

Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje NLB Vita Specialist

1 Uvodna pojasnila

1.1 **Zdravstveno zavarovanje NLB Vita Specialist** (v nadaljevanju zavarovanje) je prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki v obsegu, na način in skladno s temi splošnimi pogoji zagotavlja uporabo asistenčnih storitev ter krije stroške specialističnih ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav, zdravstvenih posegov v enodnevni obravnavi, fizioterapij, izdanih zdravil na beli recept in zdravstvenega posveta.

1.2 **Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje** (v nadaljevanju splošni pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe o zavarovanju, ki je sklenjena med zavarovalcem in zavarovalnico. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe zavarovalec soglaša z določili teh splošnih pogojev in jih sprejema.

1.3 Z **zavarovalno pogodbo o zavarovanju** (v nadaljevanju zavarovalna pogodba) se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačal dogovorjeno zavarovalno premijo, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo ob nastopu zavarovalnega primera, v skladu z veljavnimi splošnimi pogoji, zagotovila zavarovancu uporabo asistenčnih storitev ter plačilo stroškov specialističnih ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav, zdravstvenih posegov v enodnevni obravnavi, fizioterapij, izdanih zdravil na beli recept in zdravstvenega posveta.

1.4 Poleg teh splošnih pogojev so **sestavni deli** zavarovalne pogodbe tudi: ponudba, polica, seznam specialističnih ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav in zdravstvenih posegov v enodnevni obravnavi ter fizioterapij (v nadaljevanju Seznam storitev), morebitne posebne pisne izjave zavarovalca, zavarovanca in zavarovalnice ter druge priloge in dodatki k polici.

1.5 Izrazi, navedeni v teh splošnih pogojih oziroma v sestavnih delih, imajo naslednji pomen:

- **Zavarovalec** je fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo in plača premijo. Zavarovalnica je v primeru spremembe zavarovalca upravičena obračunati stroške, povezane s spremembo, v višini, kot so določeni v vsakokrat veljavnem ceniku zavarovalnice.
- **Zavarovanec** (zavarovana oseba) je fizična oseba, ki ima prebivališče v Republiki Sloveniji in je deležna pravic iz zavarovalne pogodbe.
- **Zavarovalnica** je Vita, življenjska zavarovalnica, d.d., Trg republike 3, 1000 Ljubljana.
- **Upravičenec** za uveljavljanje storitev zavarovanja je zavarovanec.
- **Ponudba** je pisni predlog za sklenitev ali spremembo zavarovalne pogodbe, ki vsebuje vse bistvene podatke, ki so potrebni za odločitev zavarovalnice o sprejemu zavarovanca v zavarovanje ali spremembi obstoječega zavarovanja.
- **Polica** je listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi, ki vsebuje vse bistvene sestavine zavarovanja. Če se spremenijo bistvene sestavine zavarovanja, lahko zavarovalnica polico dopolni ali jo nadomesti z novo polico, ki odraža takšno spremembo.
- **Premija** so dogovorjena denarna sredstva, ki jih zavarovalec plača zavarovalnici. Višina premije je odvisna od starosti zavarovane osebe, višine zavarovalnih vsot ter obsega zavarovalnega kritja.
- **Zavarovalna vsota** je najvišji znesek za plačilo, do katerega jamči zavarovalnica v primeru izvedenih zdravstvenih storitev, opredeljenih v teh pogojih, ali izdanih zdravil na beli recept, v enem zavarovalnem letu.
- **Zavarovalnina** je znesek stroškov zdravstvenih storitev in izdanih zdravil na beli recept, ki ga zavarovalnica plača ob nastopu zavarovalnega primera.
- **Zavarovalni primer** je dogodek, ki nastopi v času trajanja zavarovalnega kritja in na podlagi katerega nastane obveznost zavarovalnice iz zavarovalne pogodbe.
- **Zavarovalno leto** je vsakokratno obdobje enega leta, ki se prične z datumom začetka zavarovanja, ki je določen na polici.
- **Čakalni rok** je časovno omejeno obdobje dveh mesecev od datuma začetka zavarovanja, v katerem je zavarovalec dolžan plačevati premijo in v katerem zavarovanec ne more uveljavljati pravic iz zavarovalne pogodbe. Čakalni rok se ne upošteva v primeru uporabe asistenčnih storitev ter v zvezi s

poškodbami, ki so nastale po začetku zavarovanja, če so le-te posledica nezgode. Čakalni rok se ne upošteva v primeru tihega podaljševanja zavarovanja in v primeru, da ob ponovni sklenitvi zavarovanja od prenehanja veljavnosti starega do pričetka trajanja novega zavarovanja istega zavarovanca ni poteklo več kot 2 meseca.

