

SPLOŠNI POGOJI ZA SKUPINSKO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE ZA TEŽKE BOLEZNI IN OPERACIJE

Splošni pogoji za skupinsko zdravstveno zavarovanje za težke bolezni in operacije (v nadaljevanju pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju, ki jo zavarovalec sklene z GENERALI zavarovalnico d.d., Kržičeva ulica 3, Ljubljana (v nadaljevanju zavarovalnica), in sicer na podlagi ponudbe, ki jo zavarovalnica posebej oblikuje za posameznike kot člane določene skupine. Skupino lahko predstavljajo posamezniki, ki so zaposleni pri istem delodajalcu; ki so člani iste interesne skupine; ki so bili za posamezno ponudbo posebej določeni s strani zavarovalnice ipd.

UVODNA DOLOČILA

1. člen POMEN IZRAZOV

(1) Izrazi v teh pogojih pomenijo:

Pogodba – zavarovalna pogodba za skupinsko zdravstveno zavarovanje, sklenjena med zavarovalcem in zavarovalnico;

Zavarovalec – pravna ali fizična oseba, ki z zavarovalnico sklene pogodbo;

Zavarovanec – fizična oseba, ki je zavarovana za primer težkih bolezni, operacije in smrti;

Upravičenec – je oseba, ki ji zavarovalnica ob smrti zavarovanca izplača zavarovalnino – posmrtnino iz zavarovanja po sklopu 3;

Čakalna doba – obdobje, ki se začne z datumom začetka veljavnosti pogodbe in v katerem zavarovanec delno ali v celoti še ne more uveljavljati pravic iz pogodbe (karenca);

Nezgoda – nenaden, nepredvidljiv, od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in hipoma na zavarovančevo telo; predvsem povozitev, trčenje, udarec s predmetom ali ob predmet, udarec električnega toka ali strele, padec, zdrs, strmoglavljenje, ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali eksplozivnimi snovmi, vbod s predmetom, udarec, vbod ali ugriz živali, zastrupitev zaradi zaužitja strupa v hrani ali s kemičnimi snovmi, opekline. Za nezgodo se štejejo tudi naslednji nenadni, nepredvidljivi in od zavarovančeve volje neodvisni dogodki: okužba poškodbe, ki je nastala zaradi nezgode; dušitev ali zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno); pretrganje mišic ali sklepnih vezi, izpah sklepa, prelom zdravih kosti, če so nastali zaradi naglih telesnih kretenj in nepredvidljivega zunanega dogodka in so bili takoj po poškodbi ugotovljeni v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi;

Premija – znesek, ki ga je po pogodbi dolžan zavarovalec plačevati zavarovalnici. V primeru, ko zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, je premijo dolžan plačevati zavarovanec, ki se je k temu posebej zavezal (v nadaljevanju zavarovanec – plačnik);

Zavarovalni primer – tisti škodni dogodek, na podlagi katerega lahko zavarovanec uveljavlja pravice iz pogodbe;

Krovna polica – listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi med zavarovalnico in zavarovalcem, na kateri so navedene vse bistvene lastnosti zavarovanja. Na podlagi krovne police zavarovanci izpolnjujejo pristopne izjave, zavarovalnica pa izdaja police kot potrdila o sklenjenem zavarovanju;

Pristopna izjava – pisna izjava zavarovanca o pristopu v skupinsko zdravstveno zavarovanje po sklenjeni pogodbi;

Zavarovalno leto – enoletno obdobje od začetka zavarovanja ali od obletnice začetka zavarovanja;

Zdravnik cenzor – pooblaščen zdravnik zavarovalnice;

Zavarovalnina – znesek, ki ga zavarovalnica izplača po pogodbi za posamezni zavarovalni primer;

Zavarovalna vsota – najvišji možni znesek zavarovalnine, ki jo zavarovalnica lahko izplača po posameznem zavarovalnem primeru za vsakega zavarovanca posebej. Dogovorjena višina zneska zavarovalne vsote je navedena na polici.

