določbe o zavarovalnem produktu so podane v drugih dokumentih (v zavarovalnih pogojih, na ponudbi, zavarovalni polici ali drugih dokumentih, ki jih prejmete pred ali po sklenitvi zavarovanja). Natančno preberite vso dokumentacijo, da boste z zavarovanjem seznanjeni v celoti.

Za kakšno vrsto zavarovanja gre?

Zavarovanje **Specialisti+** je prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki krije stroške samoplačniško opravljenih storitev specialistične ambulantne obravnave, diagnostike, posegov, ambulantne rehabilitacije in zdravil za obravnavo novonastale bolezni, stanja ali poškodbe, nastale v času trajanja zavarovanja. Zavarovanje lahko sklenete v individualni, družinski ali kolektivni obliki.



Kaj je zavarovano?

Zavarovanje krije stroške:

- ✓ Specialističnih pregledov, enostavnih diagnostičnih preiskav (npr.: laboratorijske preiskave, rentgen, ultrazvok, EKG) in enostavnih ambulantnih posegov (npr.: punkcija, odstranitev tujka, oskrba rane, aplikacija zdravila);
- ✓ Zahtevnih diagnostičnih postopkov (npr.: računalniška tomografija – CT, magnetna resonanca – MR);
- ✓ Posegov v enodnevni bolnici, kot so opredeljeni v splošnih pogojih;
- ✓ Ambulantne rehabilitacije (npr.: fizioterapija, govorna in delovna terapija);
- ✓ Zdravil, ki so predpisana ob obravnavi novonastale bolezni in izdana v lekarni.

Celoten nabor storitev je naveden v zavarovalni pogodbi.



Kaj ni zavarovano?

- ✗ Stroški zdravstvenih obravnav stanj, ki so nastopila pred sklenitvijo zavarovanja.
- ✗ Stroški zdravstvenih obravnav kroničnih bolezni ter bolezni ali stanj, ki so nastopila v času karence ali so navedeni med izključitvami obveznosti v splošnih pogojih zavarovanja.
- ✗ Stroški zdravstvenih storitev na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, preventivnih pregledov in genetskih preiskav.
- ✗ Stroški nujne medicinske pomoči.

Celoten nabor izključitev je naveden v zavarovalni pogodbi.



Ali je kritje omejeno?

- ! Karenca v primeru bolezni je 3 mesece.
- ! Letna zavarovalna vsota je navedena na polici (do 30.000 EUR), z omejeno višino za posamezna kritja.
- ! V zavarovalnem letu vam zaradi enakega razloga obravnave krijemo stroške največ 3 specialističnih obravnav, 2 zahtevnih diagnostičnih postopkov in 2 posegov.
- ! Ko se novonastala bolezen, stanje ali poškodba opredeli kot kronična, do kritja stroškov nadaljnjih zdravstvenih storitev niste več upravičeni.
- ! Stroške ambulantne rehabilitacije v obsegu določenem v pogodbi, vam zaradi enakega razloga obravnave krijemo le ob prvi pojavitvi novonastale bolezni.



Kje je zavarovanje veljavno?

- ✓ Zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev, ki so opravljene v Republiki Sloveniji in državah Evropske unije.



Kakšne so moje obveznosti?

- Pravice iz zavarovanja uveljavljate s predhodno najavo preko asistenčnega centra Zdravstvena točka.
- Navajajte resnične in popolne podatke, pomembne za sklenitev ali izvajanje zavarovalne pogodbe.
- Zavarovalno premijo plačujte v celoti v dogovorjenem roku in na dogovorjeni način.
- Posredujte podatke o zgodovini vašega zdravstvenega stanja, če bo zavarovalnica to zahtevala.
- Upoštevajte navodila izvajalca zdravstvenih storitev in po potrebi zavarovalnici predložite vso relevantno medicinsko dokumentacijo.



Kdaj in kako plačam?

Zavarovalno premijo plačate z dinamiko in načinom plačevanja dogovorjenim z zavarovalnico do določenega dneva zapadlosti.



Kdaj zavarovanje začne in kdaj neha veljati?

Zavarovanje prične veljati z dnem, ki je na zavarovalni polici zapisan kot datum začetka zavarovanja. Začetek zavarovalnega jamstva je enak datumu začetka zavarovanja, vendar ne pred potekom karence za bolezenska stanja in plačilom zapadle zavarovalne premije.

Zavarovanje preneha s potekom časa, za katerega je sklenjeno, če se s podaljšanjem oz. obnovitvijo zavarovanja za enako trajanje ne strinjate. Ne glede na to zavarovanje preneha, ko poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec dopolnil 65. leto starosti, razen, če je z zavarovalno pogodbo dogovorjeno drugače.

Zavarovalnica lahko v primeru neplačevanja zavarovalne premije razdre zavarovalno pogodbo.



Kako lahko odstopim od pogodbe?

Med trajanjem zavarovanja zavarovalne pogodbe ne morete enostransko razdreti. Razdrtje je mogoče dogovoriti samo sporazumno in če za to obstajajo utemeljeni razlogi.

V primeru, da se s podaljšanjem oz. obnovitvijo zavarovanja ne strinjate, imate pravico, da s pisno izjavo tega ne sprejmete.

V primeru spremembe določil splošnih pogojev zavarovanja, višine zavarovalne premije ali letne zavarovalne vsote lahko odpoveste zavarovalno pogodbo v 30 dneh od dneva obvestila o spremembi.