

Splošni pogoji Kolektivnega zdravstvenega zavarovanja COVID-19

01-CVS-01/20



KAZALO

UVOD	3
1. Kaj je kolektivno zdravstveno zavarovanje »COVID-19«?	3
2. Kaj pomenijo nekateri izrazi?	3
SPLOŠNO O ZAVAROVANJU	4
3. Kdo se lahko zavaruje?	4
4. Vaša sklenitev zavarovanja ter polica	4
5. Kdaj ste zavarovani s kolektivnim zdravstvenim zavarovanjem »COVID-19« ter kdaj začne in preneha zavarovalno kritje?	4
6. Kaj krije zavarovanje?	4
7. Vsebina in obseg zavarovanja - podrobneje	4
NAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE	5
8. Katere so naše obveznosti?	5
9. Na kakšen način upravičenec uveljavlja pravico do izplačila nadomestil?	5
10. Na kakšen način upravičenec uveljavlja pravico do posmrtnine?	5
11. Na kakšen način upravičenec uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev?	5
12. Kaj ni krito v nobenem primeru?	6
VAŠE PRAVICE IN OBVEZNOSTI	6
13. Obveznosti zavarovalca oziroma zavarovanca ob sklenitvi oziroma vključitvi v zavarovanje	6
14. Kako določimo višino premije?	6
15. Kako nam mora zavarovalec oziroma zavarovanec plačevati premijo?	6
16. Kaj in kako nam mora zavarovalec oziroma zavarovanec sporočiti, ko je zavarovan pri nas?	7
17. Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev?	7
18. Vprašanja, dvomi?	7
ZAKONODAJA IN PRAVNA OBVESTILA	7
19. Kaj v primeru nesoglasja?	7
20. Davki in dajatve	7
21. Informacija o obdelavi osebnih podatkov	7
22. Preprečevanje korupcije	8
23. Sankcijska klavzula	8

UVOD

1. Kaj je kolektivno zdravstveno zavarovanje »COVID-19«?

- 1.1. Kolektivno zdravstveno zavarovanje »COVID-19« (v nadaljevanju zavarovanje) je zavarovanje, ki ga zavarovalec sklene za člane svojega kolektiva in ki skladno s temi Splošnimi pogoji za kolektivno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju: pogoji) v primeru nastopa zavarovalnega primera zavarovancu oziroma upravičencu omogoča izplačilo zavarovalnine ter hiter dostop do zdravstvenih storitev izven mreže javne zdravstvene službe z uporabo asistenčnih storitev.
- 1.2. Zavarovanje krije bolnišnično nadomestilo, nadomestilo za okrevanje v primeru bolnišnične obravnave zaradi bolezni COVID-19, posmrtnino, psihološko pomoč in strokovni posvet.
- 1.3. Pogoji so sestavni del pogodbe o kolektivnem zdravstvenem zavarovanju oseb (v nadaljevanju: pogodba), ki je sklenjena med zavarovalcem in zavarovalnico. S sklenitvijo pogodbe zavarovalec soglaša z določili teh pogojev in jih v celoti sprejema.
- 1.4. Poleg teh pogojev so sestavni deli pogodbe tudi: ponudba, polica, pristopna izjava, morebitne pisne izjave zavarovalca, zavarovanca in zavarovalnice ter druge priloge in dodatki k polici.
- 1.5. Sestavni del pogodbe je tudi Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu (IPID), ki ga zavarovalec prejme in se z njim seznanja pred sklenitvijo pogodbe. Ta dokument je na voljo tudi na vseh spletnih mestih, na sedežu zavarovalnice in na spletni strani zavarovalnice: www.generalisi.si/ipid.
- 1.6. S pogodbo se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačal dogovorjeno premijo, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo, ko bo nastopil zavarovalni primer, izpolnila s pogodbo določene obveznosti.