- **eNapotnica** je dokument s potrebnimi podatki, ki vsebuje številko eNapotnice oziroma napotnice in vrsto zdravstvene storitve, na katero je zavarovanec napoten, ter stopnjo nujnosti, s katero izbrani ali pooblaščen zdravnik prenaša pooblastila za zdravljenje na druge zdravnike, ki so na isti ali višji ravni.
- **Beli recept** je uradni samoplačniški receptni obrazec.
- **Kronična bolezen ali stanje** je bolezen ali stanje, ki se razvija počasi, je dolgotrajno in ponavljajoče, povzroči trajne zdravstvene posledice; bolnik potrebuje stalen medicinski nadzor, zdravljenje, opazovanje in nego. Za kronično bolezen se štejejo tudi pričakovani zapleti in druga bolezenska stanja zaradi kronične bolezni.
- **Nalog** je listina, ki jo izda zavarovalnica v odobrenem obsegu in omogoča zavarovancu dostop do zdravstvenih storitev pri navedenem izvajalcu. Nalog izda zavarovalnica po prejemu popolne dokumentacije, na podlagi katere lahko ugotovi svojo obveznost.
- **Nezgoda** je zunanji, nenaden, nepredviden, bodoč in od vôle zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančovo telo.
- **Novonastala bolezen, stanje ali poškodba** je prvič medicinsko ugotovljena bolezen, stanje ali poškodba, ki nastopi po sklenitvi zavarovanja v času trajanja zavarovalnega kritja ter po preteku čakalnega roka in ni posledica predhodnega obstoječega zdravstvenega stanja.
- **Ponavljajoča se bolezen, stanje ali poškodba** je bolezen, stanje ali poškodba, ki se ponavlja z izmenjavo boljšega in slabšega zdravstvenega stanja, z vmesnimi remisijskimi obdobji. Bolezen ni kronična in je ozdravljiva. Šteje se, da je bolezen, stanje ali poškodba ponavljajoča, ko je to medicinsko ugotovljeno oziroma ko zavarovanec opravi 10 specialističnih ambulantnih storitev ali zahtevnih diagnostičnih preiskav ali zdravstvenih posegov v enodnevni obravnavi ali fizioterapij zaradi istega razloga obravnave.
- **Pogodbeni izvajalec** je fizična ali pravna oseba, ki ima z zavarovalnico sklenjeno pogodbo in na podlagi dovoljenja opravlja zdravstvene storitve ali z zdravstvenimi storitvami povezane dejavnosti.
- **Poškodba** je okvara zdravja (sprememba, prizadetost tkiva, organa, organizma zaradi nenadnega delovanja zunanje sile), ki je posledica nezgode in ne vsebuje elementov bolezni ali degenerativnega procesa, ki povečuje nagnjenost k poškodbam.
- **Predhodno obstoječe zdravstveno stanje** je bolezen, stanje ali poškodba, ki je nastopila v obdobju štirih let pred sklenitvijo zavarovanja oziroma ob sklenitvi zavarovanja obstoji in je zavarovancu znana ali mu ni mogla ostati neznan, ne glede na to, ali je bila diagnosticirana oziroma zdravljena.
- **Soudeležba** je lastna udeležba zavarovanca pri plačilu deleža stroškov zdravstvenih storitev v primeru uveljavljanja pravic iz zavarovanja, če je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo.
- **Zdravstvene storitve** so strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji in v tujini, ki se opravljajo pri pogodbenih in nepogodbenih izvajalcih.

2 Osebe, ki jih je mogoče zavarovati

2.1 Zavarovanec je lahko oseba, ki je ob sklenitvi zavarovanja dopolnila najmanj 18 in največ 64 let starosti in ob izteku zavarovanja ne bo stara več kot 65 let, ter je vključena v obvezno zdravstveno zavarovanje v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

2.2 Starost zavarovanca se določi kot razlika med datumom začetka zavarovanja in datumom rojstva zavarovanca.

2.3 Osebe, ki jim je bila poslovna sposobnost popolnoma odvzeta, ne morejo biti zavarovane.

3 Sklenitev zavarovalne pogodbe

- 3.1 Zavarovalna pogodba se sklene na podlagi pisne ponudbe zavarovalnici, ki jo zavarovalec (kot ponudnik) predloži na obrazcu zavarovalnice. Ponudnik mora v ponudbi navesti resnične, točne in popolne podatke, ki so pomembni za sklenitev zavarovalne pogodbe in oceno nevarnosti.
- 3.2 Ponudba obvezuje ponudnika 8 dni od dneva, ko je prispela na sedež zavarovalnice. Če zavarovalnica ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa zavarovanje, ne sprejme v roku 8 dni po njenem prejemu, mora o tem pisno obvestiti ponudnika. V nasprotnem primeru se šteje, da je zavarovalnica ponudbo sprejela in je zavarovalna pogodba sklenjena z dnem prejema ponudbe.
- 3.3 Zavarovalnica lahko zavrne ponudbo brez navajanja razlogov. Če je zavarovalnica pripravljena ponudbo sprejeti s posebnimi pogoji, se šteje, da je bila poslana nasprotna ponudba. Če zavarovalec v roku 8 dni od dneva prejema nasprotne ponudbe to sprejme oziroma plača premijo, se šteje, da je zavarovanje pričelo veljati z dnem, ko je zavarovalec na nasprotno ponudbo pristal oziroma plačal premijo.
- 3.4 Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora za veljavnost zavarovalne pogodbe ponudbo podpisati tudi zavarovanec oziroma mora zavarovalec k ponudbi priložiti pisno soglasje zavarovanca.
- 3.5 Pri zavarovalnih pogodbah, sklenjenih na daljavo, se šteje, da je pogodba sklenjena s plačilom premije oziroma s plačilom prvega obroka premije.
- 3.6 Zavarovalna pogodba in njeni sestavni deli so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki.

