

Zdravstveno zavarovanje

Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

Zavarovalnica: GENERALI zavarovalnica d.d.

Produkt: **Kolektivno zdravstveno zavarovanje Specialisti z asistenco**



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?

Kolektivno zdravstveno zavarovanje Specialisti z asistenco je zdravstveno zavarovanje, ki kolektivu omogoča, da s sklenitvijo zavarovanja za svoje člane le tem omogoči hiter dostop do zdravstvenih storitev pri specialistih izven mreže javne zdravstvene službe ob uporabi asistenčnih storitev za zdravstvene težave, nastale v času trajanja zavarovanja. Kolektiv, ki je zavaroval svoje člane, poskrbi za to, da ti hitro pridobijo diagnozo, se pravočasno zdravijo in v najkrajšem času vrnejo v kolektiv.



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 blokade, punkcija)
- ✓ **Zahtevna diagnostična preiskava**, ki je nadaljevanje specialistično ambulantne storitve (npr. računalniška tomografija, magnetna resonanca, kolonoskopija).
- ✓ **Načrt zdravljenja** po nezgodi s hospitalizacijo.
- ✓ **Psihološka pomoč** v primeru diagnosticiranega resnega zdravstvenega stanja in izjemnih okoliščin (popolna izguba opravljanja katerega koli poklica, poporodna depresija, ki jo ugotovi izbrani osebni zdravnik) ter v primeru smrti ožjega družinskega člana.
- ✓ **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.
- ✓ **Fizioterapija** - zdravljenje po operativnem posegu, poškodb, dokazani z ustrežno slikovno diagnostiko in po carskem rezu.
- ✓ **Operativni poseg** - vključuje diagnostične in/ali terapevtske posege, ki so potrebni za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni. Celoten seznam posegov je naveden v pogojih.

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 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 pretrneniranosti 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



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
- ! 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
- ! 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 krijе 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 plačujte v celoti v dogovorjenem roku in na dogovorjeni način.



Kdaj in kako plačam?

Plačnik premije je podjetje. V dogovoru z zavarovalnico lahko premijo plačujejo tudi posamezni člani kolektiva. 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 premije plačujete redno, sicer boste izgubili zavarovalno zaščito.



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 se ob poteku dogovorjene dobe trajanja avtomatično podaljša za enako časovno obdobje, za katero je bilo sklenjeno. Zavarovanje se za posameznega zavarovanca podaljšuje v okviru veljavnosti krovne police in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni starost 75 let. Zavarovanje preneha s smrtjo zavarovane osebe, z njeno odpovedjo ali razdrtjem.



Kako lahko odstopim od pogodbe?

Zavarovanje lahko prekličete s pisnim obvestilom najmanj 60 dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta.

Kritje za posameznega zavarovanca preneha s prekinitvijo pogodbe, ko zavarovanec ni več član kolektiva, s smrtjo zavarovanca.