

Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje Specialisti z asistenco

01-ZSA-01/21



KAZALO

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

UVOD

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

1.1 »Specialisti z asistenco« je zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju zavarovanje), ki vam skladno s temi splošnimi pogoji v primeru nastopa zavarovalnega primera krije stroške storitev, ki jih je možno zagotoviti izven mreže javne zdravstvene službe z uporabo asistenčnih storitev, in sicer:

- **asistenčne storitve** (storitve **Asistence zdravje**),
- **zdravstvene storitve izven mreže javne zdravstvene službe**: video posvet z zdravnikom splošne oziroma družinske medicine, specialistične obravnave, diagnostične preiskave, drugo zdravniško mnenje,
- **preventivni pregledi in preiskave**,
- **rehabilitacija**: načrt zdravljenja, fizioterapija in psihološka pomoč,
- **operacije in**
- **zdravila**.

1.2 Ti splošni pogoji za zavarovanje Specialisti z asistenco (v nadaljevanju: pogoji) so sestavni del pogodbe o zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju: pogodba), ki je sklenjena med zavarovalcem in zavarovalnico. S sklenitvijo pogodbe zavarovalec soglaša z določili teh pogojev in jih v celoti sprejema.

1.3 Poleg teh pogojev so sestavni deli pogodbe tudi: ponudba, polica, morebitne vaše ali naše pisne izjave, ter druge priloge in dodatki k polici.

2. Kaj pomenijo nekateri izrazi?

IZRAZ	KRATKA OBRAZLOŽITEV
Vi ali vaš	To ste vi. Najprej kot ponudnik , ki želite z nami skleniti zavarovanje in nam v ta namen predložite svojo ponudbo, nato kot zavarovalec, ko z nami sklenete pogodbo. S sklenitvijo pogodbe pa ste tudi zavarovanec . Zavarujete lahko sami sebe in ste s tem kot zavarovanec zavarovani za stroške zdravljenja, zdravil in storitev po teh pogojih. Zavarujete lahko tudi tretjo osebo, s čimer ta oseba postane zavarovanec .
Mi ali naš ali zavarovalnica	To smo mi, GENERALI zavarovalnica d. d., Kržičeva ulica 3, Ljubljana.
Ožji družinski član	Vaš zakonec, zunajzakonski partner, partner istospolne partnerske skupnosti, otroci in posvojenci od prvega do dopolnjenega 27. leta starosti.
Družinski člani	Vaš zakonec, zunajzakonski partner, partner istospolne partnerske skupnosti, otroci in posvojenci od prvega do dopolnjenega 27. leta starosti ter vaši starši.
Ponudba	Pisni predlog zavarovalca za sklenitev ali spremembo pogodbe.
Polica	Listina o sklenjeni pogodbi.
Premija	Dogovorjeni znesek, ki nam ga plačujete po sklenjeni pogodbi.
Zavarovalna vsota	Najvišji znesek naše obveznosti iz sklenjenega zavarovanja za vse nastale zavarovalne primere v zavarovalnem letu.
Zavarovalno leto	Enoletno obdobje od začetka zavarovanja ali od obletnice začetka zavarovanja.
Asistenca zdravje	Naš asistenčni center, ki vam nudi informacije o zavarovanju, načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja in o izvajalcih zdravstvenih storitev, izvaja pomoč pri uveljavljanju vaših pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe, podaja predhodno odobritev storitev in za vas organizira termin obravnave pri izbranih izvajalcih za storitve iz zavarovanja, za katere plačilo poskrbimo mi.
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 kronične bolezni.
Novonastalo stanje	Bolezen, stanje oziroma poškodba, ki nastopi po začetku veljavnosti zavarovanja ali novega kritja oziroma lahko ob začetku veljavnosti zavarovanja sicer obstaja, vendar ni diagnosticirana oziroma zdravljena in vi kot zavarovanec ob vključitvi v zavarovanje zanjo niste vedeli oziroma niste mogli vedeti, ker niste imeli zdravstvenih težav, bolezenskih znakov ali simptomov.
Obstoječe stanje	Bolezen, stanje ali poškodba, zaradi katere je bila opravljena diagnostična preiskava ali pridobljen zdravniški nasvet ali je bila zdravljena oziroma so se pojavili simptomi, četudi ni bila zanje postavljena diagnoza dve leti pred začetkom veljavnosti zavarovanja oziroma novega kritja ali v čakalni dobi ob sklenitvi zavarovanja, hkrati pa ni kronična bolezen.
Zavarovalni primer	Dogodek, na podlagi katerega nastane naša obveznost iz pogodbe.
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 vi kot zavarovanec še ne morete 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 vi kot zavarovanec še ne morete uveljavljati pravic iz pogodbe za obstoječa zdravstvena stanja.
Izvajalec	Izvajalec zdravstvene storitve, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvenih storitev ali z zdravstvenimi storitvami povezanih dejavnosti.
Zdravstvene storitve	Strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji, ki se izvajajo pri naših izbranih izvajalcih ali drugih izvajalcih.
Medicinsko utemeljena indikacija	Bolezenski znaki in okoliščine, ki nakazujejo upravičeno odločitev za zdravstveno storitev oziroma zdravilo, ki ga skladno z medicinsko doktrino predpiše pristojni zdravnik.
Resna zdravstvena stanja	Bolezni srca in ožilja <ul style="list-style-type: none"> • miokardni infarkt • operacija obvoda 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 okončine ledvična odpoved presaditev glavnih organov multipla skleroza koma HIV Alzheimerjeva bolezen Parkinsonova bolezen akutni virusni encefalitis bakterijski meningitis
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.	
Izvid	Pisno mnenje in priporočila splošnega zdravnika, vezana na vašo zdravstveno težavo, zaradi katere ste koristili storitev iz kritija Halo Doktor .	
Beli recept	Uradni samoplačniški receptni obrazec.	
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 zavarovanja Specialisti z asistenco , ki je sklenjeno pri nas.	
Predhodna odobritev	Pozitiven zaključek našega odločanja o upravičenosti vašega zahtevka kot zahtevka zavarovanca za uveljavljanje pravic iz zavarovanja.	
Zahtevak	Prijava ali najava potrebe po zdravstveni storitvi iz zavarovanja, ki je posledica vaše bolezni ali nezgode, oziroma zahtevak iz zavarovanja za povračilo stroškov zdravstvenih storitev in zdravil oziroma za izplačilo zavarovalnine.	
Soudeležba	Vaša udeležba pri plačilu stroškov zdravstvenih storitev, preventivnih pregledov in preiskav, rehabilitacije, operacij in zdravil, v deležu, ki ga mi ne plačamo oziroma povrnemo.	

