

Splošni pogoji Kolektivnega zdravstvenega zavarovanja Specialisti z asistenco

01-KSA-01/21



KAZALO

VSEBINA

1	Kaj je Kolektivno zdravstveno zavarovanje »Specialisti z asistenco«?	3
2	Kaj pomenijo nekateri izrazi?	3
3	Kdo se lahko zavaruje?	4
4	Vaša sklenitev zavarovanja ter polica.....	4
5	Kdaj ste zavarovani ter kdaj začne in preneha zavarovalno kritje?	5
6	Kaj krije zavarovanje?.....	5
7	Vsebina in obseg zavarovanja – podrobneje.....	6

NAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE 8

8	Katere so naše obveznosti?.....	8
9	Kako uveljavljate zdravstvene storitve in zdravila?	8
10	Kako uveljavljate kritje Halo Doktor?.....	9
11	Katere so omejitve naših obveznosti?	9
12	Kaj ni krito v nobenem primeru?	9

VAŠE PRAVICE IN OBVEZNOSTI 10

13	Obveznosti zavarovalca oziroma zavarovanca ob sklenitvi oziroma vključitvi v zavarovanje.....	10
14	Kako določimo višino premije?.....	10
15	Kako nam mora zavarovalec oziroma zavarovanec plačevati premijo?.....	10
16	Ali se lahko pogodba spremeni?	11
17	Kaj in kako nam mora zavarovalec oziroma zavarovanec sporočiti v času trajanja zavarovanja?	11

OSTALO..... 11

18	Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev?.....	11
19	Imate vprašanja, dvome?.....	11

ZAKONODAJA IN PRAVNA OBVESTILA..... 11

20	Kaj v primeru nesoglasja?	11
21	Davki in dajatve.....	11
22	Informacija o obdelavi vaših osebnih podatkov	11
23	Preprečevanje korupcije.....	12
24	Sankcijska klavzula.....	12

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 dostop do zdravstvenih storitev izven mreže javne zdravstvene službe z uporabo asistenčnih storitev.
- 1.2 Zavarovanje zajema naslednja kritja:
- **Asistenčne storitve** (storitve Asistence zdravje),
 - **Zdravstvene storitve:** stroške specialistično ambulantnih storitev, enostavnih in zahtevnih diagnostičnih preiskav, drugega zdravniškega mnenja, načrta zdravljenja, psihološke pomoči, strokovnega posveta, fizioterapij in operativnih posegov ter
 - **Zdravila** (stroški zdravil).
- Dodatno je možno izbrati tudi:
- posvet z zdravnikom splošne oziroma družinske medicine na daljavo **Halo Doktor** ter
 - kritje **Preventivni pregledi in preiskave**.
- 1.3 Ti Splošni pogoji Kolektivnega zdravstvenega zavarovanja Specialisti z asistenco (v nadaljevanju: pogoji) so sestavni del pogodbe o zavarovanju, ki je sklenjena med zavarovalcem in zavarovalnico. S sklenitvijo te 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.

2 Kaj pomenijo nekateri izrazi?

IZRAZ	KRATKA OBRAZLOŽITEV
Mi ali naš ali zavarovalnica	To smo mi, vaša GENERALI zavarovalnica, d. d., Kržičeva ulica 3, Ljubljana.
Zavarovanec	Fizična oseba, ki je vključena v zavarovanje in lahko uveljavlja pravice iz 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.
Zavarovalec	Oseba, ki z nami sklene zavarovalno 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.
Družinski član	Zakonec ali zunajzakonski partner, partner istospolne partnerske skupnosti, otroci in posvojenci zavarovanca, ki živijo z njim v skupnem gospodinjstvu.
Otrok	Oseba, starejša od 1 do dopolnjenega 27. leta starosti.
Ožji družinski član	Zakonec, zunajzakonski partner, partner istospolne partnerske skupnosti, otroci in posvojenci zavarovanca do dopolnjenega 27. leta ter zavarovančevi starši, ki so po teh pogojih upravičeni do kritja Drugo zdravniško mnenje .
Ponudba	Pisni predlog za sklenitev ali spremembo zavarovalne pogodbe.
Pogodba	Pogodba, s katero se zavarovalec zavezuje, da nam bo plačal zavarovalno premijo, mi pa se zavezuje, da bomo, če se zgodi zavarovalni primer, izpolnili svoje obveznosti.

