

Splošni pogoji za kolektivno zdravstveno zavarovanje Specialisti z asistenco

01-KSA-01/25



KAZALO

UVOD 3

1. Kakšno 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 kritje Halo Doktor? 8
10. Kako uveljavljate zdravstvene storitve in zdravila? 8
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? 11
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 12

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

UVOD

1. Kakšno 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:** video posvet z zdravnikom splošne oziroma družinske medicine/pediatrom (**Halo Doktor**), specialistično ambulantne storitve, enostavne in zahtevne diagnostične preiskave, drugo zdravniško mnenje, načrt zdravljenja, psihološka pomoč, fizioterapije in operativni posegi ter
 - **Zdravila** (stroški zdravil).
- Dodatno je možno izbrati tudi 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.
Ožji družinski član	Zakonski ali zunajzakonski partner, otroci in posvojenci zavarovanca, ki živijo z njim v skupnem gospodinjstvu.
Otrok	Oseba od prvega do dopolnjenega 27. leta starosti.
Družinski član	Zakonski ali zunajzakonski partner, otroci in posvojenci zavarovanca do dopolnjenega 27. leta starosti 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 zavezujemo, 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 potrčila o sklenjenem zavarovanju.
Pristopna izjava	Pisna izjava zavarovanca in ožjega 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 telo zavarovanca, neodvisno od njegove volje, in pri katerem se zavarovanec telesno poškoduje in potrebuje zdravljenje.
Kronično stanje	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 (npr. redne obdobjne preglede), lajšanje simptomov, zdravljenje in rehabilitacijo oziroma zdravstveno nego. Sem spadajo tudi nepričakovani zapleti pri kronični bolezni.
Novonastalo stanje	Bolezen, stanje oziroma poškodba, ki nastopi po začetku veljavnosti zavarovanja ali novega kritja in po poteku čakalne dobe ob sklenitvi zavarovanja (za bolezen) oziroma lahko ob začetku veljavnosti zavarovanja sicer obstaja, vendar ni diagnosticirana oziroma zdravljena in zavarovanec ob vključitvi v zavarovanje zanj ni vedel oziroma ni mogel vedeti, ker ni imel zdravstvenih težav, bolezenskih znakov ali simptomov.
Obstoječe stanje	Bolezen, stanje oziroma poškodba, katerih simptomi so se pojavili v času dveh let pred začetkom veljavnosti zavarovanja oziroma novega kritja. Če simptomi niso posledica nezgode, šteje za obstoječe stanje tudi, če so se simptomi pojavili v času čakalne dobe.

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. Čakalna doba ne velja 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 obstoječe stanje.
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 oziroma specialist pediater (za otroke do dopolnjenega 16. leta) 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.
Izvid	- Pisno mnenje zdravnika specialista, vezano na vašo zdravstveno težavo. - Pisno mnenje, ki ga izda tudi splošni zdravnik po vsakem zdravstvenem posvetu na daljavo iz kritja Halo Doktor, s katerim vas lahko napoti k drugemu izvajalcu na isti ali višji ravni zdravstvene dejavnosti, da opravi določene diagnostične in/ali terapevtske storitve iz naslova Kolektivnega zdravstvenega zavarovanja Specialisti z asistenco, ki je sklenjeno pri nas.
Beli recept	Uradni samoplačniški receptni obrazec.
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.
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 zdravlil.
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.

Resna zdravstvena stanja	Bolezni srca in ožilja	- miokardni infarkt - operacija obkroga koronarne arterije (by - pass) - operacija srčnih zaklopk - operacija aorte - možganska kap - koronarna angioplastika
	Rakasta obolenja	- rak - benigni možganski tumor
	Težke poškodbe in bolezni	- 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, preventivnih pregledov in preiskav ter zdravlil v deležu, ki ga mi ne plačamo oziroma povrnemo.	

