

Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje Specialisti z asistenco

01-ZSA-01/20



KAZALO

UVOD	3
1. Kaj je zdravstveno zavarovanje »Specialisti z asistenco«?	3
2. Kaj pomenijo nekateri izrazi?	3
SPLOŠNO O ZAVAROVANJU	4
3. Vaša sklenitev zavarovanja ter polica	4
4. Kaj nam morate sporočiti ob sklenitvi in kaj se zgodi, če tega ne storite?	4
5. Kdo se lahko zavaruje?	5
6. Kdaj ste zavarovani s Specialisti z asistenco?	5
7. Kdaj se začne in preneha zavarovalno kritje?	5
8. Kaj krije zavarovanje?	5
NAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE	7
9. Katere so naše obveznosti?	7
10. Kaj je podlaga in na kakšen način uveljavljate pravice iz zavarovanja?	7
11. Katere so omejitve naših obveznosti?	7
12. Kaj ni krito v nobenem primeru?	7
VAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE	8
13. Kako določimo višino premije?	8
14. Kako nam morate plačevati premijo?	8
15. Ali se lahko pogodba spremeni?	8
16. Kaj in kako nam morate sporočiti, ko ste zavarovani pri nas? ..	9
17. Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev?	9
18. Imate vprašanja, dvome?	9
ZAKONODAJA IN PRAVNA OBVESTILA	9
19. Kaj v primeru nesoglasja?	9
20. Davki in dajatve	9
21. Informacije o obdelavi vaših osebnih podatkov	9
22. Preprečevanje korupcije	9
23. Sankcijska klavzula	9

UVOD

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

- 1.1 Zdravstveno zavarovanje »Specialisti z asistenco« (v nadaljevanju: zavarovanje) je zdravstveno zavarovanje, 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 zdravlil.
- 1.3 Splošni pogoji za zavarovanje (v nadaljevanju: pogoji) so sestavni del pogodbe o zdravstvenem zavarovanju (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.

2. Kaj pomenijo nekateri izrazi?

IZRAZ	KRATKA OBRAZLOŽITEV
Vi ali vaš	To ste vi. Najprej kot ponudnik , ki želite z nami skleniti zavarovanje in nam v ta namen predložite svojo ponudbo, nato kot zavarovalec , ko z nami sklenete zavarovalno pogodbo. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe pa ste tudi zavarovanec. Zavarujete lahko sami sebe in ste s tem kot zavarovanec zavarovani za stroške zdravljenja in zdravlil po teh pogojih. Zavarujete lahko tudi tretjo osebo, s čimer ta oseba postane zavarovanec .
Mi ali naš ali zavarovalnica	To smo mi, GENERALI zavarovalnica d. d., Kržičeva ulica 3, Ljubljana.
Polica	Listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi.
Otrok	Oseba, starejša od enega pa vse do dopolnjenega 21. leta starosti.
Premija	Dogovorjeni znesek, ki nam ga plačujete po sklenjeni zavarovalni pogodbi.
Zavarovalno leto	Enoletno obdobje od začetka zavarovanja ali od obletnice začetka zavarovanja.
Zavarovalna vsota	Najvišji znesek naše obveznosti iz sklenjenega zavarovanja za vse nastale zavarovalne primere v obdobju zavarovalnega leta.
Beli recept	Uradni samoplačniški receptni obrazec.
Bolezen	Odsotnost zdravja, ki ga ugotovi zdravnik in ki ni posledica nezgode.
Asistenca zdravje	Naš asistenčni center, ki vam nudi informacije o zavarovanju, načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja in o izvajalcih zdravstvenih storitev, izvaja pomoč pri uveljavljanju vaših pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe, podaja predhodno odobritev in za vas organizira termin obravnave pri izbranih izvajalcih za storitve iz zavarovanja, za katere plačilo poskrbimo mi.
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.
Zavarovalni primer	Dogodek, na podlagi katerega nastane naša obveznost iz pogodbe.

Čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja	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.
Čakalna doba za obstoječa stanja	Z naše strani določeno obdobje, za katero je zavarovalec dolžan plačevati premijo in v katerem zavarovanec še ne more uveljavljati pravic iz pogodbe za obstoječa zdravstvena stanja.
Izvajalec	Izvajalec zdravstvene storitve, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvenih storitev ali z zdravstvenimi storitvami povezanih dejavnosti.
Kronična bolezen	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 kronične bolezni.
Novonastala bolezen	Bolezen, stanje oziroma poškodba, ki nastopi po začetku veljavnosti zavarovanja oziroma lahko ob začetku veljavnosti zavarovanja sicer obstaja, vendar ni diagnosticirana oziroma zdravljena in vi kot zavarovanec zanjo niste vedeli oziroma niste mogli vedeti, ker niste imeli 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.
Napotnica	Listina obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na druge zdravnike v skladu s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.
Predhodna odobritev	Pozitiven zaključek našega odločanja o upravičenosti vašega zahtevka kot zahtevka zavarovanca za uveljavljanje pravic iz sklenjenega zavarovanja.
Zahtevek	Prijava ali najava potrebe po zdravstveni storitvi iz zavarovanja, ki je posledica vaše bolezni ali nezgode, oziroma zahtevek iz zavarovanja za povračilo stroškov zdravstvenih storitev in/ali zdravlil.
Zdravstvene storitve	Strokovno doktrinirano priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji, ki se izvajajo pri naših izbranih izvajalcih ali drugih izvajalcih.
Ožji družinski član	Vaš zakonec, zunajzakonski partner, partner istospolne partnerske skupnosti, otroci in posvojenci zavarovanca do dopolnjenega 21. leta ter vaši starši.

Resna zdravstvena stanja in okoliščine	Bolezni srca in ožija	<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 okončin • ledvična odpoved • presaditev glavnih organov • multipla skleroza • koma • HIV • Alzheimerjeva bolezen • Parkinsonova bolezen • akutni virusni encefalitis • bakterijski meningitis
Medicinsko utemeljena indikacija	Bolezniški znaki in okoliščine, ki nakazujejo upravičeno odločitev za zdravstveno storitev oziroma zdravlilo, ki ga skladno z medicinsko doktrino predpiše pristojni zdravnik.	
Soudeležba	Vaša udeležba pri plačilu stroškov zdravstvenih storitev in zdravlil, v deležu, ki ga mi ne plačamo oziroma povrnemo.	

SPLOŠNO O ZAVAROVANJU

3. Vaša sklenitev zavarovanja ter polica

- 3.1 Vi kot ponudnik nam predložite vašo pisno ponudbo za sklenitev zavarovalne pogodbe (v nadaljevanju: pogodba), ki mora obsegati vsa dejstva, ki so pomembna za sklenitev pogodbe.
- 3.2 Pogodba je sklenjena, ko ste se z nami dogovorili o njenih bistvenih elementih, kot so določitev kritij, premije in zavarovalnih vsot.
- 3.3 Pogodbo lahko sklenete tako, da nam posredujete vašo podpisano ponudbo v pisni ali elektronski obliki na našem obrazcu. V ponudbi morajo biti navedena vsa dejstva, bistvena za sklenitev pogodbe. Sestavni del ponudbe je tudi vprašalnik o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu zavarovanca. Če zavarovalec ni hkrati tudi zavarovanec, je za veljavnost pogodbe potreben tudi podpis zavarovanca.
- 3.4 Ponudba vas veže osem dni od dneva, ko je prispela v zavarovalnico, oziroma, trideset dni, ko je prispela v zavarovalnico, če je potreben zdravniški pregled. Za zdravniški pregled šteje izpolnite vprašalnika o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu zavarovanca ali osebni pregled zavarovanca pri zdravniku, če tako določimo v skladu z našimi pravili sklepanja. Če je za sklenitev zavarovanja potrebna dodatna medicinska dokumentacija, nam jo na našo zahtevo posredujete v roku štirinajstih dni. Če je potreben osebni pregled pri zdravniku, vam bomo to sporočili. Če v osmih oziroma tridesetih dneh (če je potreben

zdravniški pregled) od dneva prejema vaše ponudbe, ki ne odstopa od pogojev, po katerih sklepamo predlagano zavarovanje, ponudbe ne zavrnemo, se šteje, da smo jo sprejeli in da je pogodba sklenjena. V tem primeru se šteje pogodba za sklenjeno z dnem, ko je ponudba prispela k nam.

