



Všeobecné podmienky pre používanie produktu
PEŇAŽENKA ZDRAVIA

Úvod

- A. Tieto podmienky stanovujú kritériá pre používanie benefičného produktu **Peňaženka zdravia** od Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s. založeného na hodnote prevencie, solidarity, zodpovednosti a dôvery pre jej verných poistencov. Účelom je stanovenie pravidiel uhrádzania finančných príspevkov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť pre jednotlivca - **Peňaženka zdravia MINI** a pre skupinu **Peňaženka zdravia MAXI**.

Článok 1

Základné pojmy

- 1.1** Peňaženka zdravia je benefičný produkt pre verných poistencov od Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s., so sídlom Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava - mestská časť Petržalka, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Vložka číslo: 3602/B, Oddiel: Sa (ďalej len „VšZP“). Peňaženka zdravia umožňuje v súlade s platnou legislatívou a podmienkami používania získať poistencom VšZP (ďalej len „poistenec“) finančný príspevok na zdravotnú starostlivosť.
- 1.2** **Peňaženka zdravia** je prístupná súčasným poistencom vo voľne dostupnej mobilnej aplikácii VšZP (ďalej len „**mobilná aplikácia**“) alebo v elektronickej pobočke VšZP dostupnej na www.epobocka.com (ďalej len „**ePobočka**“). Mobilná aplikácia a ePobočka slúžia na podávanie žiadostí podľa bodu 4.2 až 4.4 podmienok používania a získanie informácií o benefitoch, počiatocnom stave, čerpaní, aktuálnom zostatku finančného príspevku za príslušný kalendárny rok.
- 1.3** **Peňaženka zdravia MINI** je individuálny benefičný produkt pre poistenca s nárokom. Za poistenca vo veku do 18 rokov a za poistenca, ktorý bol pozbavený alebo obmedzený na spôsobilosti na právne úkony, koná jeho zákonný zástupca. Druhy benefitov Peňaženky zdravia MINI sú uvedené v Čl. 5 podmienok používania.
- 1.4** **Peňaženka zdravia MAXI** je skupinový benefičný produkt pre člena skupiny s nárokom. Druhy benefitov Peňaženky zdravia MAXI sú uvedené v Čl. 6 podmienok používania.
- 1.5** **Benefit** je možnosť poistenca získať finančný príspevok na konkrétny druh ním absolvovanej a ním alebo jeho zákonným zástupcom uhradenej zdravotnej starostlivosti (u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým má VšZP uzatvorenú zmluvu) definovanej v Čl. 5 alebo v Čl. 6 podmienok používania, a to v súlade s podmienkami používania.
- 1.6** **Čerpanie benefitu** je proces, prostredníctvom ktorého sa žiadosťou uplatňuje nárok na úhradu finančného príspevku.
- 1.7** **Finančný príspevok** je suma 100 eur, ktoré VšZP v príslušnom kalendárnom roku poskytne poistencovi s nárokom, resp. členovi s nárokom na úhradu nákladov za ním absolvovanú a ním alebo jeho zákonným zástupcom uhradenú zdravotnú starostlivosť, v súlade s podmienkami používania. Ak poistenec s nárokom čerpal finančný príspevok na benefit Peňaženky zdravia MINI, môže sa v danom kalendárnom roku stať členom skupiny s nárokom, pričom uhradené finančné príspevky sa mu započítajú do limitu 100 eur v skupinovom benefite Peňaženky zdravia MAXI.
- 1.8** **Úhrada finančného príspevku** je finálne štádium procesu čerpania benefitu.

- 1.9 Správca** skupiny je plnoletý poistenec VŠZP, ktorý založil skupinu a je ostatnými členmi určený za svojho zástupcu oprávneného konať v ich mene (ďalej len „**správca**“) pri používaní produktu Peňaženka zdravia MAXI. Vyjadrením súhlasu s podmienkami používania členovia súhlasia, že správca je zástupcom všetkých členov voči VŠZP v rozsahu všetkých potrebných činností nevyhnutných na používanie produktu Peňaženka zdravia MAXI. Správca koná v mene členov na vlastnú zodpovednosť. Akýkoľvek úkon vykonaný správcom zaväzuje všetkých členov. Vyjadrením súhlasu s podmienkami používania správca prijíma splnomocnenie na zastupovanie členov podľa tohto bodu.
- 1.10 Skupina** pozostáva zo správcu a maximálne ďalších 7 členov. Prvý člen skupiny, ktorý sa rozhodne založiť skupinu a pridať členov, sa zároveň stáva aj jej správcom. Členmi skupiny sa stanú osoby, ktoré správca skupiny pridá za členov, v súlade s bodom 2.1 podmienok používania (ďalej len „**skupina**“).
- 1.11 Člen skupiny** je každá osoba, ktorá sa rozhodla využiť produkt Peňaženka zdravia MAXI. Je to správca a každá osoba, ktorú správca pridá do skupiny. Každá osoba môže byť členom iba jednej skupiny. Vyjadrením súhlasu s podmienkami používania každý člen súhlasí s tým, že správca skupiny je oprávnený konať v jeho mene a že správca je zástupcom všetkých členov voči VŠZP v rozsahu všetkých potrebných činností nevyhnutných na používanie produktu Peňaženka zdravia MAXI. Správca koná v mene členov na vlastnú zodpovednosť. Akýkoľvek úkon vykonaný správcom zaväzuje všetkých členov (ďalej len „**člen**“).
- 1.12 Člen skupiny s nárokom** na úhradu finančného príspevku z Peňaženky zdravia MAXI, je každý poistenec s potvrdeným členstvom v skupine, v ktorej sú minimálne 3 poistení členovia s potvrdeným členstvom vrátane správcu, a zároveň spĺňa všetky podmienky používania (ďalej len „**člen s nárokom**“).
- 1.13 Poistenec VŠZP s nárokom** na úhradu finančného príspevku z Peňaženky zdravia MINI, je každý poistenec, ktorý si prostredníctvom mobilnej aplikácie alebo e-Pobočky založil Peňaženku zdravia a nie je členom s nárokom (ďalej len „**poistenec s nárokom**“).
- 1.14 Všeobecné podmienky pre používanie produktu Peňaženka zdravia** tvoria súhrn dojednaní zaväzujúcich poistencov a ich zákonných zástupcov pri využívaní produktu Peňaženka zdravia (ďalej len „**podmienky používania**“).

Článok 2

Pravidlá vzniku a zániku skupiny

- 2.1** Prostredníctvom mobilnej aplikácie alebo ePobočky môže vytvoriť skupinu jej prvý člen (správca) pridaním ďalšieho člena. Ďalší členovia môžu byť poistenci aj nepoistenci, v celkovom maximálnom počte 8 vrátane správcu. Správca v mobilnej aplikácii alebo ePobočke v záložke „Peňaženka zdravia“ zadá jedno číslo účtu vo formáte IBAN, na ktoré bude VŠZP uhrádzať finančné príspevky za schválené žiadosti členov skupiny. Správca pri pridávaní člena vyplní osobné údaje člena v rozsahu meno, priezvisko, rodné číslo, mobilné telefónne číslo, email a následne:
- 2.1.1 každý člen vo veku od 18 rokov potvrdí svoje členstvo elektronicky cez mobilnú aplikáciu alebo ePobočku;
- 2.1.2 za každého člena vo veku do 18 rokov potvrdzuje členstvo elektronicky cez mobilnú aplikáciu alebo ePobočku jeho zákonný zástupca, potvrdenie členstva sa považuje za odsúhlasenie podmienok používania, súhlas so spracúvaním osobných údajov a čestné vyhlásenie o zdravom spôsobe života podľa bodu 4.6 podmienok používania;
- 2.1.3 za každého člena vo veku od 18 rokov, ktorý bol pozbavený alebo obmedzený na spôsobilosti na právne úkony, potvrdzuje členstvo jeho zákonný zástupca, ktorý má osobu pozbavenú alebo obmedzenú na spôsobilosti na právne úkony pridanú v ePobočke alebo mobilnej aplikácii, potvrdenie členstva sa považuje za odsúhlasenie podmienok

používania, súhlas so spracúvaním osobných údajov a čestné vyhlásenie o zdravom spôsobe života podľa bodu 4.6 podmienok používania.