SPLOŠNO O ZAVAROVANJU

3. Kdo se lahko zavaruje?

- Ob sklenitvi zavarovanja ste lahko stari med vključno 1 in 85 let.
- Osebe, stare 85 let in več, se lahko zavarujejo po posebnih pogojih.
- Če ste stari med vključno 1 in 65 let, izbirate kritija, ki veljajo v primeru bolezni in nezgode, pri čemer lahko kritije Preventivni pregledi in preiskave izberete, če ste dopolnili 15 let. Če ste stari med vključno 66 in 85 let, lahko izbirate med kritiji, ki veljajo v primeru bolezni in nezgode, ali samo v primeru nezgode.
- Zavarovanje lahko sklenete hkrati zase in za svoje ožje družinske člane. V tem primeru vam pripada družinski popust. Do družinskega popusta ste upravičeni, če je poleg vas na isti ponudbi vsaj še en zavarovanec iz vaše ožje družine (npr. vi in vaš partner, vi in vaš otrok/otroci ...). Otroka lahko vključite v zavarovanje do njegovega dopolnjenega 26. leta, do popusta pa je upravičen do dopolnjenega 27. leta.

4. Vaša sklenitev zavarovanja ter policia

- Vi kot ponudnik nam predložite vašo pisno ponudbo za sklenitev pogodbe, ki mora obsegati vsa dejstva, ki so pomembna za sklenitev pogodbe.
- Pogodba je sklenjena, ko ste se z nami dogovorili o njenih bistvenih elementih, kot so določitev kritij, premije in zavarovalnih vsot.
- Pogodbo lahko sklenete tako, da nam posredujete vašo podpisano ponudbo v pisni ali elektronski obliki na našem obrazcu. V ponudbi morajo biti navedena vsa dejstva, bistvena za sklenitev pogodbe. Sestavni del ponudbe je tudi vprašalnik o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu zavarovanca. Če zavarovalec ni hkrati tudi zavarovanec, je za veljavnost pogodbe potreben tudi podpis zavarovanca.
- Ponudba vas veže osem dni od dneva, ko je prispela v zavarovalnico, oziroma trideset dni, ko je prispela v zavarovalnico, če je potreben zdravniški pregled. Za zdravniški pregled šteje izpolnitev vprašalnika o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu zavarovanca ali osebni pregled zavarovanca pri zdravniku, če tako določimo v skladu z našimi pravili sklepanja. Če je za sklenitev zavarovanja potrebna dodatna medicinska dokumentacija, nam jo na našo zahtevo posredujete v roku štirinajstih dni. Če je potreben osebni pregled pri zdravniku, vam bomo to sporočili. Če v osmih oziroma tridesetih dneh (če je potreben zdravniški pregled) od dneva prejema vaše ponudbe, ki ne odstopa od pogojev, po katerih sklepamo predlagano zavarovanje, ponudbe ne zavrnamo, se šteje, da smo jo sprejeli in da je pogodba sklenjena. V tem primeru šteje pogodba za sklenjeno z dnem, ko je ponudba prispela k nam.
- Če se med podpisom ponudbe in njenim sprejemom bistveno spremeni vaše zdravstveno stanje ali kakšno drugo dejstvo, pomembno za sklenitev pogodbe, nam morate to nemudoma sporočiti. Posledice neizpolnitve te obveznosti so določene v točki 5 teh pogojev.
- Vašo ponudbo za sklenitev pogodbe lahko zavrnamo brez obrazložitve.
- Ob predložitvi vaše ponudbe lahko plačate predplačilo v višini dogovorjene premije. To predplačilo šteje za plačilo prve premije, če pogodba začne veljati, v nasprotnem primeru pa vam ga v celoti vrnemo.
- Po sprejemu vaše ponudbe vam bomo na podlagi podatkov iz ponudbe izdali polico. Polica predstavlja dokazilo o sklenjeni pogodbi in vsebuje poleg podatkov iz ponudbe tudi druge podatke v skladu z veljavno zakonodajo.
- Če se policia razlikuje od ponudbe ali drugih pisnih izjav zavarovalca, imate pravico, da v roku tridesetih dni po prejemu police pisno ugovarjate. Če v tem roku ugovarjate in se odločite za odstop od pogodbe, vam v tem primeru že plačano premijo vrnemo. Od pogodbe ne morete odstopiti, če je v tem obdobju že prišlo do zavarovalnega primera. Če v zgoraj navedenem roku ne prejmemo vašega sporočila o odstopu, se upošteva, da je pogodba sklenjena, kot izhaja iz police.
- S pogodbo se obvezujete, da nam boste plačevali premijo na način in v obliki, kot je dogovorjeno na polici, mi pa se obvezujemo, da bomo ob nastanku zavarovalnega primera izpolnili svoje obveznosti, kot so določene v pogodbi.

