

## 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 asistenčne storitve ter krije stroške zdravstvenih storitev in izdanih zdravil na beli recept, kot je dogovorjeno z zavarovalno pogodbo.

1.2 **Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje** (v nadaljevanju splošni pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki je sklenjena med zavarovalcem in zavarovalnico.

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 zagotovila zavarovancu asistenčne storitve ter kritje stroškov zdravstvenih storitev in izdanih zdravil na beli recept v skladu z dogovorjenim obsegom kritij.

1.4 Poleg teh splošnih pogojev so **sestavni deli zavarovalne pogodbe** tudi: morebitna ponudba, polica, Seznam storitev, morebitni posebni in dopolnilni pogoji, 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.
- **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 kritij.
- **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.
- **Zavarovalnica** je znesek stroškov, 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 od začetka trajanja zavarovalnega kritja, v katerem je zavarovalec dolžan plačevati premijo, zavarovanec pa zavarovalnega kritja ne more uveljavljati.
- **Zdravniško napotilo** je napotnica ali delovni nalog, urejena s predpisi obveznega zdravstvenega zavarovanja, oziroma pisno zdravniško mnenje z napotitvijo na specialistično obravnavo na podlagi koriščenja kritja zdravstvenega posveta iz točke 6.11 ali predhodne specialistične obravnave.
- **Beli recept** je recept za predpisovanje zdravil, katerih stroškov ne krije obvezno zdravstveno zavarovanje.
- **Novonastala bolezen, stanje ali poškodba** je prvič medicinsko ugotovljena bolezen, stanje ali poškodba, ki nastopi v času trajanja zavarovalnega kritja ter po preteku čakalnega roka in ni posledica predhodnega obstoječega zdravstvenega stanja.

- **Predhodno obstoječe zdravstveno stanje** je bolezen, stanje ali poškodba, ki je nastopila v obdobju štirih let pred datumom začetka zavarovanja oziroma priključitve posameznega zavarovalnega kritja in je zavarovancu znana ali mu ni mogla ostati neznana, ne glede na to, ali je bila diagnosticirana oziroma zdravljena.
- **Kronična bolezen ali stanje** je bolezen ali stanje, ki je dolgotrajno in ponavljajoče ter povzroči trajne zdravstvene posledice; bolnik potrebuje stalen medicinski nadzor, zdravljenje, opazovanje oziroma nego. Za kronično bolezen se štejejo tudi pričakovani zapleti in druga bolezenska stanja zaradi kronične bolezni.
- **Ponavljajoča se bolezen, stanje ali poškodba** je bolezen, stanje ali poškodba, ki se ponavlja z izmenjavo boljšega in slabšega zdravstvenega stanja oziroma 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 5 zdravstvenih storitev zaradi istega razloga obravnave oziroma istih simptomov.
- **Nezgoda** je zunanji, nenaden, nepredviden, bodoč in od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo.
- **Poškodba** je okvara zdravja (sprememba, prizadetost tkiva, organa, organizma), ki je posledica nezgode in ne vsebuje elementov bolezni ali degenerativnega procesa, ki povečuje nagnjenost k poškodbam.
- **Zdravstvene storitve** so strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji.
- **Pogodbeni izvajalec** zdravstvenih storitev je fizična ali pravna oseba, ki deluje na območju Republike Slovenije oziroma drugih držav Evropske Unije, ima z zavarovalnico sklenjeno pogodbo in na podlagi dovoljenja opravlja zdravstvene storitve ali z zdravstvenimi storitvami povezane dejavnosti.
- **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.
- **Soudležba** je lastna udeležba zavarovanca pri plačilu deleža stroškov zdravstvenih storitev ali zdravil na beli recept, če je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo.

### 2 Osebe, ki jih je mogoče zavarovati

2.1 Zavarovanec je lahko oseba, ki je ob sklenitvi zavarovanja dopolnila najmanj 1 in največ 74 let starosti in ob izteku zavarovanja ne bo stara več kot 75 let ter je vključena v obvezno zdravstveno zavarovanje v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.

### 3 Sklenitev zavarovalne pogodbe

3.1 Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko jo podpišeta zavarovalnica in zavarovalec, zavarovalnica pa izda polico. Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, je za veljavnost zavarovalne pogodbe potreben tudi podpis ali pisno soglasje zavarovanca.

