

Zdravstveno zavarovanje



Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

Zavarovalnica: GENERALI zavarovalnica d.d.

Produkt: **Moje zdravje**

Ta dokument podaja kratek pregled zavarovanja in ne vsebuje podrobnih in popolnih podatkov o zavarovanju ter ni prilagojen vašim individualnim potrebam. Popolne predpogodbene in pogodbene informacije o zavarovanju so na voljo v drugih dokumentih (v zavarovalnih pogojih, na zavarovalni polici, ponudbi ali drugih dokumentih, ki jih prejmete pred ali po sklenitvi zavarovanja). Prosimo, da natančno preberete vso dokumentacijo, da boste z zavarovanjem seznanjeni v celoti.

ZA KAKŠNO VRSTO ZAVAROVANJA GRE?

Moje zdravje je zdravstveno zavarovanje, ki vam s sklenitvijo zavarovanja nudi hiter dostop do zdravstvenih storitev pri specialistih izven mreže javne zdravstvene službe ob uporabi asistenčnih storitev za zdravstvene težave, nastale v času trajanja zavarovanja. Zavarovanje vam omogoča hitro določitev vaše diagnoze, kvalitetne preventivne storitve, za vas prilagojeno rehabilitacijo, pravočasni operativni poseg ter svetovanje in pomoč v primeru težjih poškodb, poslabšanju obstoječega zdravstvenega stanja ali ob psihični stiski.



Kaj je zavarovano?

Storitve Asistence zdravje

- ✓ informacije o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja
- ✓ informacije o izvajalcih zdravstvenih storitev
- ✓ ugotavljanje upravičenosti do kritja iz zavarovanja
- ✓ organiziranje termina obravnave pri izbranem izvajalcu
- ✓ organizacija izdelave načrta zdravljenja v primeru poškodb izvedbe strokovnega posveta in drugega mnenja

Zdravstvene storitve

- ✓ **specialistična obravnava**, ki lahko zajema: specialistični pregled, osnovno slikovno, funkcionalno in laboratorijsko preiskavo (npr. UZ, RTG) in meritev ter enostavni ambulantni poseg (npr. aplikacija, ki je nadaljevanje blokade, punkcija)
- ✓ **zahtevne diagnostične preiskave**, ki so nadaljevanje specialistične ambulantne storitve (npr. računalniška tomografija, magnetna resonanca, kolonoskopija)
- ✓ **zdravila na beli recept (do 200 EUR na leto)**, ki jih predpiše zdravnik specialist ob izvedbi v sklopu uveljavljanja pravic iz zavarovanja
- ✓ **drugo mnenje**: izdelava strokovnega mnenja zdravstvenih timov iz tujine, s katerim se preveri ustreznost že postavljene diagnoze. Do storitve drugega mnenja so upravičeni tudi vaši ožji družinski člani
- ✓ **DNK analize**:
 - Metabolism & Lifestyle po prvem letu
 - Diet & Body Weight po tretjem letu in
 - Skin Health & Ageing po petem letu od datuma začetka zavarovanja
- ✓ **strokovni video posvet z zdravnikom** – v zvezi z obstoječim zdravstvenim stanjem znotraj čakalne dobe, za obstoječa stanja in kronične bolezni
- ✓ **psihološka pomoč** v primeru diagnosticiranega resnega zdravstvenega stanja in izjemnih okoliščin (trajna izguba opravljanja katerega koli poklica, poporodna depresija, ki jo ugotovi izbrani osebni zdravnik) ter v primeru smrti ožjega družinskega člana
- ✓ **načrt zdravljenja** po nezgodi s hospitalizacijo

Dodatno lahko izberete:

- **fizioterapijo** - zdravljenje po operativnem posegu, poškodbi, dokazani z ustrezno slikovno diagnostiko, in po carskem rezu (do 400 ali do 800 EUR na leto)
- **operativne posege** – diagnostične in/ali terapevtske posege, ki so potrebni za postavitev diagnoze oziroma zdravljenja novonastale bolezni (do 7.000 ali do 20.000 EUR). Celoten seznam posegov je naveden v pogojih
- **preventivne zdravstvene storitve** – laboratorijski pregled krvi in urina z izvidom, mamografijo z izvidom, pregled za športno aktivne osebe, merjenje kostne gostote (ugotavljanje osteoporoze), fizioterapevtski pregled (60 minut)
- **posmrtnino** – izplačilo zavarovalne vsote v primeru smrti zavarovane osebe: 5.000 EUR (za osebe, stare od 16 let naprej)

Ne prezrite!