4 Resničnost podatkov, pomembnih za oceno nevarnosti

- 4.1 Zavarovalec oziroma zavarovanec sta ob sklenitvi zavarovalne pogodbe dolžna prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so jima znane oziroma jima niso mogle ostati neznanne.
- 4.2 Zavarovalnica je pri odločanju o sprejemu vsake ponudbe upravičena domnevati:
- da so vse trditve o dejstvih in okoliščinah, ki so navedene v sestavnih delih zavarovalne pogodbe, resnične;
 - da poleg dejstev in okoliščin, ki so razvidne iz sestavnih delov zavarovalne pogodbe, ne obstajajo nobene druge okoliščine, ki bi same po sebi ali v povezavi z drugimi okoliščinami lahko vplivale na oceno nevarnosti nastopa zavarovalnega primera v času trajanja zavarovanja.
- 4.3 Šteje se, da sta zavarovalec oziroma zavarovanec z oddajo ponudbe izrecno potrdila resničnost domnev iz točke 4.2.
- 4.4 Če je zavarovalec ali zavarovanec namenoma netočno prijavil ali namenoma zamolčal kakšno okoliščino takšne narave, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovalne pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev zavarovalne pogodbe ali odkloni izplačilo zavarovalnine. Če je bila pogodba razveljavljena, obdrži zavarovalnica že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev zavarovalne pogodbe. Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitev zavarovalne pogodbe oziroma odkloni izplačilo zavarovalnine, preneha, če zavarovalnica v treh mesecih od dneva, ko je izvedela za neresničnost prijave ali zamolčanje, ne izjavi zavarovalcu, da jo namerava uporabiti.
- 4.5 Če je zavarovalec ali zavarovanec netočno prijavil ali zamolčal kakšno okoliščino, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za neresničnost ali nepopolnost prijave, po lastni izbiri:
- izjavi, da odstopa od zavarovalne pogodbe, pri čemer je zavarovalna pogodba razdrta po izteku 14 dni od dneva, ko je zavarovalnica pisno sporočila svoj odstop zavarovalcu; ali
 - predlaga povišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo, pri čemer je zavarovalna pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v 14 dneh od dneva, ko ga je prejel.
- Če se zavarovalna pogodba razdre, mora zavarovalnica vrniti del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalne dobe.
- 4.6 Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razdrtjem pogodbe oziroma pred dosegom sporazuma o zvišanju premije skladno s točko 4.5, se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost. Če je bila

neresnično ali nepopolno prijavljena okoliščina takšne narave, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari, uporaba pravila o sorazmernem zmanjšanju zavarovalne vsote pomeni, da zavarovalnica odkloni izplačilo.

5 Trajanje zavarovanja

- 5.1 Zavarovanje je sklenjeno za zavarovalno dobo, ki je opredeljena na polici. Če je na polici naveden samo datum začetka zavarovanja, je zavarovanje sklenjeno za eno leto in se tiho podaljšuje iz leta v leto, dokler ga katera od strank pisno ne odpove v skladu s točkama 12.3 in 12.4 oziroma dokler ne preneha v skladu z določili točke 5.4.
- 5.2 Zavarovanje se prične ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja, pod pogojem, da je bila ob sklenitvi plačana prva premija. V primeru, da prva premija ni bila plačana, prične zavarovanje veljati ob 00.00 naslednjega dne po plačilu premije, če ni bilo na polici izrecno dogovorjeno drugače.
- 5.3 Zavarovanje preneha ob 24.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot datum prenehanja zavarovanja, če je ta določen. Če datum prenehanja na polici ni določen, zavarovanje preneha v skladu z določili točke 5.4.
- 5.4 Zavarovalna pogodba v celoti preneha ob 24.00 tistega dne:
- ki je na polici naveden kot datum prenehanja zavarovanja;
 - ko poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec dopolnil 65 let;
 - ko zavarovanec umre;
 - ko je zavarovancu s pravnomočno odločbo sodišča popolnoma odvzeta poslovna sposobnost;
 - ko je zavarovalna pogodba odpovedana v skladu s točkami 12.3, 12.4 oziroma 12.5;
 - ko nastopijo posledice neplačila premije v skladu s točko 10.5.
- 5.5 S prenehanjem zavarovanja je zavarovalnica prosta vseh svojih obveznosti, razen obveznosti v primeru nastopa zavarovalnega primera v času veljavnosti zavarovalnega kritja.

6 Doba zavarovalnega kritja

- 6.1 Zavarovalno kritje se začne z datumom začetka zavarovanja ob pogoju, da je bila plačana prva premija, in preneha s prenehanjem zavarovanja.
- 6.2 Zavarovalno kritje za koriščenje specialističnih ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav, zdravstvenih posegov v enodnevni obravnavi, fizioterapij, zdravstvenega posveta in stroške izdanih zdravil na beli recept zaradi novonastalih bolezni ali stanj se prične po poteku čakalnega roka, ob pogoju, da so bile plačane vse do takrat zapadle premije.
- 6.3 Če je zavarovanec v zavarovalnem letu že izkoristil letno zavarovalno vsoto, zavarovalno kritje za to zavarovalno leto preneha.

7 Vsebina in obseg zavarovanja ter obveznosti zavarovalnice

- 7.1 Zavarovanje glede na izbrana kritja in letne zavarovalne vsote ter število obravnav, ki so dogovorjene v zavarovalni pogodbi, zagotavlja asistenčno storitev in v primeru novonastale bolezni, stanja ali poškodbe krije stroške zdravstvenih storitev, ki so navedene na Seznamu storitev, s področja angiologije, endokrinologije, dermatologije, fizikalne medicine, gastroenterologije, ginekologije (sekundarna raven), hematologije, kardiologije, nefrologije, nevrologije, oftalmologije, ortopedije, otorinolaringologije, proktologije, pulmologije, tireologije in urologije, in sicer:
- specialističnih ambulantnih storitev,
 - zahtevnih diagnostičnih preiskav,
 - zdravstvenih posegov v enodnevni obravnavi,
 - fizioterapij in
 - zdravstvenega posveta,
- ter stroške izdanih zdravil na beli recept.
- 7.2 Zavarovanje krije stroške specialističnih ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav, zdravstvenih posegov v enodnevni obravnavi in fizioterapij, ki so navedeni na Seznamu storitev, na podlagi zdravniškega napotila (kot npr. eNapotnica osebnega zdravnika ali zdravnika specialista, pisno mnenje izvajalca ali delovni nalog za izvajanje fizioterapije), stroške zdravil, izdanih na podlagi belega recepta, in stroške zdravstvenega posveta na željo zavarovanca.