- 2.2 V prípade splnenia všetkých podmienok používania, vytvorená skupina automaticky prechádza do ďalšieho kalendárneho roka.
- 2.3 Nárok na úhradu finančného príspevku za príslušný kalendárny rok vzniká od 01.01.príslušného kalendárneho roka. Podat' si žiadosť o úhradu finančného príspevku za príslušný kalendárny rok je možné len za zdravotnú starostlivosť absolvovanú a uhradenú v príslušnom kalendárnom roku.
- 2.4 Členstvo v skupine zaniká dobrovoľným odchodom člena alebo odchodom člena z vôle správcu, a to za nasledovných podmienok:
 - 2.4.1 Ak v priebehu príslušného kalendárneho roka bola v skupine podaná žiadosť o úhradu finančného príspevku za zdravotnú starostlivosť absolvovanú a uhradenú v príslušnom kalendárnom roku, žiaden člen s nárokom nemôže v rámci príslušného kalendárneho roka odísť do inej skupiny. Člen s nárokom sa môže stať členom inej skupiny alebo sa stať poistencom s nárokom na benefity z Peňaženky zdravia MINI až od 1. 1. nasledujúceho kalendárneho roka.
 - 2.4.2 V prípade ak už vo vytvorenej skupine v priebehu príslušného kalendárneho roka klesne jej minimálny počet členov s nárokom pod hranicu 3 z dôvodu zániku verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike člena, tak nie je povinnosťou danej skupiny doplniť tretieho člena s nárokom, aby skupina spĺňala potrebný minimálny počet členov s nárokom. Nárok na úhradu finančného príspevku z Peňaženky zdravia MAXI zostáva členom s nárokom v skupine do 31.12. v tom roku, kedy k takejto situácii došlo.
 - 2.4.3 V prípade ak v skupine stratí správca schopnosť vykonávať svoju činnosť, môžu si členovia spomedzi seba určiť nového správcu;
 - 2.4.4 Ak v priebehu príslušného kalendárneho roka nebola v skupine podaná žiadosť o úhradu finančného príspevku za zdravotnú starostlivosť absolvovanú a uhradenú v príslušnom kalendárnom roku, môže člen s nárokom v príslušnom kalendárnom roku odísť zo skupiny a stať sa poistencom s nárokom na benefity z Peňaženky zdravia MINI kedykoľvek v priebehu príslušného kalendárneho roka .
- 2.5 Vyjadrením súhlasu s podmienkami používania členovia súhlasia, že 50 % výšky svojho finančného príspevku môže byť poskytnutých inému členovi s nárokom na čerpanie benefitov Peňaženky zdravia MAXI. Správca koná v mene členov skupiny.

Článok 3

Nárok na úhradu finančného príspevku

- 3.1 Nárok na úhradu finančného príspevku má každý poistenec s nárokom, resp. člen s nárokom, ktorý:
 - 3.1.1 podal spôsobom podľa týchto podmienok používania žiadosť o úhradu finančného príspevku a doložil sken alebo fotografiu dokladu o úhrade v lehotách stanovených v podmienkach používania;
 - 3.1.2 má v čase úhrady finančného príspevku VŠZP podľa bodu 4.7 podmienok používania nárok na plnú zdravotnú starostlivosť v Slovenskej republike;
 - 3.1.3 má za celé obdobie poistného vzťahu vo VŠZP určeného platiteľa poistného¹⁾;
 - 3.1.4 sa pravidelne podrobuje preventívnym prehliadkam, vedie zdravý spôsob života, čo deklaruje dobrovoľným potvrdením čestného vyhlásenia v mobilnej aplikácii alebo ePobočke podľa bodu 4.6 podmienok používania;
 - 3.1.5 spĺňa všetky podmienky používania.

Článok 4

Všeobecné pravidlá čerpania benefitov

- 4.1** VŠZP poskytuje poistencovi s nárokom finančný príspevok na konkrétny druh ním absolvovanej a ním alebo jeho zákonným zástupcom uhradenej zdravotnej starostlivosti definovanej v Čl. 5 podmienok používania a členovi s nárokom finančný príspevok na konkrétny druh ním absolvovanej a ním alebo jeho zákonným zástupcom uhradenej zdravotnej starostlivosti definovanej v Čl. 6 podmienok používania.
- 4.2** V Peňaženke zdravia MINI podáva žiadosť o úhradu finančného príspevku poistenec s nárokom za seba, za poistenca vo veku do 18 rokov a za poistenca, ktorý bol pozbavený alebo obmedzený na spôsobilosti na právne úkony, ktorého je zákonným zástupcom, najneskôr do 60 dní odo dňa úhrady zdravotnej starostlivosti. Žiadosť o úhradu finančného príspevku sa podáva samostatne za každý uplatňovaný benefit. V prípade, ak sa poistenec s nárokom stal poistencom VŠZP v priebehu príslušného kalendárneho roka, môže si podať žiadosť úhradu o finančného príspevku len za zdravotnú starostlivosť absolvovanú a uhradenú po dni vzniku poistného vzťahu vo VŠZP.
- 4.3** V Peňaženke zdravia MAXI podáva žiadosť o úhradu finančného príspevku správca za seba aj za ostatných členov s nárokom najneskôr do 60 dní odo dňa úhrady zdravotnej starostlivosti členom s nárokom alebo zákonným zástupcom člena s nárokom. V prípade, ak sa člen stal poistencom VŠZP v priebehu príslušného kalendárneho roka, môže si podať žiadosť o úhradu finančného príspevku len za zdravotnú starostlivosť absolvovanú a uhradenú po dni vzniku poistného vzťahu vo VŠZP. V prípade, ak sa po skončení príslušného kalendárneho roka správca stane nepoistenom, môže ešte podávať žiadosti o úhradu finančného príspevku (za uhradenú a absolvovanú zdravotnú starostlivosť v predchádzajúcom kalendárnom roku) do 60 dní od ukončenia kalendárneho roka, v ktorom poistencom bol.
- 4.4** Žiadosť o úhradu finančného príspevku sa podáva len elektronicky prostredníctvom mobilnej aplikácie a ePobočky. V žiadosti poistenec s nárokom, resp. správca vyplní všetky povinné polia a priloží všetky povinné prílohy, pričom je povinný uviesť pravdivé a úplné informácie. Žiadosť sa podáva spolu s priložením fotografie alebo skenu dokladu o úhrade zdravotnej starostlivosti (akceptované formáty sú: jpg, jpeg, jpe, png). Sken/fotografia dokladu o úhrade by mal obsahovať QR kód a musí obsahovať všetky náležitosti účtovného dokladu vrátane druhu poskytnutej zdravotnej starostlivosti zhodnej s uplatňovaným benefitom, ktorý poistenec s nárokom, resp. člen s nárokom alebo jeho zákonný zástupca uhradil. Dokladom o úhrade môže byť pokladničný doklad alebo faktúra s potvrdením o jej úhrade. Vo výnimočných prípadoch, kedy poistenec nie je samostatne schopný podať žiadosť a požiada o to, môže VŠZP udeliť výnimku a zadať žiadosť za poistenca, pričom poistenec musí splniť ostatné podmienky používania.
- 4.5** V prípade, že žiadosť o úhradu finančného príspevku a jej prílohy nebudú obsahovať povinné náležitosti, je VŠZP oprávnená vyzvať poistenca s nárokom, resp. správcu na doplnenie alebo opravu. Žiadosť o úhradu finančného príspevku sa považuje za riadne podanú len v prípade, ak bude mať všetky náležitosti a bude obsahovať správne prílohy v zmysle výzvy VŠZP na doplnenie alebo opravu podľa tohto bodu a v zmysle náležitostí podmienok používania. V prípade zistenia formálnej a zjavnej chyby v žiadosti o úhradu finančného príspevku je VŠZP oprávnená opraviť takúto chybu za účelom plynulého spracovania žiadosti.
- 4.6** Poistenec dobrovoľne poskytne v mobilnej aplikácii alebo ePobočke čestné vyhlásenie, že sa pravidelne podrobuje preventívnym prehliadkam, vedie zdravý spôsob života a spĺňa podmienky používania. Túto skutočnosť bude VŠZP overovať na základe poskytovateľom zdravotnej starostlivosti vykázaných alebo poistencom preukázaných preventívnych prehliadok. Táto podmienka sa neuplatňuje na preventívne prehliadky u zubára, na preventívne prehliadky u všeobecného lekára u poistencov nad 75 rokov, na preventívne prehliadky u