2. Kaj pomenijo nekateri izrazi?



Izraz	Kratka obrazložitev
Mi ali naš ali zavarovalnica	To smo mi, GENERALI zavarovalnica d.o.o., Kržičeva ulica 3, Ljubljana.
Zavarovanec	Fizična oseba, ki je vključena v kolektivno zavarovanje in lahko uveljavlja pravice iz tega zavarovanja. Zavarovanec je lahko le član kolektiva.
Zavarovalec	Oseba, ki z nami sklene pogodbo.
Kolektiv	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.
Ponudba	Pisni predlog zavarovalnice za sklenitev ali spremembo pogodbe.
Krovna polica	Listina o sklenjeni 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 vključenosti posameznih zavarovancev v sklenjeno zavarovanje.
Pristopna izjava	Pisna izjava zavarovanca za pristop k zavarovanju, ki vsebuje podatke o dogovorjenih kritjih in zavarovalnih vsotah ter drugih lastnostih zavarovanja.
Polica	S polico potrjujemo vključenost posameznega zavarovanca v zavarovanje po sklenjeni pogodbi. Obseg zavarovalnega kritja po polici je določen s Krovno polico.
Premija	Znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po pogodbi.

Izraz	Kratka obrazložitev
Zavarovalna vsota	Znesek, ki je osnova za določitev naše obveznosti pri izbranem kritju oziroma najvišji znesek naše obveznosti za posameznega zavarovanca iz sklenjenega zavarovanja za vse nastale zavarovalne primere v času trajanja zavarovanja.
Bolezen	Odsotnost zdravja, ki ga ugotovi zdravnik in ki ni posledica nezgode.
COVID-19	COVID-19 (Koronavirusna bolezen 2019) je nalezljiva bolezen, ki jo povzroča koronavirus SARS-CoV-2.
Intenzivna nega	Oddelek v bolnišnici, namenjen bolnikom, ki so neposredno ali posredno življenjsko ogroženi, potrebujejo stalen in skrben nadzor življenjskih funkcij, učinkovito zdravljenje ter ukrepanje s pomočjo sodobne tehnologije, da lahko preživijo.
Nezgoda	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.
Novonastala bolezen	Bolezen, stanje oziroma poškodba, ki nastopi po začetku veljavnosti zavarovanja oziroma lahko ob začetku veljavnosti zavarovanja že obstaja, vendar ni diagnosticirana oziroma zdravljena in zavarovanec zanjo ni vedel oziroma ni mogel vedeti, ker ni imel zdravstvenih težav, bolezenskih znakov ali simptomov.
Obstoječe stanje	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 zanje postavljena diagnoza pred začetkom veljavnosti zavarovanja, hkrati pa ni kronična bolezen.
Zdravniško osebje	Osebe, ki opravljajo poklic, opredeljen v seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti.
Zavarovalni primer	Dogodek, na podlagi katerega nastane naša obveznost iz pogodbe.
Asistenca zdravje	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.
Pooblaščen zdravnik zavarovalnice	Z naše strani pooblaščen zdravnik določene specializacije.
Medicinsko utemeljena indikacija	Bolezniški znaki in okoliščine, ki nakazujejo upravičeno odločitev za zdravstveno storitev, ki jo skladno z medicinsko doktrino predpiše pristojni zdravnik.
Zahtevek	Prijava zavarovalnega primera ali najava potrebe po zdravstveni storitvi iz zavarovanja, ki je posledica bolezni zavarovanca, oziroma zahtevek iz zavarovanja za povračilo stroškov zdravstvenih storitev.

Izraz	Kratka obrazložitev
Izvajalec	Izvajalec zdravstvene storitve, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvenih storitev ali z zdravstvenimi storitvami povezanih dejavnosti.
Zdravstvene storitve	Strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji, ki se izvajajo pri naših izbranih izvajalcih ali drugih izvajalcih.
Resna zdravstvena stanja in okoliščine	Bolezni srca in ožilja: <ul style="list-style-type: none"> • miokardni infarkt • operacija obkroga koronarne arterije (by - pass) • operacija srčnih zaklopk • operacija aorte • možganska kap • koronarna angioplastika
	Rakasta obolenja: <ul style="list-style-type: none"> • rak • benigni možganski tumor
	Težke poškodbe in bolezni: <ul style="list-style-type: none"> • slepota • večje opekline • paraliza • poškodba glave • izguba okončine • ledvična odpoved • presaditev glavnih organov • multipla skleroza • koma • HIV • Alzheimerjeva bolezen • Parkinsonova bolezen • akutni virusni encefalitis • bakterijski meningitis
	Nalezljiva bolezen: <ul style="list-style-type: none"> • COVID-19 – po stanju, ki je zahtevalo bolnišnično obravnavo

