

# Splošni pogoji Kolektivnega zdravstvenega zavarovanja Specialisti z asistenco

01-KSA-01/20



## KAZALO

<b>UVOD .....</b>	<b>3</b>
1. Kaj je kolektivno zdravstveno zavarovanje »Specialisti z asistenco«? .....	3
2. Kaj pomenijo nekateri izrazi? .....	3
<b>SPLOŠNO O ZAVAROVANJU .....</b>	<b>4</b>
3. Kdo se lahko zavaruje? .....	4
4. Vaša sklenitev zavarovanja ter polica .....	4
5. Kdaj ste zavarovani s kolektivnim zdravstvenim zavarovanjem »Specialisti z asistenco« ter kdaj začne in preneha zavarovano kritje? .....	5
6. Kaj krije zavarovanje? .....	5
7. Vsebina in obseg zavarovanja - podrobneje .....	6
<b>NAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE .....</b>	<b>7</b>
8. Katere so naše obveznosti? .....	7
9. Kaj je podlaga in na kakšen način uveljavljate pravice iz zavarovanja? .....	7
10. Katere so omejitve naših obveznosti? .....	7
11. Kaj ni krito v nobenem primeru? .....	8
<b>VAŠE PRAVICE IN OBVEZNOSTI .....</b>	<b>8</b>
12. Obveznosti zavarovalca oziroma zavarovanca ob sklenitvi oziroma vključitvi v zavarovanje .....	8
13. Kako določimo višino premije? .....	9
14. Kako nam mora zavarovalec oziroma zavarovanec plačevati premijo? .....	9
15. Kaj in kako nam morate sporočiti, ko ste zavarovani pri nas? ...	9
16. Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev? .....	9
17. Imate vprašanja, dvome? .....	10
<b>ZAKONODAJA IN PRAVNA OBVESTILA .....</b>	<b>10</b>
18. Kaj v primeru nesoglasja? .....	10
19. Davki in dajatve .....	10
20. Informacija o obdelavi osebnih podatkov .....	10
21. Preprečevanje korupcije .....	10
22. Sankcijska klavzula .....	10

## UVOD

### 1. Kaj je kolektivno zdravstveno zavarovanje »Specialisti z asistenco«?

- 1.1 Kolektivno zdravstveno zavarovanje »Specialisti z asistenco« (v nadaljevanju: zavarovanje) je zavarovanje, ki ga zavarovalec sklene za člane svojega kolektiva in ki skladno s temi splošnimi pogoji v primeru nastopa zavarovalnega primera zavarovancu omogoča hiter dostop do zdravstvenih storitev izven mreže javne zdravstvene službe z uporabo asistenčnih storitev.
- 1.2 Zavarovanje krije stroške specialistično ambulantnih storitev, enostavnih in zahtevnih diagnostičnih preiskav, operativnih posegov, drugega mnenja, fizioterapij, psihološke pomoči, načrta zdravljenja, strokovnega posveta in zdravil.
- 1.3 Splošni pogoji za kolektivno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju: pogoji) so sestavni del pogodbe o kolektivnem zdravstvenem zavarovanju oseb (v nadaljevanju: zavarovalna pogodba), ki je sklenjena med zavarovalcem in zavarovalnico. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe zavarovalec soglaša z določili teh pogojev in jih v celoti sprejema.
- 1.4 Poleg teh pogojev so sestavni deli zavarovalne pogodbe tudi: ponudba, polica, pristopna izjava, morebitne pisne izjave zavarovalca, zavarovanca in zavarovalnice ter druge priloge in dodatki k polici.
- 1.5 Z zavarovalno pogodbo se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačal dogovorjeno premijo, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo, ko bo nastopil zavarovalni primer, izpolnila z zavarovalno pogodbo določene obveznosti.

### 2. Kaj pomenijo nekateri izrazi?

IZRAZ	KRATKA OBRAZLOŽITEV
<b>Mi ali naš ali zavarovalnica</b>	To smo mi, GENERALI zavarovalnica d. d., Kržičeva ulica 3, Ljubljana.
<b>Zavarovanec</b>	Fizična oseba, ki je vključena v kolektivno zavarovanje in lahko uveljavlja pravice iz tega zavarovanja. Zavarovanec je lahko član kolektiva, v zavarovanje pa se lahko vključijo tudi družinski člani zavarovanca, ki imajo po teh pogojih enake pravice in obveznosti, kot je določeno za zavarovanca.
<b>Zarovovalec</b>	Oseba, ki z nami sklene zavarovalno pogodbo.
<b>Kolektiv</b>	Skupina oseb, ki jih povezuje skupno delo ali interesi, npr. zaposleni ali pogodbeni sodelavci (s. p. ali pravne osebe) pri zavarovalcu kot delodajalcu, društvu ali kot drugi osebi civilnega prava. Zavarovanci so lahko le člani iz posameznega kolektiva.
<b>Družinski član</b>	Zakonec ali zunajzakonski partner, partner istospolne partnerske skupnosti, otroci in posvojenci zavarovanca, ki živijo z njim v skupnem gospodinjstvu.
<b>Otrok</b>	Oseba, starejša od 1 pa vse do dopolnjenega 21. leta starosti.
<b>Ožji družinski član za storitev drugega mnenja</b>	Zakonec, zunajzakonski partner, partner istospolne partnerske skupnosti, otroci in posvojenci zavarovanca do dopolnjenega 21. leta ter zavarovančevi starši.
<b>Ponudba</b>	Pisni predlog za sklenitev ali spremembo zavarovalne pogodbe.
<b>Pogodba</b>	Pogodba, s katero se zavarovalec zavezuje, da nam bo plačal zavarovalno premijo, mi pa se zavezujemo, da bomo, če se zgodi zavarovalni primer, izpolnili svoje obveznosti.

IZRAZ	KRATKA OBRAZLOŽITEV
<b>Krovna polica</b>	Listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi med nami in zavarovalcem, na kateri so navedene vse bistvene sestavine zavarovanja. Na podlagi Krovne police zavarovanci izpolnjujejo pristopne izjave, mi pa izdajamo police kot potrdila o sklenjenem zavarovanju.
<b>Pristopna izjava</b>	Pisna izjava zavarovanca in družinskega člana za pristop k zavarovanju z navedenimi podatki o dogovorjenih kritjih in zavarovalnih vsotah ter drugimi lastnostmi zavarovanja.
<b>Polica</b>	S polico potrjujemo obstoj zavarovanja za posameznega zavarovanca iz sklenjene zavarovalne pogodbe. Obseg zavarovalnega kritja po polici je določen s Krovno polico.
<b>Premija</b>	Znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po zavarovalni pogodbi.
<b>Zavarovalno leto</b>	Enoletno obdobje od začetka zavarovanja ali od obletnice začetka zavarovanja.
<b>Zavarovalna vsota</b>	Najvišji znesek naše obveznosti iz sklenjenega zavarovanja za vse nastale zavarovalne primere v obdobju enega zavarovalnega leta.
<b>Minimalni delež vključenosti</b>	Število zavarovancev, ki še zagotavlja obravnavo kolektivne oblike zavarovanja po pravilih kolektivnega nezgodnega zavarovanja. Če je delež zavarovancev nižji od minimalno določenega v skladu z našimi pravili, se obračuna ustrezna premija po pravilih za individualno zavarovanje.
<b>Bolezen</b>	Odsotnost zdravja, ki ga ugotovi zdravnik in ki ni posledica nezgode.
<b>Nezgoda</b>	Je vsak nenaden, nepredviden dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo, neodvisno od njegove volje, in pri katerem se zavarovanec telesno poškoduje.
<b>Kronična bolezen</b>	Bolezen, stanje oziroma poškodba, ki se počasi razvija in dolgo traja, se ponavlja ali je verjetno, da se bo ponavljala, povzroča trajne zdravstvene posledice, potrebuje stalen medicinski nadzor, lajšanje simptomov, zdravljenje in rehabilitacijo oziroma zdravstveno nego. Sem spadajo tudi nepričakovani zapleti pri kronični bolezni.
<b>Novonastala bolezen</b>	Bolezen, stanje oziroma poškodba, ki nastopi po začetku veljavnosti zavarovanja oziroma lahko ob začetku veljavnosti zavarovanja sicer obstaja, vendar ni diagnosticirana oziroma zdravljenja in zavarovanec zanjo ni vedel oziroma ni mogel vedeti, ker ni imel zdravstvenih težav, bolezenskih znakov ali simptomov.

