

Zdravstveno in nezgodno zavarovanje



Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

Zavarovalnica: GENERALI zavarovalnica d.d.

Produkt: **Moje zdravje**

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?

»**Moje zdravje**« je zavarovanje, ki vam s sklenitvijo pomaga pri preventivi in ohranjanju zdravja in vam v primeru bolezni ali poškodbe omogoča hitro in kakovostno zdravstveno oskrbo ter finančno zaščito v primeru nezgode. Zavarovanje vam nudi takojšen dostop do splošnega zdravnika na daljavo 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. S sklenitvijo nezgodnih kritij poskrbite za finančno zaščito ob težji nezgodi in zaščito svojih bližnjih.



Kaj je zavarovano?

Zavarujejo se lahko osebe od 1. do 85. leta starosti. Kritije Preventivne zdravstvene storitve lahko izberejo osebe od 16. leta naprej. Kritije Posmrtnina lahko izberejo osebe od 16. do 74. leta starosti, kritije Smrt zaradi nezgode pa osebe od 16. leta naprej. Zavarovanje vam nudi naslednja kritija:

Skupina kritij MOJE ZDRAVJE - SPECIALISTI

- ✓ **Storitve Asistence Zdravje na 080 81 10**
 - informacije o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja ter o izvajalcih zdravstvenih storitev
 - ugotavljanje upravičenosti do kritija iz zavarovanja
 - organiziranje termina obravnave pri izbranem izvajalcu
- ✓ **Halo Doktor** – zdravstveni posvet na daljavo, ki zajema video ali telefonski razgovor s splošnim zdravnikom in njegov izvid; kritije velja za novonastala in obstoječa zdravstvena stanja brez čakalne dobe
- ✓ **Specialistična obravnava**, ki lahko zajema: specialistične preglede, osnovne slikovne, funkcionalne in laboratorijske preiskave (npr. UZ, RTG) in meritve, enostavne ambulantne posege (npr. aplikacija blokade, punkcija)
- ✓ **Zahtevna diagnostična preiskava**, ki je nadaljevanje specialistične obravnave (npr. računalniška tomografija, magnetna resonanca, kolonoskopija)
- ✓ **Zdravila na beli recept (do 200 EUR)**, ki jih predpiše zdravnik specialist ob izvedbi v sklopu uveljavljanja pravic iz zavarovanja
- ✓ **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 družinski člani zavarovanca (partner, otroci do 27. leta starosti in starši)
- ✓ **DNK analize**, s katerimi izvajalec ugotavlja genetske predispozicije zavarovanca za optimalno prehrano, spanje, obvladovanje stresa in nagnjenost k razvoju različnih bolezni
- ✓ **Prehodna oskrba** vključuje pomoč pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil in prevoz ter spremstvo zavarovanca na kontrolne preglede, kemoterapije in obsevanja, ki jih zavarovanec potrebuje zaradi posledic bolezni ali nezgode
- ✓ **Prehodna oskrba zaradi nezgode** vključuje pomoč pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil in prevoz ter spremstvo zavarovanca na kontrolne preglede, ki jih zavarovanec potrebuje zaradi posledic nezgode

Dodatna kritija:

- **Preventivne zdravstvene storitve** (ena po izboru zavarovanca) – Laboratorijski pregled krvi in urina, UZ dojk, Pregled za športno aktivne osebe, Merjenje kostne gostote (ugotavljanje osteoporoze), Fizioterapevtski pregled
- **Razširjene zdravstvene storitve**
 - **psihološka 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) in
 - **načrt zdravljenja** svetovanje o nadaljnjem zdravljenju po nezgodi s hospitalizacijo



Kaj ni zavarovano?

Za skupino kritij Moje zdravje - Specialisti

- ✗ stroški zdravljenja in prehodne oskrbe za bolezni in kronične bolezni, ki so nastale in/ali so bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v času čakalne dobe
- ✗ stroški zdravljenja in prehodne oskrbe za poškodbe, ki so se zgodile pred začetkom veljavnosti zavarovanja
- ✗ stroški preventive (razen izjem, dogovorjenih v pogojih), 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 pretrahiranosti 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 (razen pri kritiju prehodna oskrba, opredeljenem v pogojih)

Za skupino kritij Moje zdravje - Nezgoda

- ✗ dogodki, ki ne ustrezajo definiciji nezgode
- ✗ subjektivne težave (zmanjšanje motorične moči mišic, mravljinčenje, motnje občutka, bolečine, strah, otekline, ...) ne vplivajo na oceno trajne invalidnosti
- ✗ zlomi, izpahi, opekline, če niso navedeni v pogojih zavarovanja (v Tabeli zlomov, izpahov in opeklin), če niso ugotovljeni in potrjeni v zdravstveni dokumentaciji, ter ponavljajoči se izpahi
- ✗ operacije, ki niso navedene v pogojih zavarovanja (v Tabeli operacij), so opravljene v enodnevni bolnišnični obravnavi, na zahtevo zavarovanca, estetske operacije, odstranitev osteosintetskega materiala, ...