- 3.5 Če se med podpisom ponudbe in njenim sprejemom bistveno spremeni vaše zdravstveno stanje ali kakšno drugo dejstvo, pomembno za sklenitev pogodbe, nam morate to nemudoma in brez odlašanja sporočiti. Posledice neizpolnitve te obveznosti so določene v točki 4 teh pogojev.
- 3.6 Vašo ponudbo za sklenitev pogodbe lahko tudi zavrnemo brez obrazložitve.
- 3.7 Ob predložitvi vaše ponudbe lahko plačate predplačilo v višini dogovorjene premije. To predplačilo šteje za plačilo prve premije, če pogodba začne veljati, v nasprotnem primeru pa vam jo v celoti vrnemo.
- 3.8 Sestavni deli pogodbe so ponudba, polica, ti pogoji, morebitni dodatni in osebni pogoji ter vse dodatne klavzule.
- 3.9 Sestavni del pogodbe je tudi Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu (IPID), ki ga prejmete in se z njim seznanite pred sklenitvijo zavarovanja. Ta dokument je na voljo na vseh sklepalnih mestih, na sedežu zavarovalnice in na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si/ipid.
- 3.10 Po sprejemu vaše ponudbe vam bomo na podlagi podatkov iz ponudbe izdali polico. Polica predstavlja dokazilo o sklenjeni pogodbi in vsebuje poleg podatkov iz ponudbe tudi druge podatke v skladu z veljavno zakonodajo.
- 3.11 Če se polica razlikuje od ponudbe ali drugih pisnih izjav zavarovalca, imate pravico, da v roku tridesetih dni po prejemu police pisno ugovarjate. Če v tem roku ugovarjate in se odločite za odstop od pogodbe, vam v tem primeru že plačano premijo vrnemo. Od pogodbe ne morete odstopiti, če je v tem obdobju že prišlo do zavarovalnega primera. Če v zgoraj navedenem roku ne prejmemo vašega sporočila o odstopu, se upošteva, da je pogodba sklenjena, kot izhaja iz police.
- 3.12 S pogodbo se obvezujete, da nam boste plačevali premijo na način in v obliki, kot je dogovorjeno na polici, mi pa se obvezujemo, da bomo ob nastanku zavarovalnega primera izpolnili svoje obveznosti, kot so določene v pogodbi.
- 3.13 Vsi zahtevki in izjave, ki jih bomo predložili drug drugemu, morajo biti v pisni obliki. Za pisno sporočanje šteje pisno sporočanje po pošti ali po elektronski poti, zlasti prek elektronske pošte ali spletnega portala. Za vse dokumente velja, da so predloženi tistega dne, ko jih naslovnik prejme. Če se pošiljajo po (elektronski) pošti, se kot dan prejema šteje dan, ko je bilo priporočeno pismo oddano na pošti (elektronska pošta odposlana).
- ### 4. Kaj nam morate sporočiti ob sklenitvi in kaj se zgodi, če tega ne storite?
- 4.1 Ob sklenitvi pogodbe ste nam dolžni prijaviti vse okoliščine, ki so vam znane ali vam niso mogle ostati neznane in so pomembne za sklenitev in izvajanje zavarovanja. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, ki so bile navedene v vaši ponudbi.
- 4.2 Če ste namenoma neresnično prijavili ali namenoma zamolčali kakšno okoliščino take narave, da z vami, ne bi sklenili pogodbe, lahko odstopimo od pogodbe in odklonimo plačilo stroškov storitev ali zavrnemo zahtevek ali zahtevamo povračilo plačanih stroškov opravljenih storitev, če nastopi zavarovalni primer, preden smo izvedeli za tako okoliščino.
- 4.3 Če je bila pogodba prekinjena iz zgoraj navedenih razlogov, si obračunamo stroške, imamo pa tudi pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno leto v kateri zahtevamo razveljavitev pogodbe. Naša pravica do razveljavitve pogodbe preneha, če v roku treh mesecev od dneva, ko smo izvedeli za neresničnost prijave ali za zamolčanje, ne izjavimo, da nameravamo pogodbo prekiniti.
- 4.4 Če kaj neresnično prijavite ali opustite dolžno obvestilo, pa tega ne storite namenoma, lahko po izbiri v enem mesecu od dneva, ko smo izvedeli za neresničnost ali nepopolnost prijave, predlagamo zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo.
- 4.5 V takem primeru preneha pogodba po izteku štirinajstih dni od dneva, ko smo vam sporočili svoj odstop od pogodbe; če predlagamo zvišanje premije, pa je pogodba po samem zakonu prekinjena, če ne sprejmete predloga v štirinajstih

