

Zdravstveno zavarovanje



Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

Zavarovalnica: GENERALI zavarovalnica d.d.

Produkt: **Generali za 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?

»Generali za zdravje« je zdravstveno zavarovanje, ki vam s sklenitvijo pomaga pri preventivi in ohranjanju zdravja, ter vam v primeru bolezni ali poškodbe nudi hitro in kakovostno zdravstveno oskrbo, hitro pridobitev diagnoze in začetek zdravljenja, optimalni potek zdravljenja, potrebne informacije o zdravstvenem stanju ter asistenčne storitve, ki vas usmerjajo v procesu zdravljenja. Hkrati vam zagotavlja denarno nadomestilo, če zbolite za eno od 13 oblik težkih bolezni, vašim upravičencem pa omogoča izplačilo posmrtnine.



Kaj je zavarovano?

Zavarujejo se lahko osebe od 1. do 70. leta starosti, razen za dodatno zavarovanje Težke bolezni, kjer se lahko zavarujejo osebe od 14. do 61. leta ter za Posmrtnino od 16. leta. Zavarovanje vam nudi naslednja kritja:

Osnovni paket:

- ✓ **Storitve Asistence Zdravje na 080 81 10**
- ✓ **Zdravstvene storitve** – letna zavarovalna vsota 2.000,00 EUR. Organizacija in plačilo: specialističnih obravnav, zahtevnih diagnostičnih preiskav, zdravil, predpisanih na beli recept, ob izvedbi zdravstvene storitve iz zavarovanja (do 200,00 EUR na leto)
- ✓ **Preventivne storitve** – ena storitev po izboru zavarovane osebe po prvih 6 mesecih trajanja zavarovanja, nato na vsaki 2 leti, če so plačane vse zapadle premije. Organizacija in plačilo: PSA testa – prostata moški, PAP testa – maternični vrat ženske, meritve gleženjskega indeksa – srčni infarkt in možganska kap, fotopletizmografske preiskave ven – popuščanje venskih zaklopk, helikobakter preiskave – prisotnost želodčne bakterije.
- ✓ **DNK ANALIZE** – po 24 mesecih trajanja zavarovanja, če so plačane vse zapadle premije. Organizacija in plačilo: Heart Health, Sports Performance in Skin Health & Ageing.
- ✓ **Posmrtnina** – izplačilo zavarovalne vsote v primeru smrti zavarovane osebe: 4.000,00 EUR (za osebe, stare 16 let – 75 let)

Dodatna kritja k osnovnemu paketu:

- **Razširitev izbire preventivnih storitev** h kritju osnovnega paketa: Preventivni pregled vzorca blata – rak na črevesju, mamografija z izvidom, UZ trebuha – preventivna preiskava sprememb notranjih organov, UZ srca – preventivna preiskava srca, Neurofeedback – merjenje možganskih valovanj
- **Operacije** – letna zavarovalna vsota: 7.000,00 EUR ali 20.000,00 EUR
- **Fizioterapija:** letna zavarovalna vsota: 800,00 EUR
- **Težke bolezni** – zavarovalna vsota 30.000,00 EUR. Zavarovanje zagotavlja izplačilo nadomestila ob postavljeni diagnozi težke bolezni v višini:
 - 100 % zavarovalne vsote: srčni infarkt, možganska kap, rak, popolna in trajna odvisnost od tuje pomoči, bakterijski meningitis, encefalitis, paraliza in odpoved ledvic.
 - 50 % zavarovalne vsote: embolija pljuč, benigni tumor na možganih, kronična jetrna odpoved, kronično obolenje pljuč in slepota.

Ne prezrite!

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



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.
- ✗ Zavarovalnica ne izplača zavarovalnine za tiste težke bolezni, za katere je bila postavljena diagnoza pred sklenitvijo zavarovanja ali v času čakalne dobe.
- ✗ Stroški preventive ali intenzivne in urgentne medicine (ni čakalnih dob), ginekologije na primarni ravni, zdravljenja refrakcijskih okvar oči ter zdravstvenih storitev v dejavnosti psihiatrije, revmatologije in stomatologije.
- ✗ Stroški fizioterapije zaradi bolečin po poškodbah in drugih vzrokih, pri katerih ni medicinsko dokazanih svežih poškodb, zaradi pretreniranosti in čezmernih naporov.
- ✗ Ostale izključitve so podrobneje navedene v zavarovalnih pogojih.



Ali je kritje omejeno?

- ! Ob prvi sklenitvi zavarovanja je za vsa kritja čakalna doba treh mesecev, razen za kritje težke bolezni. Čakalna doba velja za novonastalo bolezen ali stanje, razen za poškodbe, ki so posledica nezgode, do katere je prišlo po začetku zavarovanja.
- ! Za kritje Težke bolezni je čakalna doba šest mesecev.
- ! Za vsa že obstoječa zdravstvena stanja ob sklenitvi velja pri zdravstvenih storitvah, fizioterapijah in operacijah štiriindvajsetmesečna čakalna doba. Če se je v tem obdobju zavarovanec zdravil, se bo čakalna doba za obstoječe stanje štela od zaključka zdravljenja.
- ! Ko se bolezen med trajanjem zavarovanja opredeli kot kronična bolezen, zavarovalnica krije stroške zdravstvenih storitev za to kronično bolezen še šest mesecev po datumu postavitve diagnoze kronične bolezni.
- ! Pogoj za izplačilo zavarovalnine za težke bolezni je, da oseba preživi 30 dni po postavljeni diagnozi.
- ! Pri izplačilu zavarovalnine za težke bolezni velja po 60. letu omejitev izplačila v višini 50 %.
- ! Pravice do zdravstvenih storitev uveljavljate zgolj na podlagi napotnice/belega recepta (razen pri preventivnih pregledih in DNK analizi).
- ! Ostale omejitve in podrobnejša razlaga navedenih omejitev je zapisana v splošnih pogojih zavarovanja in na polici.



Kje velja zavarovanje?

- ✓ Zavarovanje krije zdravstvene storitve, preventivne storitve, DNK analize in fizioterapije v Sloveniji izven javnega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja. Izplačilo posmrtnine in denarnega nadomestila v primeru težke bolezni je krito povsod po svetu. 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 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 tistega dne, ki je na polici določen kot začetek zavarovanja, če je bila do takrat plačana prva premija.

Zavarovanje sklenete za dobo štirih let z možnostjo podaljšanja. Zavarovaje se lahko podaljšuje do izteka zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 75 let. To velja za vsa kritja, razen za kritje Težke bolezni, pri katerem je podaljševanje možno do izteka zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 65 let. Zavarovanje preneha s smrtjo zavarovanca, z odpovedjo ali razdrtjem.



Kako lahko odstopim od pogodbe?

Od pogodbe lahko odstopite ob zavarovalnem letu tako, da podate zahtevek za prekinitve zavarovanja osebno v naši poslovalnici ali pri zastopniku vsaj 3 mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovanje prekinete predčasno znotraj štiriletnega obdobja trajanja zavarovanja, morate premijo doplačati. Doplačilo premije znaša 10 % neplačanih bodočih premij, ki bi jih sicer morali še plačati, če bi zavarovanje trajalo toliko časa, kot je bilo dogovorjeno (do konca štiriletnega obdobja trajanja zavarovanja).