

Dopolnilni pogoji za zavarovalno kritje drugega zdravniškega mnenja

1. Splošne določbe

1.1 **Dopolnilni pogoji za zavarovalno kritje drugega zdravniškega mnenja** (v nadaljevanju dopolnilni pogoji) urejajo zavarovalno kritje za pridobitev drugega zdravniškega mnenja, ki ga je mogoče v skladu z vsakokrat veljavno ponudbo zavarovalnice priključiti k zavarovalni pogodbi.

1.2 **Dopolnilni pogoji** so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki se nanje sklicuje, in veljajo skupaj s splošnimi pogoji te zavarovalne pogodbe. V primeru, če je vsebina dopolnilnih pogojev v nasprotju s splošnimi pogoji zavarovalne pogodbe, prevladajo določila dopolnilnih pogojev.

1.3 Izrazi, navedeni v teh dopolnilnih pogojih, imajo naslednji pomen:

- **zavarovalna pogodba** je zavarovalna pogodba zavarovanja v ponudbi zavarovalnice, ki omogoča priključitev zavarovalnega kritja drugega zdravniškega mnenja;
- **zavarovalno kritje drugega zdravniškega mnenja** (v nadaljevanju zavarovalno kritje) pomeni kritje, ki krije stroške:
 - pridobitve drugega zdravniškega mnenja glede postavljene diagnoze in predpisanega zdravljenja ter
 - telemedicinskih posvetov v zvezi z izdanim drugim zdravniškim mnenjem;
- **drugo zdravniško mnenje** pomeni pisno zdravniško mnenje, ki ga v primeru novonastale bolezni, stanja ali poškodbe izdelata skupina zdravnikov specialistov ustrezne specialnosti mednarodno priznane zdravstvene ustanove;
- **telemedicinski posvet** pomeni telefonski ali video posvet kot nadaljevanje izdanega drugega zdravniškega mnenja, v okviru katerega izbrani zdravniki specialisti ustrezne specialnosti podajo oceno stanja in priporočila nadaljnjega zdravljenja;
- **akutno, življenje ogrožajoče zdravstveno stanje** je stanje, ki zahteva takojšnjo nujno medicinsko pomoč ali nujno zdravljenje zaradi ohranitve življenja in preprečitve hudega poslabšanja zdravstvenega stanja zavarovanca;
- **mednarodno priznana zdravstvena ustanova** je zdravstvena ustanova, ki je mednarodno prepoznana na področju zagotavljanja specialističnih zdravstvenih storitev in je v širši zdravstveni skupnosti prepoznana kot zdravstvena ustanova z visokim ugledom na področju svojega delovanja;
- **izvajalec** je MediGuide International, LLC, družba, ki v imenu in za račun zavarovalnice opravlja storitve pridobivanja drugega zdravniškega mnenja in zagotavljanja telemedicinskih posvetov;
- **asistenčni center** je lokalni asistenčni partner izvajalca, ki se v imenu in za račun izvajalca poveže z zavarovancem in prevzame postopek pridobitve drugega zdravniškega mnenja s strani izvajalca in izvedbe medicinskega teleposveta;
- **delovni dan** je katerikoli dan, ki ni sobota, nedelja ali državni praznik v Republiki Sloveniji ali Združenih državah Amerike.

2. Predmet in obseg zavarovalnega kritja

2.1 Zavarovalno kritje drugega zdravniškega mnenja zavarovancu omogoča pridobitev drugega zdravniškega mnenja v zvezi z že pridobljeno medicinsko dokumentirano diagnozo njegovega zdravstvenega stanja in predpisanim načinom zdravljenja ter dostop do telemedicinskih posvetov v povezavi z bolezenskim stanjem, za katerega je bilo izdano drugo zdravniško mnenje, ne glede na vzrok nastanka bolezenskega stanja.