5. Kaj nam morate sporočiti ob sklenitvi in kaj se zgodi, če tega ne storite?

- Ob sklenitvi pogodbe ste nam dolžni prijaviti vse okoliščine, ki so vam znane ali vam niso mogle ostati neznane in so pomembne za sklenitev in izvajanje zavarovanja. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, ki so bile navedene v vaši ponudbi.
- Če ste namenoma neresnično prijavili ali namenoma zamolčali kakšno okoliščino take narave, da z vami ne bi sklenili pogodbe, lahko odstopimo od pogodbe in odklonimo plačilo stroškov storitev ali zavrnamo zahtevak ali zahtevamo povračilo plačanih stroškov opravljenih storitev, če nastopi zavarovalni primer, preden smo izvedeli za tako okoliščino.
- Če je bila pogodba prekinjena iz razlogov, navedenih v prejšnji točki, vam že plačane premije ne vrnemo. Naša pravica do razveljavitve pogodbe preneha, če v roku treh mesecev od dneva, ko smo izvedeli za neresničnost prijave

- ali za zamolčanje, ne izjavimo, da nameravamo pogodbo prekiniti.
- 5.4 Če kaj neresnično prijavite ali opustite dolžno obvestilo, pa tega ne storite namenoma, lahko po izbiri v enem mesecu od dneva, ko smo izvedeli za neresničnost ali nepopolnost prijave, predlagamo zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo.
- 5.5 V takem primeru preneha pogodba po izteku štirinajstih dni od dneva, ko smo vam sporočili svoj odstop od pogodbe; če predlagamo zvišanje premije, pa je pogodba po samem zakonu prekinjena, če ne sprejmete predloga v štirinajstih dneh od dneva, ko ste ga prejeli.
- 5.6 Če je zavarovalni primer nastal, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred prekinitvijo pogodbe oziroma pred dosegom sporazuma o zvišanju premije, se plačilo storitev zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost. Če je plačilo storitve že bilo izplačano, bomo ugotovljeno zmanjšanje plačila storitve uveljavljali neposredno od vas, kot povračilo neupravičeno prejete koristi.
- 5.7 Če so nam bile ob sklenitvi pogodbe znane ali nam niso mogle ostati neznanе okoliščine, pomembne za ocenitev nevarnosti, vi pa ste jih netočno prijavili ali zamolčali, se ne moremo sklicevati na netočnost prijave ali zamolčanje.
- 5.8 V primeru sklenitve zavarovanja na daljavo imate v skladu z zakonom, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da v roku štirinajstih dni od dneva sklenitve zavarovanja brez obrazložitve odstopite od pogodbe.

6. Kdaj ste zavarovani?

- 6.1 Zavarovanje začne veljati tistega dne, ki je na polici določen kot datum začetka zavarovanja.
- 6.2 Zavarovanje se sklence za obdobje enega leta.
- 6.3 Pogodba se ob izteku dogovorjene dobe vsakokrat avtomatično podaljša za enako časovno obdobje, za katerega je bila sklenjena, razen če takšnega dogovora ne prekličete s pisnim obvestilom, ki nam ga morate posredovati najmanj trideset dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. V primeru preklica v navedenem roku pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 6.4 Ob podaljšanju zavarovanja se premija določi za naslednje zavarovalno obdobje skladno s točko 14 teh pogojev.
- 6.5 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 pogodbe ne moremo več imeti v veljavi. V primeru odstopa vas bomo o tem obvestili vsaj tri mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 6.6 Zavarovanje se podaljšuje in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni starost 100 let.
- 6.7 Pogodba predčasno preneha s smrtjo zavarovanca, z njeno odpovedjo ali razdrtjem.

7. Kdaj začne in preneha zavarovalno kritje?

- 7.1 Zavarovalno kritje začne veljati z datumom začetka zavarovanja oziroma novega kritja, ob upoštevanju **čakalne dobe ob sklenitvi zavarovanja** oziroma **čakalne dobe za obstoječa stanja** in ko je za zavarovanje v celoti plačana zapadla premija. Kritiji **Halo Doktor** in **Drugo zdravniško mnenje** nimata navedenih čakalnih dob.
- 7.2 Zavarovalno kritje velja v posameznem zavarovalnem letu do porabe celotne zavarovalne vsote. Z začetkom naslednjega zavarovalnega leta se zavarovalno kritje ponovno vzpostavi. Število zdravstvenih posvetov na daljavo pri kritju **Halo Doktor** ni omejeno.
- 7.3 Zavarovalno kritje preneha s prenehanjem zavarovanja.