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 18 let oziroma največ 64 let. Pod posebnimi pogoji se lahko zavarujejo tudi mlajši člani kolektiva.
- 3.2. Zavarovanci, ki so navedeni v prejšnji točki, se lahko zavarujejo ne glede na njihovo zdravstveno stanje.
- 3.3. 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. Ta omejitev velja do dneva njihove vrnitve na delo.
- 3.4. Zavarovalec v zavarovanje ne more vključiti oseb, ki v zavarovanje ne želijo pristopiti ali niso člani kolektiva.

4. Vaša sklenitev zavarovanja ter policia

- 4.1. 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 pogodbi.
- 4.3. Ob vključitvi zavarovanca v zavarovanje lahko zahtevamo, da izpolni in podpiše pristopno izjavo.
- 4.4. Podpisano pristopno izjavo zavarovanec izroči zavarovalcu, ki jo skladno z določili teh pogojev posreduje nam.
- 4.5. Po sklenitvi zavarovanja zavarovalcu za vsakega posameznega zavarovanca izdamo polico z navedbo izbranega obsega kritij, kot je bilo predvideno po krovni polici.
- 4.6. 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 »COVID-19« ter kdaj začne in preneha zavarovalno kritje?

- 5.1. Zavarovalno kritje (v nadaljevanju: kritje) začne tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, vendar pod pogojem,

- 5.2. da je do tega dne v celoti plačana zapadla premija. Če premija ni plačana, začne kritje veljati naslednji dan po plačilu premije. Za člana kolektiva, ki se vključi v zavarovanje po datumu, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja, začne zavarovalno kritje veljati ob 00.00 naslednjega dne po dnevu prejema pristopne izjave, 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.
- 5.3. Zavarovanje velja do 24.00 tistega dne, ki je na polici določen kot datum izteka zavarovanja.
- 5.4. 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);
 - preneha veljati pogodba iz kakršnega koli razloga.

6. Kaj krije zavarovanje?

- 6.1. Zavarovanje zavarovancu zagotavlja kritja v primeru nastanka bolezni COVID-19, storitve Asistence zdravje (asistenčne storitve) in zdravstvene storitve (kritje stroškov zdravstvenih storitev).
- 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 zdravja	
Informiranje	<ul style="list-style-type: none"> • o zavarovanju • o izvajalcih zdravstvenih storitev • o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja • o uveljavljanju pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe v Sloveniji
Odločanje o upravičenosti do pravic iz zavarovanja in organiziranje	<ul style="list-style-type: none"> • izvedbe psihološke pomoči v zvezi z zdravstvenim stanjem • izvedbe strokovnega posveta v zvezi z zdravstvenim stanjem
Enkratna izplačila	
Bolnišnično nadomestilo	krije izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote ali njenega dela v primeru tri ali več zaporednih nočitev v bolnišnici zaradi bolezni COVID-19.
Nadomestilo za okrevanje	krije izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote ali njenega dela po premetitvi z intenzivne nege na običajen oddelek v bolnišnici zaradi bolezni COVID-19.
Posmrtnina	krije izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote upravičencu v primeru smrti zavarovanca zaradi bolezni COVID-19.
Zdravstvene storitve	
Psihološka pomoč	krije storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije.
Strokovni posvet	je posvet z zdravnikom v zvezi s katerim koli zdravstvenim stanjem.