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 sklenjenem zavarovanju.
Pristopna izjava	Pisna izjava zavarovanca in družinskega člana za pristop k zavarovanju z navedenimi podatki o dogovorjenih kritjih in zavarovalnih vsotah ter drugimi lastnostmi zavarovanja.
Polica	Listina o sklenjeni pogodbi, s katero potrjujemo obstoj zavarovanja za posameznega zavarovanca iz sklenjene pogodbe. Obseg zavarovalnega kritja po polici je določen s Krovno polico.
Premija	Dogovorjeni znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po sklenjeni 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 enega zavarovalnega leta.
Minimalni delež vključenosti	Število zavarovancev, ki še zagotavlja obravnavo kolektivne oblike zavarovanja v skladu z našimi veljavnimi pravili sklepanja za zavarovanje. Če je delež zavarovancev nižji od minimalno določenega v našem ceniku, se obračuna ustrezna premija po naših veljavnih pravilih sklepanja za individualno zavarovanje.
Bolezen	Odsotnost zdravja, ki ga ugotovi zdravnik in ki ni posledica nezgode.
Nezgoda	Vsak nenaden, nepredviden dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo, neodvisno od njegove volje, in pri katerem se zavarovanec telesno poškoduje in potrebuje zdravljenje.
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 pri kronični bolezni.
Novonastala bolezen	Bolezen, stanje oziroma poškodba, ki nastopi po začetku veljavnosti zavarovanja ali novega kritja in po poteku čakalne dobe ob sklenitvi zavarovanja oziroma lahko ob začetku veljavnosti zavarovanja sicer 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 dve leti pred začetkom veljavnosti zavarovanja oziroma novega kritja ali v čakalni dobi ob sklenitvi zavarovanja, hkrati pa ni kronična bolezen.

Čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja	Z naše strani določeno obdobje od začetka zavarovanja oziroma novega kritja, 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 primer obstoječih zdravstvenih stanj.
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 storitev in za zavarovanca organizira termin obravnave pri izbranih izvajalcih za storitve iz zavarovanja, za katere plačilo v okviru pogodbe poskrbimo mi.
Pooblaščen zdravnik zavarovalnice	Z naše strani pooblaščen zdravnik določene specializacije.
Splošni zdravnik	Specialist splošne oziroma družinske medicine iz mreže, ki jo organizira naš izbrani izvajalec. Ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvene ali z zdravstvenimi storitvami povezane dejavnosti oziroma dovoljenje za samostojno delo zdravnika.
Napotnica	Listina obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na druge zdravnike v skladu s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.
HD napotnica	Napotilo, s katerim vas splošni zdravnik napoti k drugemu izvajalcu na isti ali višji ravni zdravstvene dejavnosti, da opravi določene diagnostične in/ali terapevtske storitve. Nadomešča napotnico iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in se uporablja izključno za potrebe uveljavljanja storitev iz naslova Kolektivnega zdravstvenega zavarovanja Specialisti z asistenco , ki je sklenjeno pri nas.
Medicinsko utemeljena indikacija	Bolezniški znaki in okoliščine, ki nakazujejo upravičeno odločitev za zdravstveno storitev oziroma zdravilo, ki ga skladno z medicinsko doktrino predpiše pristojni zdravnik.
Zahtevek	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 zdravil.
Predhodna odobritev	Pozitiven zaključek našega odločanja o upravičenosti zahtevka zavarovanca za uveljavljanje pravic iz sklenjenega zavarovanja.
Izvajalec	Izvajalec zdravstvene storitve, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvenih storitev ali z zdravstvenimi storitvami povezanih dejavnosti.

Zdravstvene storitve	Strokovno doktrinirano priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji, ki se izvajajo pri naših izbranih izvajalcih ali drugih izvajalcih.	
Beli recept	Uradni samoplačniški receptni obrazec.	
Resna zdravstvena stanja	Bolezni srca in ožilja	<ul style="list-style-type: none"> • miokardni infarkt • operacija obkoda 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
Soudeležba	Udeležba zavarovanca pri plačilu stroškov zdravstvenih storitev in zdravil 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 s 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 niso družinski člani zavarovanca.

4 Vaša sklenitev zavarovanja ter polica

- 4.1 Pogodba se sklene s podpisom pogodbe z naše strani in s strani zavarovalca.
- 4.2 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.
- 4.3 Zavarovalec lahko v zavarovanje vključi osebe na osnovi seznama, kjer so kot zavarovanci poimensko navedeni, in je le-ta priložen k pogodbi.
- 4.4 Družinski člani se lahko vključijo v zavarovanje le s podpisano pristopno izjavo.

- 4.5 Podpisano pristopno izjavo zavarovanec izroči zavarovalcu, ki jo skladno z določili teh pogojev posreduje nam.
- 4.6 Ob vključitvi zavarovanca v zavarovanje lahko zahtevamo, da izpolni in podpiše pristopno izjavo, ki lahko vsebuje Vprašalnik o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu zavarovanca.
- 4.7 Vključitev posameznega zavarovanca v zavarovanje na osnovi pristopne izjave lahko zavrremo brez navajanja razlogov v roku 8 dni od dneva prejema pristopne izjave. Če v tem roku vključitve zavarovanca prek pristopne izjave ne zavrremo, se šteje, da smo pristopno izjavo sprejeli in da so v pristopni izjavi navedeni zavarovanci skladno z določili teh pogojev vključeni v zavarovanje.
- 4.8 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.
- 4.9 Polico izdamo tudi vsakemu družinskemu članu, ki je vključen v zavarovanje.
- 4.10 Zavarovalec nam je dolžan omogočiti vpogled v svoje evidence, iz katerih je razvidno številčno in poimensko stanje vseh zavarovancev.