3.2 Pri zavarovalnih pogodbah, sklenjenih na daljavo, se šteje, da je pogodba sklenjena s plačilom premije oziroma s plačilom prvega obroka premije.

3.3 Kadar zavarovalec zavarovalnici predloži ponudbo za sklenitev zavarovalne pogodbe:

- a. mora biti ponudba predložena v pisni obliki na obrazcu zavarovalnice;
- b. mora v ponudbi navesti resnične, točne in popolne podatke, ki so pomembni za sklenitev zavarovalne pogodbe in oceno nevarnosti;
- c. ponudba obvezuje zavarovalca 8 dni od dneva, ko zavarovalnica prejme ponudbo;
- d. se šteje, da je zavarovalna pogodba sklenjena, če zavarovalnica ne odkloni ponudbe v roku 8 dni od prejema ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih se sklepa zavarovanje;

- e. zavarovalnica lahko v roku 8 dni od prejema ponudbe le-to pisno zavrne 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 nasprotno ponudbe le-to sprejme oziroma plača premijo, se šteje, da je zavarovalna pogodba začela veljati z dnem, ko je zavarovalec nasprotno ponudbo sprejel oziroma plačal premijo.
- 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 neznane.
- 4.2 Zavarovalnica je 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 s podpisom police oziroma z oddajo vsake 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 dosego 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, lahko zavarovalnica odkloni izplačilo zavarovalnine.
- 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 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 oziroma prvi obrok premije. V primeru, da prva premija oziroma prvi obrok premije ni bil plačan, prične zavarovanje veljati ob 00.00 naslednjega dne po plačilu, če ni bilo na polici izrecno dogovorjeno drugače.
- 5.3 Posamezno zavarovalno kritje se prične z datumom začetka zavarovanja, če je bilo zavarovalno kritje dogovorjeno ob sklenitvi zavarovanja, oziroma z datumom priključitve, če je bilo zavarovalno kritje dogovorjeno naknadno.
- 5.4 Zavarovalna pogodba in s tem kritje 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 75 let;
  - ko zavarovanec umre;
  - ko je zavarovalna pogodba odpovedana v skladu s točkami 11.3, 11.4 oziroma 11.5;
  - ko nastopijo posledice neplačila premije v skladu s točko 9.6.
- 5.5 S prenehanjem zavarovanja je zavarovalnica prosta vseh svojih obveznosti, razen obveznosti v primeru nastopa zavarovalnega primera v času veljavnosti zavarovalnega kritja.
- 6 Vsebina in obseg zavarovanja ter obveznosti zavarovalnice**
- 6.1 Zavarovanje, glede na izbrana kritja, letne zavarovalne vsote in število obravnav, dogovorjenih v zavarovalni pogodbi, zagotavlja asistenčne in preventivne storitve ter v primeru novonastale bolezni, stanja ali poškodbe kritje stroškov specialističnih ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav, operativnih posegov, rehabilitacij, psihološke pomoči, zdravstvenega posveta in izdanih zdravil na beli recept.
- 6.2 Zavarovanje krije stroške specialističnih ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav, operativnih posegov, rehabilitacij in psihološke pomoči na podlagi zdravniškega napotila, stroške zdravil na podlagi izdanega belega recepta ter stroške zdravstvenega posveta in preventivnih storitev na podlagi zahteve zavarovanca, ob upoštevanju omejitev iz zavarovalne pogodbe.
- 6.3 Krite storitve specialističnih ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav in operativnih posegov ter krite preventivne storitve so navedene na Seznamu storitev. Seznam storitev lahko zavarovalnica v času trajanja zavarovanja razširi z dodatnimi zdravstvenimi storitvami in to objavi na spletni strani zavarovalnice ([www.zav-vita.si](http://www.zav-vita.si)).
- 6.4 Vsebino in obseg asistenčnih storitev ter posameznega kritja določajo točke od 6.5 do 6.13 teh splošnih pogojev.
- 6.5 Asistenčne storitve**
- 6.5.1 Asistenčne storitve so storitve, ki jih zagotavlja asistenčni center zavarovalnice. Kontaktni podatki in delovni čas asistenčnega centra zavarovalnice so objavljeni na spletni strani zavarovalnice ([www.zav-vita.si](http://www.zav-vita.si)).
- 6.5.2 Asistenčni center zavarovalnice zavarovalcu zagotavlja naslednje storitve:
- posredovanje informacij o zdravstvenih centrih, naročanje na zdravstvene storitve v skladu s pogoji,
  - elektronsko naročanje na podlagi napotnice na zdravstvene storitve, ki jih bo zavarovanec opravil v javnem sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja pri izvajalcih v Republiki Sloveniji,
  - posredovanje informacij o zdravstvenih centrih, zdravniških specialistih iz javne in zasebne mreže, kot npr. informacije o načinu naročanja, najkrajših čakalnih dobah, ordinacijskih časih,
  - 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.
- 6.6 **Specialistične ambulantne storitve**
- 6.6.1 Specialistične ambulantne storitve vključujejo:
- prve in kontrolne specialistične ambulantne preglede,
  - enostavne diagnostične preiskave,
  - enostavne ambulantne posege,
- ki so potrebni za zdravljenje novonastale bolezni, stanja ali poškodbe in so navedeni na Seznamu storitev.
- 6.7 **Zahtevne diagnostične preiskave**
- 6.7.1 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.
- 6.8 **Operativni posegi**
- 6.8.1 Operativni posegi so posegi, ki so navedeni na Seznamu storitev in so kot nadaljevanje specialističnih ambulantnih storitev ali zahtevnih diagnostičnih preiskav potrebni za zdravljenje novonastale bolezni, stanja ali poškodbe v okviru enodnevne obravnave.