- 4.6 dneh od dneva, ko ste ga prejeli.
Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred prekinitvijo pogodbe oziroma pred dosegom sporazuma o zvišanju premije, se plačilo storitev zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost. Če je plačilo storitve že bilo izplačano, bomo ugotovljeno zmanjšanje plačila storitve uveljavljali neposredno od vas, kot povračilo neupravičeno prejete koristi.
- 4.7 Če so nam bile ob sklenitvi pogodbe znane ali nam niso mogle ostati neznane okoliščine, pomembne za ocenitev nevarnosti, vi pa ste jih netočno prijavili ali zamolčali, se ne moremo sklicevati na netočnost prijave ali zamolčanje.
- 4.8 V primeru sklenitve zavarovanja na daljavo imate v skladu z zakonom, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da v roku štirinajstih dni od dneva sklenitve zavarovanja brez obrazložitve odstopite od pogodbe.

5. Kdo se lahko zavaruje?

- 5.1 Ob sklenitvi zavarovanja morate biti stari med 1 in 70 let. Osebe, stare 71 let in več, se lahko zavarujejo po posebnih pogojih.
- 5.2 Otrok se lahko zavaruje le, če zavarovanje sklene eden od staršev.

6. Kdaj ste zavarovani s Specialisti z asistenco?

- 6.1 Zavarovanje začne veljati ob 00.00 tistega dne, ki je na polici določen kot datum začetka zavarovanja, in preneha ob 24.00 tistega dne, ki je na polici določen kot datum prenehanja zavarovanja.
- 6.2 Zavarovanje se sklene za obdobje najmanj enega leta.
- 6.3 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 trideset dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. V primeru preklica v navedenem roku pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 6.4 Ob podaljšanju zavarovanja se premija določi za naslednje zavarovalno leto skladno s točko 14 teh pogojev.
- 6.5 Od podaljšanja zavarovanja lahko odstopimo tudi mi, če prenehamo z izvajanjem takšnega zavarovanja, če je zavarovalec oziroma zavarovanec ravnal v nasprotju s pogodbo ali če so nastale okoliščine, zaradi katerih pogodbe ne moremo več imeti v veljavi. V tem primeru vas bomo obvestili vsaj tri mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 6.6 Zavarovanje se podaljšuje in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni starost 75 let.
- 6.7 Pogodba predčasno preneha s smrtjo zavarovanca, z njeno odpovedjo ali razdrtjem.

7. Kdaj se začne in preneha zavarovalno kritje?

- 7.1 Zavarovalno kritje začne veljati z datumom začetka zavarovanja, po poteku čakalne dobe ob sklenitvi zavarovanja oziroma po poteku čakalne dobe za obstoječa stanja, če je za zavarovanje v celoti plačana zapadla premija, v skladu z določili pogodbe.
- 7.2 Če zapadla premija med trajanjem zavarovanja ni v celoti plačana, zavarovalno kritje miruje od dneva, ki sledi dnevni zapadlosti premije. V času mirovanja ne morete uveljavljati vaših pravic iz zavarovalne pogodbe. Vaše pravice lahko ponovno uveljavljate šele naslednji dan po dnevni plačila celotne zapadle premije.
- 7.3 Če je zavarovanec v zavarovalnem letu že izkoristil celo zavarovalno vsoto, se zavarovalno kritje ponovno vzpostavi z začetkom naslednjega zavarovalnega leta.
- 7.4 Zavarovalno kritje preneha s prenehanjem zavarovanja in miruje v času, ko zapadla premija ni plačana.