- 7.3 Seznam storitev lahko zavarovalnica v času trajanja zavarovanja razširi z dodatnimi zdravstvenimi storitvami in to objavi na svoji spletni strani www.zav-vita.si.
- 7.4 Vsebinsko in obseg asistenčnih storitev in posameznega kritija določajo točke od 7.5 do 7.11 teh splošnih pogojev.
- 7.5 **Asistenčne storitve**
- 7.5.1 Asistenčne storitve so storitve, ki jih omogoča asistenčni center zavarovalnice, in sicer vsak delovni dan med 8.00 in 17.00 s klicem na brezplačno telefonsko številko 080 10 84.
- 7.5.2 Asistenčni center zavarovalnice omogoča zavarovancu naslednje storitve:
- posredovanje informacij o zdravstvenih centrih, naročanje na zdravstvene storitve v skladu s pogoji (specialistične ambulantne storitve, zahtevne diagnostične preiskave, zdravstvene posege v enodnevni obravnavi, fizioterapije, zdravstveni posvet),
 - elektronsko naročanje na podlagi eNapotnice na zdravstvene storitve, ki jih bo zavarovanec opravil v javnem sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja pri izvajalcih v Republiki Sloveniji,
 - posredovanje informacij o zdravstvenih centrih, zdravnikih specialistikah iz javne in zasebne mreže, kot npr. informacije o načinu naročanja, najkrajših čakalnih dobah, ordinacijskih časih, ipd.,
 - posredovanje informacij v zvezi z zavarovanjem in obsegom kritij,
 - izvajanje avtorizacije upravičenosti do kritij v skladu s sklenjeno zavarovalno pogodbo,
 - obveščanje zavarovanca pred terminom zdravstvene storitve.
- 7.6 **Specialistične ambulantne storitve**
- 7.6.1 Specialistične ambulantne storitve vključujejo:
- prve in kontrolne specialistične ambulantne preglede,
 - osnovne preiskave,
 - enostavne ambulantne posege,
- ki so potrebni za zdravljenje novonastale bolezni, stanja ali poškodbe in so navedeni na Seznamu storitev.
- 7.7 **Zahtevne diagnostične preiskave**
- 7.7.1 Zahtevne diagnostične preiskave so diagnostični postopki, ki so nadaljevanje specialističnih ambulantnih storitev in so potrebni za zdravljenje novonastale bolezni, stanja ali poškodbe ter so navedeni na Seznamu storitev.
- 7.8 **Zdravstveni posegi v enodnevni obravnavi**
- 7.8.1 Zdravstveni posegi v enodnevni obravnavi so posegi, ki so nadaljevanje specialističnih ambulantnih storitev ali zahtevnih diagnostičnih preiskav s trajanjem manj kot 24 ur in ne preko noči in so potrebni za zdravljenje novonastale bolezni, stanja ali poškodbe ter so navedeni na Seznamu storitev.
- 7.9 **Fizioterapije**
- 7.9.1 Fizioterapije pomenijo fizioterapevtsko zdravljenje v ambulantni obravnavi, vključno s pregledom specialista fiziatra, in so nadaljevanje specialističnih ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav ali zdravstvenih posegov v enodnevni obravnavi ter so potrebne za zdravljenje novonastale bolezni, stanja ali poškodbe.
- 7.10 **Zdravila na beli recept**
- 7.10.1 Zavarovanje krije stroške zdravil, ki so ob izvedbi obravnave novonastale bolezni, stanja ali poškodbe, skladno z diagnozo, predpisana na beli recept s strani zdravnika splošne medicine ob sočasni izdaji eNapotnice ali s strani zdravnika specialista, ter so izdana izključno v lekarni.
- 7.10.2 Zavarovanje krije stroške enkratne izdaje zdravila z enako učinkovino zaradi enakega razloga obravnave.
- 7.11 **Zdravstveni posvet**
- 7.11.1 Zdravstveni posvet zajema oceno zdravstvenih simptomov zavarovanca s strani zdravnika in pisno zdravniško mnenje na podlagi postavljenega vprašanja zavarovanca in prejetih informacij, ki jih zavarovanec poda glede simptomov v zvezi z novonastalo boleznijo, stanjem ali poškodbo v primeru nastopa nenujnih zdravstvenih težav.
- 7.11.2 Zdravniško mnenje je podano v obliki izvida na daljavo ali delovne diagnoze, ki je zavarovancu poslana po klasični ali elektronski pošti.
- 7.11.3 Zdravstveni posvet ni namenjen posvetom v primeru nujnih – urgentnih zdravstvenih stanj, ki so življenjsko ogrožajoča. Če zdravnik iz razgovora z zavarovancem oceni, da gre v konkretnem primeru za stanje, ki ogroža življenje ali izkazuje potrebo po nujni medicinski pomoči, ga napoti na pristojno zdravstveno službo ali na telefonsko številko 112, zavarovanec pa je v celoti sam odgovoren za ustrezno ravnanje.
- 7.12 Pri kritijih, opredeljenih v točkah 7.6, 7.7, 7.8, 7.9 in 7.10, je pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja lahko določena soudeležba zavarovanca, če je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo.
- 8 Omejitve obveznosti zavarovalnice**
- 8.1 Zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev in izdanih zdravil na beli recept, ki nastanejo v zavarovalnem letu, v skladu s splošnimi pogoji, največ do višine letne zavarovalne vsote in v obsegu, kot je določeno v zavarovalni pogodbi.
- 8.2 Neizkoriščenega dela letne zavarovalne vsote iz tekočega zavarovalnega leta ali neizkoriščenega števila obravnav ob podaljšanju zavarovanja ni možno prenesti v naslednje zavarovalno leto.
- 8.3 Ko se novonastala bolezen, stanje ali poškodba medicinsko opredeli kot kronična ali ponavljajoča, zavarovalnica v zvezi s to boleznijo, stanjem oziroma poškodbo nima več obveznosti iz zavarovalne pogodbe.
- 9 Izključitve obveznosti zavarovalnice**
- 9.1 Zavarovalnica je prosta obveznosti iz zavarovanja:
- za vsa predhodna obstoječa zdravstvena stanja zavarovanca v obdobju prvih dveh let od datuma začetka zavarovanja. Po preteku tega časa zavarovalno kritje velja tudi za zavarovalne primere, ki so posledica predhodnega obstoječega zdravstvenega stanja zavarovanca, pod pogojem, da se zavarovanec v obdobju prvih dveh let od datuma začetka zavarovanja ni zdravil ali prejel zdravila ali se posvetoval z usposobljenim zdravstvenim strokovnjakom ali opravljal diagnostike oziroma mu ni bilo predlagano zdravljenje ali diagnostika v zvezi s tem zdravstvenim stanjem. V nasprotnem primeru bo zavarovalno kritje pričelo veljati po preteku dveh let od zadnjega zdravljenja ali od zadnjega prejetega nasveta ali od zadnje pomoči zdravstvenega strokovnjaka ali od zadnjega predpisanega zdravila ali od zadnje opravljene diagnostike v zvezi z določenim predhodno obstoječim zdravstvenim stanjem zavarovanca;
 - za bolezen ali stanje, v zvezi s katerim se je zavarovanec v času čakalnega roka že zavedal zdravstvenih težav oziroma mu te niso mogle ostati neznane 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 plačilo stroškov storitev, ki so bile opravljene pred začetkom zavarovanja ali po preteku 15 dni po prekinitvi ali poteku zavarovalne pogodbe ali če zavarovanec uveljavlja zdravstvene storitve brez predhodne odobritve zavarovalnice.
- 9.2 V vsakem primeru so izključene vse obveznosti zavarovalnice, če so bolezni, stanja ali poškodbe zavarovanca posledica:
- neposrednega ali posrednega delovanja jedrske energije ali radioaktivnega sevanja;
 - vojne (naj bo vojna napovedana ali ne), notranjih in civilnih nemirov, neredov, uporov, demonstracij, vstaj, dejanj tujega sovražnika, sovražnosti, vojaškega ali protizakonitega udara ter drugih dogodkov, povezanih z višjo silo;
 - posredne ali neposredne aktivne udeležbe zavarovanca v terorističnih dejanjih, vojnah, uporih, državljskih nemirih, sabotažah in drugih podobnih dogodkih, ne glede na območje, kjer se dogodki izvršijo;
 - upravljanja kopenskih, vodnih, zračnih in drugih vozil, ki nimajo veljavnega dovoljenja, in/ali upravljanja le-teh brez predpisanega veljavnega dovoljenja za vožnjo in/ali upravljanja le-teh kljub izrečni kazni prepovedi vožnje motornega vozila ali brez dovoljenja lastnika za uporabljanje, razen v primeru, ko je zavarovancu veljavno dovoljenje poteklo in izpolnjuje vse pogoje za podaljšanje v skladu z zakonom;
 - namerne povzročitve s strani zavarovalca ali zavarovanca;
 - duševnih motenj zavarovanca;
 - priprave, poskusa ali izvršitve naklepne kaznivega dejanja, udeležbe v njem in pobegu po takšnem dejanju ter udeležbe v fizičnem obračunu, razen pri uradno dokazani samoobrambi;