urológa a gynekológa u poistencov nad 70 rokov a na poistencov so zdravotnou kontraindikáciou.

- 4.7** Úhradu finančného príspevku vykonáva VŠZP priebežne:
- 4.7.1 Žiadosti o úhradu finančného príspevku podané do 30.06. budú uhradené podľa stavu splnenia podmienok používania potrebných na vznik nároku poistenca podľa čl. 2, 3, 4, 5, 6, 7 podmienok používania k 30.09. príslušného kalendárneho roka najneskôr do 31. 10. príslušného kalendárneho roka;
- 4.7.2 Žiadosti o úhradu finančného príspevku podané do 31.12. príslušného kalendárneho roka budú uhradené podľa stavu splnenia podmienok používania potrebných na vznik nároku poistenca podľa čl. 2, 3, 4, 5, 6, 7 podmienok používania k 31.03. nasledujúceho kalendárneho roka najneskôr do 30.04. nasledujúceho kalendárneho roka.
- 4.8** VŠZP vykoná úhradu finančného príspevku len bezhotovostne na účet, ktorý zadal poistenec s nárokom, resp. správca do mobilnej aplikácie alebo ePobočky.
- 4.9** Nevyčerpaná časť finančného príspevku v príslušnom kalendárnom roku sa neprenáša do nasledujúceho kalendárneho roka. Poistenec nemá nárok na vyplatenie finančnej hotovosti za nevyčerpanú časť finančného príspevku. Finančný príspevok slúži len na čerpanie benefitov v súlade s týmito podmienkami používania.
- 4.10** V prípade, ak je predmetom žiadosti o úhradu finančného príspevku zdravotný výkon, liek, dietetická potravina a zdravotnícka pomôcka hradená z verejného zdravotného poistenia, VŠZP poskytne poistencovi s nárokom, resp. členovi s nárokom tento príspevok iba v prípade, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zároveň vykáže VŠZP poskytnutie zdravotnej starostlivosti v súlade s platnými právnymi predpismi. VŠZP nezodpovedá za nesprávne vykázanie alebo zúčtovanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti a za porušenie všeobecne záväzných predpisov v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Informácie o vykázaní a uhradenej zdravotnej starostlivosti sú poistencovi dostupné v mobilnej aplikácii v časti Moje zdravie, Moji lekári a prevencia alebo v ePobočke v časti Moje vyšetrenia, Moji lekári. Táto podmienka sa neuplatňuje na benefity podľa bodu 5.2.2., 5.2.3., 5.2.4., 5.3.4., 5.3.5., 6.2.1., 6.2.2., 6.3.2., 6.3.3., 6.3.4, 6.4.1.2., 6.4.1.4., 6.5.3., 6.5.4.
- 4.11** Žiadosť o úhradu finančného príspevku je možné podať, len ak bola poistencom s nárokom, resp. členom s nárokom absolvovaná zdravotná starostlivosť uhradená ním alebo jeho zákonným zástupcom u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike, s ktorým má VŠZP uzatvorenú zmluvu. Táto podmienka sa neuplatňuje na benefity podľa bodu 5.2.2, 6.3.2., 6.5.3.
- 4.12** Podmienky vzniku nároku na úhradu finančného príspevku podľa Čl. 2, 3, 4, 5, 6 a 7 musia byť splnené všetky súčasne. Splnenie podmienok posudzuje VŠZP po podaní žiadosti o úhradu finančného príspevku pre každú žiadosť individuálne. V odôvodnených prípadoch osobitného zreteľa môže zdravotná poisťovňa upustiť od podmienky v Čl. 2, 3, 4, 5, 6 a 7 a uhradiť finančný príspevok, ak je to v prospech poistenca.
- 4.12.1 Pokiaľ zmluvný poskytovateľ nevykáže alebo poistenec nepreukáže poskytnutie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 4.10 podmienok používania pre žiadosti o úhradu finančného príspevku podané do 30.06. príslušného kalendárneho roka najneskôr do 30.09. príslušného kalendárneho roka a pre žiadosti o úhradu finančného príspevku podané do 31.12. príslušného kalendárneho roka najneskôr do 31.03. nasledujúceho kalendárneho roka, VŠZP finančný príspevok neuhradí.
- 4.12.2 Pokiaľ VŠZP zhodnotí, že neboli splnené podmienky potrebné na vznik nároku pre poistenca podľa čl. 2, 3, 4, 5, 6, 7 podmienok používania pre žiadosti o úhradu finančného príspevku podané do 30.06. najneskôr do 30.09. kalendárneho roka a pre žiadosti o úhradu finančného príspevku podané do 31.12. najneskôr do 31.3. nasledujúceho kalendárneho roka, VŠZP finančný príspevok neuhradí.

- 4.13** Ak VŠZP po úhrade finančného príspevku dodatočne zistí, že poistenec nespĺňal podmienky používania na úhradu finančného príspevku, je takýto poistenec povinný uhradený finančný príspevok vrátiť VŠZP na základe jej písomnej výzvy, a to v lehote určenej vo výzve. Vzájomné pohľadávky VŠZP a poistenca, resp. člena sa môžu vysporiadať formou jednostranného započítavania.

Článok 5

Druhy Benefitov Peňaženky zdravia MINI

5.1 Benefity na lieky

5.1.1 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý poistencovi odo dňa dovŕšenia 18. roku veku na doplatok za kategorizované lieky, ktoré sú čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia vydané na základe lekárskeho predpisu maximálne vo výške 20 eur pre poistenca za príslušný kalendárny rok.

5.1.1.1 Na uplatnenie benefitu podľa bodu 5.1.1 sa vzťahujú nasledovné podmienky:

5.1.1.1.1 lieky musia byť predpísané riadne na rodné číslo alebo iné identifikačné číslo poistenca v súlade s platnými právnymi predpismi, zmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike a boli vydané a vykázané poskytovateľom lekárenskej starostlivosti v Slovenskej republike VŠZP.

5.1.1.1.2 v prípade, že sa pre poistenca vzťahuje zákonný nárok na limit spoluúčasti (podľa § 87a zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov v platnom znení) (ďalej len „zákon č. 363/2011 Z. z.“), VŠZP poistencovi preplatí doplatok za konkrétny liek vo výške rozdielu medzi jeho skutočným doplatkom²⁾ a prepočítaným doplatkom.³⁾

5.1.1.1.3 tento benefit sa nevzťahuje na finančný príspevok na lieky hradené v plnom rozsahu.