8. Kaj krije zavarovanje?

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

STORITVE ASISTENCE ZDRAVJE	
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 zdravstvenih storitev iz zavarovanja izdelave načrta zdravljenja v primeru poškodb zaradi nezgode izvedbe strokovnega posveta v zvezi z zdravstvenim stanjem izdelave drugega mnenja
ZDRAVSTVENE STORITVE	
Specialistična obravnava	<ul style="list-style-type: none"> specialistični pregledi enostavne diagnostične preiskave enostavni ambulantni posegi
Zahtevna diagnostična preiskava	<ul style="list-style-type: none"> preiskava, ki je nadaljevanje specialistične obravnave in je v nekaterih primerih potrebna za postavitev diagnoze
Operativni poseg	<ul style="list-style-type: none"> diagnostični ali terapevtski poseg, potreben za diagnosticiranje ali zdravljenje postavljene diagnoze iz specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave
Fizioterapija	<ul style="list-style-type: none"> kot nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega
Psihološka pomoč	<ul style="list-style-type: none"> storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije
Načrt zdravljenja	<ul style="list-style-type: none"> v primeru poškodbe zaradi nezgode, pri kateri je bila potrebna hospitalizacija
Strokovni posvet	<ul style="list-style-type: none"> posvet v zvezi z obstoječim zdravstvenim stanjem ali kroničnimi boleznimi zavarovanca posvet v prvem mesecu po rojstvu otroka
Drugo mnenje	<ul style="list-style-type: none"> mnenje zdravnika iz tujine v zvezi s postavljenjo diagnozo in/ali priporočenim zdravljenjem
ZDRAVILA	
Zdravila na beli recept	<ul style="list-style-type: none"> predpisana ob izvedbi specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave oziroma operativnega posega

Vsebina in obseg zavarovanja - podrobneje

- 8.1 **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.
- 8.2 **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.
- 8.3 **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).
- 8.4 **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.

8.5 **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,
- posegi 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 poškodbi),
- poseg na hrbtenici (dekompresija stenoze spinalnega kanala s stabilizacijo ali brez stabilizacije, operacija hernije diski, 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 odstranitve novonastalih mehko tkivnih ali kostnih sprememb,
- operativno zdravljenje krčnih žil,
- koronarografija, perkutana transluminalna angioplastika (PTA),
- UZ razbijanje ledvičnih kamnov,
- ERCP (Endoskopska–Retrogradna–Holangio-Pankreatikografija),
- hidrokela, spermatokela 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 tvorb in znamenj, če je tkivo poslano na patohistologijo.

8.6 **Fizioterapija** vključuje storitve 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 ustrežno slikovno diagnostiko (npr. UZ, MRI) ter
- po carskem rezu.

Fizioterapija se lahko koristi največ eno leto po novonastali bolezni ali poškodbi oziroma se obdobje enega 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 dve leti.

Zavarovancu krijemo stroške storitev ambulantne fizioterapije do pet 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.

8.7 **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 deset individualnih obravnav (seans) za posamezen zavarovalni primer iz tega odstavka. Po seriji štirih individualnih obravnav je treba za nadaljevanje zdravljenja pridobiti odobritev našega pooblaščenega zdravnika na podlagi poročila izvajalca psihološke pomoči.

8.8 **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 osebne pregleda zavarovanca, pregleda medicinske dokumentacije poškodbe ter osnovne slikovne diagnostike po oceni našega pooblaščenega zdravnika.

8.9 **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.

8.10 **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 zavarovanca upravičeni tudi njegovi ožji družinski člani, če je to dogovorjeno v pogodbi.

8.11 **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 krijemo le stroški prve izdaje zdravila v količini, ki je potrebna za zdravljenje novonastale bolezni, vendar največ za trideset 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.

8.12 Zavarovanje krije otroku stroške zdravstvenih storitev in zdravil v obsegu, ki je določen v pogodbi.

8.13 Zavarovanje ima zavarovalno vsoto, ki je določena v pogodbi. Zavarovalna vsota je lahko določena tudi za posamezno zavarovalno kritje iz točke 8 teh pogojev in je navedena v pogodbi.

8.14 Zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev in zdravil, ki nastanejo v zavarovalnem letu, največ do višine letne zavarovalne vsote. Neizkoriščena zavarovalna vsota iz predhodnega zavarovalnega leta se ne prenaša.

8.15 Če zavarovanec v zavarovalnem letu preseže zavarovalno vsoto, nam mora preseženi znesek povrniti najkasneje v roku osmih dni od dneva prejema našega poziva.

NAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE

9. Katere so naše obveznosti?

- 9.1 Ob nastanku zavarovalnega primera bomo izpolnili s pogodbo določene obveznosti.
- 9.2 Izbranim izvajalcem zavarovalnice bomo plačali stroške opravljenih storitev iz posameznega kritja. Če bo storitev opravil drug izvajalec, izplačamo oziroma povrnemo stroške opravljenih storitev iz posameznega kritja neposredno vam kot zavarovancu.