## 6.9 Rehabilitacije

6.9.1 Rehabilitacije pomenijo storitve fizioterapije, delovne in govorne terapije ter akupunkturo v ambulantni obravnavi, ki so nadaljevanje specialističnih ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav ali operativnih posegov ter so potrebne za zdravljenje novonastale bolezni, stanja ali poškodbe.

## 6.10 Zdravila na beli recept

6.10.1 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 napotnice za specialistično obravnavo ali s strani zdravnika specialista, ter so izdana izključno v lekarni na območju Republike Slovenije ali Evropske Unije.

## 6.11 Zdravstveni posvet

6.11.1 Zdravstveni posvet pomeni telefonski ali video posvet z zdravnikom, ki na podlagi postavljenega vprašanja in prejetih informacij glede simptomov v zvezi z novonastalo boleznijo, stanjem ali poškodbo zavarovanca poda oceno zdravstvenega stanja in pisno zdravniško mnenje v primeru nastopa nenujnih zdravstvenih težav.

6.11.2 Zdravniško mnenje je podano v obliki izvida ali delovne diagnoze, ki je zavarovancu poslana po klasični ali elektronski pošti.

6.11.3 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.

## 6.12 Psihološka pomoč

6.12.1 Psihološka pomoč pomeni storitve ambulantne klinične psihologije in psihoterapije, ki temeljijo na uveljavljenih psiholoških pristopih pri zdravljenju novonastalih duševnih motenj ali stanj.

## 6.13 Preventivne storitve

6.13.1 Preventivne storitve pomenijo izvedbo zdravstvenih storitev za preprečevanje poslabšanja zdravstvenega stanja, ki so navedene na Seznamu storitev. Podroben seznam preventivnih storitev je objavljen na spletni strani zavarovalnice ([www.zav-vita.si](http://www.zav-vita.si)). Zavarovalnica si pridržuje pravico do sprememb seznama preventivnih storitev brez predhodnega obvestila.

## 7 Omejitve obveznosti zavarovalnice

7.1 Čakalni rok traja 2 meseca od datuma začetka zavarovanja oziroma priključitve posameznega zavarovalnega kritja, razen za primere iz točk 7.2 in 7.3.

7.2 Čakalni rok ne velja za novonastale poškodbe, za asistenčne storitve, zdravstveni posvet in v primeru zavarovalnega kritja, za katero je v roku 2 mesecev od prenehanja njegove veljavnosti z zavarovalnico dogovorjena nova zavarovalna pogodba za to kritje.

7.3 Ne glede na določila točke 7.2, čakalni rok za preventivne storitve traja 6 mesecev od datuma začetka zavarovanja oziroma priključitve tega zavarovalnega kritja.

7.4 Zavarovanje krije stroške, ki nastanejo v zavarovalnem letu, največ do višine letne zavarovalne vsote in v obsegu, kot je določeno v zavarovalni pogodbi.

7.5 Neizkoriščenega dela letne zavarovalne vsote iz tekočega zavarovalnega leta ali neizkoriščenega števila obravnav ob podaljšanju zavarovanja ni možno prenesti v naslednje zavarovalno leto.