IZRAZ	KRATKA OBRAZLOŽITEV
<b>Obstoječe stanje</b>	Bolezen, stanje ali poškodba, zaradi katere je bila opravljena diagnostična preiskava ali pridobljen zdravniški nasvet ali je bila zdravljena oziroma so se pojavili simptomi, četudi ni bila zanj postavljena diagnoza pred začetkom veljavnosti zavarovanja, hkrati pa ni kronična bolezen.
<b>Čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja</b>	Z naše strani določeno obdobje od začetka zavarovanja, za katerega je zavarovalec dolžan plačevati premijo in v katerem zavarovanec še ne more uveljavljati pravic iz pogodbe, razen v primeru nezgode.
<b>Čakalna doba za obstoječa stanja</b>	Z naše strani določeno obdobje, za katero je zavarovalec dolžan plačevati premijo in v katerem zavarovanec še ne more uveljavljati pravic iz pogodbe za primer obstoječih zdravstvenih stanj.
<b>Zavarovalni primer</b>	Dogodek, na podlagi katerega nastane naša obveznost iz zavarovalne pogodbe.
<b>Asistenca zdravje</b>	Naš asistenčni center, ki zavarovancu nudi informacije o zavarovanju, načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja in o izvajalcih zdravstvenih storitev, izvaja pomoč pri uveljavljanju pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe, podaja predhodno odobritev in za zavarovanca organizira termin obravnave pri izbranih izvajalcih za storitve iz zavarovanja, za katere plačilo poskrbimo mi.
<b>Pooblaščen zdravnik zavarovalnice</b>	Z naše strani pooblaščen zdravnik določene specializacije.
<b>Napotnica</b>	Listina obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na druge zdravnike v skladu s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.
<b>Medicinsko utemeljena indikacija</b>	Bolezni znaki in okoliščine, ki nakazujejo upravičeno odločitev za zdravstveno storitev oziroma zdravlilo, ki ga skladno z medicinsko doktrino predpiše pristojni zdravnik.
<b>Zahtevek</b>	Prijava ali najava potrebe po zdravstveni storitvi iz zavarovanja, ki je posledica bolezni ali nezgode zavarovanca, oziroma zahtevek iz zavarovanja za povračilo stroškov zdravstvenih storitev in/ali zdravlil.
<b>Predhodna odobritev</b>	Pozitiven zaključek našega odločanja o upravičenosti zahtevka zavarovanca za uveljavljanje pravic iz sklenjenega zavarovanja.
<b>Izvajalec</b>	Izvajalec zdravstvene storitve, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvenih storitev ali z zdravstvenimi storitvami povezanih dejavnosti.
<b>Zdravstvene storitve</b>	Strokovno doktrinirano priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji, ki se izvajajo pri naših izbranih izvajalcih ali drugih izvajalcih.
<b>Beli recept</b>	Uradni samoplačniški receptni obrazec.

IZRAZ	KRATKA OBRAZLOŽITEV	
<b>Resna zdravstvena stanja in okoliščine</b>	<b>Bolezni srca in ožilja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• miokardni infarkt</li> <li>• operacija obkroga koronarne arterije (by - pass)</li> <li>• operacija srčnih zaklopk</li> <li>• operacija aorte</li> <li>• možganska kap</li> <li>• koronarna angioplastika</li> </ul>
	<b>Rakasta obolenja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rak</li> <li>• benigni možganski tumor</li> </ul>
	<b>Težke poškodbe in bolezni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• slepota</li> <li>• večje opekline</li> <li>• paraliza</li> <li>• poškodba glave</li> <li>• izguba okončin</li> <li>• ledvična odpoved</li> <li>• presaditev glavnih organov</li> <li>• multipla skleroza</li> <li>• koma</li> <li>• HIV</li> <li>• Alzheimerjeva bolezen</li> <li>• Parkinsonova bolezen</li> <li>• akutni virusni encefalitis</li> <li>• bakterijski meningitis</li> </ul>
<b>Soudeležba</b>	Udeležba zavarovanca pri plačilu stroškov zdravstvenih storitev in zdravlil v deležu, ki ga mi ne plačamo oziroma povrnemo.	

## SPLOŠNO O ZAVAROVANJU

### 3. Kdo se lahko zavaruje?

- 3.1 Zavarovanec je lahko oseba, ki je član kolektiva in je ob pristopu v zavarovanje dopolnila 14 let oziroma največ 70 let. Pod posebnimi pogoji se lahko zavarujejo tudi mlajši člani kolektiva.
- 3.2 Če je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo, se lahko zavarujejo tudi družinski člani zavarovanca, ki so ob pristopu v zavarovanje dopolnili 1 leto oziroma največ 70 let. V tem primeru imajo po teh pogojih enake pravice in obveznosti kot zavarovanec.
- 3.3 Zavarovanci, ki so navedeni v točkah 3.1 in 3.2, se lahko zavarujejo ne glede na njihovo zdravstveno stanje.
- 3.4 V zavarovanje se ne morejo vključiti tiste osebe, ki so v času vključitve v zavarovanje v bolniškem staležu na podlagi odločbe Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Omejitev velja do dneva njihove vrnitve na delo.
- 3.5 Zavarovalec v zavarovanje ne more vključiti oseb, ki v zavarovanje ne želijo pristopiti ali niso člani kolektiva oziroma družinski člani člana kolektiva.

### 4. Vaša sklenitev zavarovanja ter polica

- 4.1 Zavarovalna pogodba se sklene na podlagi pisne ponudbe s podpisom pogodbe z naše strani in s strani zavarovalca.
- 4.2 Zavarovalec lahko v zavarovanje vključi osebe na osnovi seznama, kjer so zavarovanci poimensko navedeni, in je le-ta priložen k zavarovalni pogodbi.
- 4.3 Družinski člani zavarovanca se lahko vključijo v zavarovanje le s podpisano pristopno izjavo.
- 4.4 Podpisano pristopno izjavo zavarovanec izroči zavarovalcu, ki jo skladno z določili teh pogojev posreduje nam.
- 4.5 Ob vključitvi zavarovanca v zavarovanje lahko zahtevamo, da izpolni in podpiše pristopno izjavo, ki lahko vsebuje Vprašalnik o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu zavarovanca.
- 4.6 Vključitev posameznega zavarovanca v zavarovanje na osnovi pristopne izjave lahko zavrnemo brez navajanja razlogov v roku osmih dni od dneva prejema pristopne izjave. Če v tem roku vključitve zavarovanca prek pristopne

izjave ne zavrtnemo, se šteje, da smo pristopno izjavo sprejeli in da so v pristopni izjavi navedeni zavarovanci skladno z določili teh pogojev vključeni v zavarovanje.

- 4.7 Po sklenitvi zavarovanja vsakemu zavarovancu izdamo polico, ki jo zavarovanec prejme na svoj naslov. Obseg zavarovalnega kritja po polici je dogovorjen z zavarovalcem po krovni polici, zato podpisovanje posamezne police s strani zavarovanca ni potrebno.
- 4.8 Polico izdamo tudi vsakemu družinskemu članu, ki je vključen v zavarovanje.
- 4.9 Zavarovalec nam je dolžan omogočiti vpogled v svoje evidence, iz katerih je razvidno številčno in poimensko stanje vseh zavarovancev.

## 5. Kdaj ste zavarovani s kolektivnim zdravstvenim zavarovanjem »Specialisti z asistenco« ter kdaj začne in preneha zavarovano kritje?