2. člen SPLOŠNE DOLOČBE

(1) S temi pogoji se urejajo medsebojna razmerja med osebami iz pogodbe, ki se nanaša na zavarovanje:

- težkih oblik določenih bolezni, opredeljenih v teh pogojih (sklop 1),
- kirurških posegov - operacij (sklop 2) in

- posmrtnine (sklop 3).
- (2) Izključene so obveznosti zavarovalnice za škodne dogodke, ki so posledica bolezni ali stanj, prisotnih pred začetkom veljavnosti zavarovanja, ali ki nastanejo v čakalni dobi in:
- za katere se je zavarovanec že zdravil ali se je nameraval zdraviti, ali se je že posvetoval o tem z usposobljenim medicinskim osebjem, ali če so laboratorijski izvidi ali preiskave, opravljene pred vključitvijo v zavarovanje, že nakazovale možnost za nastanek škodnega dogodka;
 - so povzročili simptome, zaradi katerih bi povprečno skrbna oseba morala poiskati zdravniški nasvet ali se zdraviti že pred vključitvijo v zavarovanje.
- (3) Obveznost zavarovalnice je izključena v primeru nastopa škodnega dogodka, ki je posledica okužbe z virusom HIV, poskusa izvršitve samomora, samopoškodb ali ravnanj zavarovanca, ki niso v skladu z zdravniškimi navodili ali strokovno dogovorjenimi priporočili (na primer opustitev preventivnih pregledov), posledic uživanja alkohola ali drog, namernega, nevarnega ali malomarnega obnašanja zavarovanca v zvezi s svojim zdravjem.
- (4) Vse prijave in izjave, ki jih zavarovalnica, zavarovalec, zavarovanec ali druga oseba predložijo v zvezi s pogodbo ali spremembo pogodbe, morajo biti v pisni obliki in veljajo od trenutka, ko jih naslovnik prejme. Če se pošiljajo po pošti priporočeno, se kot dan prejema šteje dan, ko je bilo priporočeno pismo oddano na pošti. Za pisno obliko šteje tudi elektronska oblika.
- (5) Razmerja med zavarovalcem, zavarovancem in zavarovalnico kakor tudi vse njihove pravice in dolžnosti, so določene pisno, s pogodbo. Sestavni deli pogodbe so: ti pogoji, dodatni pogoji, krovna polica, pristopne izjave, dokumenti v zvezi z ugotavljanjem zdravstvenega stanja, police, morebitne pisne izjave pogodbenih strank ter vse druge priloge in dodatki k polici.
- (6) S pogodbo oziroma s pristopno izjavo se zavarovalec in zavarovanec – plačnik obvezujeta, da bosta zavarovalnici redno plačevala premije na način in v obliki, kot je določeno v polici ali v potrdilu o zavarovanju; zavarovalnica se obvezuje, da bo ob nastanku posameznega zavarovalnega primera izpolnila s pogodbo določene obveznosti.



SKLOP 1 - ZAVAROVANJE TEŽKIH OBLIK DOLOČENIH BOLEZNI

3. člen VSEBINA ZAVAROVANJA TEŽKIH OBLIK DOLOČENIH BOLEZNI

- (1) Zavarovanje krije primer prve postavitve diagnoze v življenju zavarovanca za eno od težkih oblik določenih bolezni v času trajanja zavarovanja.
- (2) Zavarovalnica izplača 100 % zavarovalne vsote v primeru postavitve diagnoze zavarovancu za naslednje oblike težkih bolezni ali stanj:

1. SRČNI INFARKT (AKUTNI MIOKARDNI INFARKT)

Srčni infarkt je trajno odmrnje delo srčne mišice, ki je nastalo kot posledica nenadne prekinitve zadostne oskrbe tkiva s krvjo tega dela srca. Diagnoza mora temeljiti na svežih spremembah v EKG, značilnih za akutni miokardni infarkt, in na karakterističnem porastu biokemičnih markerjev nekroze srčne mišice. Izključeni so ostali akutni dogodki koronarnega sindroma (NSTEMI in nestabilna angina pectoris).

2. MOŽGANSKA KAP (CEREBROVASKULARNI INZULT)

Možganska kap je odmrnje področja možganovine zaradi prekinitve dotoka arterijske krvi, ki privede do nevroloških simptomov možganske kapi in objektivnih

zavarovanca tudi v primeru, če je zavarovanec vključen v novo pogodbo, ki se sklene po preteku pogodbe, v kateri je nastal zavarovalni primer po tem sklopu. Določeno mirovanje zavarovalnega kritja se tako upošteva pri zavarovanju po tem sklopu, čeprav je bila sklenjena nova pogodba.