7.6 Z dnem, 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.

## 8 Izključitve obveznosti zavarovalnice

8.1 Zavarovalnica je prosta obveznosti iz zavarovanja:

- a. za vsa predhodna obstoječa zdravstvena stanja zavarovanca v obdobju prvih 2 let od datuma začetka zavarovanja oziroma datuma priključitve zavarovalnega kritja oziroma izjemoma, kadar je za zavarovanca v roku 2 mesecev od prenehanja veljavnosti posameznega kritja z zavarovalnico dogovorjena nova zavarovalna pogodba za to kritje, se obdobje 2 let šteje od datuma priključitve zavarovalnega kritja po predhodno sklenjeni zavarovalni pogodbi; po preteku 2-letnega obdobja zavarovalno kritje velja tudi za zavarovalne primere, ki so

posledica predhodnega obstoječega zdravstvenega stanja zavarovanca, pod pogojem, da se zavarovanec v tem času ni zdravil, prejel zdravila, se posvetoval z usposobljenim zdravstvenim strokovnjakom, opravljal diagnostike oziroma mu ni bilo predlagano zdravljenje ali diagnostika v zvezi s tem zdravstvenim stanjem; če je bil zavarovanec v zvezi s predhodno obstoječim stanjem v tem obdobju deležen katere od navedenih obravnav, zavarovalno kritje prične veljati po preteku 2 let od zadnjega zdravljenja, prejetega nasveta, pomoči zdravstvenega strokovnjaka, predpisanega zdravila ali opravljene diagnostike v zvezi z določenim predhodno obstoječim zdravstvenim stanjem zavarovanca;

- b. za bolezni 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;
- c. za stroške zdravstvenih storitev, ki jih zavarovanec opravi brez predhodne odobritve zavarovalnice.

8.2 V vsakem primeru so izključene vse obveznosti zavarovalnice, če so bolezni, stanja ali poškodbe zavarovanca posledica:

- a. neposrednega ali posrednega delovanja jedrske energije ali radioaktivnega sevanja;
- b. vojne, notranjih in civilnih nemirov, neredov, uporov, demonstracij, vstaj, dejanj tujega sovražnika, sovražnosti, vojaškega ali protizakonitega udara ter drugih dogodkov, povezanih z višjo silo;
- c. 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;
- d. namerne povzročitve s strani zavarovalca ali zavarovanca;
- e. prirojjenih napak, stanj, ki izvirajo iz obporodnega obdobja ali težav pri razvoju mladih do vključno 17. leta starosti;
- f. priprave, poskusa ali izvršitve naklepnega kaznivega dejanja, udeležbe v njem in pobege po takšnem dejanju ter udeležbe v fizičnem obračunu, razen pri uradno dokazani samoobrambi;
- g. zlorabe ali čezmernega uživanja alkohola, jemanja mamil ali drugih narkotikov in psihoaktivnih substanc ter jemanja zdravil, razen tistih, ki jih je zavarovancu predpisal zdravnik;
- h. nalezljivih spolnih bolezni (vključno z okužbo z virusom HIV oziroma aidsom), razen diagnosticiranja, če je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo;
- i. epidemij, pandemij, onesaženja 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.

8.3 Zavarovanje ne krije stroškov:

- a. medicinsko - tehničnih pripomočkov, zobnoprostetičnih pripomočkov in nadomestkov ter reševalnih prevozov;
- b. storitev alternativnega, komplementarnega ali eksperimentalnega zdravljenja, preventivnih obravnav in zdravstvenih storitev, ki niso strokovno doktrinirano priznane v Republiki Sloveniji ali so opravljene iz estetskih razlogov;
- c. zdravljenja refrakcijskih okvar očesa (kratkovidnost, daljnovidnost, astigmatizem) razen, če so posledica nezgode;
- d. zdravljenja v dejavnostih klinične psihologije (razen, če je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo), diabetologije, stomatologije, intenzivne in urgentne medicine, infektologije in onkologije, za zavarovance do vključno 17. leta starosti pa tudi v dejavnostih angiologije, hematologije, proktologije, psihiatrije in tireologije;
- e. genetskih preiskav, dialize, cepljenja in drugega mnenja, razen, če je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo;
- f. zdravljenja spolno prenosljivih bolezni, vključno z okužbo z virusom HIV;
- g. patronažne zdravstvene nege in zdravstvenih storitev, povezanih s kroničnimi boleznimi, ponavljajočimi se stanji, neplodnostjo, nosečnostjo, porodom, umetno oploditvijo, umetno prekinitvijo nosečnosti in sterilizacijo, ter preventivnih rednih obdobjnih ginekoloških pregledov na primarni ravni;