Pred uveljavljanjem pravic pokličite **Asistenco zdravje 080 81 10** za predhodno odobritev storitve.



Kaj ni zavarovano?

- ✗ stroški zdravljenja bolezni in kroničnih bolezni, ki so nastale in/ali so bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v času čakalne dobe
- ✗ stroški zdravljenja poškodb, ki so se zgodile pred začetkom veljavnosti zavarovanja
- ✗ stroški preventive (razen tiste, ki je dogovorjena v tem zavarovanju) ali intenzivne in urgentne medicine (ni čakalnih dob), zdravljenja kroničnih bolezni, zdravljenja refrakcijskih okvar oči ter zdravstvenih storitev v dejavnosti psihiatrije (razen psihološke pomoči, opredeljene v pogojih), revmatologije in stomatologije
- ✗ stroški fizioterapije zaradi bolečin po poškodbah in drugih vzrokih, pri katerih ni medicinsko dokazanih svežih poškodb, zaradi pretreniranosti in čezmernih naporov
- ✗ stroški zdravil, izdanih brez recepta, predpisanih v preventivne namene, zdravil za hujšanje, zdravljenje zasvojenosti: z mamili, alkoholom, nikotinom, ...
- ✗ potni stroški, stroški nastanitve, stroški spremljevalca in reševalnih prevozov, ki nastanejo ob uveljavljanju pravic iz zavarovanja
- ✗ ostale izključitve so podrobneje navedene v zavarovalnih pogojih



Ali je kritje omejeno?

- ! čakalna doba ob prvi sklenitvi zavarovanja je 3 mesece od začetka trajanja zavarovanja dalje
- ! čakalna doba za obstoječa stanja ob prvi sklenitvi zavarovanja je 24 mesecev od začetka trajanja zavarovanja dalje. Če se je v tem obdobju zavarovanec zdravil, se bo čakalna doba za obstoječe stanje štela od zaključka zdravljenja
- ! čakalna doba za posmrtnino ob prvi sklenitvi zavarovanja je 6 mesecev od začetka trajanja zavarovanja dalje
- ! ko se kronična bolezen diagnosticira znotraj trajanja zavarovanja, krijemo zdravstvene storitve v obdobju 6 mesecev po datumu postavitve diagnoze kronične bolezni
- ! pravice do zdravstvenih storitev uveljavljate zgolj na podlagi napotnice/belega recepta, razen za drugo mnenje, DNK analize, strokovni posvet, psihološko pomoč, načrt zdravljenja in preventivne zdravstvene storitve
- ! krijemo stroške zdravstvenih storitev do letne zavarovalne vsote
- ! ostale omejitve in podrobnejša razlaga navedenih omejitev so zapisane v splošnih pogojih zavarovanja



Kje velja zavarovanje?

- ✓ Zavarovanje krije zdravstvene storitve v Sloveniji izven javnega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja. V tujini je možno koristiti zdravstvene storitve le izjemoma, in sicer v primerih, ki jih predhodno odobri zavarovalnica.



Kakšne so moje obveznosti?

- Vedno navajajte točne, popolne in resnične podatke.
- Obveščajte nas o vseh spremembah osebnih podatkov oziroma drugih podatkov, ki so pomembni za izvajanje zavarovanja.
- Premijo plačajte v celoti v dogovorjenem roku in na dogovorjeni način.



Kdaj in kako plačam?

Premija zapade v plačilo ob začetku vsakega plačilnega obdobja, ki ga lahko spremenite le pred začetkom novega zavarovalnega leta. Premijo plačujete mesečno, po dogovoru pa tudi četrtno, polletno ali letno.

Ne prezrite!

Svetujemo vam, da premijo plačate takoj, sicer nimate zavarovalne zaščite.



Kdaj zavarovanje začne in kdaj neha veljati?

Zavarovanje začne veljati prvega dne v mesecu, ki je na polici določen kot začetek zavarovanja, če je bila do takrat plačana prva premija. Zavarovanje sklenete za dobo enega leta. Zavarovanje se lahko podaljšuje do poteka zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 75 let starosti. Zavarovanje preneha s smrtjo zavarovane osebe, z njeno odpovedjo ali razdrtjem.



Kako lahko odstopim od pogodbe?

Zavarovanje lahko prekinete kadar koli v času trajanja zavarovanja. Prekinitev bomo uredili takoj z začetkom naslednjega meseca, ko bomo prejeli vašo odstopno izjavo. Če je v zavarovalnem letu, v katerem odpovedujete pogodbo, nastal zavarovalni primer, boste morali premijo poravnati do konca tekočega zavarovalnega leta.