SPLOŠNO O ZAVAROVANJU

3. Kdo se lahko zavaruje?

- 3.1 Zavarovanec je lahko oseba, ki je član kolektiva in je ob pristopu v zavarovanje dopolnila 14 let oziroma največ 70 let. Pod posebnimi pogoji se lahko zavarujejo tudi mlajši člani kolektiva.
- 3.2 Če je tako dogovorjeno 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 zavrnemo brez navajanja razlogov v roku 8 dni od dneva prejema pristopne izjave. Če v tem roku vključitve zavarovanca prek pristopne izjave ne zavrnemo, 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 s določili pogojev oziroma dogovorov v pogodbi. Kritiji **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 zavrnili.
- 5.3 Zavarovanje je sklenjeno za zavarovalno dobo, ki je določena na polici.
- 5.4 Zavarovanje se po krovni polici sklone najmanj za obdobje enega leta.
- 5.5 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 sklone pogodbo z enakim obsegom zavarovalnega kritja, kot je zanj veljalo po zavarovalni pogodbi kolektivnega zavarovanja. Zavarovanec lahko svojo pravico izkoristi v roku 30 dni po prenehanju zavarovalnega kritja, pri čemer upoštevamo določila veljavnih pravil sklepanja in pogoje za tovrstno

zavarovanje. V novi pogodbi lahko ukinemo ugodnosti, ki so bile pridobljene v okviru zavarovanja po pogodbi. Če zavarovanec sklone pogodbo v predhodno navedenem roku, zavarovanje nima čakalne dobe.

- 5.12 Za zavarovance, ki ne želijo biti več zavarovani in nam med trajanjem zavarovanja predložijo odstopno izjavo, preneha kritje 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 celoletna premija za njegovo zavarovanje za tekoče zavarovalno leto.
- 5.13 Če je zavarovanec v zavarovalnem letu, ko je prenehal biti član kolektiva, uveljavljal zavarovalni primer, je obveznost zavarovalca, da plača premijo za tega zavarovanca v višini premije za celo zavarovalno leto.
- 5.14 Če je zavarovanec v zavarovalnem letu že izkoristil celo zavarovalno vsoto, se zavarovalno kritje ponovno vzpostavi z začetkom naslednjega zavarovalnega leta.
- 5.15 Če zavarovanec v zavarovalnem letu ni izkoristil cele zavarovalne vsote, se ta ne prenaša v novo zavarovalno leto.

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 kritje **Preventivni pregledi in preiskave**.
- 6.2 Za boljše preglednost vam vsa kritja na kratko predstavljamo v spodnji tabeli, podrobneje pa so opisana v razdelku **Vsebina in obseg zavarovanja – podrobneje**.

Asistenčne storitve	
Informiranje	- O zavarovanju, - izvajalcih zdravstvenih storitev, - pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja, - uveljavljanju pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe v Sloveniji.
Odločanje o upravičenosti do pravic iz zavarovanja in organiziranje	- Izvedbe zdravstvenih storitev iz zavarovanja, - izdelave načrta zdravljenja v primeru poškodb zaradi nezgode, - izdelave drugega zdravniškega mnenja.
Zdravstvene storitve	
Halo Doktor	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.
Specialistična obravnava	- Specialistični pregledi, - enostavne diagnostične preiskave, - enostavni ambulantni posegi.
Zahtevna diagnostična preiskava	Preiskava, ki je nadaljevanje specialistične obravnave in je v nekaterih primerih potrebna za postavitve diagnoze.
Drugo zdravniško mnenje	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	Svetovanje o nadaljnjem zdravljenju v primeru poškodbe zaradi nezgode, pri kateri je bila potrebna hospitalizacija.
Psihološka pomoč	- Storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije ob: - resnem zdravstvenem stanju, - trajni izgubi delovne zmožnosti opravljanja poklica, - poporodni depresiji ali - izgubi ožjega družinskega člana.

Fizioterapija	• Storitve kot nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega.
Operativni poseg	• Ožji paket operacij: nabor diagnostičnih in/ali terapevtskih posegov, potrebnih za diagnosticiranje ali zdravljenje novonastalega stanja po specialistični obravnavi ali zahtevni diagnostični preiskavi. • Širši paket operacij: nabor diagnostičnih in/ali terapevtskih posegov, potrebnih za diagnosticiranje ali zdravljenje novonastalega stanja po specialistični obravnavi ali zahtevni diagnostični preiskavi.
Zdravila	
Zdravila na beli recept	• Stroški zdravil, ki so predpisana ob izvedbi specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave oziroma operativnega posega.
Preventivni pregledi in preiskave	
Ultrazvok trebuha	• 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	• Namen preiskave je pravočasno odkrivanje začetnih zabeleženih 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	• 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 prekravitve testisov in obmodkov, ugotavljanje prisotnosti morebitnih nepravilnosti testisov ter položaja še nespuščenega testisa.
Ultrazvok dojke	• 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	• Namen preiskave je pravočasno ugotavljanje strukturnih sprememb ščitnice. • Preiskava vključuje pregled stanja in strukture ščitnice, bezgavk, žleze slinavke, prekravitvenosti ščitnice, vnetij ščitnice in morebitnih zatrdlin na vratu.
Laboratorijski pregled krvi in urina z izvidom	• 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	• 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: • preventivni zdravstveni pregled: – 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	• 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	• 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 in izdelave drugega zdravniškega mnenja.