- 5.1 Zavarovalno kritje (v nadaljevanju: kritje) začne ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, vendar pod pogojem, da je do tega dne v celoti plačana zapadla premija. Če premija ni plačana, začne kritje veljati naslednji dan po plačilu premije. Kritje začne veljati po poteku čakalne dobe ob sklenitvi zavarovanja oziroma po poteku čakalne dobe za obstoječa stanja, v skladu z določili pogojev oziroma dogovorov v pogodbi.
- 5.2 Za člana kolektiva ali družinskega člana zavarovanca, ki se vključi v zavarovanje po datumu, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja, začne zavarovalno kritje veljati ob 00.00 prvega dne v naslednjem mesecu po dnevu prejema pristopne izjave, razen če smo pristopno izjavo skladno s točko 4.6 teh pogojev zavrnil.
- 5.3 Zavarovanje je sklenjeno za zavarovalno dobo, ki je določena na polici.
- 5.4 Zavarovanje se po krovni polici sklone najmanj za obdobje enega leta.
- 5.5 Zavarovalna pogodba se ob izteku dogovorjene dobe vsakokrat podaljša za enako časovno obdobje, za katerega je bila sklenjena, razen če zavarovalec takšnega dogovora ne prekliče s pisnim obvestilom, ki nam mora biti dano najmanj 60 dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. V primeru preklica v navedenem roku zavarovalna pogodba in z njo kritje po vseh posameznih policah preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 5.6 Ob podaljšanju zavarovanja se premija določi za naslednje zavarovalno leto skladno s točko 13 teh pogojev.
- 5.7 Od podaljšanja zavarovanja lahko odstopimo tudi mi, če prenehamo z izvajanjem takšnega zavarovanja, ker je zavarovalec ravnal v nasprotju s pogodbo ali če so nastale okoliščine, zaradi katerih takšne zavarovalne pogodbe ne moremo več imeti v veljavi. V tem primeru vas bomo o tem obvestili vsaj tri mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 5.8 Od podaljšanja zavarovanja po polici za posamičnega zavarovanca lahko odstopimo, če so nastale okoliščine, zaradi katerih zavarovanja ne moremo več imeti v veljavi. V tem primeru bomo zavarovanca obvestili vsaj tri mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 5.9 Zavarovanje za posameznega zavarovanca se podaljšuje v okviru veljavnosti krovne police in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni starost 75 let.
- 5.10 Kritje za posameznega zavarovanca v vsakem primeru preneha, ne glede na to, kako je bilo dogovorjeno trajanje na polici, ob 24.00 tistega dne, ko:
- nastopi smrt zavarovanca;
  - zavarovanec ni več član kolektiva (preneha mu civilnopravno razmerje z zavarovalcem). V tem primeru kritje preneha tudi za vse družinske člane, ki so se v zavarovanje vključili na podlagi pristopnih izjav, s katerimi jih je ta zavarovanec kot bivši član kolektiva vključil v zavarovanje;
  - preneha veljati zavarovalna pogodba iz kakršnega koli razloga. V tem primeru preneha kritje tudi za vse družinske člane, ki so se v zavarovanje vključili na podlagi pristopnih izjav, s katerimi so jih zavarovanci kot člani kolektiva vključili v zavarovanje;
  - poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec dopolnil 75 let,

- zaradi neplačila premije v skladu s točko 14 teh pogojev.
- 5.11 V primeru prenehanja kritja za posameznega zavarovanca in družinskega člana po 2. alineji prejšnje točke ima zavarovanec pravico, da pri nas sam sklone pogodbo z enakim obsegom zavarovalnega kritja, kot je zanj veljalo po zavarovalni pogodbi kolektivnega zavarovanja. Zavarovanec lahko svojo pravico izkoristi v roku 30 dni po prenehanju zavarovalnega kritja, pri čemer upoštevamo določila veljavnih pravil sklepanja in pogoje za tovrstno zavarovanje. V novi pogodbi lahko ukinemo ugodnosti, ki so bile pridobljene v okviru zavarovanja po zavarovalni pogodbi. Če zavarovanec ponovno sklone pogodbo v predhodno navedenem roku, zavarovanje nima čakalne dobe.
- 5.12 Za zavarovance, ki ne želijo biti več zavarovani in nam med trajanjem zavarovanja predložijo odstopno izjavo, preneha kritje ob 24.00 zadnjega dne v koledarskem mesecu, v katerem prejmemo odstopno izjavo. Če je zavarovanec uveljavljal zavarovalni primer, nam pripada celoletna premija za njegovo zavarovanje za tekoče zavarovalno leto.
- 5.13 Če je zavarovanec v zavarovalnem letu, ko je prenehal biti član kolektiva, uveljavljal zavarovalni primer, je obveznost zavarovalca, da plača premijo za tega zavarovanca v višini premije za celo zavarovalno leto.
- 5.14 Če je zavarovanec v zavarovalnem letu že izkoristil celo zavarovalno vsoto, se zavarovalno kritje ponovno vzpostavi z začetkom naslednjega zavarovalnega leta.
- 5.15 Če zavarovanec v zavarovalnem letu ni izkoristil cele zavarovalne vsote, se ta ne prenaša v novo zavarovalno leto.

## 6. Kaj krije zavarovanje?

- 6.1 Zavarovanje zavarovancu nudi storitve Asistencije zdravje (asistenčne storitve), **Zdravstvene storitve** (kritje stroškov zdravstvenih storitev) in **Zdravila** (kritje stroškov zdravil).
- 6.2 Zaradi boljše preglednosti vsa kritja na kratko predstavljamo v spodnji tabeli, podrobneje pa so opisana v razdelku **Vsebina in obseg - podrobneje**.

STORITVE ASISTENCE ZDRAVJE	
<b>Informiranje</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o zavarovanju</li><li>o izvajalcih zdravstvenih storitev</li><li>o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja</li><li>o uveljavljanju pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe v Sloveniji</li></ul>
<b>Odločanje o upravičenosti do pravic iz zavarovanja in organiziranje</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>izvedbe zdravstvenih storitev iz zavarovanja</li><li>izdelave načrta zdravljenja v primeru poškodb zaradi nezgode</li><li>izvedbe strokovnega posveta v zvezi z zdravstvenim stanjem</li><li>izdelave drugega mnenja</li></ul>
ZDRAVSTVENE STORITVE	
<b>Specialistična obravnava</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>specialistični pregledi</li><li>enostavne diagnostične preiskave</li><li>enostavni ambulantni posegi</li></ul>
<b>Zahtevna diagnostična preiskava</b>	preiskava, ki je nadaljevanje specialistične obravnave in je v nekaterih primerih potrebna za postavitve diagnoze
<b>Operativni poseg</b>	diagnostični ali terapevtski poseg, potreben za diagnosticiranje ali zdravljenje postavljene diagnoze iz specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave
<b>Fizioterapija</b>	kot nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega
<b>Psihološka pomoč</b>	storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije
<b>Načrt zdravljenja</b>	v primeru poškodbe zaradi nezgode, pri kateri je bila potrebna hospitalizacija

<b>Strokovni posvet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• posvet v zvezi z obstoječim zdravstvenim stanjem ali kroničnimi boleznimi zavarovanca</li> <li>• posvet v prvem mesecu po rojstvu otroka</li> </ul>
<b>Drugo mnenje</b>	mnenje zdravnika iz tujine v zvezi s postavljeno diagnozo in/ali priporočenim zdravljenjem
<b>ZDRAVILA</b>	
<b>Zdravila na beli recept</b>	predpisana ob izvedbi specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave oziroma operativnega posega