Za kritije Prehodna oskrba/Prehodna oskrba zaradi nezgode:

- ✗ zavarovalnica nima obveznosti, če zavarovanec sam organizira in plača storitve prehodne oskrbe (pomoč na domu, prevoze)
- ✗ zavarovalnica nima obveznosti za storitve prehodne oskrbe, ki presegajo dogovorjeni obseg storitev
- ✗ Ostale izključitve so podrobneje navedene v zavarovalnih pogojih.

- **Fizioterapija:** 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 na leto)
- **Operacije** – vključuje diagnostične in/ali terapevtske posege, ki so potrebni za postavitev diagnoze ali zdravljenje (do 8.000 ali do 20.000 EUR na leto)
- **Posmrtnina** – izplačilo zavarovalne vsote v primeru smrti zavarovanca: 1.000 EUR, 2.000 EUR ali 5.000 EUR

Ne prezrite!

Vključene preventivne storitve in DNK analize vas spodbujajo k zdravemu načinu življenja in so pomembne za ohranjanje vašega zdravja.

Skupina kritij MOJE ZDRAVJE - NEZGODA

- ✓ **Smrt zaradi nezgode** – izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote upravičencu v primeru smrti zavarovanca zaradi nezgode
- ✓ **Invalidnost s progresijo 4 zaradi nezgode (1– 65 let)** – izplačilo ustreznega odstotka zavarovalne vsote, ki ustreza odstotku trajne invalidnosti, če zavarovanec zaradi nezgode postane delni ali popolni invalid. Trajna invalidnost in odstotki se ugotavljajo po Tabeli trajne invalidnosti. Če skupni odstotek trajne invalidnosti znaša več kot 50 %, se za vsak odstotek invalidnosti nad 50 % prizna štirikratni odstotek zneska za izračun zavarovalnine
- ✓ **Invalidnost brez progresije zaradi nezgode (66 – 85 let)** – izplačilo ustreznega odstotka zavarovalne vsote, ki ustreza odstotku trajne invalidnosti, če zavarovanec zaradi nezgode postane delni ali popolni invalid. Trajna invalidnost in odstotki se ugotavljajo po Tabeli trajne invalidnosti
- ✓ **Nezgodna renta** - zavarovanec je upravičen do rente za dogovorjeno časovno obdobje v primeru, da mu je bila ugotovljena trajna invalidnost nad 50% iz ene nezgode po Tabeli trajne invalidnosti. Renta je dedna
- ✓ **Zlomi, izpahi, opekline** – izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote ali njenega dela, če zavarovanec zaradi nezgode utrpí zlom, izpah ali opekline skladno s Tabelo zlomov, izpahov in opeklin
- ✓ **Operacije zaradi nezgode** – izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote ali njenega dela, če zavarovanec zaradi nezgode prestane operacijo skladno s Tabelo zahtevnosti operacij
- ✓ **Enkratno nadomestilo za zdravljenje zaradi nezgode (66 – 85)** izplačilo enkratnega nadomestila za neprekinjeno medicinsko dokumentirano zdravljenje zaradi nezgode:
 - od 15 – 30 dni medicinsko dokumentiranega zdravljenja – 30 % zavarovalne vsote
 - nad 30 dni medicinsko dokumentiranega zdravljenja – 100 % zavarovalne vsote
- ✓ **Psihološka pomoč zaradi nezgode** – vključuje storitev ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije za zavarovanca v primeru ugotovljene invalidnosti nad 50 % po Tabeli trajne invalidnosti kot posledica ene nezgode oziroma za upravičenca za primer smrti v primeru smrti zavarovanca zaradi nezgode
- ✓ **Prehodna oskrba zaradi nezgode** vključuje pomoč pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevni opravil in prevoz ter spremstvo zavarovanca na kontrolne preglede, ki jih zavarovanec potrebuje zaradi posledic nezgode

Dodatna kritija k osnovnemu paketu:

- **Dnevno nadomestilo zaradi nezgode (1 – 65 let)** – izplačilo dnevnega nadomestila, če je zavarovanec začasno nesposoben za delo zaradi nezgode. Izplačamo do dneva določitve odstotka trajne invalidnosti oziroma do dneva smrti, vendar za največ 230 dni po eni nezgodi
- **Dnevno nadomestilo zaradi nezgode (66 – 85 let)** – izplačilo dnevnega nadomestila za dneve, ko se je zavarovanec medicinsko dokumentirano zdravil zaradi nezgode. Izplačamo do dneva določitve odstotka trajne invalidnosti oziroma do dneva smrti, vendar največ za do 100 dni medicinsko dokumentiranega zdravljenja po eni nezgodi
- **Smrt zaradi nezgode** – izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote upravičencu v primeru smrti zavarovanca zaradi nezgode



Ali je kritje omejeno?