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

- 10.1 Zavarovanec ali druga pooblaščenca oseba zavarovanca uveljavlja pravice iz zavarovanja prek Asistence zdravje na naslednje načine:
- s telefonskim klicem,
 - po (elektronski) pošti,
 - prek spletnega portala.
- 10.2 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.
- 10.3 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 11.1 in 11.2 teh pogojev.
- 10.4 Za zdravstveno storitev, ki jo potrebuje zavarovanec, mora biti izkazana medicinsko utemeljena indikacija v skladu z definicijo v točki 2 teh pogojev.
- 10.5 Če je bilo zavarovanje spremenjeno in vsebuje kritja, ki jih predhodno zavarovanje ni vključevalo, mora biti zdravstvena storitev, ki jo potrebuje zavarovanec iz točke 10.2 teh pogojev, ugotovljena po začetku veljavnosti novega kritja in po poteku čakalne dobe novega kritja iz točk 11.1 in 11.2 teh pogojev.
- 10.6 Stroške za izdana zdravila iz točke 8.11 teh pogojev poravnava zavarovanec sam v lekarni in pri nas zahteva povračilo stroškov, skladno s točkama 10.15 in 10.16 teh pogojev.
- 10.7 Od zavarovanca ali druge pravne ali fizične osebe lahko zahtevamo dodatna dokazila, da bi ugotovili pomembne okoliščine v zvezi z reševanjem zahtevka.
- 10.8 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 vam jo bomo izpolnili skladno s sklenjeno pogodbo. Zavarovanca obvestimo tudi v primeru zavrnitve zahtevka.
- 10.9 V primeru predhodne odobritve bomo skupaj z zavarovancem izbrali izvajalca in dogovorili termin odobrenih storitev.
- 10.10 Termin se dogovori 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, se skupaj z nami dogovori nov termin.
- 10.11 Zavarovanec lahko dogovorjeni termin obravnave pri 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.
- 10.12 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.
- 10.13 Zavarovanec lahko v primeru predhodne odobritve izjemoma, ob obveznem predhodnem soglasju z nami,

- 10.14 uveljavlja storitve iz zavarovanja tudi pri drugih izvajalcih, pri čemer termin storitve iz zavarovanja organizira in plača sam. Našemu izbranemu izvajalcu bomo plačali strošek opravljenih zdravstvenih storitev, zmanjšan za soudeležbo zavarovanca, če je tako dogovorjeno v zavarovalni pogodbi.
- 10.15 Zavarovancu izjemoma povrnemo stroške opravljenih zdravstvenih storitev tudi brez predhodne odobritve, če ugotovimo, da bi mu izdali predhodno odobritev, v primeru da bi zavarovanec zanjo zaprosil.
- 10.16 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 v 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 štirih fizioterapevtskih obravnav,
 - zdravil, izdanih v lekarni.
- 10.17 Zahtevku za povračilo stroškov je treba predložiti račun s specifikacijo opravljenih storitev in izvid ter na našo zahtevo tudi drugo dokumentacijo.
- 10.18 Zavarovancu povrnemo strošek opravljenih zdravstvenih storitev najkasneje v roku štirinajstih dni od dneva, ko nam je bila predložena popolna dokumentacija.
- 10.19 Če ob predložitvi zahtevka zavarovanca zapadla premija s pripadajočimi obrestmi in stroški ni bila poravnana, povrnemo strošek opravljenih zdravstvenih storitev in zdravil po poravnavi vseh zapadlih obveznosti do nas.
- 10.20 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.
- 10.21 Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila za izvedbo obravnave, ki smo mu jih predhodno posredovali mi ali izvajalec.

11. Katere so omejitve naših obveznosti?

- 11.1 Ob prvi sklenitvi zavarovanja velja 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.
- 11.2 Za vsa ob sklenitvi že obstoječa zdravstvena stanja velja štiriindvajsetmesečna čakalna doba za obstoječa stanja. Zavarovanec mora torej imeti zavarovalno kritje najmanj štiriindvajset mesecev, preden začne veljati zavarovalno kritje za ta stanja.
- 11.3 Obveznosti iz 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.
- 11.4 Če se je v obdobju čakalne dobe iz točke 11.2 teh pogojev zavarovanec zdravil, se bo čakalna doba za obstoječa zdravstvena stanja štela od zaključka zdravljenja dalje.
- 11.5 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.