5.1.1.1.4 tento benefit sa nevzťahuje na finančný príspevok na lieky hradené zdravotnou poisťovňou ako osobitné prípady úhrad⁸.

5.2 Benefity na prevenciu a očkovanie

5.2.1 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý na vakcínu vydanú na lekársky predpis na iný druh očkovania ako povinné očkovanie⁴⁾ vo výške 50 % uhradenej ceny:

5.2.1.1 Očkovanie proti kliešťovej encefalitíde - nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 1. roku veku, na každú dávku vakcíny podanej poistencovi očkovacej látky Encepur Children, Fsme – immun Junior, Encepur Adults, Fsme – immune;

5.2.1.2 Očkovanie proti HPV – kategorizované vakcíny Cervarix alebo Gardasil 9 nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 13. roku veku do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 18. roku veku na každú dávku vakcíny podanej poistencovi, avšak len do maximálnej výšky 31,45 eur za jednu dávku vakcíny;

5.2.1.3 Cestovateľské očkovanie – vakcína na prevenciu proti žltej zimnici, japonskej encefalitíde, brušnému týfusu, cholere. Je možné kombinovať očkovacie látky v tejto skupine, avšak len do celkovej maximálnej výšky 30 eur na benefit podľa tohto bodu;

5.2.1.4 Očkovanie proti meningokokom - očkovacie látky Bexsero, Nimenrix a Trumenba na každú dávku vakcíny podanej poistencovi;

- 5.2.1.5 Očkovanie proti hepatitíde AB - očkovanie kombinovanou očkovacou látkou TWINRIX Adult sus. inj. 1x1 ml (20 µg/ml) proti vírusovej hepatitíde typu A a vírusovej hepatitíde typu B na každú dávku vakcíny podanej poistencovi. Nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 16. roku veku.
- 5.2.1.6 Na uplatnenie benefitu podľa bodu 5.2.1 sa vzťahujú nasledovné podmienky:
- 5.2.1.6.1 vakcína bola predpísaná elektronicky a predpisujúci lekár na predpísanú vakcínu vytvoril preskripčný záznam⁶⁾;
 - 5.2.1.6.2 vakcína bola vydaná na lekárske predpis alebo preskripčný záznam poskytovateľom lekárskej starostlivosti;
 - 5.2.1.6.3 vakcína bola predpísaná riadne na rodné číslo alebo iné identifikačné číslo poistenca v súlade s platnými právnymi predpismi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike;
 - 5.2.1.6.4 vakcína bola poistencovi podaná v súlade s vakcinačnou schémou uvedenou v súhrne charakteristických vlastností podaného lieku;
 - 5.2.1.6.5 finančný príspevok zahŕňa len cenu vakcíny, nie ostatné poplatky u poskytovateľa zdravotnej a lekárskej starostlivosti, ktoré súvisia s očkovaním.
- 5.2.2 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý na preventívne športové prehliadky vykonané akreditovaným pracoviskom telovýchovného lekárstva vo výške 50 % uhradenej sumy pre poistenca do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 18. roku veku a vo výške 50% uhradenej sumy, avšak maximálne vo výške 30 eur pre poistenca odo dňa dovŕšenia 18. roku veku. Zoznam akreditovaných pracovísk telovýchovného lekárstva sa nachádza na webovom sídle VŠZP https://prihlaska.vszp.sk/fm_source/akreditovane_pracoviskaTV_lekarstva.pdf
- 5.2.3 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý na liečebno-preventívny program „Zdravý chrbát“ pre poistenca odo dňa dovŕšenia 18. roku veku, s opakujúcimi sa bolesťami vyvolanými funkčnými ochoreniami chrbtice, ktoré obmedzujú jeho každodenné aktivity a poistenec sa v súvislosti s nimi v posledných dvoch rokoch liečil u všeobecného lekára pre dospelých alebo v ambulancii špecialistu, vo výške tretiny z bežnej úhrady za zdravotnú starostlivosť v kúpeľnom zariadení, avšak maximálne vo výške 8 eur na deň. Dĺžka pobytu je 10 dní maximálne jedenkrát za príslušný kalendárny rok na poistenca vo vybraných kúpeľných zariadeniach zverejnených na webovom sídle VŠZP <https://www.vszp.sk/benefit/zoznam-benefitov/pre-poistencov/prispevok-liecebno-preventivny-program-zdravy-chrbat-2.html>.
- 5.2.4 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý na liečebno-preventívny program „Obezita“ pre poistenca odo dňa dovŕšenia 18. roku veku, s úrovňou hodnoty BMI ≥ 30 , alebo s úrovňou hodnoty BMI > 28 v kombinácii s vysokým tlakom krvi a poruchou metabolizmu tukov alebo cukrov, vo výške tretiny z bežnej úhrady za zdravotnú starostlivosť v kúpeľnom zariadení, avšak maximálne vo výške 8 eur na deň. Dĺžka pobytu je 10 dní maximálne jedenkrát za príslušný kalendárny rok na poistenca vo vybraných kúpeľných zariadeniach zverejnených na webovom sídle VŠZP <https://www.vszp.sk/benefit/zoznam-benefitov/pre-poistencov/prispevok-liecebno-preventivny-program-obezita.html>.

5.3 Benefity na zuby

- 5.3.1 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý poistencovi odo dňa dovŕšenia 18. roku veku za stomatologické výkony, maximálne vo výške 30 eur za jedno stomatologické ošetrenie a 60 eur za príslušný kalendárny rok pre poistenca. Žiadosť o finančný príspevok na tento benefit je možné podať až 2x v kalendárnom roku, pričom v jednej žiadosti je možné uplatniť si finančný príspevok na tento benefit maximálne vo výške 30 eur za príslušný kalendárny rok pre poistenca.

- 5.3.2 Tento benefit sa vzťahuje aj na finančný príspevok poskytnutý poistencovi do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 18. roku veku za stomatologické výkony, maximálne jedenkrát, vo výške maximálne 30 eur za príslušný kalendárny rok pre poistenca.
- 5.3.3 Benefit podľa bodov 5.3.1 a 5.3.2 sa vzťahuje na doplatky za nasledovné výkony záchovnej stomatológie:
- 5.3.3.1 výkony záchovnej stomatológie V01 až V03 (jednoplôšková, dvojplôšková a trojplôšková výplň zuba), V05 až V07 (fotokompozit), V41 a V42 (endodontické ošetrovanie jednokoreňového alebo viackoreňového trvalého zuba);
 - 5.3.3.2 výkony chirurgickej stomatológie E64 (egalizácia alveolárneho výbežku);
 - 5.3.3.3 výkony paradontológie P01 a P02a (komplexné a kontrolné paradontologické vyšetrenie), P06 (celkové vyartikulovanie chrupu), P08 (plastika frenúl, slizničných a väzivových pruhov), P23 (gingivektómia), P32 a P33 (odklopenie frontálneho mukoperiostálneho laloka);
 - 5.3.3.4 príplatky k operáciám v ambulancii P65a (príplatek k certifikovaným výkonom);
 - 5.3.3.5 výkony stomatologickej protetiky F01 (komplexné stomatoprotetické vyšetrenie) a F63 (stiahnutie korunky).
- 5.3.4 Benefit podľa bodov 5.3.1 a 5.3.2 sa vzťahuje výkon anestézy - A02 Injekčná anestézia - infiltračná alebo zvodová.
- 5.3.5 Benefit podľa bodov 5.3.1 a 5.3.2 sa vzťahuje na doplatky za nasledovné výkony dentálnej hygieny:
- 5.3.5.1 odstránenie zubného povlaku alebo zubného kameňa v celom úseku chrupu ultrazvukom;
 - 5.3.5.2 odstraňovanie povrchových pigmentácií a usadenín pieskovaním zubov;
 - 5.3.5.3 inštruktáž a nácvik ústnej hygieny;
 - 5.3.5.4 poučenie o prevencii zubného kazu a ochorení paradontu;
 - 5.3.5.5 odstránenie zubných povlakov.
- 5.3.6 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý poistencovi do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 19. roku veku na doplatky za čelustnoortopedické výkony, ktoré sú zo zákona čiastočne hrazené z verejného zdravotného poistenia maximálne jedenkrát, vo výške maximálne 30 eur za príslušný kalendárny rok pre poistenca:
- 5.3.6.1 otvorený zhryz v rozsahu trvalých rezákov 2 a viac mm;
 - 5.3.6.2 skrížený zhryz rezákov a skrížený zhryz s núteným vedením sánky;
 - 5.3.6.3 nonoklúzia dvoch párov antagonistov v jednom laterálnom segmente okrem zubov múdrosti;
 - 5.3.6.4 hlboký zhryz s traumatizáciou gingívy;
 - 5.3.6.5 protrúzne chyby s inciziválnym schodíkom 4,5 – 9 mm;
 - 5.3.6.6 hypodoncia štyroch a viacerých trvalých zubov;
 - 5.3.6.7 retencia, palatinálna poloha a aplázia trvalého očného zuba, nedostatok miesta 5 a viac mm;
 - 5.3.6.8 retencia trvalého horného rezáka;
 - 5.3.6.9 výrazná rotácia očných zubov a rezákov nad 30 stupňov a vestibulárna dystopia očných zubov.