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 in izvedbe strokovnega posveta.
- 7.3. **Bolnišnično nadomestilo** - če bolnišnično zdravljenje zavarovanca zaradi bolezni COVID-19 traja neprekinjeno vsaj tri zaporedne nočitve, izplačamo zavarovancu enkratno nadomestilo za zdravljenje v bolnišnici v znesku, ki je

dogovorjen v pogodbi. Ta znesek je odvisen od skupnega števila zaporednih nočitev v bolnišnici in je razviden iz pogodbe. Pri določanju višine enkratnega izplačila se dnevi večkratnega bolnišničnega zdravljenja zaradi iste bolezni s prekinitvami ne seštevajo.

- 7.4. **Nadomestilo za okrevanje** - če bolnišnično zdravljenje zavarovanca zaradi bolezni COVID-19 zahteva intenzivno nego, zavarovancu po premetitvi z intenzivne nege na običajen oddelek izplačamo enkratno izplačilo v znesku, ki je dogovorjen v pogodbi.
- 7.5. **Posmrtnina** – če zavarovanec zaradi bolezni COVID-19 umre v času trajanja zavarovanja, upravičencu izplačamo denarno nadomestilo (posmrtnino) v višini zavarovalne vsote za primer smrti, ki je dogovorjena v pogodbi.
- 7.6. **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 v točki 2 teh pogojev,
 - 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 ali partnerja istospolne partnerske skupnosti zavarovanca.
- Zavarovancu krijemo stroške psihološke pomoči do 5 individualnih obravnav (seans) za posamezen zavarovalni primer iz tega odstavka, vendar za vse obravnave skupno največ do višine zavarovalne vsote.
- 7.7. **Strokovni posvet** vključuje posvet po telefonu z našim pooblaščenim zdravnikom v zvezi z obstoječim ali novonastalim zdravstvenim stanjem.

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 v obliki izplačila zavarovalnine ali organiziranja in plačila zdravstvene storitve.
- 8.2. Do izplačila zavarovalnine oziroma prejema zdravstvene storitve je upravičen zavarovanec. V primeru smrti izplačamo zavarovalnino upravičencu, ki ga je zavarovanec določil ob vključitvi v zavarovanje. Zavarovanec lahko med trajanjem zavarovanja upravičenca spremeni. Upravičenec pridobi pravico do izplačila zavarovalnine z nastopom zavarovalnega primera.
- 8.3. Če upravičenec za posmrtnino ni posebej določen, veljajo kot upravičenci do zavarovalne vsote za primer smrti:
- zavarovančevi otroci in partner v enakih delih;
 - če ni partnerja, zavarovančevi otroci v enakih delih;
 - če ni otrok, partner;
 - če ni oseb, navedenih v prejšnjih alinejah tega odstavka, dediči na podlagi pravnomočnega sklepa sodišča.
- Če je zavarovanec za upravičence določil otroke ali potomce, pripada korist tudi tistim, ki so rojeni pozneje. Če je upravičenec mladoletna oseba, se zavarovalna vsota izplača na njegov transakcijski račun ali njegovim staršem oziroma skrbnikom, ki v ta namen predložijo pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa. Če je za upravičenca določen partner zavarovanca, pa korist pripada osebi, ki je bila z zavarovancem v pravno priznani skupnosti v času smrti zavarovanca.
- 8.4. Zavarovanec je seznanjen, da lahko v njegovem imenu vpogledamo v vso dokumentacijo in pridobivamo podatke, ki so potrebni za obravnavo zavarovalnega primera od tretjih oseb (ambulantni karton, izvedenska mnenja zdravnika specialista, zgodovina bolezni pri zdravljenju). Predvsem so pomembni podatki o trenutnem in preteklem zdravstvenem stanju zavarovanca.
- 8.5. Če bi izplačali zavarovalnino nekomu, ki bi imel do nje pravico, če zavarovanec ne bi določil upravičenca, smo prosti obveznosti iz pogodbe, če ob izplačilu nismo vedeli in tudi nismo mogli vedeti, da je upravičenec določen v oporoki ali v kakšnem drugem aktu, ki nam ni bil poslan, upravičenec pa ima pravico zahtevati povračilo od tistega, ki je prejel zavarovalno vsoto. To velja tudi ob spremembi upravičenca.
- 8.6. Svojo obveznost bomo izpolnili v roku štirinajstih dni od

- dneva, ko prejmemo vse dokaze o njenem obstoju in višini.
- 8.7. Če oseba, ki zahteva izplačilo, ne predloži vseh listin, določenih za posamezno kritje v tem členu, začne teči rok iz predhodnega odstavka od dneva, ko nam je bila predložena zadnja listina.