- h. hospitalizacije po opravljenih posegih, ki zahtevajo opazovanje preko noči;
- i. zdravstvenih storitev za ugotavljanje delazmožnosti, za vozniški izpit in za ugotavljanje stanj v zavarovalniških ali sodnih postopkih;
- j. zdravstvenih storitev, opravljenih pri izvajalcu, ki je ožji družinski član zavarovanca oziroma živi v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem;
- k. zdravstvenih storitev, za katere zavarovalnica ni dala soglasja;
- l. zdravil, ki se lahko izdajajo tudi brez recepta, in zdravil, ki so predpisana na recept v preventivne namene, za zdravljenje erektilne disfunkcije, odpravljanje prekomerne teže, odpravljanje androgene alopecije in za kontracepcijo (razen ob hormonskem zdravljenju), ter zdravil, ki so predpisana zaradi dietetičnih, dezinfekcijskih, negovalnih in kozmetičnih učinkov;
- m. prevoza do izvajalca zdravstvene storitve, stroškov nastanitve, prehrane, komunikacije, spremljevalcev ter stroškov pridobivanja in posredovanja zdravstvene dokumentacije;
- n. v primeru posredovanja neresničnih podatkov, prevare, zamolčanja, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca oziroma zavarovanca.
- 9 Zavarovalna premija in posledice neplačevanja premije**
- 9.1 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.
- 9.2 Premija je enotna in nedeljiva za vsa zavarovalna kritja.
- 9.3 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. V primeru, da se premija plačuje v mesečnih obrokih, se vsak nadaljnji obrok premije plača na prvi dan vsakega naslednjega zavarovalnega meseca.
- 9.4 Premija je določena glede na zavarovančevo starost. 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.
- 9.5 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.
- 9.6 Če zapadla premija ali obrok premije ni plačan v roku 30 dni od zapadlosti, 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.
- 10 Prijava zavarovalnega primera**
- 10.1 Zavarovanec ali njegov predstavnik pred uveljavljanjem pravic do zdravstvenih storitev iz zavarovanja o tem obvesti asistenčni center zavarovalnice.
- 10.2 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.
- 10.3 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 na območju Evropske Unije.
- 10.4 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.
- 10.5 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.
- 10.6 Dogovorjeni termin izvedbe zdravstvenih storitev pri pogodbenem izvajalcu lahko zavarovanec odpove ali predlaga spremembo le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel predvideti ali jih preprečiti, o čemer takoj obvesti asistenčni center in predloži dokazila.
- 10.7 Če zaradi objektivnih okoliščin (npr. višja sila, razpoložljivost izvajalcev) zavarovalnica ne more ponuditi termina izvedbe zdravstvene storitve v dogovorjenem roku skladno s točko 10.5 ali storitve zaradi navedenih okoliščin ne more zagotoviti, lahko zavarovanec na podlagi izdanega naloga opravi zdravstveno storitev pri izvajalcu na območju Evropske Unije po lastni izbiri. Stroške zdravstvene storitve poravnava zavarovanec sam neposredno izvajalcu. Zavarovalnica na podlagi zahtevka povrne stroške zdravstvene storitve največ do višine cene za izvajanje istovrstnih storitev pri nepogodbenih izvajalcih zdravstvenih storitev, objavljene na spletni strani zavarovalnice ([www.zav-vita.si](http://www.zav-vita.si)), povečane za 20 % in zmanjšane za morebitno soudeležbo zavarovanca.
- 10.8 Za termin izvedbe zdravstvenih storitev pri nepogodbenem izvajalcu se dogovori zavarovanec sam, če ni dogovorjeno drugače.
- 10.9 Stroške zdravstvenih storitev pri pogodbenih izvajalcih, ki nastanejo na podlagi izdanega naloga, plača zavarovalnica neposredno pogodbenemu izvajalcu. Znesek stroškov je zmanjšan za morebitno soudeležbo zavarovanca.
- 10.10 Kadar zavarovanec na podlagi izdanega naloga in v skladu s točko 10.3 opravi zdravstveno storitev pri nepogodbenih izvajalcih, plača stroške zdravstvenih storitev zavarovanec sam neposredno nepogodbenemu izvajalcu. Zavarovalnica mu vrne stroške zdravstvenih storitev na podlagi zahtevka za povrnitev stroškov, in sicer največ do cene za izvajanje istovrstnih storitev pri nepogodbenih izvajalcih zdravstvenih storitev, objavljene na spletni strani zavarovalnice ([www.zav-vita.si](http://www.zav-vita.si)), zmanjšane za morebitno soudeležbo zavarovanca.
- 10.11 Zahtevku za povrnitev stroškov zdravstvenih storitev je potrebno priložiti zdravstveno dokumentacijo, obračun zdravstvenih storitev, originalni račun, potrdilo o plačilu in na zahtevo zavarovalnice tudi drugo dokumentacijo.
- 10.12 Če je v zavarovalni pogodbi dogovorjena soudeležba zavarovanca za 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 opravljene storitve.
- 10.13 Stroške zdravil na beli recept plača zavarovanec sam, zavarovalnica pa mu na podlagi zahtevka za povrnitev stroškov povrne le-te v dogovorjenem obsegu. Zahtevke 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 napotnice, če je beli recept izdal zdravnik splošne medicine, in original lekarniškega računa. Asistenčni center zavarovalnice najkasneje naslednji delovni dan po prejemu vse potrebne dokumentacije za ugotovitev obveznosti s telefonskim klicem ali uporabo (elektronske) pošte zavarovanca obvesti o odobritvi ali odklonitvi.
- 10.14 Zavarovalec je dolžan plačevati premijo tudi v obdobju reševanja zahtevka. Do dneva uveljavljanja pravic iz zavarovanja morajo biti plačane vse zapadle premije.
- 10.15 Zavarovanec na svoje stroške pridobi in zavarovalnici predloži zahtevano dokumentacijo za ugotovitev obveznosti iz tega zavarovanja.
- 10.16 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.
- 10.17 Zavarovalnica za preračun stroškov v EUR upošteva srednji tečaj Banke Slovenije na dan izplačila zavarovalnine.
- 11 Spremembe in odpoved zavarovalne pogodbe**
- 11.1 Zavarovalec lahko v času trajanja zavarovanja na obrazcu zavarovalnice dogovori priključitev zavarovalnih kritij, ki jih izbere iz ponudbe zavarovalnice na dan oddaje zahteve za spremembo zavarovalne pogodbe. Zavarovalnica izvrši spremembo zavarovalne pogodbe z dnem poteka obdobja, za katerega je bila plačana zavarovalna premija, če ni dogovorjeno drugače.