- h. zlorabe ali čezmernega uživanja alkohola, jemanja mamil ali drugih narkotikov in psihoaktivnih substanc ter jemanja zdravil, razen tistih, ki jih je zavarovancu predpisal zdravnik;
- i. nalezljivih spolnih bolezni (vključno z okužbo z virusom HIV oziroma aidsom), epidemij, pandemij, onesnaženja okolja in naravnih nesreč;
- j. izvajanja športnih aktivnosti pri treningu ali udeležbi na javnih športnih tekmovanjih, kjer zavarovanec sodeluje kot registriran član športne zveze ali društva oziroma je za izvajanje športnih aktivnosti deležen posrednega ali neposrednega plačila.
- 9.3 Zavarovanje ne krije stroškov:
- a. medicinsko - tehničnih pripomočkov, zobnoprostetičnih pripomočkov in nadomestkov ter reševalnih prevozov in zdravstvene nege;
- b. storitev alternativnega, komplementarnega ali eksperimentalnega zdravljenja;
- c. bolnišničnega in zdraviliškega zdravljenja s hospitalizacijo;
- d. zdravljenja refrakcijskih okvar očesa (kratkovidnost, daljnovidnost, astigmatizem) razen, če so posledica nezgode;
- e. zdravljenja v dejavnostih alergologije, diabetologije, psihiatrije, klinične psihologije, ginekologije (preventivnih rednih obdobjih ginekoloških pregledov na primarni ravni), revmatologije, stomatologije, intenzivne in urgentne medicine ter preventive;
- f. zdravljenja epilepsije, paralize, duševnih bolezni, splošnih psihičnih težav, motenj hranjenja, genetskih preiskav, cepljenja, drugega mnenja, dialize;
- g. zdravljenja spolno prenosljivih bolezni, vključno z okužbo z virusom HIV;
- h. patronažne zdravstvene nege;
- i. zdravstvenih storitev, povezanih s kroničnimi boleznimi in ponavljajočimi stanji, neplodnostjo, nosečnostjo, porodom, umetno oploditvijo, umetno prekinitvijo nosečnosti in sterilizacijo;
- j. posegov, ki zahtevajo opazovanje preko noči;
- k. zdravstvenih storitev, opravljenih iz estetskih razlogov;
- l. zdravstvenih storitev za ugotavljanje delazmožnosti v postopkih za invalidsko komisijo in ugotavljanje stanj v zavarovalniških ali sodnih postopkih;
- m. zdravstvenih storitev, opravljenih pri izvajalcu, ki je ožji družinski član zavarovanca oziroma živi v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem;
- n. zdravstvenih storitev, ki niso strokovno doktrinarno priznana medicinska metoda v Republiki Sloveniji ali pa so eksperimentalne narave;
- o. zdravstvenih storitev, za katere zavarovalnica ni dala soglasja;
- p. stroškov zdravil, ki se lahko izdajajo tudi brez recepta,
- q. stroškov zdravil, predpisanih na recept v preventivne namene;
- r. stroškov zdravil za zdravljenje erektilne disfunkcije, zdravil za odpravljanje prekomerne teže, zdravil za odpravljanje androgene alopecije ter kontraceptivov, razen ob hormonskem zdravljenju;
- s. stroškov zdravil, ki so predpisana zaradi dietetičnih, dezinfekcijskih, negovalnih in kozmetičnih učinkov;
- t. stroškov bioloških zdravil;
- u. stroškov prevoza do izvajalca zdravstvene storitve, stroškov nastanitve in prehrane, komunikacijskih stroškov, stroškov povezanih s spremljevalcem, stroškov pridobivanja in posredovanja zdravstvene dokumentacije;
- v. v primeru posredovanja neresničnih podatkov, prevare, zamolčanja, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca oziroma zavarovanca.
- 10 Zavarovalna premija in posledice neplačevanja premije
- 10.1 Višina zavarovalne premije je določena na polici in se plača v enkratnem znesku za celo zavarovalno leto. Če se zavarovalnica in zavarovalec dogovorita, da se premija plačuje v mesečnih obrokih, pripada zavarovalnici premija za celo zavarovalno leto.
- 10.2 Zavarovalec je vedno dolžan plačati prvo premijo oziroma prvi obrok premije ob sklenitvi zavarovanja, vsako nadaljnjo premijo pa na prvi dan vsakega naslednjega zavarovalnega leta, če ni dogovorjeno drugače.
- 10.3 Premija je določena po zavarovančevi starosti. V primeru prehoda zavarovanca v višji starostni razred se ob začetku novega zavarovalnega leta višina premije za naslednja zavarovalna leta uskladi s premijskim cenikom za višje starostne razrede. Ob prehodu zavarovanca v višji starostni razred se upošteva dejanska starost zavarovanca ob začetku novega zavarovalnega leta.