5.4 Benefity pre ženy a deti

- 5.4.1 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý poistencovi do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 1. roku veku na úhradu za monitor dychu poskytnutý poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti a jeho zmluvným partnerom maximálne vo výške 46,80 eur pre poistenca. Ak zákonný zástupca dieťaťa – poistenca nie je poistencom VŠZP, tak žiadosť o úhradu finančného príspevku podáva cez formulár zverejnený na webovom sídle VŠZP alebo osobne, v ktorejkoľvek pobočke VŠZP.

Článok 6 Druhy Benefitov Peňaženky zdravia MAXI

6.1 Benefity na lieky

- 6.1.1 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý
- 6.1.1.1 členovi do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 18. roku veku a ich zákonným zástupcom na doplatok za kategorizované lieky a dietetické potraviny, ktoré sú čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia vydané na základe lekárskeho predpisu maximálne vo výške 200 eur pre člena.
 - 6.1.1.2 členovi, na ktorého sa nevzťahuje benefit podľa bodu 6.1.1.1, odo dňa dovŕšenia 18. roku veku na doplatok za kategorizované lieky, ktoré sú čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia vydané na základe lekárskeho predpisu maximálne vo výške 20 eur pre člena.
 - 6.1.1.3 Na uplatnenie benefitu podľa bodu 6.1.1. sa vzťahujú nasledovné podmienky:
 - 6.1.1.3.1 lieky a dietetické potraviny musia byť predpísané riadne na rodné číslo alebo iné identifikačné číslo člena v súlade s platnými právnymi predpismi, zmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike a boli vydané a vykázané poskytovateľom lekárskej starostlivosti v Slovenskej republike VŠZP.
 - 6.1.1.3.2 v prípade, že sa na člena vzťahuje zákonný nárok na limit spoluúčasti (podľa § 87a zákona č. 363/2011 Z. z. VŠZP poistencovi preplatí doplatok za konkrétny liek a dietetickú potravinu vo výške rozdielu medzi jeho skutočným doplatkom²) a prepočítaným doplatkom³).
 - 6.1.1.3.3 tento benefit sa nevzťahuje na finančný príspevok na lieky a dietetické potraviny hradené v plnom rozsahu.
 - 6.1.1.3.4 tento benefit sa nevzťahuje na finančný príspevok na lieky a dietetické potraviny hradené zdravotnou poisťovňou ako osobitné prípady úhrad⁸).

6.2 Benefity na oči

- 6.2.1 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý na doplatky za zdravotnícke pomôcky, ktoré sú zo zákona čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia maximálne vo výške 100 eur na člena:
- 6.2.1.1 okuliarové šošovky pre dospelých pri výške dioptrie nad +6/-8; nárok na finančný príspevok majú členovia dňom dovŕšenia³ 19. roku veku raz za tri roky;
 - 6.2.1.2 okuliarové šošovky pre deti pri výške dioptrie nad +4/-4; nárok na finančný príspevok majú členovia do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 19. roku veku raz ročne;
 - 6.2.1.3 okuliarový rám pre deti; nárok na finančný príspevok na sériový rám majú členovia do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 19. roku veku raz ročne a to bez ohľadu na výšku dioptrií; nárok na finančný príspevok na individuálne zhotovený rám majú členovia do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 19. roku veku raz za dva roky.
- 6.2.2 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý na operáciu excimerovým a/alebo femtosekundovým laserom na rohovke, slúžiacu na korekciu dioptrickej chyby (krátkozrakosť, ďalekozrakosť, astigmatizmus). Tento benefit sa nevzťahuje na operácie šošovky asistované femtosekundovým laserom. Finančný príspevok môže byť poskytnutý maximálne vo výške 450 eur pre člena.
- 6.2.2.1 Na uplatnenie benefitu podľa bodu 6.2.2. sa vzťahujú nasledovné podmienky:
 - 6.2.2.1.1 člen odo dňa dovŕšenia 18. roku veku;
 - 6.2.2.1.2 pri výške dioptrie najmenej +1/-1;

6.2.2.1.3 u vybraného zmluvného poskytovateľa. Zoznam vybraných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je zverejnený na webovom sídle VŠZP https://www.vszp.sk/files/benefity/zoznam-benefitov/pre-poistencov/novinka-od-1-1-2022-prispevok-laserovu-operaciu-oci/laserova_operacia_oci.pdf.

6.3 Benefity na prevenciu a očkovanie

6.3.1 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý na vakcínu vydanú na lekárske predpis na iný druh očkovania ako povinné očkovanie⁴⁾ vo výške 50 % uhradenej ceny:

6.3.1.1 Očkovanie proti kliešťovej encefalitíde - nárok na finančný príspevok majú členovia dňom dovŕšenia 1. roku veku, na každú dávku vakcíny podanej členovi očkovacej látky Encepur Children, Fsme – immun Junior, Encepur Adults, Fsme – immune;

6.3.1.2 Očkovanie proti HPV – kategorizované vakcíny Cervarix alebo Gardasil 9 nárok na finančný príspevok majú členovia dňom dovŕšenia 13. roku veku do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 18. roku veku⁵⁾ na každú dávku vakcíny podanej členovi, avšak len do maximálnej výšky 31,45 eur za jednu dávku vakcíny;

6.3.1.3 Cestovateľské očkovanie – vakcína na prevenciu proti žltej zimnici, japonskej encefalitíde, brušnému týfusu, cholere. Je možné kombinovať očkovacie látky v tejto skupine, avšak len do celkovej maximálnej výšky 30 eur na benefit podľa tohto bodu;

6.3.1.4 Očkovanie proti meningokokom - očkovacie látky Bexsero, Nimenrix a Trumenba na každú dávku vakcíny podanej členovi;

6.3.1.5 Očkovanie proti hepatitíde AB - očkovanie kombinovanou očkovacou látkou TWINRIX Adult sus. inj. 1x1 ml (20 µg/ml) proti vírusovej hepatitíde typu A a vírusovej hepatitíde typu B na každú dávku vakcíny podanej členovi. Nárok na finančný príspevok majú členovia dňom dovŕšenia 16. roku veku.

