

Zdravstveno zavarovanje



Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

Zavarovalnica: **GENERALI zavarovalnica d.d.**

Produkt: **Specialisti z asistenco**

Ta dokument podaja kratek pregled zavarovanja in ne vsebuje podrobnih in popolnih podatkov o zavarovanju ter ni prilagojen vašim individualnim potrebam. Popolne predpogodbene in pogodbene informacije o zavarovanju so na voljo v drugih dokumentih (v zavarovalnih pogojih, na zavarovalni polici, ponudbi ali drugih dokumentih, ki jih prejmete pred ali po sklenitvi zavarovanja). Prosimo, da natančno preberete vso dokumentacijo, da boste z zavarovanjem seznanjeni v celoti.

ZA KAKŠNO VRSTO ZAVAROVANJA GRE?

Specialisti z asistenco je zdravstveno zavarovanje, ki vam s sklenitvijo pomaga pri ohranjanju zdravja in vam v primeru bolezni ali poškodbe oziroma samo poškodbe zaradi nezgode, če je sklenjeno zavarovanje s tovrstnim kritjem, omogoča hitro in kakovostno zdravstveno oskrbo. Zavarovanje vam nudi takojšen dostop do splošnega zdravnika prek video klica in hiter dostop do zdravstvenih storitev pri specialistih izven mreže javne zdravstvene službe ob uporabi asistenčnih storitev za zdravstvene težave, nastale v času trajanja zavarovanja. Zavarovanje omogoča hitro pridobitev diagnoze in začetek zdravljenja, optimalni potek zdravljenja, kvalitetne preventivne preglede in preiskave, za vas prilagojeno rehabilitacijo in pravočasni operativni poseg. Z zavarovanjem pridobite drugo mnenje strokovnjakov iz tujine za novonastale bolezni ali poškodbe ter ob poslabšanju obstoječega zdravstvenega stanja.



Kaj je zavarovano?

Storitve Asistence zdravje

- ✓ informacije o zavarovanju ter pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja
- ✓ informacije o izvajalcih zdravstvenih storitev
- ✓ ugotavljanje upravičenosti do kritja iz zavarovanja
- ✓ organiziranje termina obravnave pri izbranem izvajalcu

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**, ki lahko zajema: specialistični pregled, osnovno slikovno, funkcionalno in laboratorijsko preiskavo (npr. UZ, RTG) in meritev ter enostavni ambulantni poseg (npr. aplikacija blokade, punkcija)
- ✓ **zahtevna diagnostična preiskava**, ki je nadaljevanje specialistično ambulantne storitve (npr. računalniška tomografija, magnetna resonanca, kolonoskopija)
- ✓ **drugo zdravniško mnenje**: izdelava strokovnega mnenja zdravstvenih timov iz tujine, s katerim se preveri ustreznost že postavljene diagnoze in/ali priporočenega zdravljenja; do storitve drugega mnenja so upravičeni tudi vaši družinski člani; **pri sklenitvi zavarovanja za vaše ožje družinske člane drugo mnenje koristi prvi odrasli zavarovanec in velja za njega in njegove družinske člane** (partnerja, otroke do 27. leta starosti in starše zavarovanca)

Dodatno lahko izberete:

- **preventivne preglede in preiskave**: ultrazvok trebuha, ultrazvok vratnih arterij, ultrazvok skrotuma in testisov, ultrazvok dojke, ultrazvok vratu in ščitnice, laboratorijski pregled krvi in urina z izvidom, pregled za športno aktivne osebe, fizioterapevtski pregled (60 minut), paradontološki pregled zob in ustne votline s čiščenjem zobnega kamna
- **rehabilitacijo**:
 - **načrt zdravljenja**: svetovanje o nadaljnjem zdravljenju po nezgodi s hospitalizacijo
 - **fizioterapijo**: zdravljenje po operativnem posegu, poškodbi, dokazani z ustrežno slikovno diagnostiko, in po carskem rezu (do 400 ali do 800 EUR na leto, za starejše od 65 do 400 EUR zaradi nezgode)
 - **psihološko pomoč**: v primeru diagnosticiranega resnega zdravstvenega stanja in izjemnih okoliščin (popolna izguba opravljanja katerega koli poklica, poporodna depresija, ki jo ugotovi izbrani osebni zdravnik) ter v primeru smrti ožjega družinskega člana, do 700 EUR na leto
- **operacije** – vključuje diagnostične in/ali terapevtske posege,



Kaj ni zavarovano?