5 Kdaj ste zavarovani ter kdaj začne in preneha zavarovalno kritje?

- 5.1 Zavarovalno kritje (v nadaljevanju kritje) začne veljati tistega dne, ki je na polici določen kot začetek zavarovanja. 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. Kritji **Halo Doktor** in **Drugo zdravniško mnenje** nimata navedenih čakalnih dob.
- 5.2 Za člana kolektiva ali družinskega člana, ki se vključi v zavarovanje po datumu, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja, začne kritje veljati prvega dne v naslednjem mesecu po dnevu prejema pristopne izjave, razen če smo pristopno izjavo skladno s točko 4.7 teh pogojev zavrnil.
- 5.3 Zavarovanje je sklenjeno za zavarovalno dobo, ki je določena na polici.
- 5.4 Zavarovanje se po krovni polici sklene najmanj za obdobje enega leta.
- 5.5 Pogodba se ob izteku dogovorjene dobe vsakokrat avtomatično podaljša za enako časovno obdobje, za katerega je bila sklenjena, razen če zavarovalec takšnega dogovora ne prekliče s pisnim obvestilom, ki nam ga mora posredovati najmanj 30 dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. V primeru preklica v navedenem roku 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 14 teh pogojev.
- 5.7 Od pogodbe lahko pred potekom zavarovalnega leta 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 takšne pogodbe ne moremo več imeti v veljavi. V primeru odstopa vas bomo o tem obvestili vsaj tri mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 5.8 Kritje po polici za posamičnega zavarovanca lahko prekinemo, 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 in vse družinske člane, ki so se v zavarovanje vključili na podlagi pristopnih izjav, s katerimi jih je ta zavarovanec vključil v zavarovanje, v vsakem primeru preneha, ne glede na to, kako je bilo dogovorjeno trajanje na polici, tistega dne, ko:
- nastopi smrt zavarovanca;
 - zavarovanec ni več član kolektiva (preneha mu pravno razmerje z zavarovalcem);
 - preneha veljati pogodba iz kakršnega koli razloga;
 - poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec dopolnil 75 let,

- zaradi neplačila premije v skladu s točko 15 teh pogojev.
- 5.11 V primeru prenehanja kritja za posameznega zavarovanca in družinskega člana po drugi alineji prejšnje točke ima zavarovanec pravico, da pri nas sam sklene 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 pogodbi. Če zavarovanec sklene 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 zadnjega dne v koledarskem mesecu, v katerem prejmemo odstopno izjavo. V tem primeru preneha kritje za vse družinske člane, ki so se v zavarovanje vključili na podlagi pristopnih izjav, s katerimi jih je zavarovanec vključil v zavarovanje. Če je zavarovanec uveljavljal zavarovalni primer, nam pripada letoletna 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.

OPIS KRITIJ

6 Kaj krije zavarovanje?

- 6.1 Zavarovanje zavarovancu nudi **Asistenčne storitve** (storitve Asistence zdravje), **Zdravstvene storitve** (kritje stroškov zdravstvenih storitev) in **Zdravila** (kritje stroškov zdravil). Dodatno mu lahko nudi še posvet z zdravnikom splošne oziroma družinske medicine na daljavo **Halo Doktor** ter kritje **Preventivni pregledi in preiskave**.
- 6.2 Zaradi boljše preglednosti vam vsa kritja na kratko predstavljamo v spodnji tabeli, podrobneje pa so opisana v razdelku **Vsebina in obseg zavarovanja – podrobneje**.

ASISTENČNE STORITVE	
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 zdravniškega 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 postavitve diagnoze.
Drugo zdravniško mnenje	<ul style="list-style-type: none"> • Mnenje zdravnika iz tujine v zvezi s postavljenjo diagnozo in/ali priporočenim zdravljenjem. Kritje velja za novonastala in obstoječa zdravstvena stanja brez čakalne dobe.
Načrt zdravljenja	<ul style="list-style-type: none"> • Svetovanje o nadaljnjem zdravljenju v primeru poškodb zaradi nezgode, pri kateri je bila potrebna hospitalizacija.