6.3.1.6 Na uplatnenie benefitu podľa bodu 6.4.2 sa vzťahujú nasledovné podmienky:

6.3.1.6.1 vakcína bola predpísaná elektronicky a predpisujúci lekár na predpísanú vakcínu vytvoril preskripčný záznam⁶⁾;

6.3.1.6.2 vakcína bola vydaná na lekárske predpis alebo preskripčný záznam poskytovateľom lekárenskej starostlivosti;

6.3.1.6.3 vakcína bola predpísaná riadne na rodné číslo alebo iné identifikačné číslo člena v súlade s platnými právnymi predpismi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike;

6.3.1.6.4 vakcína bola členovi podaná v súlade s vakcinačnou schémou uvedenou v súhrne charakteristických vlastností podaného lieku;

6.3.1.6.5 finančný príspevok zahŕňa len cenu vakcíny, nie ostatné poplatky v lekárni alebo u lekára, ktoré súvisia s očkovaním.

6.3.2 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý na preventívne športové prehliadky vykonané akreditovaným pracoviskom telovýchovného lekárstva vo výške 50 % uhradenej sumy, avšak maximálne vo výške 50 eur pre člena. Zoznam akreditovaných pracovísk telovýchovného lekárstva sa nachádza na webovom sídle VŠZP https://prihlaska.vszp.sk/fm_source/akreditovane_pracoviskaTV_lekarstva.pdf

6.3.3 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý na liečebno-preventívny program „Zdravý chrbát“ pre členov odo dňa dovŕšenia 18. roku veku, s opakujúcimi sa bolesťami vyvolanými funkčnými ochoreniami chrbtice, ktoré obmedzujú jeho každodenné aktivity a člen sa v súvislosti s nimi v posledných dvoch rokoch liečil u všeobecného lekára pre dospelých alebo v ambulancii špecialistu, vo výške tretiny z bežnej úhrady za zdravotnú starostlivosť v kúpeľnom zariadení, avšak maximálne vo

výške 8 eur na deň. Dĺžka pobytu je 10 dní maximálne jedenkrát za príslušný kalendárny rok pre člena vo vybraných kúpeľných zariadeniach zverejnených na webovom sídle VŠZP <https://www.vszp.sk/benefity/zoznam-benefitov/pre-poistencov/prispevok-liecebno-preventivny-program-zdravy-chrbat-2.html>.

6.3.4 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý na liečebno-preventívny program „Obezita“ pre členov odo dňa dovŕšenia 18. roku veku, s úrovňou hodnoty BMI ≥ 30 , alebo s úrovňou hodnoty BMI > 28 v kombinácii s vysokým tlakom krvi a poruchou metabolizmu tukov alebo cukrov, vo výške tretiny z bežnej úhrady za zdravotnú starostlivosť v kúpeľnom zariadení, avšak maximálne vo výške 8 eur na deň. Dĺžka pobytu je 10 dní maximálne jedenkrát za príslušný kalendárny rok pre člena vo vybraných kúpeľných zariadeniach zverejnených na webovom sídle VŠZP <https://www.vszp.sk/benefity/zoznam-benefitov/pre-poistencov/prispevok-liecebno-preventivny-program-obezita.html>.

6.4 Benefity na zuby

6.4.1 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý na stomatologické výkony, maximálne vo výške 120 eur pre člena za príslušný kalendárny rok.

6.4.1.1 Tento benefit sa vzťahuje na doplatky za nasledovné výkony záchovnej stomatológie:

6.4.1.1.1 výkony záchovnej stomatológie V01 až V03 (jednoplôšková, dvojplošková a trojplôšková výplň zuba), V05 až V07 (fotokompozit), V41 a V42 (endodontické ošetrenie jednokoreňového alebo viackoreňového trvalého zuba);

6.4.1.1.2 výkony chirurgickej stomatológie E64 (egalizácia alveolárneho výbežku);

6.4.1.1.3 výkony paradontológie P01 a P02a (komplexné a kontrolné paradontologické vyšetrenie), P06 (celkové vyartikulovanie chrupu), P08 (plastika frenúl, slizničných a väzivových pruhov), P23 (gingivektómia), P32 a P33 (odklopenie frontálneho mukoperiostálneho laloka);

6.4.1.1.4 príplatky k operáciám v ambulancii P65a (príplatok k certifikovaným výkonom);

6.4.1.1.5 výkony stomatologickej protetiky F01 (komplexné stomatoprotetické vyšetrenie) a F63 (stiahnutie korunky).

6.4.1.2 Tento benefit sa vzťahuje na doplatky za nasledovné výkony dentálnej hygieny:

6.4.1.2.1 odstránenie zubného povlaku alebo zubného kameňa v celom úseku chrupu ultrazvukom;

6.4.1.2.2 odstraňovanie povrchových pigmentácií a usadenín pieskovaním zubov;

6.4.1.2.3 inštruktáž a nácvik ústnej hygieny;

6.4.1.2.4 poučenie o prevencii zubného kazu a ochorení paradontu;

6.4.1.2.5 odstránenie zubných povlakov.

6.4.1.3 Tento benefit sa vzťahuje na doplatky za nasledovné stomatoprotetické výrobky,:

6.4.1.3.1 inlay koreňová liata priama (kód Z11102)

6.4.1.3.2 inlay liata ako pilier mostíka nepriama (kód Z11101)

6.4.1.3.3 korunka plášťová celokovová liata (kód Z12101)

6.4.1.3.4 korunka fazetovaná liata po zub trojku vrátane (kód Z12105)

6.4.1.3.5 pilier mostíka celokovový liaty od trojky vzadu (kód Z12107)

6.4.1.3.6 pilier mostíka fazetovaný liaty po zub trojku vrátane (kód Z12108)

6.4.1.3.7 oprava snímateľnej náhrady na modeli (prasknutá alebo zlomená náhrada) (kód Z40112)

6.4.1.4 Tento benefit sa vzťahuje na výkon anestézy - A02 Injekčná anestézia - infiltračná alebo zvodová.

6.4.1.5 Tento benefit sa vzťahuje na doplatky za stomatologické rentgenové vyšetrenie - Digitálna panoramatická snímka hornej a dolnej čeľuste (OPG) a Intraorálna snímka zubov, ktoré sú zo zákona čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia.

6.4.2 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý členovi do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 19. roku veku na doplatky za čelustnoortopedické výkony, ktoré sú zo zákona čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia maximálne vo výške 450 eur pre člena.

Žiadosť o finančný príspevok je možné si uplatniť na tieto diagnózy:

6.4.2.1 otvorený zhryz v rozsahu trvalých rezákov 2 a viac mm;

6.4.2.2 skrížený zhryz rezákov a skrížený zhryz s núteným vedením sánky;

6.4.2.3 nonoklúzia dvoch párov antagonistov v jednom laterálnom segmente okrem zubov múdrosti;

6.4.2.4 hlboký zhryz s traumatizáciou gingívy;

6.4.2.5 protrúzne chyby s inciziválnym schodíkom 4,5 – 9 mm;

6.4.2.6 hypodontia štyroch a viacerých trvalých zubov;

6.4.2.7 retencia, palatinálna poloha a aplázia trvalého očného zuba, nedostatok miesta 5 a viac mm;

6.4.2.8 retencia trvalého horného rezáka;

6.4.2.9 výrazná rotácia očných zubov a rezákov nad 30 stupňov a vestibulárna dystopia očných zubov.

6.5 Benefity pre ženy a deti

6.5.1 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý na doplatok za zdravotný výkon Liquid Based Cytology ako súčasť preventívneho vyšetrenia maximálne vo výške 30 eur, nárok na finančný príspevok má člen dňom dovŕšenia 18. roku veku.