- ✗ stroški zdravljenja bolezni in kroničnih bolezni, ki so nastale in/ali so bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v času čakalne dobe
- ✗ stroški zdravljenja poškodb, ki so se zgodile pred začetkom veljavnosti zavarovanja
- ✗ stroški preventive (razen izjem, dogovorjenih v pogojih) ali intenzivne in urgentne medicine (ni čakalnih dob), zdravljenja kroničnih bolezni, zdravljenja refrakcijskih okvar oči ter zdravstvenih storitev v dejavnosti psihiatrije (razen psihološke pomoči, opredeljene v pogojih), revmatologije, stomatologije in estetike
- ✗ stroški fizioterapije zaradi bolečin po poškodbah in drugih vzrokih, pri katerih ni medicinsko dokazanih svežih poškodb, zaradi pretreniranosti in čezmernih naporov
- ✗ stroški zdravil, izdanih brez recepta, predpisanih v preventivne namene, zdravil za hujšanje, zdravljenje zasvojenosti: z mamili, alkoholom, nikotinom ...
- ✗ potni stroški, stroški nastanitve, stroški spremljevalca in reševalnih prevozov, ki nastanejo ob uveljavljanju pravic iz zavarovanja
- ✗ ostale izključitve, ki so podrobneje navedene v zavarovalnih pogojih



Ali je kritje omejeno?

- ! čakalna doba ob prvi sklenitvi zavarovanja oziroma priključitvi novega kritja je 3 mesece od začetka trajanja zavarovanja oziroma novega kritja, razen za kritji Halo Doktor in Drugo zdravniško mnenje ter za poškodbe, ki so posledica nezgode
- ! čakalna doba za obstoječa stanja ob prvi sklenitvi zavarovanja oziroma priključitvi novega kritja (razen pri kritjih Halo Doktor in Drugo zdravniško mnenje) je 24 mesecev od začetka trajanja zavarovanja oziroma priključitve novega kritja. Če se je v tem obdobju zavarovanec zdravil, se bo čakalna doba za obstoječe stanje štela od zaključka zdravljenja
- ! ko se kronična bolezen diagnosticira znotraj trajanja zavarovanja, krijemo zdravstvene storitve v obdobju 6 mesecev po datumu postavitve diagnoze kronične bolezni
- ! pravice do zdravstvenih storitev uveljavljate zgolj na podlagi napotnice/belega recepta, razen pri kritjih Halo Doktor, drugo mnenje, psihološka pomoč in preventivni pregledi in preiskave
- ! krijemo stroške zdravstvenih storitev do letne zavarovalne vsote
- ! ostale omejitve in podrobnejša razlaga navedenih omejitev so zapisane v zavarovalnih pogojih

ki so potrebni za postavitev diagnoze oziroma zdravljenja novonastale bolezni; izberete lahko:

- ožji paket (4.000 EUR)
- širši paket (8.000 EUR ali 15.000 EUR)

Celoten seznam operativnih posegov je naveden v pogojih.

- **zdravila na beli recept (do 200 EUR na leto)**, ki jih predpiše zdravnik specialist ob izvedbi v sklopu zavarovanja

Ne prezrite!

Pred uveljavljanjem pravic pokličite **Asistenco zdravje 080 81 10** za predhodno odobritev storitve.



Kje velja zavarovanje?

- ✓ Zavarovanje krije zdravstvene storitve v Sloveniji izven javnega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja. V tujini je možno koristiti zdravstvene storitve le izjemoma, in sicer v primerih, ki jih predhodno odobri zavarovalnica.



Kakšne so moje obveznosti?

- Vedno navajajte točne, popolne in resnične podatke.
- Obveščajte nas o vseh spremembah osebnih podatkov oziroma drugih podatkov, ki so pomembni za izvajanje zavarovanja.
- Premijo plačajte v celoti v dogovorjenem roku in na dogovorjeni način.



Kdaj in kako plačam?

Premija zapade v plačilo ob začetku vsakega plačilnega obdobja, ki ga lahko spremenite le pred začetkom novega zavarovalnega leta. Premijo plačujete mesečno, po dogovoru pa tudi četrletno, polletno ali letno.

Ne prezrite!

Svetujemo vam, da premijo plačate takoj, sicer nimate zavarovalne zaščite.



Kdaj zavarovanje začne in kdaj neha veljati?

Zavarovanje začne veljati prvega dne v mesecu, ki je na polici določen kot začetek zavarovanja, če je bila do takrat plačana prva premija. Zavarovanje sklenete za dobo enega leta z možnostjo podaljšanja. Zavarovanje se lahko podaljšuje do poteka zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 100 let starosti. Zavarovanje preneha s smrtjo zavarovane osebe, z njeno odpovedjo ali razdrtjem.



Kako lahko odstopim od pogodbe?

Zavarovanje lahko prekinete kadar koli v času trajanja zavarovanja. Prekinitev bomo uredili takoj z začetkom naslednjega meseca, ko bomo prejeli vašo odstopno izjavo. Če je v zavarovalnem letu, v katerem odpovedujete pogodbo, nastal zavarovalni primer, boste morali premijo poravnati do konca tekočega zavarovalnega leta.