12. Kaj ni krito v nobenem primeru?

- 12.1 Zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja:
- kroničnih bolezni, ki so nastale in/ali so bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v času čakalne dobe iz točk 11.1, 11.2 in 11.5 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 11.1, 11.2 in 11.5 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 povzroča 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.
- 12.2 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 smrčanja,
 - storitev, povezanih s kurjimi očesi, žulji, odebeljenimi oziroma vraščeni nohti,
 - nadaljnjih storitev po opravljeni specialistični obravnavi, ki so povezane z zdravljenjem bradavic,
 - odstranitev tvorb 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.
- 12.3 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 udejstvovanja pri športu in drugih aktivnostih,
 - če iz medicinskih razlogov fizioterapija ni priporočljiva ali je odsvetovana (npr. v primeru kroničnih tendinopatij, miopatij, utrujenosti, pretreniranosti).
- 12.4 Ne krijemo stroškov:
- zdravil, ki se lahko izdajajo brez recepta tudi v specializiranih prodajalnah, četudi imajo dovoljenje za promet v Republiki Sloveniji,
 - bioloških zdravil,
 - zdravil, predpisanih na recept v preventivne namene,
 - zdravil za zdravljenje erektilne disfunkcije,
 - zdravil za odpravljanje prekomerne teže,
 - zdravil za odpravljanje androgene alopecije ter kontraceptivov,
 - zdravil za odvajanje od kajenja,
 - zdravil, predpisanih z dietetičnimi, dezinfekcijskimi, negovalnimi in kozmetičnimi učinki.
- 12.5 Izključene so tudi naše obveznosti, kadar do bolezni, stanja oziroma poškodbe pride zaradi ali v povezavi:
- z vojno ali vojni podobnimi dogodki, sabotžo, 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 zavarovanec dokazuje sam,
 - s samopoškodbo ali poskusom samomora,
 - z upravljanjem vozil, zračnih plovil, plovnihih objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.
- 12.6 Izključene so zdravstvene storitve iz naslova dejavnosti zdravstvene nege, dejavnosti babic, delovne terapije, optometrije, logopedije, dietetike, dejavnosti zobnih higienikov, dejavnosti krvnih bank, dejavnosti spermalnih bank in bank organov ter dejavnosti reševalnih prevozov.
- 12.7 Izključene so tudi naše obveznosti v primeru ugotovljenih neresničnih podatkov, zamlanjanja, prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca in zavarovanca.
- 12.8 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.
- 12.9 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.
- 12.10 V vsakem primeru so izključene naše obveznosti, če zavarovanec potrebuje zdravstveno storitev pred začetkom veljavnosti zavarovanja, v času čakalne dobe iz točk 11.1 in 11.2 teh pogojev ter po koncu veljavnosti zavarovanja.

VAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE

13. Kako določimo višino premije?

- 13.1 Višino premije in dobo plačevanja premije določimo sporazumno v skladu z našimi pravili sklepanja. Če se z določeno premijo za naslednje zavarovalno leto ne boste strinjali, lahko zavarovanje odpoveste v roku tridesetih dni od prejema našega obvestila.
- 13.2 Ob sklenitvi zavarovanja se premija za prvo zavarovalno leto določi na podlagi odgovorov iz vprašalnika o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu. Na podlagi teh lahko določimo višjo premijo oziroma določimo izključitve naših posameznih obveznosti, povezanih z zdravstvenim stanjem zavarovanca.

14. Kako nam morate plačevati premijo?

- 14.1 Premija je letna. Plačuje se vnaprej z dinamično plačevanja, ki je določena v zavarovalni pogodbi.
- 14.2 V primeru zaostankov pri plačilu premije se obveznosti poravnajo po vrstnem redu zapadlosti.
- 14.3 Če premija ni plačana do dneva zapadlosti, lahko zavarovalca pozovemo, da nam jo plača. Če premija ni plačana v roku, ki ga postavimo v pozivu in ta ni krajši od tridesetih dni, bomo pogodbo razdrli z iztekom tega roka, če do izteka premija še vedno ne bo plačana. V primeru razdrtja pogodbe zaradi neplačila nam pripada premija do dneva razdrtja pogodbe oziroma za celotno tekoče zavarovalno leto, če je do razdrtja pogodbe nastal zavarovalni primer.
- 14.4 V primeru zamude pri plačilu premije lahko od zavarovalca zahtevamo povračilo stroškov, ki so nam bili zaradi zamude povzročeni skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi.
- 14.5 Zavarovalec z neplačilom premije ne more enostransko razdreti zavarovanja.
- 14.6 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.
- 14.7 Premija mora biti plačana do konca zavarovalnega leta, v katerem je nastal zavarovalni primer.