6.5.2 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý na doplatok za zdravotný výkon neinvazívneho prenatalného testovania na základe odporúčania lekára pre ženy s podozrením na chromozomálnu aberáciu plodu na základe predchádzajúcich vyšetrení (USG), nárok na finančný príspevok má žena dňom dovŕšenia 35. roku veku maximálne vo výške 450 eur pre člena.

6.5.3 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý členovi do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 1. roku veku na úhradu za monitor dychu poskytnutý poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti a jeho zmluvným partnerom maximálne vo výške 46,80 eur pre člena.

6.5.4 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý na zdravotný výkon štvrtý cyklus asistovanej reprodukcie maximálne vo výške 450 eur pre člena.

6.5.4.1 Na uplatnenie benefitu podľa bodu 6.5.4 sa vzťahujú nasledovné podmienky:

6.5.4.1.1 štvrtý cyklus asistovanej reprodukcie musí absolvovať žena najneskôr do 39. roku života + 364 dní;

6.5.4.1.2 člen musí mať absolvované tri cykly asistovanej reprodukcie hradené z verejného zdravotného poistenia;

6.5.4.1.3 štvrtý cyklus asistovanej reprodukcie musí člen absolvovať u zmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike;

6.5.4.1.4 pri štvrtom cykle asistovanej reprodukcie musia byť dodržané indikačné obmedzenia⁷⁾ stanovené v prílohe č. 2. časť V Nariadenia vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia.

6.6 Benefity pre diabetikov

6.6.1 Tento benefit sa vzťahuje na finančný príspevok poskytnutý členovi na doplatok za zdravotnícku pomôcku - Glukózový senzor čiastočne hradenú z verejného zdravotného poistenia maximálne vo výške 100 eur pre člena.

6.6.1.1 Na uplatnenie benefitu podľa bodu 6.6.1.sa vzťahujú nasledovné podmienky:

6.6.1.1.1 zdravotnícke pomôcky musia byť predpísané riadne na rodné číslo alebo iné identifikačné číslo člena v súlade s platnými právnymi predpismi, zmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike a vydané a vykázané poskytovateľom lekárskej starostlivosti v Slovenskej republike VŠZP.

6.6.1.1.2 v prípade, že sa na člena vzťahuje zákonný nárok na limit spoluúčasti (podľa § 87a zákona č. 363/2011 Z. z. VŠZP poistencovi preplatí doplatok za konkrétnu zdravotnícku pomôcku vo výške rozdielu medzi jeho skutočným doplatkom²⁾ a prepočítaným doplatkom³⁾.

6.6.1.1.3 tento benefit sa nevzťahuje na finančný príspevok na zdravotnícke pomôcky hradené v plnom rozsahu.

6.6.1.1.4 tento benefit sa nevzťahuje na finančný príspevok na zdravotnícke pomôcky hradené zdravotnou poisťovňou ako osobitné prípady úhrad⁸⁾.

Článok 7

Povinnosti poistenca

7.1 Poistenec sa zaväzuje

7.1.1 v mobilnej aplikácii a ePobočke uvádzať pravdivé a aktuálne informácie, najmä emailovú adresu, ktorá sa bude používať pri komunikácii s ním. Pre VŠZP sú záväzné len tie údaje, ktoré poistenec poskytol;

7.1.2 že sa nebude vydávať za inú osobu, ani nijako porušovať podmienky používania a platné právne predpisy Slovenskej republiky;

7.1.3 využívať Peňaženku zdravia len za účelom čerpania benefitov, členstvo je neprevoditeľné, postúpenie pohľadávok za sa zakazuje;

7.1.4 priebežne oboznamovať so znením podmienok používania.

7.2 Správca sa zaväzuje

7.2.1 konať v záujme členov;

7.2.2 pravdivo poskytovať všetky informácie VŠZP za účelom úhrady finančného príspevku;

7.2.3 správne a pravdivo určiť člena, ktorý absolvoval zdravotnú starostlivosť, za ktorú žiada o úhradu finančného príspevku;

7.2.4 na základe vzájomnej dohody členov zadať jedno číslo účtu a finančný príspevok uhradený VŠZP poskytnúť tomu členovi, ktorý žiadanú zdravotnú starostlivosť absolvoval.

Článok 8

Ochrana osobných údajov

8.1 VŠZP sa pre účely tohto článku považuje za prevádzkovateľa a poistenec sa na účely tohto článku považuje za dotknutú osobu.

8.2 Spracúvanie a ochrana osobných údajov sa spravuje ustanoveniami Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov (ďalej len „**Nariadenie**“), zákonom č.

18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení, vyhláškou Úradu na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky v platnom znení.

- 8.3** Spracúvanie osobných údajov na základe súhlasu dotknutej osoby
- 8.3.1 Osobné údaje dotknutej osoby, ktoré prevádzkovateľ spracúva v Komplexnom informačnom systéme KIS VŠZP za účelom realizácie produktu Peňaženka zdravia sú: meno, priezvisko, rodné číslo, emailová adresa, telefónne číslo, fotku, údaje potrebné na uplatnenie žiadosti o úhradu finančného príspevku (scan dokladu o úhrade výkonu zdravotnej starostlivosti, scan podkladov o úhrade benefitu.), informácie o výsledku kontroly splnenia podmienok používania.
- 8.3.2 Právnym základom spracúvania týchto údajov je súhlas dotknutej osoby v zmysle ustanovenia čl. 6 ods. 1 písm. a) Nariadenia.
- 8.3.3 Vyjadrením súhlasu so spracúvaním osobných údajov dotknutá osoba udeľuje súhlas na spracúvanie osobných údajov, po dobu trvania účelu ich spracúvania, t.j. na dobu využívania produktu Peňaženka zdravia alebo do jeho odvolania v závislosti od toho, ktorá z týchto skutočností nastane skôr.
- 8.3.4 Vyjadrením súhlasu dotknutej osoby so spracúvaním osobných údajov dotknutá osoba súhlasí, že prevádzkovateľ sprístupní osobné údaje o dotknutej osoby v rozsahu meno priezvisko, rodné číslo, emailová adresa, telefónne číslo, obrazový snímku (fotku) a údaje potrebné na uplatnenie žiadosti o úhradu finančného príspevku (scan dokladu o úhrade výkonu zdravotnej starostlivosti, scan podkladov o úhrade benefitu), informácie o výsledku kontroly splnenia podmienok používania správcovi skupiny za účelom zastupovania dotknutej osoby, zasielania žiadostí o úhradu finančného príspevku, dopĺňania žiadostí o úhradu finančného príspevku v mene dotknutej osoby.
- 8.3.5 Vyjadrením súhlasu dotknutej osoby so spracúvaním osobných údajov dotknutá osoba súhlasí, že prevádzkovateľ sprístupní meno, priezvisko a obrazový snímku (fotku) dotknutej osoby ďalším členom jeho skupiny za účelom vyhľadávania, kontaktovania a vytvárania členstva v Peňaženke zdravia.
- 8.3.6 V prípade neudelenia súhlasu so spracúvaním osobných údajov nebude dotknutej osobe umožnené využívanie Peňaženky zdravia.
- 8.3.7 Odvolaním súhlasu so spracúvaním osobných údajov dotknutej osoby zaniká dotknutej osobe členstvo v Peňaženka zdravia.
- 8.4** Spracúvaním osobných údajov dotknutej osoby môže byť poverený sprostredkovateľ, ktorý pre prevádzkovateľa zabezpečuje technické riešenie pre správu mobilnej aplikácie a ePobočky.
- 8.5** Pri spracúvaní osobných údajov dotknutej osoby nebude dochádzať k automatizovanému rozhodovaniu ani k profilovaniu.
- 8.6** Prevádzkovateľ neposkytne osobné údaje dotknutej osoby do tretej krajiny, ani medzinárodnej organizácii.
- 8.7** Ďalšie informácie týkajúce sa osobných údajov dotknutej osoby sú upravené vo Všeobecných podmienkach pre poskytovanie a používanie elektronických služieb ePobočky a mobilnej aplikácie Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s. zverejnených na webovom sídle VŠZP https://www.epobocka.com/ipep-web/#!/Vseobecne_podmienky a v podmienkach ochrany osobných údajov zverejnených na webovom sídle VŠZP <https://www.vszp.sk/ou/>.