Psihološka pomoč	<ul style="list-style-type: none"> • Storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije ob: <ul style="list-style-type: none"> - resnem zdravstvenem stanju, - trajni izgubi delovne zmožnosti opravljanja poklica, - poporodni depresiji ali - izgubi ožjega družinskega člana
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.
Fizioterapija	<ul style="list-style-type: none"> • Storitve kot nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega.
Operativni poseg	<ul style="list-style-type: none"> • Ožji paket operacij: nabor diagnostičnih in/ali terapevtskih posegov, potrebnih za diagnosticiranje ali zdravljenje novonastale bolezni po specialistični obravnavi ali zahtevni diagnostični preiskavi. • Širši paket operacij: nabor diagnostičnih in/ali terapevtskih posegov, potrebnih za diagnosticiranje ali zdravljenje novonastale bolezni po specialistični obravnavi ali zahtevni diagnostični preiskavi.
ZDRAVILA	
Zdravila na beli recept	<ul style="list-style-type: none"> • Stroški zdravil, ki so predpisana ob izvedbi specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave oziroma operativnega posega.
HALO DOKTOR	
Posvet z zdravnikom splošne oziroma družinske medicine na daljavo	<ul style="list-style-type: none"> • Zdravstveni posvet na daljavo, ki zajema video ali telefonski razgovor s splošnim zdravnikom in njegov izvid. Kritje velja za novonastala in obstoječa zdravstvena stanja brez čakalne dobe.
PREVENTIVNI PREGLEDI IN PREISKAVE	
Ultrazvok trebuha	<ul style="list-style-type: none"> • Namen preiskave je ugotavljanje stanja solidnih trebušnih organov in pravočasno odkrivanje bolezenskih sprememb. • Preiskava vključuje pregled trebušnih organov z ultrazvočnim aparatom (jetra, žolčnik, trebušna slinavka, vranica, obe ledvici, nadledvična žleza, trebušna aorta, sečni mehur in prostata pri moškem ter rodila pri ženski), stanje žil ter proste tekočine v trebušni votlini.
Ultrazvok vratnih arterij	<ul style="list-style-type: none"> • Namen preiskave je pravočasno odkrivanje začetnih zadebelitev žilnih sten in morebitnih aterosklerotičnih sprememb. • Preiskava vključuje pregled vratnih žil, in sicer ugotavljanje morebitnih žilnih anomalij, sprememb v žilni steni in ustreznost krvnega pretoka.
Ultrazvok skrotuma in testisov	<ul style="list-style-type: none"> • Namen preiskave je pravočasno odkrivanje bolezenskih sprememb skrotuma in testisov ter ugotavljanje morebitnih vnetij, razširitev ven (varikokele) in prisotnosti tekočine med ovojnicami testisov (hidrokele). • Preiskava vključuje pregled tkivne strukture in prekrvavitve testisov in obmodkov, ugotavljanje prisotnosti morebitnih nepravilnosti testisov ter položaja še nespuščenega testisa.

Ultrazvok dojk	<ul style="list-style-type: none"> • Namen preiskave je pravočasno ugotavljanje morebitnih bolezenskih sprememb v tkivu dojke. • Preiskava vključuje pregled morebitnih sprememb žleznega tkiva, solidnih in tekočinskih sprememb (cist), stanja in strukture pazdušnih bezgavk.
Ultrazvok vratu in ščitnice	<ul style="list-style-type: none"> • Namen preiskave je pravočasno ugotavljanje strukturnih sprememb ščitnice. • Preiskava vključuje pregled stanja in strukture ščitnice, bezgavk, žleze slinavke, prekrvavljenosti ščitnice, vnetij ščitnice in morebitnih zatrdlin na vratu.
Laboratorijski pregled krvi in urina z izvidom	<ul style="list-style-type: none"> • Namen laboratorijskega pregleda krvi in urina je pravočasno ugotavljanje ali spremljanje bolezni. Vključuje laboratorijski odvzem krvi in urina ter laboratorijsko analizo le-teh. • Preiskava se opravi v laboratoriju. Zdravnik pregleda rezultate in izdela izvid, ki je podlaga za morebitno nadaljnje zdravljenje. • Izvid izdela zdravnik splošne oziroma družinske medicine.
Pregled za športno aktivne osebe	<ul style="list-style-type: none"> • Namen pregleda je pravočasno odkrivanje možnih skritih patologij srca in ožilja ter nepravilnosti kostno-mišičnega in živčnega sistema, ki se pojavljajo zaradi značilnosti določene športne panoge. Določene obremenitve ter poškodbe (akutne in kronične) je možno pravočasno odkriti ali preprečiti. • Pregled obsega: <ul style="list-style-type: none"> • preventivni zdravstveni pregled: <ul style="list-style-type: none"> - pregled morebitne obstoječe zdravstvene dokumentacije, - pregled pri specialistu medicine dela, prometa in športa, - antropometrijo – merjenje teže, višine, sestave telesa, - meritev krvnega tlaka, - test vida, - elektrokardiografijo, - spirometrijo, - laboratorijske preiskave krvi in urina (hemogram, SR, železo, feritin, urogram) in • izdelavo izvida.
Fizioterapevtski pregled	<ul style="list-style-type: none"> • Namen pregleda je pravočasna priprava ustreznega načina zdravljenja športnih in drugih poškodb ter lajšanja in preprečevanja bolečin. • Pregled vključuje pregled morebitne medicinske dokumentacije in fizični pregled pri fizioterapevtu, ki na osnovi ugotovitev izda izvid s priporočili za nadaljnje zdravljenje.
Parodontološki pregled zob in ustne votline s čiščenjem zobnega kamna	<ul style="list-style-type: none"> • Namen pregleda je pravočasno ugotavljanje bolezenskih sprememb in morebitnih vnetij v ustni votlini, ki lahko negativno vplivajo na ostale sistemske bolezni, kot so srčno-žilne bolezni in boleznih dihal. • Pregled vključuje parodontološki pregled zob in ustne votline ter čiščenje morebitnega zobnega kamna.

7 Vsebina in obseg zavarovanja - podrobneje Asistenčne storitve

7.1 **Informiranje** je asistenčna storitev Asistence zdravje, ki zavarovancu nudi informacije o zavarovanju, o izvajalcih zdravstvenih storitev ter o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja ter v sistemu mreže javne zdravstvene službe v Republiki 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 naših izbranih izvajalcih za zavarovanca, organiziranje izdelave načrta zdravljenja, izvedbe strokovnega posveta in izdelave drugega zdravniškega mnenja.

