

# Zdravstveno zavarovanje



Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

Zavarovalnica: GENERALI zavarovalnica d.d.

Produkt: **Kolektivno zdravstveno zavarovanje 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?

Kolektivno zdravstveno zavarovanje Specialisti z asistenco je zdravstveno zavarovanje, ki članom kolektiva s sklenitvijo zavarovanja omogoča takojšen dostop do splošnega zdravnika prek video klica, 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 krije stroške medicinsko opredeljenih zdravstvenih storitev med trajanjem zavarovanja: stroške specialistično ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav, operativnih posegov, fizioterapij, psihološke pomoči, načrta zdravljenja, zdravlil in drugega zdravniškega mnenja. Dodatno kritje Preventivni pregledi in preiskave nudi zdravstvene storitve, ki so namenjene varovanju in ohranjanju zdravja zaposlenega. Kolektiv, ki je zavaroval svoje člane, poskrbi za to, da ti hitro pridobijo diagnozo, se pravočasno zdravijo in v najkrajšem času vrnejo v kolektiv.



### Kaj je zavarovano?

#### Storitve Asistence zdravje

- ✓ informacije o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja
- ✓ informacije o izvajalcih zdravstvenih storitev
- ✓ ugotavljanje upravičenosti do kritja iz zavarovanja
- ✓ organiziranje termina obravnave pri izbranem izvajalcu
- ✓ organizacija izdelave načrta zdravljenja v primeru poškodb in drugega zdravniškega mnenja

#### Zdravstvene storitve

- ✓ **Halo Doktor** - zdravstveni posvet na daljavo, ki zajema video ali telefonski razgovor s splošnim zdravnikom/ pediatrom 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)
- ✓ **načrt zdravljenja**: svetovanje o nadaljnjem zdravljenju po nezgodi s hospitalizacijo
- ✓ **psihološka pomoč** v primeru diagnosticiranega resnega zdravstvenega stanja in izjemnih okoliščin (popolna izguba opravljanja katerega koli poklica, porodna depresija, ki jo ugotovi izbrani osebni zdravnik) ter v primeru smrti ožjega družinskega člana
- ✓ **drugo zdravniško mnenje** - izdelava strokovnega mnenja zdravstvenih timov iz tujine, s katerim se preveri ustreznost že postavljene diagnoze. Do storitve drugega mnenja so upravičeni tudi vaši ožji družinski člani
- **zdravila na beli recept**, ki jih predpiše zdravnik specialist ob izvedbi specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave oziroma operativnega posega v sklopu uveljavljanja pravic iz zavarovanja
- **fizioterapija** - zdravljenje po operativnem posegu, poškodb, dokazani z ustrezno slikovno diagnostiko, in po carskem rezu
- **operativni poseg** - vključuje diagnostične in/ali terapevtske posege, ki so potrebni za postavitve diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni. Izberete lahko:
  - ožji paket (4.000 EUR)
  - širši paket (8.000 EUR).

Celoten seznam posegov je naveden v pogojih

#### Dodatno lahko izberete:

- **preventivni pregledi in preiskave**: ultrazvok (UZ) trebuha, UZ vratnih arterij, UZ skrotuma in testisov, UZ dojke ter UZ vratu in ščitnice, laboratorijski pregled krvi in urina, pregled za športno aktivne osebe, fizioterapevtski pregled, parodontološki pregled zob in ustne votline s čiščenjem zobnega kamna

### Ne prezrite!

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



### Kaj ni zavarovano?

- ✗ stroški zdravljenja bolezni in kroničnih bolezni, katerih simptomi so se pojavili v času dveh let pred začetkom veljavnosti zavarovanja oziroma novega kritja 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
- ✗ stroški zdravlil, izdanih brez recepta, predpisanih v preventivne namene, zdravlil za hujšanje, zdravljenje zasvojenosti: z mamili, alkoholom, nikotinom ...
- ✗ potni stroški, stroški nastanitve, stroški spremljevalca in reševalnih prevozov, ki nastanejo ob uveljavljanju pravic iz zavarovanja



### Ali je kritje omejeno?

- ! čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja oziroma priključitvi novega kritja je 3 mesece od začetka trajanja zavarovanja oziroma novega kritja dalje, razen za kritji Halo Doktor in Drugo zdravniško mnenje ter za poškodbe, ki so posledica nezgode
- ! čakalna doba za obstoječa stanja ob sklenitvi zavarovanja je 24 mesecev od začetka trajanja zavarovanja oziroma priključitve novega kritja. Če se je v tem obdobju zavarovanec zdravlil, 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 pisnega mnenja zdravnika Halo Doktor/napotnice osebnega zdravnika/izvida specialista/belega recepta, razen pri kritjih Halo Doktor, drugo zdravniško mnenje in preventivni pregledi in preiskave
- ! krijemo stroške zdravstvenih storitev do letne zavarovalne vsote
- ! ostale omejitve in podrobnejša razlaga navedenih omejitev so zapisane v splošnih pogojih zavarovanja



## 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 plačujte v celoti v dogovorjenem roku in na dogovorjeni način.



## Kdaj in kako plačam?

Plačnik premije je podjetje. V dogovoru z zavarovalnico lahko premijo plačujejo tudi posamezni člani kolektiva. 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 četrtno, polletno ali letno.

### Ne prezrite!

Svetujemo vam, da premije plačujete redno, sicer boste izgubili zavarovalno zaščito.



## 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 se ob poteku dogovorjene dobe trajanja avtomatično podaljša za enako časovno obdobje, za katero je bilo sklenjeno. Zavarovanje se za posameznega zavarovanca podaljšuje v okviru veljavnosti krovne police in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni starost 75 let.

Zavarovanje preneha s smrtjo zavarovane osebe, z njeno odpovedjo ali razdrtjem.



## Kako lahko odstopim od pogodbe?

Zavarovanje lahko prekličete s pisnim obvestilom najmanj 60 dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta.

Kritje za posameznega zavarovanca preneha s prekinitvijo pogodbe, ko zavarovanec ni več član kolektiva, s smrtjo zavarovanca.