9. Na kakšen način upravičenec uveljavlja pravico do izplačila nadomestil?

- 9.1. Zavarovanec nam je dolžan prijaviti obolelost za boleznijo COVID-19, za katero je bila postavljena diagnoza v času trajanja zavarovanja in je navedena v točki 2 teh pogojev. Obolelost je dolžan prijaviti takoj oziroma ko mu zdravstveno stanje to dopušča.
- 9.2. Zavarovanec je dolžan prijaviti obolelost na posebnem obrazcu, ki ga za ta namen predpišemo, prav tako pa je treba priložiti:
- celotno medicinsko dokumentacijo, ki je ob tem nastala in iz katere je mogoče ugotoviti vse potrebne podatke, ki so pomembni, da ugotovimo, ali je nastal zavarovalni primer;
 - druga dokazila na našo zahtevo.
- 9.3. Diagnoza bolezni COVID-19 mora biti potrjena s strani ustreznega specialista medicinske stroke, ki to bolezen obravnava.
- 9.4. Poleg zahtevka za izplačilo zavarovalnine lahko zahtevamo, da zavarovanec predloži tudi zdravstveno dokumentacijo lečečega zdravnika in drugo zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovanca pred vključitvijo v zavarovanje.

10. Na kakšen način upravičenec uveljavlja pravico do posmrtnine?

- 10.1. Upravičenec, ki zahteva izplačilo posmrtnine, nas mora po nastopu smrti zavarovanca o tem pisno obvestiti najkasneje v treh mesecih in na svoje stroške priskrbeti in predložiti listine, navedene v teh pogojih.
- 10.2. Upravičenec, ki zahteva izplačilo posmrtnine, mora predložiti naslednje listine:
- izpisek iz matične knjige umrlih,
 - dokazilo o vzroku smrti,
 - druga dokazila na našo zahtevo.

