

Zdravstveno zavarovanje

Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

Zavarovalnica: GENERALI zavarovalnica d.d.

Produkt: **G24 Specialisti**



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?

G24 Specialisti je zdravstveno zavarovanje, ki vam pomaga ohranjati zdravje ter v primeru bolezni ali poškodbe (tudi samo zaradi nezgode, če je vključeno to kritje) omogoča hitro in kakovostno oskrbo. Nudi takojšen dostop do splošnega zdravnika/pediatra prek video klica ter hiter dostop do specialistov izven javne mreže z uporabo asistenčnih storitev. Omogoča hitro diagnozo, začetek zdravljenja, preventivne preglede, prilagojeno rehabilitacijo in pravočasen operativni poseg. Zavarovanje vključuje drugo mnenje tujih strokovnjakov za nove bolezni ali poškodbe ter ob poslabšanju obstoječega stanja. Sklenitev je možna na www.g24.si.



Kaj je zavarovano?

Storitve Asistence zdravje

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

Zdravstvene storitve

- ✓ **Halo Doktor** - zdravstveni posvet na daljavo, ki zajema video ali telefonski razgovor s splošnim zdravnikom/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 in meritve (npr. UZ, RTG ...) ter ambulantni poseg (npr. aplikacija blokade, punkcija)
- ✓ **zahtevna diagnostična preiskava**, ki je nadaljevanje specialistično ambulantne storitve (npr. računalniška tomografija, magnetna resonanca, kolonoskopija)
- ✓ **drugo zdravniško mnenje**: izdelava strokovnega mnenja zdravstvenih timov iz tujine, s katerim se preveri ustreznost že postavljene diagnoze in/ali priporočenega zdravljenja; do storitve drugega mnenja so upravičeni tudi vaši družinski člani; pri sklenitvi zavarovanja za vaše ožje družinske člane drugo mnenje koristi prvi odrasli zavarovanec in velja za njega in njegove družinske člane (partnerja, otroke do 27. leta starosti in starše zavarovanca)

Dodatno lahko izberete:

- **preventivne preglede in preiskave**: ultrazvok trebuha, ultrazvok vratnih arterij, ultrazvok skrotuma in testisov, ultrazvok dojk, ultrazvok vratu in ščitnice, laboratorijski pregled krvi in urina z izvidom, pregled za športno aktivne osebe, fizioterapevtski pregled (60 minut), parodontološki pregled zob in ustne votline s čiščenjem zobnega kamna
- **rehabilitacijo**:
- **načrt zdravljenja**: svetovanje o nadaljnjem zdravljenju po nezgodi s hospitalizacijo
- **fizioterapijo**: zdravljenje po operativnem posegu, poškodbi, dokazani z ustrezno slikovno diagnostiko, in po carskem rezu (do 400 ali do 800 EUR na leto, za starejše od 65 let do 400 EUR zaradi nezgode)
- **psihološko 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, do 700 EUR na leto
- **operacije** – vključuje diagnostične in/ali terapevtske posege, ki so potrebni za postavitev diagnoze oziroma zdravljenja novonastalega stanja; izberete lahko:
 - ožji paket (4.000 EUR)
 - širši paket (8.000 EUR ali 15.000 EUR)

Celoten seznam operativnih posegov je naveden v pogojih.

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



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 zdravil, izdanih brez recepta, predpisanih v preventivne namene, zdravil za hujšanje, zdravljenje zasvojenosti: z mamili, alkoholom, nikotinom ...
- ✗ potni stroški, stroški nastanitve, stroški spremljevalca in reševalnih prevozov, ki nastanejo ob uveljavljanju pravic iz zavarovanja
- ✗ ostale izključitve, ki so podrobneje navedene v zavarovalnih pogojih



Ali je kritje omejeno?

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



Kje velja zavarovanje?

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



Kakšne so moje obveznosti?

- Vedno navajajte točne, popolne in resnične podatke.
- Obveščajte nas o vseh spremembah osebnih podatkov oziroma drugih podatkov, ki so pomembni za izvajanje zavarovanja.
- Premijo plačajte v celoti v dogovorjenem roku in na dogovorjeni način.
- Pred uveljavljanjem pravic pokličite **Asistenco zdravje 080 81 10** za predhodno odobritev storitve.



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



Kako lahko odstopim od pogodbe?

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