Zdravstvene storitve

7.3 **Specialistična obravnava** so specialistično ambulantne storitve, ki so potrebne za postavitve diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni. Vključujejo specialistični pregled, pripadajoče enostavne diagnostične preiskave, kot so 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), scintigrafija, irigografija, UZ vodena biopsija notranjih organov, endoskopski UZ, artrografija, gastrokopija in kolonoskopija ter tudi morebitni odvzem tkiva.

7.5 **Drugo zdravniško mnenje** vključuje storitev zdravnika koordinatorja iz Republike 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.

7.6 **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.

7.7 **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 katerega koli poklica,
- porodne depresije, ki jo ugotovi izbrani osebni zdravnik ali zdravnik specialist, ter
- v primeru smrti otroka, zakonca, zunajzakonskega partnerja, partnerja istospolne partnerske skupnosti zavarovanca.

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.

7.8 **Strokovni posvet** vključuje posvet po telefonu z našim pooblaščenim zdravnikom v zvezi z obstoječim zdravstvenim stanjem in kronično boleznijo. 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.

7.9 **Fizioterapija** vključuje storitve ambulantne fizioterapije, ki so nadaljevanje specialistične obravnave, zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega in so potrebne za zdravljenje novonastale bolezni. 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 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 kritija. 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.

7.10 Operativni poseg

Ožji paket operacij 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 (prebrizgavanje solzevodov ali sondiranje (operacija solznih kanalov)),
- posegi na nosu (endoskopska operacija nosu in obnosnih votlin – septoplastika (nosna pregrada), klasična ali endoskopska mukotomija (nosne školjke), endoskopska ablacija polipov – operacija sinusov)),
- operativno zdravljenje krčnih žil,
- koronarografija,
- poseg na žolčevodu (ultrazvočno razbijanje žolčnih kamnov),
- preiskava ERCP (Endoskopska–Retrogradna–Holangio–Pankreatikografija),
- posegi na trebušni, popkovni in ostalih kilah
- rektoskopski poseg (polipektomija, endoskopska operacija v zadnjem delu širokega črevesa, operacija hemoroidov, incizija analne fisure),
- kirurška odstranitev 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,
- hidrokela, spermatokele ali varikokele,
- poseg na roki (operacija karpalnega kanala, sprožilnega prsta, Dupuytrenova kontraktura),
- ginekološka diagnostika (diagnostična histeroskopija z biopsijo).

Širši paket operacij vključuje poleg diagnostičnih in/ali terapevtskih posegov, vključenih v **Ožji paket operacij**, dodatno še naslednje:

- poseg na roki (artroskopija zapestja zaradi poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles),
- 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,
- UZ razbijanje ledvičnih kamnov.

Zdravila

- 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.

Halo Doktor

- 7.12 **Halo Doktor** je zdravstveni posvet na daljavo, ki zajema video ali telefonski razgovor s splošnim zdravnikom ter njegov izvid. Velja za novonastala in obstoječa zdravstvena stanja brez čakalne dobe od začetka zavarovanja dalje. Na voljo vam je vsak dan med 6. in 22. uro. Število posvetov na daljavo ni omejeno. Splošni zdravnik v okviru posameznega posveta obravnava le eno zdravstveno težavo. Posvet na daljavo izvaja splošni zdravnik, ki ga določi naš izbrani izvajalec iz svoje mreže splošnih zdravnikov.

Preventivni pregledi in preiskave

- 7.13 **Preventivni pregledi in preiskave**, ki jih krijemo, so navedeni v tabeli v točki 6.2 teh pogojev. Krijte zagotavlja eno od navedenih storitev po izboru zavarovanca, in sicer prvič po enem letu od začetka kritja, nato ob avtomatskem podaljševanju zavarovanja vsaki dve leti, ob pogoju, da so plačane premije za preteklo obdobje. Krijte lahko izberejo osebe, ki so dopolnile 15 let. Preventivni pregled in/ali preiskavo je možno koristiti v roku enega leta od pridobljene pravice. Stroškov morebitnega dodatnega materiala, ki je potreben za opravljanje preventivnega pregleda in/ali preiskave, ne krijemo. Pravico do koriščenja preventivnega pregleda in/ali preiskave imate vi kot zavarovanec in je ne morete prenesti na drugega.

KORIŠČENJE LETNE ZAVAROVALNE VSOTE

- 7.14 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.
- 7.15 Zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev, zdravil ter strokovnega posveta na daljavo, ki nastanejo v zavarovalnem letu, in sicer največ do višine letne zavarovalne vsote. Neizkoriščena zavarovalna vsota iz predhodnega zavarovalnega leta se ne prenaša v novo zavarovalno leto.
- 7.16 Če zavarovanec v zavarovalnem letu preseže zavarovalno vsoto, nam mora morebitni izplačani preseženi znesek povrniti najkasneje v roku osmih 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 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.
- 8.3 Storitve v okviru kritja **Halo Doktor** izvaja naš izbrani izvajalec prek svoje mreže specialistov splošne oziroma družinske medicine. Zdravstvena storitev se izvede skladno

s splošnimi pogoji našega izbranega izvajalca. Zdravstvene storitve temeljijo na medicinski doktrini in etiki, ob upoštevanju človekovega dostojanstva, osebnosti in varstva človekovih pravic. Za izvedbo storitev zavarovalnica ne odgovarja.