11. Na kakšen način upravičenec uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev?

- 11.1. Upravičenec ali druga pooblaščenca oseba upravičenca uveljavlja pravice iz zavarovanja prek Asistence zdravje na naslednje načine:
- s telefonskim klicem,
 - po (elektronski) pošti,
 - prek spletnega portala.
- 11.2. Upravičenec uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev iz zavarovanja na podlagi zahtevka, ki mu priloži dokazila, iz katerih je razvidno, da potrebuje zdravstveno storitev (npr. izvid zdravnika specialista) in so pomembna za ugotovitev naše obveznosti iz pogodbe.
- 11.3. Za zdravstveno storitev, ki jo potrebuje zavarovanec, mora biti izkazana medicinsko utemeljena indikacija v skladu z definicijo v točki 2 teh pogojev.
- 11.4. Od zavarovanca ali druge pravne ali fizične osebe lahko zahtevamo dodatna dokazila, da bi ugotovili pomembne okoliščine v zvezi z reševanjem zahtevka.
- 11.5. 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 pogodbo. Zavarovanca bomo obvestili tudi v primeru zavrnitve zahtevka.
- 11.6. V primeru predhodne odobritve bomo skupaj z zavarovancem izbrali izvajalca in se dogovorili za termin odobrenih zdravstvenih storitev.
- 11.7. Pri uveljavljanju zdravstvene storitve bomo plačali stroške opravljenih storitev 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.
- 11.8. Termin organiziramo praviloma v roku desetih dni na podlagi popolnega zahtevka za ugotovitev naše obveznosti iz 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.
- 11.9. 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.
 - 11.10. 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.
 - 11.11. 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.
 - 11.12. Zavarovancu izjemoma povrnemo stroške opravljenih zdravstvenih storitev tudi brez predhodne odobritve, če ugotovimo, da bi mu izdali predhodno odobritev, če bi zavarovanec zanjo zaprosil.
 - 11.13. Zavarovancu bomo povrnili strošek plačanih zdravstvenih storitev na podlagi njegovega zahtevka za povračilo stroškov na našem obrazcu, in sicer v višini računa izvajalca, vendar največ v obsegu in višini cene storitve, ki bi jo plačali mi pri našem izbranem izvajalcu.
 - 11.14. Zahtevku za povračilo stroškov je treba predložiti račun s specifikacijo opravljenih storitev in izvid ter na našo zahtevo tudi drugo dokumentacijo.
 - 11.15. Zavarovancu povrnemo strošek opravljenih zdravstvenih storitev najkasneje v roku štirinajstih dni od dneva, ko nam je bila predložena popolna dokumentacija.
 - 11.16. Če ob predložitvi zahtevka zavarovanca zapadla premija, ki se nanaša na tega zavarovanca, s pripadajočimi obrestmi in stroški ni bila poravnana, povrnemo strošek opravljenih zdravstvenih storitev po poravnavi vseh zapadlih obveznosti do nas.
 - 11.17. Zavarovanec mora v postopku uveljavljanja pravic iz zavarovanja na svoje stroške pridobiti in nam predložiti vse podatke in dokumentacijo, povezano z uveljavljanjem zahtevkov iz zavarovanja.
 - 11.18. Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila za izvedbo zdravstvene storitve, ki smo mu jih predhodno posredovali mi ali izvajalec.

12. Kaj ni krito v nobenem primeru?

- 12.1. Zavarovanje ne krije nadomestil, psihološke pomoči in posmrtnine:
 - zavarovancu kot članu zdravstvenega osebja,
 - za obstoječa zdravstvena stanja,
 - za bolezni (tudi bolezni COVID-19), ki so nastale in/ali so bile diagnosticirane pred začetkom zavarovanja.
- 12.2. Izključene so tudi naše obveznosti, kadar do bolezni, stanja oziroma poškodbe pride zaradi ali v povezavi:
 - z vojno ali vojni podobnimi dogodki, sabotazo, terorističnim dejanjem, izgredom, vstajo, revolucijo ipd., ne glede na to, ali je zavarovanec v njih sodeloval,
 - z onesnaženjem okolja, radioaktivnim sevanjem, neposrednim ali posrednim delovanjem jedrske energije ter naravnimi nesrečami,
 - z zlorabo alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi oziroma se bolniško zdravljenje zaradi alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi bistveno ovira,
 - 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.

- 12.3. Izključene so tudi naše obveznosti v primeru ugotovljenih neresničnih podatkov, zamolčanja, prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca ali zavarovanca.
- 12.4. Prav tako ne krijemo stroškov medicinskih preiskav in pridobivanja 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.
- 12.5. 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.
- 12.6. V vsakem primeru so izključene naše obveznosti, če zavarovanec potrebuje zdravstveno storitev pred začetkom veljavnosti zavarovanja ter po koncu veljavnosti zavarovanja.



VAŠE PRAVICE IN OBVEZNOSTI

13. Obveznosti zavarovalca oziroma zavarovanca ob sklenitvi oziroma vključitvi v zavarovanje

- 13.1. Ob sklenitvi 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, vprašalniku ali pristopni izjavi.
- 13.2. V zakonsko določenem roku lahko razdremo 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.
- 13.3. Ob razdrtju pogodbe imamo pravico zahtevati vračilo stroškov sklenitve pogodbe, popustov in drugih ugodnosti, ki izhajajo iz trajanja pogodbe, ter plačilo nadomestila drugih stroškov po naših cenikih.
- 13.4. Če so bile kršitve le na strani posameznega zavarovanca, ki se vključuje prek pristopne izjave v zavarovanje, se vse posledice, navedene v točki 13 teh pogojev, nanašajo le na zavarovanje tega zavarovanca.