2.2 Drugo zdravniško mnenje obsega strokovno oceno postavljene diagnoze in postopka zdravljenja oziroma

morebitna priporočila za nadaljnje zdravljenje glede na zastavljena vprašanja v postopku pridobivanja drugega zdravniškega mnenja, ki ga zagotavlja izvajalec.

2.3 Zavarovalnica omogoči zavarovancu pridobitev drugega zdravniškega mnenja s strani izvajalca enkrat v obdobju trajanja posameznega zavarovalnega leta.

2.4 Zavarovalnica omogoči zavarovancu 4 telemedicinske posvete v povezavi z bolezenskim stanjem, za katerega je bilo izdano drugo zdravniško mnenje, v 24 mesecih po prejemu drugem zdravniškem mnenju. Telemedicinski posvet vključuje:

- proučitev zavarovančevih zdravstvenih težav po izdanem drugem zdravniškem mnenju,
- določitev morebitnih potrebnih urgentnih ukrepov in
- priporočilo najbolj primernega ukrepanja zavarovanca.

2.5 Zavarovalnica omogoča dostop do drugega zdravniškega mnenja in telemedicinskih posvetov preko asistenčnega centra s klicem na brezplačno telefonsko številko. Komunikacija z asistenčnim centrom, izdaja drugega zdravniškega mnenja in izvedba telemedicinskih posvetov poteka v slovenskem jeziku.

2.6 Zavarovanec mora za pridobitev drugega zdravniškega mnenja izpolniti dokumentacijo, ki mu jo posreduje asistenčni center, ter predložiti izvide in ostalo zdravstveno dokumentacijo ali podati soglasje asistenčnemu centru za neposredno pridobitev zdravstvene dokumentacije od lečečega zdravnika in/ali druge zdravstvene ustanove. Asistenčni center zavarovancu posreduje izvajalčev predlog mednarodno priznane zdravstvene ustanove, ki bo izdelala drugo zdravniško mnenje. Zavarovanec ima pravico zaprositi še za dva dodatna predloga mednarodno priznane zdravstvene ustanove, če se ne strinja s prvotnim predlogom izvajalca. Asistenčni center zavarovancu posreduje drugo zdravniško mnenje v slovenskem jeziku v 10 delovnih dneh od dneva posredovanja popolne zahtevane zdravstvene dokumentacije skupini zdravnikov specialistov ustrezne specialnosti izbrane mednarodno priznane zdravstvene ustanove. Če so potrebni odgovori na dodatna vprašanja v zvezi z izdanim drugim zdravniškim mnenjem, zavarovalnica omogoči zavarovancu, da v 14 dneh po prejemu drugega zdravniškega mnenja poda pisni zahtevek za odgovore na dodatna vprašanja in zagotovi dopolnitev drugega zdravniškega mnenja.

2.7 Zavarovanec se za telemedicinski posvet dogovori z asistenčnim centrom, s katerim uskladi termin posveta in izbrani način komunikacije (po telefonu ali preko video povezave).

2.8 Podrobnejši ažurirani podatki o izvajalcu in asistenčnem centru, vključno z vsemi kontaktnimi podatki, so na voljo v predstavitvenih dokumentih zavarovalnega kritja drugega zdravniškega mnenja in so objavljeni na spletni strani zavarovalnice www.zav-vita.si.

3. Trajanje zavarovalnega kritja in jamstvo

3.1 Za začetek in konec oziroma odpoved zavarovalnega kritja drugega zdravniškega mnenja se poleg določil dopolnilnih pogojev smiselno uporabljajo določila splošnih pogojev zavarovalne pogodbe.

3.2 Zavarovalno jamstvo zavarovalnega kritja drugega zdravniškega mnenja preneha ob 24.00 tistega dne, ko se izteče obdobje, za katerega je plačana premija zavarovalnega kritja drugega zdravniškega mnenja, oziroma najkasneje, ko preneha zavarovalna pogodba.

3.3 Zavarovalnica zagotavlja jamstvo zavarovalnega kritja za pridobitev drugega zdravniškega mnenja ves čas poslovnega sodelovanja z izvajalcem.