Zdravstvene storitve

- 7.3 **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.
- 7.4 **Specialistična obravnava** so specialistično ambulantne storitve, ki so potrebne za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastalega stanja. 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, diagnostična kirurška odstranitve, kadar je tkivo poslano na patohistologijo ...), ki se lahko izvedejo v okviru specialističnega pregleda.

- 7.5 **Zahtevna diagnostična preiskava** je nadaljevanje specialistične obravnave in je navadno potrebna za postavitev diagnoze pri novonastalem stanju. To je npr. računalniška tomografija (CT, CTA), magnetna resonanca (MR, MRA), scintigrafija, irigografija, UZ vodena biopsija notranjih organov, endoskopski UZ, artrografija, gastroskopija in kolonoskopija ter odvzem tkiva, ginekološka diagnostika (histeroskopija z biopsijo ...).
- 7.6 **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 družinski člani.
- 7.7 **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.
- 7.8 **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 opredelitive izrazov,
 - trajne izgube delovne zmožnosti opravljanja katerega koli poklica,
 - poporodne depresije, ki jo ugotovi izbrani osebni zdravnik ali zdravnik specialist, ter
 - v primeru smrti otroka, zakonskega ali zunajzakonskega partnerja 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.
- 7.9 **Fizioterapija** vključuje storitve ambulantne fizioterapije, ki so nadaljevanje specialistične obravnave, zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega in so potrebne za zdravljenje novonastalega stanja. 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 novonastalem stanju (nezgoda ali bolezen) 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 kritja. 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. Zahtevek za nadaljevanje oziroma dodatne fizioterapije mora biti vložen največ v roku 3 mesecev po opravljenem prvem sklopu obravnav.
- 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 novonastalega stanja. To so:
- posegi na očesu (ptorigij, pinguekula, xantalazma, entropij, ektropij),
 - posegi na solznih žlezah in solzevodih (prebrizgavanje solzevodov ali sondiranje, vstavljanje punktalnih okluderjev – operacija solznih kanalov),
 - posegi na nosu (endoskopska operacija nosu in obnosnih votlin – septoplastika (nosna pregrada), klasična ali endoskopska ali radiofrekvenčna mukotomija (nosne školjke), endoskopska ablacija polipov – operacija sinusov),
 - posegi na glasilkah (odstranitev polipov ali drugih izrastkov na glasilkah),
 - operativno zdravljenje krčnih žil,
 - koronarografija,
 - posegi na žolčevodu (ultrazvočno razbijanje žolčnih kamnov),
 - preiskava ERCP (Endoskopska–Retrogradna–Holangio–Pankreatikografija),
 - posegi na trebušni, popkovni in ostalih kilah
 - rektoskopski posegi (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,
 - urološki posegi (hidrokela, spermatokela ali varikokela),
 - posegi na prostati s patohistologijo (TURP),
 - posegi na mehurju s patohistologijo (TURM),
 - posegi na rokah in prstih rok (operacija karpalnega kanala, sprožilnega prsta, Dupuytrenova kontraktura),
 - ginekološki poseg (histeroskopija z biopsijo),
 - posegi za zdravljenje inkontinence.
- Širši paket operacij** poleg diagnostičnih in/ali terapevtskih posegov, ki so vključeni v **Ožji paket operacij**, obsega še dodatne posege:
- posegi na rokah in prstih rok (artroskopija zapestja zaradi poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles ter operativni posegi, ki vključujejo oskrbo poškodovanih vezi, tetiv ali živcev),
 - posegi na komolcu (artroskopija komolca kot posledica poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles, operativni posegi, ki vključujejo oskrbo poškodovanih vezi, tetiv ali živcev),
 - posegi na ramenskem sklepu (artroskopska oskrba poškodovane tetive dolge glave bicepsa poškodovanega hrustanca, rekonstrukcija rotatorne manšete, stabilizacija ramenskega sklepa zaradi izpahov po poškodbi, posegi, ki vključujejo oskrbo poškodovanih vezi, tetiv ali živcev),
 - posegi na hrbtenici (dekompresija stenoze spinalnega kanala s stabilizacijo ali brez stabilizacije, operacija hernije disci, vertebroplastika, posegi na trtici),
 - posegi na kolk (artroskopija zaradi poškodbe labruma, hrustanca, utesnitve ali prostih teles dokazanih z MR preiskavo, posegi, ki vključujejo oskrbo poškodovanih vezi, tetiv ali živcev),
 - posegi na kolenskem sklepu (artroskopija kolena kot posledica poškodbe meniskusa, hrustanca, odstranitev prostega telesa, rekonstrukcija ali fiksacija vezi kolenskega sklepa, odstranitev mehko tkivnih zadebelitev (plike, burze), poseg osteotomija na tibiji, posegi, ki vključujejo oskrbo poškodovanih vezi, tetiv ali živcev),
 - posegi 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, rekonstrukcija ali fiksacija gležnja),
 - posegi na stopalu in prstih nog v primeru poškodbe ali v primeru odstranitve novonastalih mehko tkivnih ali kostnih sprememb, poškodbe hrustanca, operativni posegi, ki vključujejo oskrbo poškodovanih vezi, tetiv ali živcev,
 - posegi na sečilih (ultrazvočno drobljenje kamnov - ledvice, sečevod, mehur.