## 7. Vsebina in obseg zavarovanja - podrobneje

- 7.1 **Informiranje** je storitev Asistence zdravje, ki zavarovancu nudi informacije o zavarovanju, o izvajalcih zdravstvenih storitev ter o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja pri uveljavljanju pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe v Sloveniji.
- 7.2 **Odločanje o upravičenosti do pravic iz zavarovanja in organiziranje storitev** je odločanje Asistence zdravje o upravičenosti do storitev iz zavarovanja, organiziranje termina obravnave pri izbranih izvajalcih za zavarovanca, organiziranje izdelave načrta zdravljenja, izvedbe strokovnega posveta in izdelave drugega mnenja.
- 7.3 **Specialistična obravnava** so specialistično ambulantne storitve, ki so potrebne za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni in vključujejo specialistični pregled, pripadajoče osnovne slikovne, funkcionalne in laboratorijske preiskave in meritve (npr. UZ, RTG, EKG, EMG, laboratorijske preiskave, patohistološke preiskave) ter pripadajoče enostavne ambulantne posege (npr. aplikacija blokade, punkcija...), ki se lahko izvedejo v okviru specialističnega pregleda).
- 7.4 **Zahtevna diagnostična preiskava** je nadaljevanje specialistične obravnave in je navadno potrebna za postavitev diagnoze pri novonastali bolezni. To je računalniška tomografija (CT, CTA), magnetna resonanca (MR, MRA), pozitronska emisijska tomografija (PET), scintigrafija, irigografija, UZ vodena biopsija notranjih organov, endoskopski UZ, artrografija, gastroskopija in kolonoskopija ter tudi morebitni odvzem tkiva.
- 7.5 **Operativni poseg** vključuje diagnostične in/ali terapevtske posege, ki so nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave in so potrebni za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni. To so:
- poseg na očesu (pterigij, pinguekula, xantalazma, entropij),
  - poseg na solznih žlezah in solzevodih,
  - poseg na nosu (endoskopska operacija nosu in obnosnih votlin, klasična ali endoskopska mukotomija, endoskopska ablacija polipov),
  - poseg na roki (artroskopija zapestja zaradi poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles, operacija karpalnega kanala, sprožilnega prsta),
  - poseg na komolcu (artroskopija komolca kot posledica poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles, operativni posegi, ki vključujejo oskrbo poškodovanih vezi, tetiv ali živcev),
  - poseg na ramenskem sklepu (artroskopska oskrba poškodovane tetive dolge glave bicepsa, rekonstrukcija rotatorne manšete, stabilizacija ramenskega sklepa zaradi izpahov po poškodbah),
  - poseg na hrbtenici (dekompresija stenoze spinalnega kanala s stabilizacijo ali brez stabilizacije, operacija hernije disci, vertebroplastika),
  - poseg na kolku (artroskopija zaradi poškodbe labruma, utesnitve ali prostih teles, dokazanih z MR preiskavo),
  - poseg na kolenskem sklepu (artroskopija kolena kot posledica poškodbe meniskusa, hrustanca, odstranitev prostega telesa, rekonstrukcija ali fiksacija vezi kolenskega sklepa),
  - poseg na gležnju (artroskopija gležnja kot posledica poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles, dokazanih z MR preiskavo, stabilizacija gležnja po zvinu gležnja, šivanje - rekonstrukcija Ahilove tetive),
  - poseg na stopalu v primeru poškodbe ali v primeru

- odstranitev novonastalih mehkotkivnih ali kostnih sprememb,
- operativno zdravljenje krčnih žil,
- koronarografija, perkutana transluminalna angioplastika (PTA),
- UZ razbijanje ledvičnih kamnov,
- ERCP (Endoskopska-Retrogradna-Holangio-Pankreatikografija),
- hidrokela, spermatokele ali varikokela,
- rektoskopski poseg, polipektomija, endoskopska operacija v zadnjem delu širokega črevesa, operacija hemoroidov, incizija analne fisure,
- kirurška ekscizija izrastkov kože, brazgotin in mehkih delov, če je odstranitev predpisana s strani zdravnika specialista,
- druge odstranitve tvorbov in znamenj, če je tkivo poslano na patohistologijo.

7.6 **Fizioterapija** vključuje storitev ambulantne fizioterapije, ki so nadaljevanje specialistične obravnave, zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega in so potrebne za zdravljenje novonastale bolezni, če je tako dogovorjeno v pogodbi. Stroški fizioterapije so kriti:

- za stanja po opravljenem operativnem posegu,
- po zlomu kosti,
- po delnem ali popolnem izpahu sklepa oziroma po delni ali popolni raztrganini mišic, tetiv in/ali vezi, ki mora biti dokazana z ustrezno slikovno diagnostiko (npr. UZ, MRI) ter
- po carskem rezu.

Fizioterapija se lahko koristi največ 1 leto po novonastali bolezni ali poškodbi oziroma se obdobje 1 leta začne upoštevati po tistem, ko je bil zavarovanec na podlagi medicinske indikacije sposoben za izvedbo fizioterapije, razen v primeru poškodovanih živcev, kjer je ta rok 2 leti. Zavarovancu krijemo stroške storitev ambulantne fizioterapije do 5 obravnav za posamezen zavarovalni primer iz tega odstavka. V primeru potrebe po dodatni fizioterapiji zaradi posledic iste poškodbe ali bolezni odločamo o vrsti in številu potrebne dodatne fizioterapije mi, na podlagi medicinske dokumentacije in strokovnega mnenja našega pooblaščenega zdravnika ali fizioterapevta.

7.7 **Psihološka pomoč** vključuje storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije v primerih, nastalih v času trajanja zavarovanja, in sicer:

- diagnosticiranega resnega zdravstvenega stanja in okoliščin iz tabele opredelitve izrazov,
- trajne izgube delovne zmožnosti opravljanja lastnega ali katerega koli drugega poklica,
- poporodne depresije, ki jo ugotovi izbrani osebni zdravnik ali zdravnik specialist, ter
- v primeru smrti otroka, zakonca, zunajzakonskega partnerja, partnerja istospolne partnerske skupnosti zavarovanca,

če je to kritje dogovorjeno v pogodbi. Zavarovancu krijemo stroške psihološke pomoči do 10 individualnih obravnav (seans) za posamezen zavarovalni primer iz tega odstavka. Po seriji 4 individualnih obravnav je treba za nadaljevanje zdravljenja pridobiti odobritev našega pooblaščenega zdravnika na podlagi poročila izvajalca psihološke pomoči.

7.8 **Načrt zdravljenja** vključuje svetovanje našega pooblaščenega zdravnika o nadaljnjem zdravljenju poškodbe zaradi nezgode, za katero je bila potrebna hospitalizacija za doseg optimalnega poteka zdravljenja in rehabilitacije. Načrt zdravljenja se pripravi na podlagi osebnega pregleda zavarovanca, pregleda medicinske dokumentacije poškodbe ter osnovne slikovne diagnostike po oceni našega pooblaščenega zdravnika.

7.9 **Strokovni posvet** vključuje posvet po telefonu z našim pooblaščenim zdravnikom v zvezi z obstoječim zdravstvenim stanjem in kronično boleznijo, če je to kritje dogovorjeno v pogodbi. Strokovni posvet vključuje tudi enkratno svetovanje zavarovancu o negi otroka do dopolnjenega enega meseca starosti otroka ter svetovanje v zvezi z novonastalo boleznijo, če je ta nastala v prvem mesecu starosti otroka.

7.10 **Drugo mnenje** vključuje storitev zdravnika koordinatorja iz Slovenije in izdelavo strokovnih mnenj zdravstvenih timov iz tujine, s katerimi se preveri ustreznost že postavljene

- diagnoze ali priporočenega zdravljenja. Do storitev drugega mnenja so poleg zavarovanja upravičeni tudi njegovi ožji družinski člani, če je to dogovorjeno v pogodbi.
- 7.11 **Zdravila na beli recept** vključujejo stroške zdravil, ki jih predpiše zdravnik specialist na beli recept ob izvedbi specialistične obravnave, zahtevne diagnostične preiskave oziroma operativnega posega iz tega zavarovanja. Zdravila morajo biti predpisana skladno z diagnozo, medicinsko doktrino in zdravstvenimi smernicami ter navedena v medicinski dokumentaciji. V zavarovalnem letu se za novonastalo bolezen krijejo le stroški prve izdaje zdravila v količini, ki je potrebna za zdravljenje novonastale bolezni, vendar največ za 30 dni. Zdravilo mora biti predpisano na beli recept po navodilih, ki veljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, ter izdano v lekarni. Izključena so zdravila, za katera je določen poseben režim predpisovanja, z izjemo zdravil, ki jih lahko predpisuje zdravnik specialist.
- 7.12 Zavarovanje ima zavarovalno vsoto, ki je določena v pogodbi. Zavarovalna vsota je lahko določena tudi za posamezno zavarovalno kritje iz točke 7 teh pogojev in je navedena v pogodbi.
- 7.13 Zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev in zdravil, ki nastanejo v zavarovalnem letu največ do višine letne zavarovalne vsote.
- 7.14 Če zavarovanec v zavarovalnem letu preseže zavarovalno vsoto, nam mora preseženi znesek povrniti najkasneje v roku 8 dni od dneva prejema našega poziva.

## NAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE

### 8. Katere so naše obveznosti?

- 8.1. Obvezujemo se, da bomo ob nastanku posameznega zavarovalnega primera izpolnili s pogodbo določene obveznosti.
- 8.2. Plačali bomo stroške opravljenih storitev in zdravil iz posameznega kritja tistim izvajalcem, ki imajo z nami sklenjeno pogodbo o poslovnem sodelovanju. Če z izvajalcem nimamo sklenjene pogodbe, izplačamo oziroma povrnemo stroške opravljenih storitev iz posameznega kritja neposredno zavarovancu.

### 9. Kaj je podlaga in na kakšen način uveljavljate pravice iz zavarovanja?

- 9.1 Zavarovanec ali druga pooblaščen oseba zavarovanca uveljavlja pravice iz zavarovanja prek Asistence zdravje na naslednje načine:
- s telefonskim klicem,
  - po (elektronski) pošti,
  - prek spletnega portala.
- 9.2 Zavarovanec uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev iz zavarovanja na podlagi zahtevka, ki mu priloži dokazila, iz katerih je razvidno, da potrebuje zdravstveno storitev (npr. napotnica osebnega zdravnika, izvid zdravnika specialista oziroma našega pooblaščenega zdravnika) in so pomembna za ugotovitev naše obveznosti iz zavarovalne pogodbe.
- 9.3 Zdravstvena storitev, ki jo potrebuje zavarovanec in je razvidna iz priloženih dokazil iz prejšnje točke, mora biti ugotovljena po začetku veljavnosti zavarovanja in po poteku čakalne dobe iz točk 10.1 in 10.2 teh pogojev.
- 9.4 Za zdravstveno storitev, ki jo potrebuje zavarovanec, mora biti izkazana medicinsko utemeljena indikacija v skladu z definicijo v točki 2 teh pogojev.
- 9.5 Če je bilo zavarovanje spremenjeno in vsebuje kritja, ki jih predhodno zavarovanje ni vključevalo, mora biti zdravstvena storitev, ki jo potrebuje zavarovanec iz točke 9.2 teh pogojev, ugotovljena po začetku veljavnosti novega kritja in po poteku čakalne dobe novega kritja iz točk 10.1 in 10.2 teh pogojev.
- 9.6 Stroške za izdano zdravila iz točke 7.11 teh pogojev poravnava zavarovanec sam v lekarni in pri nas zahteva povračilo teh stroškov, skladno s točkama 9.15 in 9.16 teh pogojev.
- 9.7 Od zavarovanja ali druge pravne ali fizične osebe lahko zahtevamo dodatna dokazila, da bi ugotovili pomembne okoliščine v zvezi z reševanjem zahtevka.
- 9.8 Na podlagi popolnega zahtevka odločamo, do katerih kritij je zavarovanec upravičen, in ga o tem obvestimo z izdajo predhodne odobritve. Ta predstavlja našo potrditev, da je po sklenjenem zavarovanju nastal zavarovalni primer in s tem naša obveznost, ki jo bomo izpolnili skladno s sklenjeno

- zavarovalno pogodbo. Zavarovanca bomo obvestili tudi v primeru zavrnitve zahtevka.
- 9.9 V primeru predhodne odobritve bomo skupaj z zavarovancem izbrali izvajalca in se dogovorili za termin odobrenih storitev.
- 9.10 Termin organiziramo praviloma v roku desetih dni na podlagi popolnega zahtevka za ugotovitev naše obveznosti iz zavarovalne pogodbe pri naših izbranih izvajalcih. Navedeni rok je v posameznih primerih lahko daljši, če obstajajo za to utemeljeni razlogi s strani izvajalca, pri čemer zavarovanca o tem obvestimo. Če se zavarovanec s predlaganim terminom ne strinja, skupaj z nami dogovori nov termin.
- 9.11 Zavarovanec lahko dogovorjeni termin obravnave pri našem izbranem izvajalcu odpove ali predlaga njegovo spremembo le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati, preprečiti ali se jim izogniti, o čemer nas mora nemudoma obvestiti in nam predložiti dokazila (npr. bolniški list). Spremembe so možne le v obdobju najmanj tri dni pred dogovorjenim terminom.
- 9.12 Če zavarovanec ne odpove ali spremeni termina na način in v rokih iz prejšnjega odstavka, se šteje, da je zavarovanec svoje pravice izkoristil in da smo mi iz naslova tega zavarovalnega primera svojo obveznost v celoti izpolnili, zato nadaljnje uveljavljanje zahtevkov iz tega naslova ni več možno. V primeru naše odpovedi dogovorjenega termina pri izbranem izvajalcu bomo zavarovancu omogočili nadomestni termin.
- 9.13 Zavarovanec lahko v primeru predhodne odobritve izjemoma, ob obveznem predhodnem dogovoru z nami, uveljavlja storitve iz zavarovanja tudi pri drugih izvajalcih, pri čemer termin storitve iz zavarovanja organizira in plača sam.
- 9.14 Našemu izbranemu izvajalcu bomo plačali strošek opravljenih zdravstvenih storitev, zmanjšan za soudeležbo zavarovanca, če je tako dogovorjeno v zavarovalni pogodbi.
- 9.15 Zavarovancu izjemoma povrnemo stroške opravljenih zdravstvenih storitev tudi brez predhodne odobritve, če ugotovimo, da bi mu izdali predhodno odobritev, v primeru, da bi zavarovanec zanj zaposlil.
- 9.16 Zavarovancu bomo povrnili strošek (zmanjšan za soudeležbo, če je ta dogovorjena v zavarovalni pogodbi) na podlagi njegovega zahtevka za povračilo stroškov na našem obrazcu, in sicer:
- plačanih zdravstvenih storitev v višini računa izvajalca, vendar največ v obsegu in višini cene storitve, ki bi jo plačali mi pri našem izbranem izvajalcu,
  - opravljenih fizioterapij, vendar za posamezen primer največ 50 % zavarovalne vsote, ki je za kritje fizioterapije določena v pogodbi oziroma največ v obsegu 4 fizioterapevtskih obravnav,
  - zdravil, izdanih v lekarni.
- 9.17 Zahtevku za povračilo stroškov je treba predložiti račun s specifikacijo opravljenih storitev in izvid ter na našo zahtevo tudi drugo dokumentacijo.
- 9.18 Zavarovancu povrnemo strošek opravljenih zdravstvenih storitev najkasneje v roku 14 dni od dneva, ko nam je bila predložena popolna dokumentacija.
- 9.19 Če ob predložitvi zahtevka zavarovanca zapadla premija, ki se nanaša na tega zavarovanca (in njegove družinske člane), s pripadajočimi obrestni in stroški ni bila poravnana, povrnemo strošek opravljenih zdravstvenih storitev in zdravil po poravnavi vseh zapadlih obveznosti do nas.
- 9.20 Zavarovanec mora v procesu uveljavljanja pravic iz zavarovanja na svoje stroške pridobiti in nam predložiti vse podatke in dokumentacijo, povezano z uveljavljanjem zahtevkov iz zavarovanja.
- 9.21 Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila za izvedbo zdravstvene storitve, ki smo mu jih predhodno posredovali mi ali izvajalec.