Článok 9

Prehlásenie o vylúčení zodpovednosti

- 9.1** VŠZP vyhlasuje, že vo svojom konaní si počína tak, aby nedochádzalo ku škodám na zdraví, na majetku, na prírode a životnom prostredí. VŠZP nezodpovedá za škodu, ktorá mohla vzniknúť v dôsledku:

- 9.1.1 nekorektného požívania Peňaženky zdravia zo strany poistenca, jeho zákonného zástupcu, správcu;
 - 9.1.2 nefunkčnosti alebo nedostupnosti Peňaženky zdravia;
 - 9.1.3 nesprávnosti a neaktuálnosti údajov oznámených poistencom, jeho zákonným zástupcom, správcom;
 - 9.1.4 za nedoručenie dokumentov z dôvodu prevádzkových porúch na strane poistenca, jeho zákonného zástupcu, správcu alebo prevádzkovateľa internetu;
 - 9.1.5 používania Peňaženky zdravia v rozpore s podmienkami používania a platných právnych predpisov Slovenskej republiky;
 - 9.1.6 neoprávnených postupov, neschopnosťou alebo nemožnosťou používania Peňaženky zdravia v dôsledku okolností vylučujúcich zodpovednosť;
 - 9.1.7 prekážky, ktorá nastala nezávisle od vôle povinnej strany a bráni jej v splnení povinnosti, ak sa nedá rozumne predpokladať, že by povinná strana tuto prekážku alebo jej následky odvrátila alebo prekonala a ďalej, že by to v dobe vzniku prekážky predvídala, tieto účinky vylučujúce zodpovednosť sa obmedzujú len na dobu trvania prekážky.
- 9.2** VŠZP vyhlasuje, že neposkytuje náhradu finančných príspevkov, ak sa preukáže, že došlo ich uplatnením k zneužitiu.
- 9.3** VŠZP vyhlasuje, že nárok na úhradu finančných príspevkov neprechádza na právneho nástupcu.

Článok 10

Osobitné ustanovenia

- 10.1** Poistenc berie na vedomie, že elektronická komunikácia nahrádza listinnú podobu doručovaných dokumentov v zmysle § 40 ods. 4 Občianskeho zákonníka a ostatných všeobecne záväzných právnych predpisov. Dokument doručený prostredníctvom mobilnej aplikácie a ePobočky sa považuje za rovnocenný s dokumentom zaslaným poštou na adresu trvalého pobytu, sídla alebo inú adresu určenú pre doručovanie zásielok. Prostredníctvom mobilnej aplikácie a ePobočky nie je potrebné, a teda ani možné, zasielať dokumenty podpísané zaručeným elektronickým podpisom.

Článok 11

Záverečné ustanovenia

- 11.1** Právne vzťahy medzi poistencom a VŠZP sa spravujú platnými právnymi predpismi Slovenskej republiky.
- 11.2** VŠZP si vyhradzuje právo kedykoľvek podľa vlastného uváženia podmienky používania zmeniť alebo bez náhrady úplne zrušiť aj bez predchádzajúceho upozornenia poistenca. Zmena je účinná dňom nasledujúcim po dni zverejnenia podmienok používania v mobilnej aplikácii a ePobočke. Tieto podmienky používania boli zverejnené dňa 30.04.2022. Upravujú právne vzťahy medzi VŠZP a poistencom pri využívaní benefitov pre rok 2022. Vzťahujú sa na žiadosti podané od 01.01.2022 do 01.03.2023 za zdravotnú starostlivosť absolvovanú a uhradenú poistencom od 01.01.2022 do 31.12.2022, s výnimkou bodu 5.4.1 a zvýšenej sumy príspevku v bode 6.5.3, ktoré sa vzťahujú na žiadosti za zdravotnú starostlivosť absolvovanú a uhradenú poistencom od 01.03.2022 do 31.12.2022 a s výnimkou bodu 6.2.2, ktorý sa vzťahuje na žiadosti za zdravotnú starostlivosť absolvovanú a uhradenú poistencom od 01.05.2022 do 31.12.2022.
- 11.3** Oblasti neupravené v týchto podmienkach používania sa spravujú ustanoveniami Všeobecných podmienok pre poskytovanie a používanie elektronických služieb ePobočky a mobilnej aplikácie Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s. zverejnených na stránke

https://www.epobocka.com/ipep-web/#!/Vseobecne_podmienky a podmienkami ochrany osobných údajov zverejnených na stránke <https://www.vszp.sk/ouu/>.

-
- 1) *v zmysle § 11 ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov;*
 - 2) *skutočný doplatok je doplatok za liek alebo dietetickú potravinu uhradený poistencom v lekárni maximálne do výšky doplatku za príslušný liek alebo dietetickú potravinu, určenú v Zozname kategorizovaných liekov alebo v Zozname kategorizovaných dietetických potravín, platnom v čase vydania lieku alebo dietetickej potraviny poistencovi;*
 - 3) *prepočítaný doplatok je doplatok za najlacnejší náhradný liek alebo najlacnejšiu náhradnú dietetickú potravinu v zmysle § 87a ods. 2) a ods. 4) zákona č. 363/2011 Z. z.;*
 - 4) *povinné očkovania sú definované v § 6, 7 a prílohe č. 2, 2a vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 585/2008 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení;*
 - 5) *dovršenie roku veku – napr. dovršenie 18. roku veku znamená, že 18. rok veku je dovršený 00.00 ráno dňa 18.tich narodenín;*
 - 6) *v zmysle § 119 ods. 2 zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov;*
 - 7) *indikačné obmedzenia sú:*
 - 1.*Chýbajúce vajcovody alebo nezvratné poškodenie vajcovodov diagnostikované laparoskopicky alebo laparotomicky okrem stavov, ktoré vznikli ako následok predchádzajúcej sterilizácie alebo umelého prerušenia tehotenstva.*
 - 2.*Endometrióza ženy, ktorá je diagnostikovaná laparoskopicky alebo laparotomicky.*
 - 3.*Nezvratné poškodenie vaječnikov, ktoré je potvrdené biochemicky, laparoskopicky alebo laparotomicky, ak toto poškodenie nie je následkom umelého prerušenia tehotenstva.*
 - 4.*Idiopatická sterilita, ktorá je neúspešne liečená jeden rok v špecializovanom zdravotníckom zariadení.*
 - 5.*Mužský faktor sterility - azoospermia, astenospermia, ejakulačné dysfunkcie a ochorenia súvisiace s chemoterapiou alebo poúrazovými stavmi, ktoré sú overené andrológom.*
 - 6.*Imunologické príčiny sterility overené laboratórne.*
 - 7.*Riziko dedičného ochorenia, v dôsledku ktorého nemôžu mať manželia zdravé potomstvo, ktoré je overené genetikom.*
 - 8.*Endokrinné príčiny sterility overené endokrinológom.*
 - 8) *osobitné prípady úhrad liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín sú upravené v § 88 zákona č. 363/2011 Z. z.*