- 8.4 Do prejema zdravstvene storitve in zdravil ter posveta **Halo Doktor** in **Preventivnega pregleda in preiskave** je upravičen zavarovanec. Izjema je drugo zdravniško mnenje, ki se lahko koristi tudi za ožje družinske člane, kot so navedeni v točki 2.

KAJ JE PODLAGA IN NA KAKŠEN NAČIN UVELJAVLJATE PRAVICE IZ ZAVAROVANJA?

9 Kako uveljavljate zdravstvene storitve in zdravila?

- 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 (ki niso starejša od treh mesecev), iz katerih je razvidno, da potrebuje zdravstveno storitev (npr. HD napotnica, napotnica osebnega zdravnika, izvid zdravnika specialista) in so pomembna za ugotovitev naše obveznosti iz 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 11.1 in 11.2 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 11.1 in 11.2 teh pogojev.
- 9.6 Stroške za izdana zdravila iz točke 7.11 teh pogojev poravnava zavarovanec sam v lekarni in pri nas zahteva povračilo teh stroškov, skladno s točkama 9.16 in 9.18 teh pogojev.
- 9.7 Od zavarovanca ali druge 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. Če v Republiki Sloveniji ne obstaja izvajalec izven javne zdravstvene mreže, ki bi opravljal odobreno storitev, vam lahko pomagamo najti termin v javni zdravstveni službi.
- 9.10 Termin se dogovori 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.
- 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).
- 9.12 Če zavarovanec ne odpove ali ne spremeni termina na način in v rokih iz prejšnjega odstavka, šteje, da je zavarovanec svoje pravice izkoristil in da smo mi iz naslova tega zavarovalnega primera svojo obveznost v celoti izpolnili. V tem primeru zavarovanec izgubi del zavarovalne vsote, ki odpade na posamezno vrsto storitve, za katero je

bil dogovorjen termin, pri čemer zavarovancu ostane možnost nadomestnega termina za to storitev. Nadomestni termin pri našem izbranem izvajalcu bomo omogočili tudi v primeru naše odpovedi dogovorjenega termina.

- 9.13 Zavarovanec lahko v primeru predhodne odobritve, ob obveznem predhodnem dogovoru z nami, izjemoma uveljavlja storitve iz zavarovanja tudi pri drugih izvajalcih. Za termin in plačilo storitve iz zavarovanja se dogovori sam.
- 9.14 Našemu izbranemu izvajalcu bomo plačali strošek opravljenih zdravstvenih storitev, zmanjšan za soudeležbo zavarovanca, če je tako dogovorjeno v 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 zanjo zaprosil.
- 9.16 Zavarovancu bomo povrnili strošek (zmanjšan za soudeležbo, če je ta dogovorjena v pogodbi) na podlagi njegovega zahtevka za povračilo stroškov na našem obrazcu, in sicer:
- plačanih zdravstvenih storitev ter preventivnih pregledov in/ali preiskav v višini računa izvajalca, vendar največ v obsegu in višini cene storitve, ki bi jo plačali mi pri našem izbranem izvajalcu,
 - stroške 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,
 - stroške zdravljenj, izdanih v lekarni.
- 9.17 Zavarovanec ni upravičen do povračila drugih stroškov (npr. potnih stroškov).
- 9.18 Zahtevku za povračilo stroškov je treba predložiti račun s specifikacijo opravljenih storitev in izvid ter na našo zahtevo tudi drugo dokumentacijo.
- 9.19 Zavarovancu povrnemo strošek opravljenih zdravstvenih storitev najkasneje v roku 14 dni od dneva, ko nam je bila predložena popolna dokumentacija.
- 9.20 Če ob predložitvi zahtevka zavarovanca zapadla premija, ki se nanaša na tega zavarovanca (in njegove družinske člane), s pripadajočimi obrestmi in stroški ni bila poravnana, povrnemo strošek opravljenih zdravstvenih storitev in zdravil po poravnavi vseh zapadlih obveznosti do nas.
- 9.21 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.
- 9.22 Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila za izvedbo zdravstvene storitve, ki smo mu jih predhodno posredovali mi ali izvajalec.

10 Kako uveljavljate kritje Halo Doktor?

- 10.1 Za koriščenje Posveta na daljavo v okviru kritja **Halo Doktor** potrebujete (pametni) telefon, tablico ali računalnik. Do storitve dostopate prek spletne strani našega izbranega izvajalca. Na zdravstveni posvet na daljavo se prijavite tako, da aktivirate storitev na spletni strani halodoktor.si/generali. Na tej strani so navedeni tudi splošni pogoji našega izbranega izvajalca, ki veljajo za izvedbo zdravstvenega posveta na daljavo.
- 10.2 Posvet na daljavo poteka prek video ali telefonskega klica s splošnim zdravnikom. Izbirate lahko med dvema načinoma določitve termina klica. Na termin se lahko naročite tako, da med razpoložljivimi termini izberete tistega, ki vam ustreza, ali pa s splošnim zdravnikom govorite takoj (v tem primeru se vzpostavi povezava običajno že v 15 minutah).
- 10.3 Splošni zdravnik med posvetom izdela izvid, v katerem je zabeleženo, kaj vam svetuje glede na vaše zdravstveno stanje. Lahko:
- vam da navodila za samopomoč,
 - vas napoti na urgenco ali na pregled k vašemu izbranemu osebnemu zdravniku ali drugemu zdravniku na primarni ravni zaradi postavitve diagnoze,
 - vam izda HD napotnico.