- 10.4 Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.
- 10.5 Če zavarovalec premije ali obroka premije, ki je dospel, ne plača v roku 30 dni od dospelosti in tega tudi ne stori kakšna druga oseba, ki ima pravni interes, ima zavarovalnica pravico, da razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka. Zavarovalna pogodba in s tem zavarovalno kritje v tem primeru preneha po 30 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije oziroma obroka premije, pri čemer pa ta rok ne more poteči prej kot 30 dni po zapadlosti premije oziroma obroka premije.
- 11 Prijava zavarovalnega primera
- 11.1 Zavarovanec ali njegov predstavnik pred uveljavljanjem pravic do zdravstvenih storitev iz zavarovanja o tem obvesti asistenčni center zavarovalnice in predloži dokazilo o zdravniškem napotilu, razen v primeru zdravstvenega posveta.
- 11.2 Asistenčni center zavarovalnice najkasneje naslednji delovni dan po prejemu vse potrebne dokumentacije za ugotovitev obveznosti iz naslova uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev iz zavarovanja s telefonskim klicem ali uporabo (elektronske) pošte zavarovanca obvesti o odobritvi ali odklonitvi uveljavljanja pravic iz zavarovanja.
- 11.3 Zavarovanec izbere izvajalca zdravstvenih storitev v soglasju z asistenčnim centrom. Zavarovanec uveljavlja zdravstvene storitve pri pogodbenih izvajalcih zavarovalnice. Izjemoma lahko zavarovanec, ob predhodni odobritvi asistenčnega centra, zdravstvene storitve uveljavlja tudi pri nepogodbenem izvajalcu.
- 11.4 Zavarovanec uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev v soglasju z zavarovalnico na podlagi naloga, ki ga asistenčni center izda zavarovancu v pisni ali elektronski obliki pred uveljavljanjem pravic do zdravstvenih storitev.
- 11.5 Zavarovalnica zagotavlja zavarovancu uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev iz zavarovanja pri njenih pogodbenih izvajalcih v roku, ki ni daljši od 10 delovnih dni od odobritve uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev iz zavarovanja.
- 11.6 Dogovorjeni termin izvedbe zdravstvenih storitev pri pogodbenem izvajalcu lahko zavarovanec odpove ali predlaga spremembo le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati ali jih preprečiti, o čemer takoj obvesti asistenčni center in predloži dokazila.
- 11.7 V primeru odpovedi dogovorjenega termina izvedb zdravstvenih storitev pri pogodbenem izvajalcu s strani zavarovalnice, zavarovalnica omogoči zavarovancu nadomestni termin najkasneje 10 delovnih dni po dogovorjenem terminu na podlagi novega naloga.
- 11.8 Termin izvedbe zdravstvenih storitev pri nepogodbenem izvajalcu dogovori zavarovanec sam, če ni dogovorjeno drugače.
- 11.9 Stroške opravljenih zdravstvenih storitev pri pogodbenih izvajalcih, ki nastanejo na podlagi izdanega naloga, plača zavarovalnica neposredno pogodbenemu izvajalcu. Znesek stroškov je zmanjšan za morebitno soudeležbo zavarovanca.
- 11.10 Stroške opravljenih zdravstvenih storitev pri nepogodbenih izvajalcih, ki nastanejo na podlagi izdanega naloga, plača zavarovanec sam neposredno nepogodbenemu izvajalcu. Zavarovalnica mu vrne stroške plačanih zdravstvenih storitev na podlagi zahtevka za povrnitev stroškov, in sicer največ do cene za izvajanje storitev pri nepogodbenih izvajalcih zdravstvenih storitev, objavljene na spletni strani zavarovalnice www.zav-vita.si, zmanjšano za morebitno soudeležbo zavarovanca. Zahtevku za povrnitev stroškov opravljenih zdravstvenih storitev je potrebno priložiti zdravstveno dokumentacijo, obračun zdravstvenih storitev, originalni račun, potrdilo o plačilu in na zahtevo zavarovalnice tudi drugo dokumentacijo.
- 11.11 Če je v zavarovalni pogodbi dogovorjena soudeležba zavarovanca za opravljene zdravstvene storitve, plača zavarovanec ta delež stroška sam neposredno pogodbenemu izvajalcu oziroma plača zavarovanec znesek dogovorjene soudeležbe zavarovalnici, v kolikor je ta plačala pogodbenemu izvajalcu celoten znesek opravljenih storitev.
- 11.12 Stroške zdravil na beli recept plača zavarovanec sam, zavarovalnica pa mu na podlagi zahtevka za povrnitev stroškov povrne stroške v dogovorjenem obsegu. Zahtevku za povrnitev