OPIS KRITIJ

8 Katera kritja zajema zavarovanje?

- 8.1 Zavarovanje zajema kritja, ki veljajo v primeru **bolezni in nezgode**. Če ste stari med vključno 66 in 85 let, se lahko odločite za kritja, ki veljajo samo v primeru **poškodbe pri nezgodi**. Kritja izberete v skladu s pravili, ki veljajo pri zavarovalnici.

- 8.2 Poškodba je sprememba ali prizadetost tkiva, organa oziroma organizma, ki nastopi kot posledica nezgode.
- 8.3 V skladu z definicijo nezgode v točki 2 za nezgodo štejejo:

Št.	TABELA - KAJ JE NEZGODA?
1	Povožitev.
2	Trčenje.
3	Padec.
4	Zdrs.
5	Strmoglavljenje.
6	Opeklina z ognjem ali elektriko, tekočinami ali paro, kislinami, lužinami ipd.
7	Zadušitev in utopitev.
8	Prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje do katerih pride brez zunanega vzroka, vendar le, če povzročijo najmanj popolno pretrganje mišic, popoln izpah sklepa, popolno pretrganje sklepnih vezi, popoln prelom zdravih kosti, zlom stalnih zdravih zob (ne velja za stalne zobe, ki so konzervativno ali protetično oskrbovani) in če so bili neposredno po poškodbi ugotovljeni v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi.
9	Izpahi in izvini sklepov.
10	Zlomi zdravih kosti.
11	Udarec s predmetom ali ob predmet.
12	Prometna nesreča.
13	Udarec električnega toka ali strele.
14	Ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali eksplozivnimi snovmi.
15	Vbod s predmetom.
16	Udarec, ugriz živali ali pik živali, razen če ta povzroči kakšno infekcijsko bolezen.
17	Zastrupitev zaradi zaužitja strupa v hrani ali s kemičnimi snovmi, če se dokaže z bakteriološkim izkazom, razen če okužba nastane zaradi zaužitja bakterij (npr. salmonela).
18	Okužba poškodbe, ki je nastala zaradi nezgode.
19	Zastrupitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par razen poklicnih obolenj.
20	Zadušitev ali dušitev zaradi zasipanja z zemljo, s peskom, snegom in podobnim.
21	Delovanje svetlobe, sončnih žarkov, temperature ali slabega vremena, če je bila zavarovana oseba takšnemu delovanju izpostavljena zaradi nezgode, ki se je neposredno pred tem pripetila, ali če se je znašla v takšnih nepredvidenih okoliščinah, ki jih ni mogla preprečiti oz. je bila takšnemu delovanju izpostavljena zaradi reševanja človeškega življenja.
22	Delovanje rentgenskih in radijskih žarkov, vendar samo, če nezgoda nastopi naglo in nenadno.

- 8.4 Za nezgodo in posledice nezgode po teh pogojih ne štejejo spodnji primeri:

Št.	TABELA - KAJ NI NEZGODA?
1	Vse bolezni in posledice bolezni (navadne, nalezljive, poklicne, degenerativne in bolezni psihične narave), spremembe psihičnega stanja po nezgodi.
2	Možganska kap, srčni infarkt in epilepsija, kakor tudi vse poškodbe, ki nastanejo kot posledica le-teh.
3	Vsa alergična stanja in infekcijske bolezni, ki so povzročene s pikom ali ugrizom živali (na primer borelijoza, klopni meningitis, malarija).
4	Okužba s salmonelo in ostalimi patogenimi bakterijami, paraziti, virusi in drugimi povzročitelji.

5	Vse vrste kil, razen tistih, ki nastanejo zaradi direktne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanske sile, če je bila po poškodbi poleg kile ugotovljena tudi poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju.
6	Medvretenčne kile (hernia disci intervertebralis), vse vrste lumbagij, diskopatij, sakralgij, miofasciitov, kokcignidij, ishialgij, fibrozitov, entezitov, spondiloz, spondilolistez in vse spremembe hrbtenice, ki so označene z analognimi termini, četudi se njihova simptomatika pojavi šele po nezgodi, in vse bolezni ali okvare, označene z analognimi izrazi, ponavljajoči se in habitualni izpahi ali izvini na istem sklepu ter vse vrste burzitisov, tendinitov in tendovaginitov, četudi se pojavijo šele po poškodbi.
7	Odstop mrežnice (ablatio retinae) na že prej bolnem ali degenerativno spremenjenem očesu; izjemoma se prizna odstop mrežnice pri prej zdravem očesu, če obstajajo znaki neposredne zunanje poškodbe očesnega zrkla, ki je bila ugotovljena v zdravstveni ustanovi neposredno po poškodbi.
8	Vsa stanja, ki nastanejo zaradi raznih alergij, rezanja in trganja žuljev ter drugih izrastkov kože.
9	Strganja degenerativno spremenjenih mišic, tetiv, vezi, meniskusov, hrustanca, medvretenčnih ploščic in njihove posledice.
10	Spontani pnevmotoraks, ruptura anevrizme, perforacija bobniča pri potapljanju, počenje cist notranjih organov, spontani splav.
11	Posledice medicinskih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni.
12	Anafilaktični šok, razen če je nastal pri zdravljenju nezgode.
13	Posledice, ki nastanejo zaradi abstinence krize, delovanja mamil ali drugih psihoaktivnih snovi.
14	Poškodbe v predelu patoloških sprememb na kosteh, zobovju in hrustancu, kot tudi posledice nezgode na patološko spremenjenih kosteh, zobovju, hrustancu.
15	Subjektivne težave (npr. zmanjšanje motorične moči mišic, bolečine, otekline in preobremenitve na mestu poškodbe).
16	Sistemske živčno mišične bolezni.
17	Telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanje vzroke, ki ne povzročijo posledic iz 8. alineje točke 8.3 in niso bile neposredno po poškodbi ugotovljene v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi.
18	Poškodbe delov ali celih mišic ob hotenih gibih ali naporih (brez delovanja zunanjih vplivov).
19	Tri - ali večkrat ponavljajoča poškodba istega sklepa (npr. ponoven kompletni ali delni izpah/izvin na istem sklepu).
20	Vse vrste sinkop, sinkopi podobnih stanj, kolapsi in posledice le-teh.