15. Ali se lahko pogodba spremeni?

- 15.1 Če je zavarovanje sklenjeno za obdobje več let, lahko v času veljavnosti pogodbe zaradi sprememb okoliščin, pod katerimi je bilo zavarovanje sklenjeno in se izvaja

(sprememba stroškov zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, zakonodaja ter drugi dejavniki izven volje pogodbenih strank, ki vplivajo na izpolnjevanje naših obveznosti), pride do sprememb pogojev, višine premije oziroma pravil, ki veljajo pri zavarovalnici.

- 15.2 O spremembi bomo pisno obvestili zavarovalca vsaj trideset dni pred uveljavitvijo spremembe. Spremembe veljajo z nastopom naslednjega zavarovalnega leta.
- 15.3 Zavarovalec ima pravico, da v roku tridesetih dni po prejemu obvestila odpove pogodbo. Pogodba preneha veljati z iztekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovalec od pogodbe v tem roku ne odstopi, se šteje, da se s spremembami strinja, zato pogodba od izteka tega roka dalje velja z upoštevanimi spremembami.

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

- 16.1 Za ažurno komunikacijo vas prosimo, da nam v petnajstih dneh od nastanka spremembe sporočite naslednje:

KAJ NAM MORATE SPOROČITI?	KAKO NAM LAHKO SPOROČITE?
Spremembo stalnega naslova	Spremembo lahko sporočite: prek spletnega portala, ali nam pišite po elektronski pošti na info.si@generali.com oziroma po pošti na naš sedež, spremembo pa lahko uredite tudi na vseh naših sklepalnih mestih
Spremembo drugih kontaktnih podatkov (npr. ime, priimek elektronski naslov, začasni naslov, mobilno številko)	

- 16.2 Če nam spremembe naslova ali drugih kontaktnih podatkov ne boste sporočili, vam bomo obvestila še naprej pošiljali na naslov, ki ste nam ga sporočili nazadnje, pri čemer se bo upoštevalo, da je bilo obvestilo naslovljeno na pravi naslov in da vam 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 elektronska oblika). Naša medsebojna komunikacija mora potekati pisno prek naslovov, navedenih v zgornji tabeli. Izjava, ki jo je treba dati drugemu, velja šele tedaj, ko jo ta prejme.
- 16.4 Pisna obvestila vam pošiljamo na naslov, ki ste nam ga navedli ob sklenitvi pogodbe oziroma na kasneje spremenjeni naslov. Če poskus vročitve pošiljke s priporočeno pošto na naslov, ki ste ga navedli ob sklenitvi, oziroma na naslov, ki ste ga nam sporočili med trajanjem zavarovanja, ali na vaš stalni naslov, 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 niste prevzeli poštne pošiljke oziroma ste odklonili 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 ne dokažete, da pošiljke niste mogli prevzeti iz razlogov, ki niso bili na vaši strani. Zato skladno s tem dogovorom nastanejo pravne posledice, tudi če priporočene poštne pošiljke ne prevzamete.

17. Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev?

- 17.1. Za vse storitve, ki jih posebej zahtevate 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. Imate vprašanja, dvome?

Če imate dodatna vprašanja glede zavarovanja ali naših drugih zavarovanj oziroma ste v kakršnih koli drugih dvomih, bomo storili vse, kar je v naši moči, da zadeve skupaj razjasnimo. Pokličite nas na našo brezplačno telefonsko številko **080 70 77** oziroma nas

obvestite 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 niste zadovoljni, nas lahko o tem takoj obvestite prek ene izmed predlaganih možnosti obveščanja, navedenih v točki 16.1 teh pogojev. Če ne boste zadovoljni z našim odgovorom oziroma odločitvijo naše pritožbene komisije, imate 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 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.

20. Davki in dajatve

- 20.1 Poleg dogovorjene premije ste dolžni 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 vas, to je zavarovalca, na način, da zavarovalnica premiji doda ta davek v predpisani višini.

21. Informacije o obdelavi vaših 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 distributerja.
- 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 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.

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 trgovinskimi ali ekonomskimi 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.generali.si/sankcijska_klavzula.