11 Katere so omejitve naših obveznosti?

- 11.1 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 kritja **Halo Doktor**, **Drugo zdravniško mnenje** in

za zdravstvene storitve, ki so potrebne zaradi poškodbe, ki so posledica nezgode, do katere je prišlo po začetku zavarovanja.

- 11.2 Za vsa ob vključitvi oziroma priključitvi novega kritja že obstoječa zdravstvena stanja velja 24-mesečna **čakalna doba za obstoječa stanja**, razen pri kritjih **Halo Doktor** in **Drugo zdravniško mnenje**. Navedeno pomeni, da mora biti zavarovanec vključen v krovno polico najmanj 24 mesecev, preden mu začne veljati zavarovalno kritje za ta stanja.
- 11.3 Obveznosti iz pogodbe za obstoječa zdravstvena stanja bomo prevzeli šele po poteku obdobja iz prejšnje točke, 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 med trajanjem zavarovanja pride do kronične bolezni, kot je opredeljena v točki 2 teh pogojev, 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**, kritja **Halo Doktor** in/ali **Drugega zdravniškega mnenja** skladno s pogoji.

12 Kaj ni krito v nobenem primeru?

- 12.1 Zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja:
- kroničnih bolezni, ki so nastale in so bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v času čakalne dobe iz točk 11.1, 11.2 in 11.5 teh pogojev (razen pri kritjih **Strokovni posvet**, **Halo Doktor** in **Drugo zdravniško mnenje**),
 - obstoječih stanj, ki so bila diagnosticirana 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 (razen za primere, določene s temi pogoji) in revmatologije,
 - v dejavnosti psihiatrije in klinične psihologije, razen za primere, določene s temi pogoji,
 - fobij, demence, motenj, povezanih z ADHD, motenj hranjenja in Tourettevega 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),
 - s hialuronsko kislino,
 - refrakcijskih okvar očesa,
 - težav s sluhom, ki so povezane s stopnjo gluhosti,
 - zob in zobobnega tkiva, vključno s storitvami čeljustne kirurgije in ortodontije, razen za preventivni paradontološki pregled zob in ustne votline s čiščenjem zobnega kamna v skladu s temi pogoji.
- 12.2 Zavarovanje ne krije stroškov:
- povezanih s fizičnimi 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 tvorbn in znamenj, ki so izvedena s kemičnim pilingom, laserjem, elektrokoagulacijo, radiofrekvenco ali z zamrznitvijo tkiva, razen če je bil del

- tkiva odstranjen na način, da ga je bilo treba poslati na patohistologijo zaradi postavitve diagnoze,
 - 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,
 - izokinetičnega testiranja, razen po opravljenem operativnem posegu,
 - zdravstvenih storitev alternativne diagnostike, zdravljenja ali rehabilitacije, za katere ni dal soglasja minister, pristojen za zdravje.
- 12.3 **Halo Doktor** se nanaša izključno na izvedbo zdravstvenega posveta na daljavo za zavarovanca. **Halo doktor** ne zajema kritija za druge storitve, niti za plačilo kakršnih koli drugih stroškov.
- 12.4 Ne krijemo Posvetov na daljavo za družinske člane oziroma druge osebe, ki ne nastopajo v vlogi zavarovanca, ki je naveden na polici. Če se bo ugotovilo, da se je zdravstveni posvet na daljavo nanašal na drugo osebo, imamo pravico od vas zahtevati povračilo stroškov izvedbe posveta.
- 12.5 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).
- 12.6 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.
- 12.7 Izključene so tudi naše obveznosti, kadar do bolezni, stanja oziroma poškodbe pride zaradi ali v povezavi:
- z dogodkom višje sile, z vojno ali vojni podobnimi dogodki, sabotazo, 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, plovnih objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.
- 12.8 Izključene so zdravstvene storitve iz naslova dejavnosti zdravstvene nege, dejavnosti babic, delovne terapije, optometrije, logopedije, dietetike, dejavnosti ustnih higienikov, dejavnosti krvnih bank, dejavnosti spermalnih bank in bank organov ter dejavnosti reševalnih prevozov.
- 12.9 Izključene so tudi naše obveznosti v primeru ugotovljenih neresničnih podatkov, zamolčanja, prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca ali zavarovanca.

- 12.10 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.
- 12.11 Če se bo ugotovilo, da smo zaradi izključitve naše obveznosti storitev plačali neutemeljeno, imamo pravico od vas zahtevati povračilo teh stroškov, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi od dneva plačila dalje.
- 12.12 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 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 in vprašalniku.
- 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 12 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 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.
- 14.3 Na višino premije lahko vplivajo tudi drugi dejavniki, ki jih določimo (npr. zdravstveno stanje zavarovancev, preteklo škodno dogajanje) in so razvidni iz veljavnih pravil sklepanja kolektivnega zavarovanja.