- stroškov zdravil na beli recept mora zavarovanec vložiti v roku 3 mesecev od plačila zdravil na beli recept in priložiti kopijo belega recepta, kopijo izvida obravnave oziroma eNapotnice, če je beli recept izdal zdravnik splošne medicine, in original lekarniškega računa.
- 11.13 O odobritvi oziroma odklonitvi uveljavljanja pravic za povračilo stroškov izdanih zdravil na beli recept zavarovalnica obvesti zavarovanca v roku 14 dni, šteto od dneva, ko razpolaga z vso dokumentacijo za ugotovitev obveznosti iz zavarovalne pogodbe.
- 11.14 Zavarovalec je dolžan plačevati premijo tudi v obdobju reševanja zahtevka. Do dneva uveljavljanja pravic iz zavarovanja morajo biti plačane vse zapadle premije.
- 11.15 Zavarovanec na svoje stroške pridobi in zavarovalnici predloži zahtevano dokumentacijo za ugotovitev obveznosti iz tega zavarovanja.
- 11.16 Zavarovalnica v primeru upravičenosti zavarovancu povrne stroške opravljenih zdravstvenih storitev in zdravil na beli recept v roku 14 dni, šteto od dneva, ko razpolaga z vso dokumentacijo za ugotovitev obveznosti iz zavarovalne pogodbe.
- 12 Spremembe in odpoved zavarovalne pogodbe**
- 12.1 Zavarovalnica v času trajanja zavarovanja ne more spremeniti zavarovalne pogodbe razen v primerih:
- če se bistveno spremenijo okoliščine v zvezi z zdravstvenimi storitvami, ki jih zavarovanje krije, o čemer zavarovalnica pisno obvesti zavarovalca vsaj 3 mesece pred iztekom zavarovalnega leta;
 - če preneha sodelovanje med zavarovalnico in pogodbenimi izvajalci zavarovalnice, ki nudijo zdravstvene storitve, povezane z zavarovalno polico, oziroma pogodbeni izvajalci zavarovalnice bistveno spremenijo pogoje sodelovanja, o čemer zavarovalnica pisno obvesti zavarovalca vsaj 3 mesece pred iztekom zavarovalnega leta, zavarovanje pa preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta;
 - če se spremeni premijski cenik oziroma skrči Seznam storitev, o čemer zavarovalnica zavarovalca pisno obvesti vsaj 3 mesece pred iztekom zavarovalnega leta. Če se zavarovalec s predlogom spremembe ne strinja, o čemer mora obvestiti zavarovalnico najkasneje do izteka tekočega zavarovalnega leta, zavarovanje preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 12.2 Zavarovalec lahko v skladu s točko 12.3 teh splošnih pogojev odstopi od obstoječe pogodbe in zavarovalnici predloži novo ponudbo za sklenitev zavarovanja.
- 12.3 Če se zavarovanje tiho podaljšuje, lahko zavarovalec odstopi od pogodbe z dnem zapadlosti letne premije pod pogojem, da o tem pisno obvesti zavarovalnico najmanj en mesec vnaprej.
- 12.4 Če se zavarovanje tiho podaljšuje, lahko zavarovalnica odstopi od pogodbe z dnem zapadlosti letne premije, pod pogojem, da o tem pisno obvesti zavarovalca najmanj 3 mesece pred zapadlostjo letne premije.
- 12.5 Če je bilo zavarovanje sklenjeno na daljavo (prek interneta, po pošti ipd.), lahko zavarovalec v roku 14 dni od dneva sklenitve zavarovalne pogodbe od nje odstopi s pisnim sporočilom, poslanim na naslov zavarovalnice, pri čemer se šteje, da je sporočilo poslano v roku, če je do izteka roka priporočeno oddano na pošto.
- 13 Način medsebojnega obveščanja**
- 13.1 Vse izjave, zahteve, prijave ali druga obvestila, tudi tista, od katerih je odvisen nastanek kakšne posledice v zvezi z zavarovalno pogodbo, je treba posredovati naslovníku v pisni obliki na njegov naslov, naveden na polici, oziroma na drug naslov, ki ga določi naslovník, s pisnim obvestilom drugi stranki. Ne glede na prejšnji stavek lahko zavarovalnica pošilja obvestila zavarovalcu ali upravičencu tudi na druge naslove, na katerih je v skladu z vsakokrat veljavnimi predpisi mogoče takšni osebi vročati priporočene pošiljke, ter tudi na naslov elektronske pošte zavarovalca pod pogojem, da je zavarovalec izrecno pisno pristal na takšno obveščanje.
- 13.2 Če je obvestilo iz prejšnje točke naslovljeno na zavarovalca ali upravičenca in poslano s priporočeno pošiljko, pa takšna oseba priporočene pošiljke ne sprejme, se šteje, da ga je naslovník prejel na zadnji dan, ko bi še lahko prevzel priporočeno pošiljko.
- 13.3 Zavarovalec je dolžan vsako spremembo svojega naslova nemudoma sporočiti zavarovalnici.
- 13.4 Zavarovalnica bo zavarovalca obveščala o vseh ostalih spremembah v skladu z Zakonom o zavarovalništvu.
- 14 Reševanje pritožb in sporov**
- 14.1 Zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec se lahko pritoži zoper ravnanje zavarovalnice tako, da o tem zavarovalnico obvesti v pisni obliki v skladu s Pravili za reševanje pritožb strank, ki so javno objavljena na spletni strani www.zav-vita.si.
- 14.2 Zavarovalnica obravnava prejeto pritožbo skladno z internim pritožbenim postopkom. Odločitev pritožbenega organa zavarovalnice je dokončna.
- 14.3 Če se pritožbi ne ugotovi ali v primeru, da odločitev pritožbenega organa ni sprejeta v roku 30 dni od dneva prejema pritožbe, se lahko postopek za izvensodno reševanje spora nadaljuje pri Mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon: (01) 300 93 81, elektronski naslov: irps@zav-zdruzenje.si, spletni naslov: www.zav-zdruzenje.si. Navedeni izvajalec je registriran kot izvajalec izvensodnega reševanja potrošniških sporov v skladu z Zakonom o izvensodnem reševanju potrošniških sporov in ga zavarovalnica priznava kot pristojnega za izvensodno reševanje potrošniških sporov.
- 14.4 V primeru spora, do katerega pride zaradi domnevne kršitve Zavarovalnega kodeksa ter drugih dobrih poslovnih običajev in temeljnih standardov zavarovalne stroke, je predviden postopek pri Varuhu dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu.
- 14.5 V primeru spora je za sojenje stvarno pristojno sodišče Republike Slovenije.
- 15 Zastaralni roki**
- 15.1 Zahtevki iz pogodbe zastarajo glede na vrsto rizika po vsakokratnih veljavnih zakonskih določilih.
- 16 Varstvo osebnih podatkov**
- 16.1 Sestavni del teh splošnih pogojev je Politika zasebnosti zavarovalnice Vita, življenjska zavarovalnica, d.d. Zavarovalec s sklenitvijo zavarovalne pogodbe potrjuje, da je seznanjen z vsebino te politike in jo v celoti sprejema.
- 17 Končne določbe**
- 17.1 Za razmerja med zavarovalnico, zavarovalcem, zavarovancem in upravičencem ter drugimi osebami, ki niso urejena s temi splošnimi pogoji ali z zavarovalno pogodbo, se uporabljajo zakonska določila, ki urejajo obligacijska razmerja v Republiki Sloveniji.
- 17.2 Zavarovalnica ne prevzema odgovornosti za kakovost, zakonitost, ustreznost in strokovnost opravljene zdravstvene storitve.
- 17.3 Za nadzor nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- 18 Poročilo o solventnosti in finančnem položaju**
- 18.1 Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice je javno dostopno na spletni strani www.zav-vita.si.
- 19 Cenik zavarovalnice**
- 19.1 Zavarovalnica ima pravico zahtevati plačilo za vse storitve, povezane z izvajanjem zavarovalne pogodbe, ter za storitve, ki jih zavarovalec posebej zahteva od zavarovalnice (spremembe zavarovalne pogodbe, dvojniki police in podobno). Višino vseh stroškov določi zavarovalnica v vsakokratnem veljavnem ceniku, ki je javno dostopen na spletni strani zavarovalnice www.zav-vita.si in na sedežu družbe.