5. člen OMEJITVE IN IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE PRI ZAVAROVANJU TEŽKIH OBLIK DOLOČENIH BOLEZNI

- (1) V primeru, da zavarovanec umre v roku trideset dni od dneva postavitve diagnoze za eno od navedenih težkih oblik bolezni, zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote za primer obolevnosti za težko obliko bolezni (po sklopu 1). Zavarovalnica lahko izplača zavarovalnino iz naslova zavarovanja posmrtnine (po sklopu 3).
- (2) Zavarovalnica nima obveznosti za tiste bolezni, za katere je bila postavljena diagnoza še pred vključitvijo v zavarovanje. Ravno tako nima obveznosti v primeru, da se zavarovancu postavi diagnoza v prvih 6 (šestih) mesecih od datuma, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja. Omejitev ne velja za posameznega zavarovanca v primeru, če je zavarovanec vključen v novo pogodbo, ki je bila sklenjena po preteku pogodbe, v kateri je bil zavarovanec že vključen.
- (3) Za zavarovance od dopolnjenega 60. leta dalje velja omejitev izplačila v višini 50 % sicer dogovorjenih zavarovalnih vsot.

SKLOP 2 - ZAVAROVANJE KIRURŠKIH POSEGOV

6. člen VSEBINA ZAVAROVANJA KIRURŠKIH POSEGOV

- (1) Zavarovalni primer nastopi na dan, ko je bil zavarovancu opravljen kirurški poseg – operacija skladno z drugim odstavkom tega člena.
- (2) S temi pogoji so kriti kirurški posegi z vnaprej določenimi odstotki od zavarovalne vsote, dogovorjene v pogodbi. Kirurški posegi so razvrščeni v naslednje skupine:

POSEGI NA NEVROLOŠKEM SISTEMU GLAVA

1. Trepanacija glave z odpiranjem trde možganske ovojnice 100 %
2. Trepanacija glave brez odpiranja trde možganske ovojnice 25 %

HRBTENICA

3. Operacije na hrbtenici s fiksacijo 50 %
4. Operacije na hrbtenici brez fiksacije (dekompresije, evakuacije hernie disci, balonska kifoplastika) 25 %

ŽIVCI

5. Operacija perifernih živcev brez nevroloških izpadov (šivanje, dekompresija) 20 %
6. Druge operacije na nevrološkem sistemu 20 %

POSEGI NA ENDOKRINOLOŠKEM SISTEMU

7. Odstranitev hipofize 100 %
8. Odstranitev ščitnice, obščitnice 50 %
9. Odstranitev nadledvične žleze 50 %
10. Druge operacije na endokrinološkem sistemu 20 %

POSEGI NA OČEH

11. Enukleacija enega očesa 75 %
12. Druge operacije na očesnem zraku in adneksih 20 %

POSEGI NA UŠESIH

13. Operacije na srednjem in notranjem ušesu, razen na uhlju in zunanjem sluhovodu 20 %

POSEGI NA NOSU, USTIH IN ŽRELU

14. Operacije na nosu, ustih in žrelu 20 %

POSEGI NA RESPIRATORNEM SISTEMU

15. Odprta operacija na spodnjih in zgornjih dihalnih poteh (razen traheostome) 100 %
16. Odstranitev pljuč - dela ali celih pljuč 100 %
17. Presaditev pljuč 100 %
18. Operativno zdravljenje plevralnega prostora 25 %
19. Kirurško odprtje prsne votline (torakotomija) 25 %
20. Kirurško odprtje sapnika (traheostomija) 25 %
21. Druge operacije na respiratornem sistemu 20 %

POSEGI NA KARDIOVASKULARNEM SISTEMU OPERACIJE NA AORTI

22. Operacija mezenterične tromboze 100 %
23. Obvod (bypass) - aortobifemoralni 75 %
24. Obvod (bypass) - aortofemoralni 50 %
25. Operacija na arteriji femoralis - poplitealis 50 %

OPERACIJE NA VENAH

26. Operacije na večjih perifernih venah od gležnja do dimelj (vključno stripping) 20 %

OPERACIJE NA ARTERIJAH

27. Operacija na večjih perifernih arterijah do višine kolenskega in komolčnega sklepa 50 %
28. Odstranitev embolusa iz arterije - embolektomija 25 %
29. Druge operacije na perifernih žilah 20 %