- 11.2 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;
  - če se spremeni premijski cenik oziroma skrči Seznam storitev. Zavarovalnica o spremembi pisno obvesti zavarovalca vsaj 3 mesece pred iztekom zavarovalnega leta. Če se zavarovalec s predlogom spremembe ne strinja, mora o tem obvestiti zavarovalnico najkasneje do izteka zavarovalnega leta, zavarovanje pa z iztekom zavarovalnega leta preneha.
- 11.3 Če se zavarovanje tiho podaljšuje, lahko zavarovalec odstopi od pogodbe z dnem zapadlosti letne premije pod pogojem, da o tem pisno obvesti zavarovalnico najmanj 1 mesec vnaprej.
- 11.4 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.
- 11.5 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.
- 12 Način medsebojnega obveščanja**
- 12.1 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 pisno pristal na takšno obveščanje.
- 12.2 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.
- 12.3 Zavarovalec je dolžan vsako spremembo svojih podatkov nemudoma sporočiti zavarovalnici.
- 12.4 Zavarovalnica bo zavarovalca obveščala o vseh ostalih spremembah v skladu z zakonom, ki ureja zavarovalništvo.
- 13 Reševanje pritožb in sporov**
- 13.1 Zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec se lahko pritoži zoper ravnanje zavarovalnice tako, da o tem zavarovalnico obvesti v pisni obliki v skladu s Pravili o reševanju pritožb strank, ki so javno objavljena na spletni strani zavarovalnice ([www.zav-vita.si](http://www.zav-vita.si)).
- 13.2 Zavarovalnica obravnava prejeto pritožbo skladno z internim pritožbenim postopkom. Odločitev pritožbenega organa zavarovalnice je dokončna.
- 13.3 Če se pritožbi ne ugoti 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](mailto:irps@zav-zdruzenje.si), spletni naslov: [www.zav-zdruzenje.si](http://www.zav-zdruzenje.si). Navedeni izvajalec je registriran kot izvajalec izvensodnega reševanja potrošniških sporov v skladu z zakonom, ki ureja izvensodno reševanje potrošniških sporov in ga zavarovalnica priznava kot pristojnega.
- 13.4 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. V primeru spora je za sojenje stvarno pristojno sodišče Republike Slovenije.
- 14 Varstvo osebnih podatkov**
- 14.1 Sestavni del teh splošnih pogojev je Izjava o zasebnosti zavarovalnice Vita, življenjska zavarovalnica, d.d. Zavarovalec s sklenitvijo zavarovalne pogodbe potrjuje, da je seznanjen z vsebino te Izjave in jo v celoti sprejema.
- 15 Končne določbe**
- 15.1 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.
- 15.2 Zavarovalnica ne prevzema odgovornosti za kakovost, zakonitost, ustreznost in strokovnost opravljene zdravstvene storitve.
- 15.3 Za nadzor nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- 16 Poročilo o solventnosti in finančnem položaju**
- 16.1 Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice je javno dostopno na spletni strani zavarovalnice ([www.zav-vita.si](http://www.zav-vita.si)).
- 17 Cenik zavarovalnice**
- 17.1 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, sprememba zavarovalca, dvojnik police in podobno). Višino vseh stroškov določi zavarovalnica v vsakokratnem veljavnem ceniku, ki je javno dostopen na spletni strani zavarovalnice ([www.zav-vita.si](http://www.zav-vita.si)).