### 10. Katere so omejitve naših obveznosti?

- 10.1 Ob prvi vključitvi v zavarovanje po krovni polici velja za posameznega zavarovanca čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja tri mesece za novonastalo bolezen ali stanje, razen za poškodbe, ki so posledica nezgode, do katere je prišlo po začetku zavarovanja.
- 10.2 Za vsa ob vključitvi že obstoječa zdravstvena stanja velja 24-mesečna čakalna doba za obstoječa stanja. Zavarovanec mora torej imeti zavarovalno kritje najmanj 24 mesecev,

- preden začne veljati zavarovalno kritje za ta stanja.
- 10.3 Obveznosti iz zavarovalne pogodbe za obstoječa zdravstvena stanja bomo prevzeli šele po poteku obdobja iz prejšnjega odstavka, če se v tem obdobju zavarovanec ni zdravil za ta zdravstvena stanja.
- 10.4 Če se je v obdobju čakalne dobe iz točke 10.2 teh pogojev zavarovanec zdravil, se bo čakalna doba za obstoječa zdravstvena stanja štela od zaključka zdravljenja dalje.
- 10.5 Ko se bolezen med trajanjem zavarovanja v skladu z definicijo v točki 2 teh pogojev medicinsko opredeli kot kronična bolezen, krijemo zdravstvene storitve še za obdobje šestih mesecev od tega datuma. Po tem obdobju ne krijemo več stroškov zdravstvenih storitev v zvezi s to boleznijo, stanjem oziroma poškodbo, je pa zavarovanec v zvezi z njo upravičen do strokovnega posveta skladno s temi pogoji.
- 11. Kaj ni krito v nobenem primeru?**
- 11.1 Zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja:
- kroničnih bolezni, ki so nastale, bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v času čakalne dobe iz točk 10.1, 10.2 in 10.5 teh pogojev,
  - novonastalih bolezni, ki so nastale in/ali so bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti zavarovanja in/ali so bile diagnosticirane pred potekom čakalne dobe iz točk 10.1, 10.2 in 10.5 teh pogojev,
  - v dejavnostih intenzivne in urgentne medicine ter preventive, ginekologije na primarni ravni in revmatologije,
  - v dejavnosti psihiatrije in klinične psihologije, razen za primere, določene s temi pogoji,
  - fobij, demence, motenj, povezanih z ADHD, motenj hranjenja in Tourettovega sindroma ter drugih duševnih bolezni, duševnih motenj in splošnih psihičnih težav,
  - debelosti ter operacij in zdravljenj, do katerih pride zaradi zdravljenja debelosti,
  - spolno prenosljivih bolezni, okužb s HIV in bolezni, ki jih povzročata HIV, presaditev organov, darovanja organov in zdravljenj z dializo,
  - v zvezi z nosečnostjo, rojstvom, spontanim splavom, splavom in neplodnostjo ter s tem povezanimi bolečinami in boleznimi. Ne krijemo stroškov nobenih oblik kontracepcije, vključno s stroški sterilizacije in drugimi metodami preprečevanja zanositve,
  - s krvnimi pripravki in matičnimi celicami (npr. zdravljenje s trombocitno plazmo),
  - refrakcijskih okvar očesa,
  - težav s sluhom, ki so povezane s stopnjo gluhosti,
  - zob in obzobnega tkiva, vključno s storitvami čeljustne kirurgije in ortodontije.
- 11.2 Zavarovanje ne krije stroškov:
- povezanih s pregledi ali zdravljenji pri splošnem ali družinskem zdravniku,
  - zdravstvenih storitev, opravljenih iz estetskih razlogov,
  - storitev alternativnega, komplementarnega ali eksperimentalnega zdravljenja, če ni s pogodbo določeno drugače,
  - protonskih terapij, s sončenjem povezane poškodbe kože (aktinična keratoza) ter zdravljenja smrcanja,
  - storitev, povezanih s kurjimi očesi, žulji, odebeljenimi oziroma vraščenimi nohti,
  - nadaljnjih storitev po opravljeni specialistični obravnavi, ki so povezane z zdravljenjem bradavic,
  - odstranitvev tvorbov in znamenj, ki so izvedena s kemičnim pilingom, laserjem, elektrokoagulacijo, radiofrekvenco ali z zamrznitvijo tkiva, razen če je tkivo poslano na patohistologijo,
  - genetskih preiskav,
  - dialize,
  - storitev, povezanih s spremembo spola,
  - svetovanja parom,
  - medicinskih pripomočkov ali implantatov, razen če so potrebni pri izvedbi posega po teh pogojih in jih predhodno odobri naš pooblaščen zdravnik,
  - spremljevalca zavarovanca, potnih stroškov, stroškov nastanitve in prehrane ter stroškov komunikacijskih storitev, ki nastanejo ob uveljavljanju pravic iz zavarovanja,
- reševalnih prevozov,
  - zdravstvenih storitev za ugotavljanje delazmožnosti v postopkih za invalidsko komisijo.
- 11.3 Ne krijemo stroškov fizioterapije:
- zaradi bolečin po poškodbah in drugih vzrokih, pri katerih ni medicinsko dokazanih svežih poškodb mišic, vezi in/ali tetiv,
  - zaradi pretreniranosti in čezmernih naporov oziroma zaradi intenzivnosti udeleževanja pri športu in drugih aktivnostih,
  - če iz medicinskih razlogov fizioterapija ni priporočljiva ali je odsvetovana (npr. v primeru kroničnih tendinopatij, miopatij, utrujenosti, pretreniranosti).
- 11.4 Ne krijemo stroškov:
- zdravlil, ki se lahko izdajajo brez recepta tudi v specializiranih prodajalnah, četudi imajo dovoljenje za promet v Republiki Sloveniji,
  - bioloških zdravlil,
  - zdravlil, predpisanih na recept v preventivne namene,
  - zdravlil za zdravljenje erektilne disfunkcije,
  - zdravlil za odpravljanje prekomerne teže,
  - zdravlil za odpravljanje androgene alopecije ter kontraceptivov,
  - zdravlil za odvajanje od kajenja,
  - zdravlil, predpisanih z dietetičnimi, dezinfekcijskimi, negovalnimi in kozmetičnimi učinki.
- 11.5 Izključene so tudi naše obveznosti, kadar do bolezni, stanja oziroma poškodbe pride zaradi ali v povezavi:
- z vojno ali vojni podobnimi dogodki, sabotražo, terorističnim dejanjem, izgredom, vstajo, revolucijo ipd., ne glede na to, ali je zavarovanec v njih sodeloval,
  - z epidemijo, pandemijo, onesnaženjem okolja, radioaktivnim sevanjem, neposrednim ali posrednim delovanjem jedrske energije ter naravnimi nesrečami,
  - s pripravo, poskusom ali izvršitvijo kaznivega dejanja, kakor tudi zaradi pobega po takšnem dejanju,
  - s fizičnim obračunavanjem, razen v primeru dokazane samoobrambe, kar dokazuje zavarovanec,
  - s samopoškodbo ali poskusom samomora;
  - z upravljanjem vozil, zračnih plovil, plovnihih objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.
- 11.6 Izključene so zdravstvene storitve iz naslova dejavnosti zdravstvene nege, dejavnosti bobic, delovne terapije, optometrije, logopedije, dietetike, dejavnosti zobnih higienikov, dejavnosti krvnih bank, dejavnosti spermalnih bank in bank organov ter dejavnosti reševalnih prevozov.
- 11.7 Izključene so tudi naše obveznosti v primeru ugotovljenih neresničnih podatkov, zamolčanja, prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca ali zavarovanca.
- 11.8 Prav tako ne krijemo stroškov medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, vključno s prevodi ter kopijami te dokumentacije, ki jih je zavarovanec dolžan predložiti kot dokazila o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, ter stroškov pravnega oziroma drugega zastopanja zavarovanca v postopku reševanja zavarovalnega primera.
- 11.9 Če se bo ugotovilo, da smo zaradi izključitve naše obveznosti storitev plačali neutemeljeno, imamo pravico od zavarovanca zahtevati povračilo teh stroškov, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi od dneva plačila dalje.
- 11.10 V vsakem primeru so izključene naše obveznosti, če zavarovanec potrebuje zdravstveno storitev pred začetkom veljavnosti zavarovanja, v času čakalne dobe iz točk 10.1 in 10.2 teh pogojev ter po koncu veljavnosti zavarovanja.