8.5 Vsa kritja vam zaradi boljše preglednosti 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"> • zavarovanju, • izvajalcih, • 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	<ul style="list-style-type: none"> • izvedbe zdravstvenih storitev iz zavarovanja.

Zdravstvene storitve	
Halo Doktor	<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.
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 postavljenimi diagnozo in/ali priporočenim zdravljenjem. 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, prekrvavitvenosti 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.
Paradontološki 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 bolezni dihal. Pregled vključuje paradontološki pregled zob in ustne votline ter čiščenje morebitnega zobnega kamna.
Rehabilitacija	
Načrt zdravljenja	<ul style="list-style-type: none"> Svetovanje o nadaljnjem zdravljenju v primeru poškodbe zaradi nezgode, pri kateri je bila potrebna hospitalizacija.
Fizioterapija	<ul style="list-style-type: none"> Storitev kot nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega.
Psihološka pomoč	<ul style="list-style-type: none"> Storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije ob: <ul style="list-style-type: none"> resnem zdravstvenem stanju, trajni izgubi delovne zmožnosti opravljanja poklica, poporodni depresiji ali izgubi ožjega družinskega člana.

Operacije	
Ožji paket operacij	<ul style="list-style-type: none"> Ožji nabor diagnostičnih in/ali terapevtskih posegov, potrebnih za diagnosticiranje ali zdravljenje novonastale bolezni po specialistični obravnavi ali zahtevni diagnostični preiskavi.
Širši paket operacij	<ul style="list-style-type: none"> Širši 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.

VSEBINA IN OBSEG ZAVAROVANJA – PODROBNEJE

- Asistenčne storitve**
- 8.6 **Informiranje** je storitev Asistence zdravje, ki vam nudi informacije o zavarovanju, izvajalcih ter o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja ter v sistemu mreže javne zdravstvene službe v Sloveniji.
- 8.7 **Odločanje o upravičenosti do pravic iz zavarovanja in organiziranje storitev** je odločanje Asistence zdravje o upravičenosti do storitev iz zavarovanja in organiziranje vašega termina obravnave pri naših izbranih izvajalcih.
- Zdravstvene storitve**
- 8.8 **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 zdravstvenih posvetov na daljavo ni omejeno. Splošni zdravnik v okviru posameznega zdravstvenega posveta obravnava le eno zdravstveno težavo. Zdravstveni posvet na daljavo izvaja splošni zdravnik, ki ga določijo naši izbrani izvajalec iz svoje mreže splošnih zdravnikov.
- 8.9 **Specialistična obravnava** so specialistične ambulantne storitve, ki so potrebne za postavitev 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.
- 8.10 **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, gastroskopija in kolonoskopija ter odvzem tkiva.
- 8.11 **Drugo zdravniško mnenje** vključuje storitev zdravnika koordinatorja iz Slovenije in izdelavo strokovnih mnenj zdravstvenih timov iz tujine, s katerimi se preveri ustreznost že postavljene diagnoze ali priporočenega zdravljenja. Do storitev drugega mnenja so poleg zavarovanca upravičeni tudi njegovi družinski člani.
- 8.12 **Preventivni pregledi in preiskave** **Preventivni pregledi in preiskave**, ki jih krijemo, so navedeni v tabeli v točki 8.5 teh pogojev. Kritje zagotavlja eno od navedenih storitev po izboru zavarovanca, in sicer prvič po enem letu od začetka kritja, nato ob avtomatskem podaljšanju 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.

Rehabilitacija

8.13 **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.