15 Kako nam mora zavarovalec oziroma zavarovanec plačevati premijo?

- 15.1 Premija je letna. Plačuje se vnaprej z dinamiko plačevanja, ki je določena v 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).
- 15.2 V primeru zaostankov pri plačilu premije se obveznosti poravnajo po vrstnem redu zapadlosti.
- 15.3 Če zavarovalec oziroma zavarovanec, ki je tudi plačnik premije, 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 30 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 30 dni od zapadlosti premije.

- 15.4 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 30-dnevnega 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.
- 15.5 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.
- 15.6 V primeru zamude pri plačilu premije lahko zahtevamo povračilo stroškov, ki so nam bili zaradi zamude povzročeni skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi.
- 15.7 Premijo za družinske člane plačuje zavarovanec, ki je po pristopni izjavi svoje družinske člane vključil v zavarovanje (zavarovanec, ki je tudi plačnik premije).
- 15.8 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 povrnil, vendar bomo pri povračilu stroškov storitev odbili znesek neplačanih premij.

16 Ali se lahko pogodba spremeni?

- 16.1 Ob podaljšanju pogodbe v skladu s točko 5.5 teh pogojev lahko zaradi sprememb okoliščin, pod katerimi je bilo zavarovanje sklenjeno in se izvaja, pride do sprememb pogojev, višine premije oziroma pravil, ki veljajo pri zavarovalnici.
- 16.2 O spremembi vas bomo pisno obvestili vsaj 30 dni pred uveljavitvijo spremembe. Spremembe veljajo ob podaljšanju pogodbe z nastopom naslednjega zavarovalnega obdobja.
- 16.3 Kot zavarovalec imate pravico, da v roku 30 dni po prejemu obvestila odpoveste pogodbo. Pogodba preneha veljati z iztekom tekočega zavarovalnega leta. Če kot zavarovalec od pogodbe v tem roku ne odstopite, se šteje, da se s spremembami strinjate, zato pogodba od izteka tega roka dalje velja z upoštevanimi spremembami.

17 Kaj in kako nam mora zavarovalec oziroma zavarovanec sporočiti v času trajanja zavarovanja?

- 17.1 Za ažurno komunikacijo vas prosimo, da nam ob spremembah takoj sporočite naslednje:

KAJ NAM MORA ZAVAROVALEC OZIROMA ZAVAROVANEC SPROTNO SPOROČATI?	KAKO NAM LAHKO SPOROČI SPREMEMBO?
Spremembo dejavnosti in 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 podatkov o zavarovancu iz pristopne izjave npr. spremembo dela, ki ga zavarovanec opravlja ter stalnega naslova in drugih kontaktnih podatkov zavarovanca (npr. elektronski naslov, začasni naslov, mobilno številko)	

- 17.2 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 štel, da je bilo obvestilo naslovljeno na pravi naslov.
- 17.3 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 ali odkloni njihov sprejem. Pošiljatelj lahko zahtevke in izjave, ki so pomembni za izvajanje vaše pogodbe, pošlje tudi na način, določen s pogoji za pošiljanje pisnih obvestil

z naše strani.

- 17.4 Pisna obvestila vam pošiljamo na naslov, ki ste nam ga navedli ob sklenitvi pogodbe oziroma na kasnejše spremenjeni naslov.
- 17.5 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.
- 17.6 Če zavarovalec spremembe ne prijavi ali ne pristane na povišanje oziroma znižanje premije v roku 14 dni od dneva, ko je prejel naš predlog, nastane pa zavarovalni primer, lahko zahtevamo povračilo sorazmernega dela plačanih stroškov opravljenih storitev.

OSTALO

18 Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev?

- 18.1 Za dodatne storitve, ki jih zavarovalec oziroma zavarovanec posebej zahteva od nas, lahko zahtevamo nadomestilo stroškov po našem ceniku, ki je javno objavljen na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si/ceniki.
- 18.2 Plačilo stroškov odvetniških in drugih storitev zastopanja, stroškov izvedencev, prič idr. ni naša obveznost, zato jih mora plačati zavarovanec sam.

19 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 nas o tem obvesti prek ene izmed predlaganih možnosti obveščanja, navedenih v točki 17.1 teh pogojev.

ZAKONODAJA IN PRAVNA OBVESTILA

20 Kaj v primeru nesoglasja?

- 20.1 Če z našo storitvijo zavarovalec oziroma zavarovanec ni zadovoljen, nas lahko o tem takoj obvesti prek ene izmed predlaganih možnosti obveščanja, navedenih v točki 17 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**.
- 20.2 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.

21 Davki in dajatve

- 21.1 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.
- 21.2 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.

22 Informacija o obdelavi vaših osebnih podatkov

- 22.1 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.general.si/vop. Informacijo lahko zahtevate tudi v pisni obliki prek brezplačne telefonske številke **080 70 77** ali našega pooblaščenega predstavnika.

- 22.2 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.

23 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.

24 Sankcijska klavzula

- 24.1 Ne zagotavljamo zavarovalnega kritja in zato 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 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.
- 24.2 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.
- 24.3 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: www.general.si/sankcijska_klavzula.