## VAŠE PRAVICE IN OBVEZNOSTI

### 12. Obveznosti zavarovalca oziroma zavarovanca ob sklenitvi oziroma vključitvi v zavarovanje

- 12.1 Ob sklenitvi zavarovalne pogodbe ter ob vključitvi posameznega zavarovanca v zavarovanje nam je zavarovalec oziroma zavarovanec dolžan prijaviti vse okoliščine, ki so mu znane ali mu niso mogle ostati neznane in so pomembne za oceno tveganja, ki ga prevzemamo s sklenitvijo zavarovanja. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, ki so bile navedene v izpolnjeni ponudbi in vprašalniku.
- 12.2 V zakonsko določenem roku lahko razdremo zavarovalno pogodbo ali izključimo iz zavarovanja posameznega zavarovanca, zavrnemo zahtevek oziroma zahtevamo



povračilo plačanih stroškov opravljenih storitev, če je zavarovalec oziroma zavarovanec neresnično ali nepopolno prijavil oziroma zamolčal bistvene podatke, pomembne za izvajanje pogodbe, predvsem tiste v zvezi z zdravstvenim stanjem zavarovanca ali tiste, zaradi katerih ne bi sklenili pogodbe, če bi zanje vedeli.

- 12.3 Ob razdrtju zavarovalne pogodbe imamo pravico zahtevati vračilo stroškov sklenitve zavarovalne pogodbe, popustov in drugih ugodnosti, ki izhajajo iz trajanja zavarovalne pogodbe, ter plačilo nadomestila drugih stroškov po naših cenikih.
- 12.4 Če so bile kršitve le na strani posameznega zavarovanca, ki se vključuje prek pristopne izjave v zavarovanje, se vse posledice, navedene v točki 12 teh pogojev, nanašajo le na zavarovanje tega zavarovanca.

### 13. Kako določimo višino premije?

- 13.1 Premija za zavarovanje se določi skladno z našimi veljavnimi pravili sklepanja in je enotna za vse zavarovance iz istega kolektiva.
- 13.2 Višina premije je odvisna od dejavnosti zavarovalca, števila in deleža zaposlenih v kolektivu, ki pristopijo k zavarovanju, povprečne starosti članov kolektiva brez družinskih članov in vrste dela, ki ga opravljajo člani kolektiva.
- 13.3 Na višino premije lahko vplivajo tudi drugi dejavniki, ki jih določimo (npr. zdravstveno stanje zavarovancev, preteklo škodno dogajanje) in so razvidni iz veljavnih pravil kolektivnega zavarovanja.

### 14. Kako nam mora zavarovalec oziroma zavarovanec plačevati premijo?

- 14.1 Premija je letna. Plačuje se vnaprej z dinamično plačevanja, ki je določena v zavarovalni pogodbi. Premijo po krovni polici, ki se nanaša na zavarovance, ki so člani kolektiva, plačuje zavarovalec. Premijo po polici, ki se nanaša na družinske člane zavarovanca, plačuje zavarovanec (zavarovanec, ki je tudi plačnik premije).
- 14.2 V primeru zaostankov pri plačilu premije se obveznosti poravnajo po vrstnem redu zapadlosti.
- 14.3 Če zavarovalec oziroma zavarovanec, ki je tudi plačnik premije, premije, ki je zapadla v plačilo po sklenitvi zavarovalne pogodbe oziroma po vključitvi v zavarovanje po posamezni pristopni izjavi, ne plača do dogovorjenega roka in tega ne stori niti kakšna druga zainteresirana oseba, preneha naša obveznost iz krovne police oziroma police po tridesetih dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu, ki je tudi plačnik premije, vročeno priporočeno pismo z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset dni od zapadlosti premije.
- 14.4 Po izteku roka iz predhodne točke teh pogojev lahko razdremo zavarovanje po krovni polici oziroma polici brez odpovednega roka, s tem da to razdrtje nastopi z iztekom navedenega tridesetdnevnega roka in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec oziroma zavarovanec, ki je tudi plačnik premije, na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju zavarovalnega kritja.
- 14.5 Šteje se, da je bila priporočena pošiljka zavarovalcu oziroma zavarovancu, ki je tudi plačnik premije, vročena, ne glede na to, ali je priporočeno pošiljko prevzel, če smo pošiljko poslali na naslov oziroma na zadnjo spremembo naslova, ki nam ga je zavarovalec oziroma zavarovanec, ki je tudi plačnik premije, sporočil.
- 14.6 V primeru zamude pri plačilu premije lahko zahtevamo povračilo stroškov, ki so nam bili zaradi zamude povzročeni skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi.
- 14.7 Premijo za družinske/-ga člane/-a plačuje zavarovanec, ki je po pristopni izjavi svoje družinske člane vključil v zavarovanje (zavarovanec, ki je tudi plačnik premije).
- 14.8 Če pred organizacijo storitev ugotovimo, da niso bile plačane vse zapadle premije, bomo zavarovancu storitve organizirali, vendar bo zavarovanec moral storitve izvajalcu storitve najprej poravnati sam. Stroške teh storitev bomo nato zavarovancu povrnili, vendar bomo pri povračilu stroškov storitev odbili znesek neplačanih premij.

### 15. Kaj in kako nam morate sporočiti, ko ste zavarovani pri nas?

- 15.1 Za ažurno komunikacijo zavarovalnica prosi zavarovalca in zavarovanca, da ji v petnajstih dneh od nastanka spremembe sporoči naslednje:

KAJ NAM MORA ZAVAROVALEC OZIROMA ZAVAROVANEC SPOROČITI	KAKO NAM LAHKO SPOROČI?
Spremembo dejavnosti, stalnega naslova	Spremembo nam lahko sporoči prek spletnega portala ali nam piše po elektronski pošti na <a href="mailto:info.si@generali.com">info.si@generali.com</a> oziroma po pošti na naš sedež, spremembo pa lahko uredi tudi na vseh naših sklepalnih mestih
Spremembo podatkov o zavarovancu iz pristopne izjave, npr. spremembo dela, ki ga zavarovanec opravlja, stalnega naslova in drugih kontaktnih podatkov zavarovanca (npr. elektronski naslov, začasni naslov, mobilno številko)	