Seznam storitev

Specialistične ambulantne storitve

Specialistični ambulantni pregledi

(specialistična področja angiologije, endokrinologije, dermatologije, fizikalne medicine, gastroenterologije, ginekologije (sekundarna raven), hematologije, kardiologije, nefrologije, nevrologije, oftalmologije, ortopedije, otorinolaringologije, proktologije, pulmologije, tireologije in urologije)

Prvi specialistični ambulantni pregled
Kontrolni specialistični ambulantni pregled

Osnovne laboratorijske preiskave

Laboratorijske preiskave – hemogram
Laboratorijske preiskave - urin
EEG
EKG
EMG
OCT
RTG
UZ abdomna, ščitnice, testisov, prostate, dojk, mehkih tkiv, srca, ožilja vratu, spodnjih udov, urološki – transabdominalno, urološki – rektalno, arterij spodnjih okončin, ven spodnjih okončin, arterij in ven spodnjih okončin, sečil (ledvice + mehur), sklepov in mišic
VEP

Enostavni ambulantni posegi

Aplikacija blokade
Biopsija
Odstranitev manjšega kožnega izrastka
Odstranitev tujka
Oskrba rane
Parenteralna aplikacija zdravila
Punkcija
Sklerozacija varic

Zahtevne diagnostične preiskave

CT glave (možgani ali obnosne votline), hrbtenice, skeleta (sklepi, mišice), prsnih organov, zgornjega abdomna, zgornjega in spodnjega abdomna
CTA (angiografija) možganskega ožilja, aorte, ožilja okončine
MR, MRA
PET
Scintigrafija
Irigografija
UZ vodena biopsija notranjih organov in prostate
Endoskopski UZ
Artrografija
Gastroskopija
Kolonoskopija
Mielografija
Patohistološka preiskava

Zdravstveni posegi v enodnevni obravnavi

Poseg na očesu (siva mrena, pterigij, pinguekula, xantalazma, entropij)
Poseg na solznih žlezah in solzevodih
Artroskopija kolcolca, kolena, gležnja
Operativno zdravljenje krčnih žil
Koronarografija
PTA
Operacija karpalnega kanala
Rektoskopski poseg
Polipektomija
UZ razbijanje ledvičnih kamnov
ERCP
Hidrokel, spermatokele, varikokele
Operacija hemoroidov
Incizija analne fisure
Endoskopska operacija v zadnjem delu širokega črevesa
Operacija trebušne kile
Endoskopska operacija nosu in obnosnih votlin
Klasična in endoskopska mukotomija
Endoskopska ablacija polipov
Operacija halux valgusa
Večja ekcizija izrastkov kože, brazgotin in mehkih delov
Elektrokoagulacija kožnih tvorbo

Fizioterapije

Pregled zdravnika specialista
Fizioterapevtska ambulantna obravnava