14. Kako določimo višino premije?

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



15. Kako nam mora zavarovalec oziroma zavarovanec plačevati premijo?

- 15.1. Premija je enkratna. Premijo po krovni polici, ki se nanaša na zavarovance – člane kolektiva, plača zavarovalec.
- 15.2. Če zavarovalec premije, ki je zapadla v plačilo po sklenitvi 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 vročeno priporočeno pismo z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset dni od zapadlosti premije.
- 15.3. 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 na to opozorjen v

priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju zavarovalnega kritja.

- 15.4. Šteje se, da je bila priporočena pošiljka zavarovalcu 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 sporočil.
- 15.5. V primeru zamude pri plačilu premije lahko zahtevamo povračilo stroškov, ki so nam bili zaradi zamude povzročeni skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi.

16. Kaj in kako nam mora zavarovalec oziroma zavarovanec sporočiti, ko je zavarovan pri nas?

- 16.1. Za ažurno komunikacijo prosimo zavarovalca in zavarovanca, da nam v petnajstih dneh od nastanka spremembe sporoči naslednje:

Kaj nam mora zavarovalec oziroma zavarovanec sporočiti?	Kako nam lahko sporoči?
Spremembo dejavnosti in stalnega naslova	Spremembo nam lahko sporoči prek spletnega portala ali nam piše po elektronski pošti na info.si@generali.com 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)	

- 16.2. 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.
- 16.3. Vsi dogovori, ki vplivajo na vsebino 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 naslovov, ki so navedeni v zgornji tabeli. Izjava, ki jo je treba dati drug drugemu, velja šele tedaj, ko jo ta prejme.
- 16.4. Pisna obvestila pošiljamo zavarovalcu oziroma zavarovancu na naslov, ki je bil naveden ob sklenitvi 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 poštni pošiljke zavarovalec oziroma zavarovanec ne prevzame.
- 16.5. 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 dnevom v naslednjem mesecu po prejemu prijave spremembe podatkov.
- 16.6. 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.

17. Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev?

- 17.1. 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.
- 17.2. 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.
- 17.3. Plačilo stroškov odvetniških in drugih storitev zastopanja, stroškov izvedencev, prič idr. ni naša obveznost, zato jih mora plačati zavarovanec sam.

18. Vprašanja, dvomi?

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 nas o tem obvesti prek ene izmed predlaganih možnosti obveščanja, navedenih v točki 16.1 teh pogojev.



ZAKONODAJA IN PRAVNA OBVESTILA

19. Kaj v primeru nesoglasja?

- 19.1. Če z našo storitvijo zavarovalec oziroma zavarovanec ni zadovoljen, nas lahko o tem takoj obvesti prek ene izmed predlaganih možnosti obveščanja, navedenih v točki 16 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, spletni naslov: www.zav-zdruzenje.si. Več informacij o pritožbenih postopkih je dostopnih na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si/pritozbeni-postopki ali prek telefona **080 70 77**.
- 19.2. Za razmerja iz 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.

20. Davki in dajatve

- 20.1. 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.
- 20.2. 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 zavarovalca na način, da zavarovalnica premiji doda ta davek v predpisani višini.

21. Informacija o obdelavi osebnih podatkov

- 21.1. 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. Informacijo lahko zahtevate tudi v pisni obliki prek brezplačne telefonske številke **080 70 77** ali našega pooblaščenega predstavnika.
- 21.2. 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.

22. Preprečevanje korupcije

Pogodba, pri kateri kdo v imenu ali na račun druge pogodbenice 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.

23. Sankcijska klavzula

- 23.1. 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, prepovedim, omejitvam, kontrolam izvoza in/ali uporabe menjalnih tečajev na podlagi resolucij Združenih narodov ali trgovskim 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.
- 23.2. 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.
- 23.3. 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 veljavni seznam teh držav je dostopen na spletni strani zavarovalnice: www.generalis.si/sankcijska_klavzula.