- 15.2 Če nam zavarovalec oziroma zavarovanec spremembe naslova ali drugih kontaktnih podatkov ne bo sporočil, bomo obvestila še naprej pošiljali na naslov, ki nam je bil sporočen nazadnje, pri čemer se bo upoštevalo, da je bilo obvestilo naslovljeno na pravi naslov in da je bilo pravilno vročeno. Zato bodo nastale tudi pravne posledice.
- 15.3 Vsi dogovori, ki vplivajo na vsebino zavarovalne pogodbe, so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki (fizična ali elektronski oblika). Medsebojna komunikacija med zavarovalcem oziroma zavarovancem in nami mora potekati pisno prek pismov, ki so navedeni v zgornji tabeli. Izjava, ki jo je treba datu drug drugemu, velja šele tedaj, ko jo ta prejme.
- 15.4 Pisna obvestila pošiljamo zavarovalcu oziroma zavarovancu na naslov, ki je bil naveden ob sklenitvi zavarovalne pogodbe oziroma na kasneje spremenjeni naslov. Če poskus vročitve pošiljke s priporočeno pošto na naslov, ki ga je zavarovalec oziroma zavarovanec navedel ob sklenitvi, oziroma na naslov, ki nam ga je sporočil med trajanjem zavarovanja, ali na stalni naslov zavarovalca oziroma zavarovanca, kot je naveden v Centralnem registru prebivalstva, oziroma na poslovni naslov firme, kot je naveden v Poslovnem registru Republike Slovenije, ni bil uspešen (npr. ker zavarovalec oziroma zavarovanec ni prevzel poštnih pošiljk oziroma je odklonil njen sprejem), šteje, da je bila pošiljka vročena dvajseti dan po tem, ko je bila oddana na pošto, in naslovljena na enega izmed prej navedenih naslovov, razen če nam zavarovalec oziroma zavarovanec ne dokaže, da pošiljke ni mogel prevzeti iz razlogov, ki niso bili na njegovi strani. Zato skladno s tem dogovorom nastanejo pravne posledice, tudi če priporočene poštno pošiljke zavarovalec oziroma zavarovanec ne prevzame.
- 15.5 Če se je zaradi spremembe povečala nevarnost, bomo zavarovalcu predlagali povišanje premije, če pa se je nevarnost zmanjšala, bomo zavarovalcu predlagali nižjo premijo. Tako določene premije veljajo s prvim dnem v naslednjem mesecu po prejemu prijave spremembe podatkov.
- 15.6 Če zavarovalec spremembe ne prijavi ali ne pristane na povišanje oziroma znižanje premije v roku štirinajstih dni od dneva, ko je prejel naš predlog, nastane pa zavarovalni primer, lahko zahtevamo povračilo sorazmernega dela plačanih stroškov opravljenih storitev.
- ### 16. Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev?
- 16.1 Za vse storitve, ki jih zavarovalec oziroma zavarovanec posebej zahteva od nas (npr. izdelava dvojnika police, odpoved zavarovanja), morate plačati nadomestilo stroškov po našem ceniku, ki je javno objavljen na spletni strani zavarovalnice: [www.generali.si/ceniki](http://www.generali.si/ceniki).
- 16.2 Plačilo stroškov medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, ki jih mora zavarovanec predložiti ob nastanku zavarovalnega primera kot dokazilo o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, ni naša obveznost, zato jih mora plačati zavarovanec sam.
- 16.3 Plačilo stroškov odvetniških in drugih storitev zastopanja, stroškov izvedencev, prič idr. ni naša obveznost, zato jih mora plačati zavarovanec sam.

## 17. Imate vprašanja, dvome?

V primeru dodatnih vprašanj glede zavarovanja ali naših drugih zavarovanj oziroma v primeru kakršnih koli drugih dvomov, bomo storili vse, kar je v naši moči, da zadeve skupaj razjasnimo. Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko pokliče na našo brezplačno telefonsko številko 080 70 77 oziroma obvesti prek ene izmed predlaganih možnosti obveščanja navedenih v točki 15.1 teh pogojev.

## ZAKONODAJA IN PRAVNA OBVESTILA

### 18. Kaj v primeru nesoglasja?

18.1 Če z našo storitvijo zavarovalec oziroma zavarovanec ni zadovoljen, nas lahko o tem takoj obvesti prek ene izmed predlaganih možnosti obveščanja, navedenih v točki 15 teh pogojev. Če zavarovalec oziroma zavarovanec ne bo zadovoljen z našim odgovorom oziroma odločitvijo naše pritožbene komisije, ima kot potrošnik pravico dati tudi pobudo za začetek postopka mediacije pred našim izbranim izvajalcem izvensodnega reševanja potrošniških sporov - Mediacijskim centrom 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). Več informacij o pritožbenih postopkih je dostopnih na spletni strani zavarovalnice: [www.generali.si/pritozbeni-postopki](http://www.generali.si/pritozbeni-postopki) ali prek telefona **080 70 77**. Za razmerja iz zavarovalne pogodbe se uporablja slovensko pravo. Za izvajanje nadzora nad nami je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana. Poročilo o solventnosti in našem finančnem položaju je dostopno na spletni strani zavarovalnice: [www.generali.si](http://www.generali.si).

### 19. Davki in dajatve

19.1 Poleg dogovorjene premije je zavarovalec oziroma zavarovanec dolžan plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec predpisal v času trajanja pogodbe. Če se med trajanjem pogodbe spremenijo ali uvedejo nove dajatve (nova taksa, sprememba davčne stopnje ipd.), te spremembe vplivajo na višino dogovorjene premije oziroma izplačila. Vrsta in višina dajatev je odvisna od veljavne zakonodaje.

19.2 Davek od prometa zavarovalnih poslov se plačuje po predpisani stopnji od premije. Za zdravstvena zavarovanja, ki so sklenjena s krajšo dobo od desetih let, se od premije plačuje davek od prometa zavarovalnih poslov po predpisani stopnji. Davek bremeni vas, to je zavarovalca, na način, da zavarovalnica premiji doda ta davek v predpisani višini.

### 20. Informacija o obdelavi osebnih podatkov

20.1 Spoštujemo pravico do zasebnosti naših strank. V ta namen smo pripravili celovito »Informacijo o obdelavi osebnih podatkov«, ki je dostopna na spletni strani zavarovalnice: [www.generali.si/vop](http://www.generali.si/vop). Informacijo lahko zahtevate tudi v pisni obliki prek brezplačne telefonske številke 080 70 77 ali našega pooblaščenega distributerja.

20.2 S sklenitvijo te pogodbe imamo pravico, da kadar koli in od katerega koli zdravnika, zdravstvene oziroma druge ustanove pridobimo vse podatke o vašem zdravstvenem stanju ali poteku zdravljenja oziroma podatke, ki bi vplivali na oceno nevarnosti ali ki so pomembni za ugotavljanje naših obveznosti.

### 21. Preprečevanje korupcije

Pogodba, pri kateri kdo v imenu ali na račun druge pogodbene stranke predstavniku ali posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja obljubi, ponudi ali da kakšno nedovoljeno korist za pridobitev posla ali za sklenitev posla pod ugodnejšimi pogoji ali za opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem pogodbenih obveznosti ali za drugo ravnanje ali opustitev, s katerim je organu ali organizaciji iz javnega sektorja povzročena škoda ali je omogočena pridobitev nedovoljene koristi predstavniku organa, posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja, drugi pogodbeni stranki ali njenemu predstavniku, zastopniku, posredniku, je nična.

### 22. Sankcijska klavzula

22.1 Ne zagotavljamo zavarovalnega kritja in nimamo obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi v primeru, če bi nas takšno poplačilo zahtevka ali plačilo

kakršne koli druge koristi izpostavilo kakršnim koli sankcijam, preprečim, omejitvam, kontrolam izvoza in/ali uporabe menjalnih tečajev na podlagi resolucij Združenih narodov ali trgovinskim ali ekonomskim sankcijam, kršitvam zakonov ali predpisov Evropske unije, Združenih držav Amerike, Združenega kraljestva, Republike Slovenije ali predpisov katere koli jurisdikcije, ki velja za zavarovalnico.

22.2 Ne zagotavljamo zavarovalnega kritja in nimamo obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi v povezavi z izgubami, škodo ali obveznostmi, ki izhajajo iz aktivnosti v sankcioniranih državah/teritorijih, ali iz aktivnosti, ki so neposredno ali posredno povezane z ali koristijo njihovim vladam, osebam ali subjektom s prebivališčem v sankcioniranih državah/teritorijih, ali osebam ali subjektom, ki so v sankcioniranih državah/teritorijih ali njihovih teritorialnih vodah. Ta izključitev se ne uporablja za aktivnosti, ki se izvajajo, ali storitve, ki se opravljajo v izrednih razmerah zaradi varnosti, ali kadar smo bili o tem tveganju obveščeni in smo pisno potrdili zavarovalno kritje.

22.3 Za sankcionirane države/teritorije po prejšnjem odstavku štejejo Krim, Demokratična ljudska republika Koreja, Iran, Sirija in Venezuela, pri čemer se seznam teh držav lahko spremeni. Vsakokrat javni seznam teh držav je dostopen na spletni strani zavarovalnice: [www.generali.si/sankcijska\\_klavzula](http://www.generali.si/sankcijska_klavzula).