Za skupino kritij Moje zdravje - Specialisti

- ! čakalna doba za zdravstvene storitve ob prvi sklenitvi zavarovanja oziroma priključitvi novega kritja je 3 mesece za novonastalo bolezen ali stanje, razen za poškodbe, ki so posledica nezgode, nastale po začetku zavarovanja
- ! kritiji Halo doktor in Drugo zdravniško mnenje nimata čakalne dobe
- ! za vsa obstoječa zdravstvena stanja ob sklenitvi zavarovanja oziroma priključitvi novega kritja velja 24 mesečna čakalna doba. Obveznosti iz zavarovalne pogodbe za obstoječa stanja bo zavarovalnica prevzela po poteku čakalne dobe, če se v tem obdobju zavarovanec ni zdravil za ta zdravstvena stanja. Če se je v obdobju čakalne dobe zavarovanec zdravil, se bo čakalna doba za obstoječa zdravstvena stanja 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 napatnice ali izvida z napatilom na zdravstveno storitev/ belega recepta, razen pri kritjih Halo Doktor, Drugo zdravniško mnenje in Preventivni pregledi in preiskave
- ! krijemo stroške zdravstvenih storitev do letne zavarovalne vsote
- ! zavarovanec je dolžan plačati sorazmerni del stroškov zdravstvenih storitev po Tabeli soudeležbe pri plačilu stroškov zdravstvenih storitev, če od 15. leta dalje potrebuje zdravstveno storitev zaradi posledic ukvarjanja z nevarnimi športnimi aktivnostmi ali treninga ali tekmovanja pri določenem športu, kjer je registriran član športnega klub in ni doplačal ustreznih del premije, v skladu z našimi pravili sklepanja
- ! za kritje Posmrtnina je čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja 6 mesecev. Če je smrt posledica nezgode, do katere je prišlo po začetku zavarovanja, se čakalne dobe ne upošteva

Za skupino kritij Moje zdravje - Nezgoda

- ! omejitve zavarovanja veljajo, kadar pride do nezgode zaradi povečane nevarnosti (opravljanje nevarnih opravil in dejavnosti), opredeljenih v pogojih zavarovanja
- ! izplačali bomo sorazmerni delež zavarovalnine, ki bi ga sicer morali, če se zavarovancu od 15. leta dalje nezgoda pripeti pri nevarni športni aktivnosti ali kot registriranemu članu športnega kluba na treningu ali tekmovanju pri določenem športu, za katerega ni doplačal ustreznih del premije, v skladu z našimi pravili sklepanja

Za kritje Prehodna oskrba/Prehodna oskrba zaradi nezgode:

- ! za kritje Prehodna oskrba je čakalna doba ob prvi sklenitvi 12 mesecev za bolezn (za nezgodo čakalne dobe ni)
- ! po nastopu zavarovalnega primera Prehodne oskrbe, ki je posledica bolezni, se z dnem nastanka zavarovalnega primera začne 12 mesečno obdobje omejitve kritja storitev prehodne oskrbe. V tem obdobju krijemo le zavarovalne primere, ki so posledica nezgode



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.
- ✓ Storitve prehodne oskrbe izvajamo v Sloveniji.
- ✓ Krito je izplačilo posmrtnine v primeru smrti, ki se zgodi kjerkoli po svetu.
- ✓ Krite so nezgode, ki se zgodijo kjerkoli po svetu, 24 ur na dan, ne glede na to, kdaj in kje se pripetijo; na delu, domu, izletu ali potovanju, če ni na zavarovalni polici drugače dogovorjeno.



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 četrtno, polletno ali letno.

Ne prezrite!

Svetujemo vam, da premijo 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 sklenete za dobo enega leta z možnostjo podaljšanja. Zavarovanje se lahko podaljšuje do poteka zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 100 let. Zavarovanje preneha s smrtjo zavarovanca, z njeno odpovedjo ali razdrtjem.



Kako lahko odstopim od pogodbe?

Od pogodbe lahko odstopite ob zavarovalnem letu tako, da podate pisni zahtevek za prekinitve zavarovanja osebno v naši poslovalnici ali pri zastopniku vsaj 30 dni pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.