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 stanje krijejo le stroški prve izdaje zdravila v količini, ki je potrebna za zdravljenje novonastalega stanja, 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.

Preventivni pregledi in preiskave

- 7.12 **Preventivni pregledi in preiskave**, ki jih krijemo, so navedeni v tabeli v točki 6.2 teh pogojev. Kritje 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. Kritje 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

- 7.13 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.
- 7.14 Zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev, zdravil, posveta na daljavo ter preventivnega pregleda in/ali preiskave, 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.
- 7.15 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 družinske člane, kot so navedeni v točki 2.

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

9. Kako uveljavljate kritje Halo Doktor?

- 9.1 Za koriščenje zdravstvenega 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.
- 9.2 Zdravstveni posvet na daljavo poteka prek video ali telefonskega klica s splošnim zdravnikom. Izberite lahko med dvema načinoma določitve termina klica. Na termin se lahko naročite tako, da med razpoložljivimi termini izberete tistega, ki vam ustreza (splošni zdravnik/pediatr), ali pa s splošnim zdravnikom govorite takoj (v tem primeru se vzpostavi povezava običajno že v 15 minutah).
- 9.3 Splošni zdravnik po posvetu 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,
 - vas napoti na nadaljnje specialistične preiskave v okviru zavarovanja.

10. Kako uveljavljate zdravstvene storitve in zdravila?

- 10.1 Zavarovanec ali druga pooblaščen oseba zavarovanca uveljavlja pravice iz zavarovanja prek Asistence zdravje na naslednje načine:
- prek spletnega portala,
 - po (elektronski) pošti,
 - s telefonskim klicem.
- 10.2 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 in so pomembna za ugotovitev naše obveznosti iz pogodbe, npr.:
- izvid splošnega zdravnika iz kritja Halo Doktor ali
 - napotnico osebnega zdravnika ali
 - izvid zdravnika specialista.
- 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 (nova kritja), 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 10.1 in 11.2 teh pogojev.
- 10.6 Stroške za izdano zdravila iz točke 7.11 teh pogojev poravnava zavarovanec sam v lekarni in pri nas zahteva povračilo teh stroškov, skladno s točkama 10.15 in 10.16 teh pogojev.
- 10.7 Od zavarovanca ali druge 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 jo bomo izpolnili skladno s sklenjeno zavarovalno pogodbo. Zavarovanca bomo obvestili tudi v primeru zavrnitve zahtevka.