8.14 **Fizioterapija** vključuje storitve ambulantne fizioterapije, ki so nadaljevanje specialistične obravnave, zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega in so potrebne za zdravljenje novonastale bolezni, če je tako dogovorjeno v pogodbi. Stroški fizioterapije so kriti:

- za stanja po opravljenem operativnem posegu,
- po zlomu kosti,
- po delnem ali popolnem izpahu sklepa oziroma po delni ali popolni raztrganini mišic, tetiv in/ali vezi, ki mora biti dokazana z ustreznimi slikovnimi diagnostiki (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 poškodb živcev, kjer je ta rok dve leti. Zavarovancu krijemo stroške storitev ambulantne fizioterapije do pet obravnav za posamezen zavarovalni primer iz kritja Fizioterapija. 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 pooblaščenega zdravnika zavarovalnice ali fizioterapevta.

8.15 **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,
- poporodne depresije, ki jo ugotovi izbrani osebni zdravnik ali zdravnik specialist ter
- v primeru smrti otroka, zakonca, zunajzakonskega partnerja, partnerja istospolne partnerske skupnosti zavarovanca,

če je to kritje dogovorjeno v pogodbi. Zavarovancu krijemo stroške psihološke pomoči do deset individualnih obravnav (seans) za posamezen zavarovalni primer iz tega odstavka. Po seriji štirih individualnih obravnav je treba za nadaljevanje zdravljenja pridobiti odobritev našega pooblaščenega zdravnika na podlagi poročila izvajalca psihološke pomoči.

Operacije

8.16 **Ožji paket operacij**, vključuje diagnostične in/ali terapevtske posege, ki so nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave in so potrebni za postavitve diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni. To so:

- poseg na očesu (pteriigij, 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 in je tkivo poslano na patohistologijo,
- druge odstranitve tvorbov in znamenj, če je tkivo poslano na patohistologijo,
- hidrokela, spermatokela ali varikokela,
- poseg na roki (operacija karpalnega kanala, sprožilnega prsta, Dupuytrenova kontraktura),
- ginekološka diagnostika (diagnostična histeroskopija z biopsijo).

8.17 **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 mehkotivnih ali kostnih sprememb,
- UZ razbijanje ledvičnih kamnov.

Zdravila

8.18 **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 krijajo 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.

KORIŠČENJE LETNE ZAVAROVALNE VSOTE

8.19 Zavarovanje **Specialisti z asistenco** ima zavarovalno vsoto, ki je določena na polici. Zavarovalna vsota je lahko določena tudi za posamezno kritje iz tega razdelka in je navedena na vaši polici.

8.20 Zavarovanje pri kritjih Specialistična obravnava in Zahtevna diagnostična preiskava, Rehabilitacija, Operacije in Zdravila krijajo stroške zdravstvenih storitev, 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.

8.21 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

9. Katere so naše obveznosti?

- 9.1 Ob nastanku posameznega zavarovalnega primera zaradi bolezni in nezgode ali samo zaradi nezgode bomo izpolnili s pogodbo določene obveznosti v obliki organiziranja in plačila zdravstvene storitve, preventivnih pregledov in preiskav, rehabilitacije, operacije ali stroškov zdravlil.
- 9.2 Izbranim izvajalcem zavarovalnice bomo plačali stroške opravljenih storitev iz posameznega kritija. Če bo storitev opravil drug izvajalec, izplačamo oziroma povrnemo stroške opravljenih storitev iz posameznega kritija neposredno vam kot zavarovancu.
- 9.3 Zdravstveno storitev v okviru kritija **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.
- 9.4 Do prejema zdravstvene storitve, preventivnega pregleda in/ali preiskave, rehabilitacije, operacije in zdravlil je upravičen zavarovanec. Izjema je drugo zdravniško mnenje, ki ga lahko zavarovanec koristi tudi za družinske člane, kot so navedeni v točki 2.

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

10. Kako uveljavljate kritje Halo Doktor?

- 10.1 Za koriščenje zdravstvenega posveta na daljavo v okviru kritija **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 Zdravstveni 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. Kako uveljavljate druge zdravstvene storitve?

- 11.1 Zavarovanec ali druga pooblaščenca oseba zavarovanca uveljavlja pravice iz zavarovanja prek Asistence zdravje na naslednje načine:
- s telefonskim klicem,
 - po (elektronski) pošti,
 - prek spletnega portala.
- 11.2 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 in izvid zdravnika specialista) in so pomembna za ugotovitev naše obveznosti iz pogodbe.
- 11.3 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 točke 12 teh pogojev.
- 11.4 Za zdravstveno storitev, ki jo potrebuje zavarovanec, mora biti izkazana medicinsko utemeljena indikacija, kot je opredeljena v točki 2 teh pogojev.
- 11.5 Če je bilo zavarovanje spremenjeno in vsebuje kritija, ki jih predhodno zavarovanje ni vključevalo, mora biti zdravstvena

storitev, ki jo potrebuje zavarovanec iz točke 11.2 teh pogojev, ugotovljena po začetku veljavnosti novega kritija in po poteku čakalne dobe novega kritija iz točke 12 teh pogojev.