## Seznam storitev

### Specialistične ambulantne storitve

#### Specialistični ambulantni pregledi

(na sekundarni ravni)

- Prvi specialistični ambulantni pregled
- Kontrolni specialistični ambulantni pregled

#### Enostavne diagnostične preiskave

- Laboratorijske preiskave – hemogram
- Laboratorijske preiskave – urin
- EEG
- EKG
- EMG
- OCT
- RTG
- UZ abdominalna, 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
- Spirometrija
- 24-urni holter srca
- 24-urno merjenje krvnega tlaka
- Cikloergometrija
- Dermatoskopija
- VTG
- Mamografija
- ADG
- Bronhodilatatorni test
- Test hemostaze
- Revmatološke krvne preiskave
- Kožni in kontaktni alergenski testi – 1 serija

#### 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 abdominalna, zgornjega in spodnjega abdominalna
- CTA (angiografija) možganskega ožilja, aorte, ožilja okončine
- MR, MRA
- PET
- Scintigrafija
- Irigografija
- UZ vodena biopsija notranjih organov in prostate
- Endoskopski UZ
- Artrografija
- Gastroskopija
- Kolonoskopija
- Patohistološka preiskava (Urea) dihalni test prisotnosti bakterije helicobacter pylori
- Cistoskopija
- Respiratorna poligrafija

### Operativni posegi

- Poseg na očesu (siva mrena, pterigij, pinguekula, xantalazma, entropij)
- Poseg na solznih žlezah in solzevodih
- Artroskopska komolca, kolena, gležnja, kolka, ramena, zapestja
- Operativno in lasersko zdravljenje krčnih žil
- Koronarografija
- PTA
- Operacija karpalnega kanala
- Rektoskopski poseg
- Polipektomija
- UZ razbijanje ledvičnih kamnov
- ERCP
- Hidrokela, spermatokela, varikokela
- 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 tvorb
- Septoplastika
- Flebektomija
- Laparoskopska odstranitev žolčnih kamnov
- Izrez sprememb na vulvi
- Odstranitev polipa v cerviksu in diagnostična histeroskopija
- Operacija hernije diska
- Vertebroplastika
- Šivanje - rekonstrukcija Ahilove tetive
- Operacija Dupuytrenove kontrakture
- Operacija sprožilnega prsta
- Odstranitev žrelnice in mandljev za osebe, mlajše od 18 let

### Preventivne storitve

- Krvne analize ščitničnih hormonov, vitaminov, mineralov, označevalcev osteoporoze, lipidograma, jetrne funkcije, ledvične funkcije ipd.
- Testi spolno prenosljivih bolezni