- 10.9 V primeru predhodne odobritve bomo skupaj z zavarovancem izbrali izvajalca in se dogovorili za prvi termin posamezne odobrene storitve. Če v Sloveniji ne obstaja izvajalec izven javne zdravstvene mreže, ki bi opravljal odobreno storitev, vam lahko pomagamo najti termin v javni zdravstveni službi.
- 10.10 Zavarovalnica bo zavarovancu organizirala termin prve zdravstvene storitve za posamezno nezgodo ali bolezen pri svojem pogodbenem izvajalcu najpozneje v roku 10 delovnih dni od dneva ugotovitve nastanka obveznosti zavarovalnice na podlagi popolnega zahtevka, kar zavarovalnica zavarovancu potrdi z odobritvijo zdravstvene storitve. Nadaljnje zdravstvene storitve po terminu prve zdravstvene storitve sledijo procesu zdravljenja po navodilu zdravnika specialista.
- 10.11 Če se zavarovanec ne strinja s ponujenim terminom ali želi izbrati drugega izvajalca zdravstvene storitve, bo zavarovalnica upoštevala željo zavarovanca, pri čemer v tem primeru veljajo drugačni roki za izvedbo termina.
- 10.12 Če je bil termin z izvajalcem že dogovorjen in izvajalec v izjemnem primeru odpove ta termin zaradi razlogov na svoji strani, bo izvajalec zavarovancu organiziral nadomestni termin najpozneje v roku 10 delovnih dni od dneva odpovedi.
- 10.13 Zavarovanec lahko dogovorjeni termin obravnave pri izbranem izvajalcu odpove ali predlaga njegovo spremembo, vendar le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati, preprečiti ali se jim izogniti, o čemer nas mora nemudoma obvestiti in nam po potrebi predložiti dokazila (npr. bolniški list).
- 10.14 Če zavarovanec ne odpove ali spremeni termina na način 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.
- 10.15 Zavarovanec lahko v primeru predhodne odobritve izjemoma, ob obveznem predhodnem soglasju z nami, uveljavlja storitve iz zavarovanja tudi pri drugih izvajalcih. Za termin in plačilo storitve iz zavarovanja se dogovori sam.
- 10.16 Našemu izbranemu izvajalcu bomo plačali strošek opravljenih zdravstvenih storitev, zmanjšan za soudeležbo zavarovanca, če je tako dogovorjeno v pogodbi.
- 10.17 Zavarovancu izjemoma povrnemo stroške opravljenih zdravstvenih storitev tudi brez predhodne odobritve, če ugotovimo, da bi mu izdali predhodno odobritev, če bi zavarovanec zanjo zaprosil.
- 10.18 Zavarovancu bomo v primerih iz točk 10.13 in 10.15 teh pogojev 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, fizioterapij, preventivnih pregledov in/ali preiskav ter operacij 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.
- 10.19 Zavarovanec ni upravičen do povračila drugih stroškov (npr. potnih stroškov).
- 10.20 Zahtevku za povračilo stroškov je treba predložiti račun s specifikacijo opravljenih storitev in izvid ter na našo zahtevo tudi drugo dokumentacijo.
- 10.21 Zavarovancu povrnemo strošek opravljenih zdravstvenih storitev najkasneje v roku 14 dni od dneva, ko nam je bila predložena popolna dokumentacija.
- 10.22 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 zdravljenj po poravnavi vseh zapadlih obveznosti do nas.
- 10.23 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.
- 10.24 Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila za izvedbo zdravstvene storitve, ki smo mu jih predhodno posredovali mi ali izvajalec.
- 11. Katere so omejitve naših obveznosti?**
- 11.1 Ob prvi vključitvi v zavarovanje po krovni polici oziroma priključitvi novega kritja velja za posameznega zavarovanca **čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja** tri mesece za novonastalo stanje, razen za kritji **Halo Doktor** in **Drugo zdravniško mnenje** ter za zdravstvene storitve, ki so potrebne zaradi poškodbe, ki so posledica nezgode, do katere je prišlo po začetku zavarovanja oziroma novega kritja.
- 11.2 Za vsa ob vključitvi oziroma priključitvi novega kritja že obstoječa 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 stanja bomo prevzeli šele po poteku obdobja iz prejšnje točke, če se v tem obdobju zavarovanec ni zdravil za ta obstoječa 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 kroničnega stanja, kot je opredeljeno 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 tem stanjem, zavarovanec pa je v zvezi z njim upravičen do kritij **Halo Doktor** in **Drugo zdravniško mnenje** skladno s temi pogoji.
- 12. Kaj ni krito v nobenem primeru?**
- 12.1 Zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja:
- kroničnih stanj, ki so nastala pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v času čakalne dobe iz točk 11.1, 11.2 in 11.5 teh pogojev (razen pri kritjih **Halo Doktor** in **Drugo zdravniško mnenje**),
 - obstoječih stanj, katerih simptomi so se pojavili v času dveh let pred začetkom zavarovanja oziroma novega kritja ali v času čakalne dobe, če so zdravstvene težave posledica bolezni. To ne velja za kritje **Halo Doktor**,
 - v dejavnostih intenzivne in urgentne medicine, ginekologije na primarni ravni in revmatologije,
 - v dejavnostih preventive, kamor sodijo redni obdobjni pregledi, kot je npr. preventivno spremljanje kožnih sprememb (razen preventivnih zdravstvenih storitev, ki so vključene v te pogoje),
 - 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, porodom, 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 obzobnega tkiva, vključno s storitvami čeljustne kirurgije in ortodontije, razen za preventivni parodontološki 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 zdravniku,
 - zdravstvenih storitev, opravljenih iz estetskih razlogov,
 - storitev alternativnega, komplementarnega ali eksperimentalnega zdravljenja, če ni s pogodbo določeno drugače,
 - protonskih terapij, s sončenjem povezane poškodbe kože (aktinična keratoza) ter zdravljenja smrcanja,
 - storitev, povezanih s kurjimi očesi, žulji, odebeljenimi oziroma vraščenimi nohti,
 - nadaljnjih storitev po opravljeni specialistični obravnavi, ki so povezane z zdravljenjem bradavic,
 - odstranitvev tvorbov in znamenj, ki so izvedena s kemičnim pilingom, laserjem, elektrokoagulacijo, radiofrekvenco ali z zamrznitvijo tkiva,
 - 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 kritja za druge storitve, niti za plačilo kakršnih koli drugih stroškov.
- 12.4 Ne krijemo zdravstvenih 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 nezgode ali bolezni,
 - 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, izgreedom, 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 ali vodnih plovil 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 zobnih higienikov (razen pri preventivnem parodontološkem pregledu zob in ustne votline s čiščenjem zobnega kamna v skladu s temi pogoji), 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 ugotovi, 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 oziroma novega kritja, 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 razdrtu 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 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.
- 15.3 Po izteku roka iz predhodne točke teh pogojev lahko razdremo zavarovanje po krovni polici oziroma polici brez odpovednega roka, s tem da to razdrtje nastopi z iztekom navedenega 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.
- 15.4 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.
- 15.5 V primeru zamude pri plačilu premije lahko zahtevamo povračilo stroškov, ki so nam bili zaradi zamude povzročeni skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi.
- 15.6 Premijo za družinske člane plačuje zavarovanec, ki je po pristopni izjavi svoje družinske člane vključil v zavarovanje (zavarovanec, ki je tudi plačnik premije).
- 15.7 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.