- 11.6 Stroške za izdano zdravila iz točke 8.18 teh pogojev poravnava zavarovanec sam v lekarni in pri nas zahteva povračilo stroškov, skladno s točkama 11.19 in 11.20 teh pogojev.
- 11.7 Od zavarovanca ali druge pravne ali fizične osebe lahko zahtevamo dodatna dokazila, da bi ugotovili pomembne okoliščine v zvezi z reševanjem zahtevka.
- 11.8 Na podlagi popolnega zahtevka odločamo, do katerih kritij ste upravičeni, in vas 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 pogodbo. Obvestimo vas tudi v primeru zavrnitve zahtevka.
- 11.9 V primeru predhodne odobritve bomo skupaj z zavarovancem izbrali izvajalca in dogovorili termin odobrenih storitev. Če v Sloveniji ne obstaja izvajalec izven javne zdravstvene mreže, ki bi opravljal odobreno storitev, vam lahko pomagamo najti termin v javni zdravstveni službi.
- 11.10 Termin se dogovori praviloma v roku desetih dni na podlagi popolnega zahtevka za ugotovitev naše obveznosti iz pogodbe. Uredimo ga pri naših izbranih izvajalcih. Navedeni rok je v posameznih primerih lahko daljši, če obstajajo za to utemeljeni razlogi na strani izvajalca, pri čemer zavarovanca o tem obvestimo. Če se zavarovanec s predlaganim terminom ne strinja, se lahko z nami ali z izbranim izvajalcem dogovori za nov termin.
- 11.11 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).
- 11.12 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. Nadomestni termin pri našem izbranem izvajalcu bomo omogočili tudi v primeru naše odpovedi dogovorjenega termina.
- 11.13 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 se dogovori sam.
- 11.14 Našemu izbranemu izvajalcu bomo plačali strošek opravljenih zdravstvenih storitev, zmanjšan za soudeležbo zavarovanca, če je tako dogovorjeno v pogodbi.
- 11.15 Zavarovancu izjemoma povrnemo stroške opravljenih zdravstvenih storitev tudi brez predhodne odobritve, če ugotovimo, da bi mu izdali predhodno odobritev, v primeru da bi zavarovanec zanj zaprosil.
- 11.16 Zavarovancu bomo v primeru iz točk 11.13 in 11.15 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, preventivnih pregledov in/ali preiskav ter operacij v višini računa izvajalca, vendar največ v obsegu in v višini cene storitve, ki bi jo plačali mi našemu izbranemu izvajalcu,
 - stroške opravljenih fizioterapij, vendar za posamezen primer največ 50 % zavarovalne vsote, ki je za kritje fizioterapije določena v pogodbi, vendar največ v obsegu štirih fizioterapevtskih obravnav,
 - stroške zdravlil, izdanih v lekarni.
- 11.17 Zavarovanec ni upravičen do povračila drugih stroškov (npr. potnih stroškov).
- 11.18 Zahtevku za povračilo stroškov je treba predložiti račun s specifikacijo opravljenih storitev in izvid ter na našo zahtevo tudi drugo dokumentacijo.
- 11.19 Zavarovancu povrnemo strošek opravljenih storitev najkasneje v roku štirinajstih dni od dneva, ko nam je bila predložena popolna dokumentacija.
- 11.20 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.

- 11.21 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.
- 11.22 Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila za izvedbo obravnave, ki smo mu jih predhodno posredovali mi ali izvajalec.

12 Katere so omejitve naših obveznosti?

- 12.1 Ob prvi sklenitvi zavarovanja oziroma priključitvi novega kritja velja **čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja** tri mesece za novonastalo bolezen ali stanje, razen za kritje **Halo Doktor, Drugo zdravniško mnenje** in za poškodbe, ki so posledica nezgode, do katere je prišlo po začetku zavarovanja oziroma novega kritja.
- 12.2 Za vsa že obstoječa zdravstvena stanja ob sklenitvi zavarovanja oziroma priključitvi novega kritja velja pri vseh kritjih (razen pri kritju **Halo Doktor** in **Drugo zdravniško mnenje**) 24-mesečna **čakalna doba za obstoječa stanja**. Zavarovanec mora torej imeti zavarovalno kritje najmanj 24 mesecev, preden začne veljati zavarovalno kritje za ta stanja.
- 12.3 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.
- 12.4 Če se je v obdobju čakalne dobe iz točke 12.2 teh pogojev zavarovanec zdravil, se bo **čakalna doba za obstoječa zdravstvena stanja** štela od zaključka zdravljenja dalje.
- 12.5 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 kritja **Halo Doktor**, skladno s temi pogoji.

13. Kaj ni krito v nobenem primeru?

- 13.1 Zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja:
- kroničnih bolezni, ki so nastale in/ali so bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v času čakalne dobe iz točke 12 teh pogojev (razen pri kritju **Halo Doktor**),
 - obstoječih stanj, ki so bila diagnosticirana pred potekom čakalne dobe iz točke 12.1 teh pogojev (razen pri kritju **Halo Doktor**),
 - v dejavnostih intenzivne in urgentne medicine ter preventivne (razen preventivnih zdravstvenih storitev, ki so vključene v te pogoje), ginekologije na primarni ravni in revmatologije,
 - v dejavnosti psihiatrije in klinične psihologije, razen za primere, določene s temi pogoji,
 - fobij, demence, motenj, povezanih z ADHD, motenj hranjenja in Tourettovega sindroma ter drugih duševnih bolezni, duševnih motenj in splošnih psihičnih težav, debelosti ter operacij in zdravljenj, do katerih pride zaradi zdravljenja debelosti,
 - spolno prenosljivih bolezni, okužb s HIV in bolezni, ki jih povzročata 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, 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 paradontološki pregled zob in ustne votline s čiščenjem zobnega kamna v skladu s temi pogoji.