3.4 V primeru prekinitve poslovnega sodelovanja z izvajalcem lahko zavarovalnica prenese opravljanje storitve pridobivanja drugega zdravniškega mnenja in zagotavljanja telemedicinskih posvetov na drugega izvajalca. Zavarovalnica je o takšni spremembi dolžna pisno obvestiti zavarovalca brez nepotrebnega odlašanja. Če se

zavarovalec s spremembo zavarovalne pogodbe ne strinja, mora o tem obvestiti zavarovalnico v roku, navedenem na obvestilu zavarovalnice o spremembi zavarovalne pogodbe, zavarovalna pogodba pa preneha z iztekom zavarovalnega leta.

- 3.5 Če zaradi objektivnih okoliščin (npr. prenehanja delovanja izvajalca, prekinitve poslovnega sodelovanja z izvajalcem, če zavarovalnica objektivno ne more dogovoriti poslovanje z nadomestnim izvajalcem) zavarovalnica ne more več zagotavljati kritja drugega zdravniškega mnenja, zavarovalna pogodba z dnem prenehanja zagotavljanja tega kritja preneha veljati v delu, ki se nanaša na zavarovalno kritje drugega zdravniškega mnenja. Zavarovalnica je o takšni spremembi dolžna pisno obvestiti zavarovalca brez nepotrebnega odlašanja ter mu v sorazmernem deležu vrni morebiti že plačano premijo za zavarovalno kritje drugega zdravniškega mnenja. Če se zavarovalec s spremembo zavarovalne pogodbe ne strinja, mora o tem obvestiti zavarovalnico v roku, navedenem na obvestilu zavarovalnice o spremembi zavarovalne pogodbe, zavarovalna pogodba pa preneha z iztekom zavarovalnega meseca. V tem primeru je zavarovalnica dolžna v sorazmernem deležu vrniti tudi morebitno že plačano premijo za zavarovalno leto.

4. Omejitve in izključitve obveznosti zavarovalnice

- 4.1 Zavarovalno kritje drugega zdravniškega mnenja ne vključuje izvedbe fizičnih ali katerihkoli drugih vrst zdravstvenih pregledov ali preiskav ter zdravljenja zavarovanca, tudi če so le-ti priporočeni v okviru izdelave drugega zdravniškega mnenja.

4.2 Obveznosti zavarovalnice so izključene:

- če zaradi nepopolne zdravstvene dokumentacije izdelava drugega zdravniškega mnenja ni mogoča oziroma je mogoča le z omejeno vsebino;
- če je bila diagnoza podana pred pričetkom trajanja zavarovalnega kritja drugega zdravniškega mnenja;
- če zavarovančev lečeči zdravnik ni podal uradne diagnoze zdravstvenega stanja zavarovanca;
- če je diagnoza zdravstvenega stanja zavarovanca, določena s strani lečečega zdravnika, starejša od 12 mesecev;
- če gre za akutno, življenje ogrožajoče zdravstveno stanje;
- če je za podajo drugega zdravniškega mnenja potreben fizičen pregled zavarovanca (kot npr. pri duševnih boleznih).

- 4.3 Zavarovalnica krije stroške pridobivanja drugega zdravniškega mnenja in dostopa do telemedicinskih posvetov le preko izbranega izvajalca in asistenčnega centra zavarovalnice.

- 4.4 Zavarovalnica ne prevzema nobene odgovornosti za kakovost izvedene storitve drugega zdravniškega mnenja, vsebino izdanega drugega zdravniškega mnenja ali posameznega telemedicinskega posveta ali neizvedbo storitve s strani izvajalca in ne odgovarja za morebitno škodo, ki bi nastala kot posledica upoštevanja izdanega drugega zdravniškega mnenja ali posameznega telemedicinskega posveta oziroma kot posledica ne pridobljenega mnenja ali nedostopnosti storitve.