16. Ali se lahko pogodba spremeni?

- 16.1 Ob podaljšanju pogodbe v skladu s točko 5.5 teh pogojev lahko zaradi spremenjenih 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 v času trajanja zavarovanja zavarovalec oziroma zavarovanec sprotno sporočiti?	Kako nam lahko spremembo sporoči?
Spremembo dejavnosti in stalnega naslova	Spremembo lahko sporočite: • prek spletnega portala, ali nam pišete 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 elektronski poti, zlasti prek elektronske pošte ali spletnega portala oziroma po navadni pošti. 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 kasneje 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 dnem 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.general.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.general.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. Informacije 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/ozemljih, ali iz dejavnosti, ki so neposredno ali posredno povezane z ali koristijo njihovim vladam, osebam ali subjektom s prebivališčem v sankcioniranih državah/ozemljih, ali osebam ali subjektom, ki so v sankcioniranih državah/ozemljih ali njihovih teritorialnih vodah. Ta izključitev se ne uporablja za dejavnosti, 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/ozemlja po prejšnjem odstavku štejejo Demokratična ljudska republika Koreja, Iran, Sirija, Venezuela, Kuba, Belorusija, Rusija in ozemlja Krim, Donetsk, Luhansk, Zaporožje ter Herson, pri čemer se lahko seznam teh držav/ozemelj spremeni. Vsakokrat veljavni seznam teh držav je dostopen na: www.general.si/sankcijska_klavzula.