- 13.2 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,
 - odstranitev tvorb 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.
- 13.3 **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.
- 13.4 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.
- 13.5 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, mioopatij, utrujenosti, pretreniranosti).
- 13.6 Ne krijemo stroškov:
- zdravlil, ki se lahko izdajajo brez recepta tudi v specializiranih prodajalnah, četudi imajo dovoljenje za promet v Republiki Sloveniji,
 - bioloških zdravlil,
 - zdravlil, predpisanih na recept v preventivne namene,
 - zdravlil za zdravljenje erektilne disfunkcije,
 - zdravlil za odpravljanje prekomerne teže,
 - zdravlil za odpravljanje androgene alopecije ter kontraceptivov,
 - zdravlil za odvajanje od kajenja,
 - zdravlil, predpisanih z dietetičnimi, dezinfekcijskimi, negovalnimi in kozmetičnimi učinki.
- 13.7 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, sabotžo, terorističnim dejanjem, izgredom, vstajo, revolucijo ipd., ne glede na to, ali je zavarovanec v njih sodeloval,

- z epidemijo, pandemijo, onesnaženjem okolja, radioaktivnim sevanjem, neposrednim ali posrednim delovanjem jedrske energije ter naravnimi nesrečami,
 - s pripravo, poskusom ali izvršitvijo kaznivega dejanja, kakor tudi zaradi pobega po takšnem dejanju,
 - s fizičnim obračunavanjem, razen v primeru dokazane samoobrambe, kar zavarovanec dokazuje sam,
 - s samopoškodbo ali poskusom samomora;
 - z upravljanjem vozil, zračnih plovil, plovnihih objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.
- 13.8 Izključene so zdravstvene storitve iz naslova dejavnosti zdravstvene nege, dejavnosti babic, delovne terapije, optometrije, logopedije, dietetike, dejavnosti zobnih higienikov (razen pri preventivnem paradontološkem 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.
- 13.9 Izključene so tudi naše obveznosti v primeru ugotovljenih neresničnih podatkov, zamolčanja, prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca in zavarovanca.
- 13.10 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.
- 13.11 Če se bo ugotovilo, da smo zaradi izključitve naše obveznosti storitev plačali neutemeljeno, imamo pravico od zavarovanca zahtevati povračilo teh stroškov, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi od dneva plačila dalje.
- 13.12 V vsakem primeru so izključene naše obveznosti, če zavarovanec potrebuje zdravstveno storitev pred začetkom veljavnosti zavarovanja oziroma novega kritja, v času čakalne dobe iz točke 12 teh pogojev ter po koncu veljavnosti zavarovanja.

VAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE

14 Kako določimo višino premije?

- 14.1 Višino premije in dobo plačevanja premije določimo v skladu z našimi pravili sklepanja.
- 14.2 Ob sklenitvi zavarovanja se premija za prvo zavarovalno leto določi na podlagi odgovorov iz vprašalnika o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu. Na podlagi teh lahko določimo višjo premijo oziroma določimo izključitve naših posameznih obveznosti, povezanih z zdravstvenim stanjem zavarovanca.
- 14.3 Če sklenete zavarovanje zase in za svojo družino, kot je opredeljena v točki 2 teh pogojev, vam pripada družinski popust v skladu s pravili zavarovalnice. Popust se obračuna na premijo za vsakega zavarovanca posebej. Otrok je upravičen do družinskega popusta do dopolnjenega 27. leta starosti. Če zavarovanec ni več član družine, se zanj družinski popust ukine.

15 Kako nam morate plačevati premijo?

- 15.1 Premija se plačuje vnaprej z dinamično plačevanja, ki je določena v pogodbi.
- 15.2 V primeru zaostankov pri plačilu premije se obveznosti poravnajo po vrstnem redu zapadlosti.
- 15.3 Če premija ni plačana do dneva zapadlosti, lahko zavarovalca pozovemo, da nam jo plača. Če premija ni plačana v roku, ki ga postavimo v pozivu in ta ni krajši od 30 dni, bomo pogodbo razdrli z iztekom tega roka, če do izteka premija še vedno ne bo plačana. V primeru razdrtja pogodbe zaradi neplačila nam pripada premija za celotno tekoče zavarovalno leto, če je do razdrtja pogodbe nastal zavarovalni primer.
- 15.4 V primeru zamude pri plačilu premije lahko od zavarovalca zahtevamo povračilo stroškov, ki so nam bili zaradi zamude povzročeni skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi.
- 15.5 Premija mora biti plačana do konca zavarovalnega leta, v katerem je nastal zavarovalni primer.

16 Ali se lahko pogodba spremeni?

- 16.1 Ob podaljšanju pogodbe v skladu s točko 6.3 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 trideset dni pred uveljavitvijo spremembe. Spremembe veljajo ob podaljšanju pogodbe z nastopom naslednjega zavarovalnega obdobja.
- 16.3 Kot zavarovalec imate pravico, da v roku tridesetih 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 morate sporočiti, ko ste zavarovani pri nas?

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

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

- 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.

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.

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 - Medijskim 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 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.generali.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.generali.si/sankcijska_klavzula.