SRCE

30. Operacije na zaklopkah 100 %
31. Obvod (bypass) na koronarnih žilah 100 %
32. Presaditev srca 100 %
33. Srčni vzpodbujevalnik (pacemaker) 50 %
34. Druge operacije na kardiovaskularnem sistemu 20 %

POSEGI V ZVEZI Z VRANICO

35. Odstranitev vranice 50 %
36. Odstranitev vranice s kirurškim posegom na laparoskopski način 25 %

POSEGI NA PREBAVNEM SISTEMU TREBUH

37. Odstranitev cevastega organa (želodec, požiralnik) 100 %
38. Operacije zaradi vseh vrst črevesne zapore - ileusa 75 %
39. Kontinuitetna resekcija cevastega organa 50 %
40. Operacija trebušne kile 20 %
41. Operacija divertikla 20 %
42. Operacija trebušnega abscesa 20 %
43. Kirurško odprtje trebuha – laparotomija (s šivom cevastega organa) 20 %
44. Odstranitev slepiča 20 %
45. Diskontinuitetna resekcija cevastega organa 20 %
46. Operacija zaradi ukleščene kile 20 %

JETRA

47. Presaditev jeter 100 %
48. Segmentna resekcija 75 %
49. Operativna odstranitev nekrotičnega tkiva in večje raztrganine (laceracije) jeter 50 %

TREBUŠNA SLINAVKA

50. Operacija na trebušni slinavki 100 %
51. Presaditev trebušne slinavke 100 %

ŽOLČNIK

52. Operacija žolčnika s prerezom žolčevoda (holeдохotomija) 75 %
53. Operacija žolčnika 20 %
54. Druge operacije na prebavnem sistemu 20 %

POSEGI NA URINARNEM SISTEMU LEDVICE

55. Odstranitev ledvice, obojestranska 100 %
56. Presaditev ledvice 100 %
57. Odstranitev ledvice 75 %
58. Odstranitev dela ledvice 50 %
59. Operacije ledvičnega meha in ledvice (pielotomija, nefrotomija) 25 %

MEHUR

60. Totalna odstranitev mehurja (totalna cistektomija) 100 %
61. Delna odstranitev mehurja (parcialna cistektomija) 75 %
62. Odstranitev kamna v sečnem mehurju (cistolitotomija) 25 %

SEČNICA

63. Anastomoza, šiv, striktura 50 %
64. Druge operacije v urologiji 20 %

POSEGI NA MOŠKIH SPOLNIH ORGANIH TESTIS

65. Odstranitev obojestranska 50 %
66. Podvezovanje (ligiranje) spermatičnih ven 25 %
67. Odstranitev enostranska 25 %

- v času poroda ali če so povezani z namerno prekinitvijo nosečnosti;
- v zvezi z zdravljenjem neplodnosti;
- odstranitev tujka brez večjega odprtega kirurškega posega;
- ki so posledica zavarovančevega namernega, nevarnega in/ali malomarnega obnašanja v zvezi s svojim zdravjem;
- ki so posledica nezgode zaradi:
 1. delovanja alkohola:
 - a) če je imel zavarovanec več kot 0,48 miligramov alkohola v litru izdihanega zraka ali več kot 1 gram alkohola na kilogram krvi;
 - b) če je alkotest pozitiven, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja alkohola v krvi;
 - c) če zavarovanec odkloni ali se izmakne ugotavljanju stopnje alkoholiziranosti;
 2. delovanja mamil, zdravil ali psihoaktivnih snovi:
 - a) če se s strokovnim pregledom ugotovi prisotnost mamil, zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi v telesu zavarovanca;
 - b) če zavarovanec odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil, zdravil ali psihoaktivnih snovi;
 - ki so bili opravljeni zaradi poskusa ali dokončanja naklepnih kaznivih dejanj s strani zavarovanca;
 - ki so posledica nezgode pri upravljanju prevoznih sredstev in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih ali veljavnih dovoljenj;
 - ki so lasersko opravljeni;
 - ki so diagnostični, ne glede na kakšen način so opravljeni (tudi endoskopski posegi) kot so artroskopija, kolonoskopija, gastrokopija in drugi posegi diagnostične narave;
 - ki so posegi ali postopki, ki vsebujejo injekcijo z iglo, biopsije z iglo za diagnostične ali terapevtske namene;
 - kadar gre za elektivno odstranitev osteosintetskih materialov;
 - za katere je bila na podlagi medicinske dokumentacije ugotovljena potreba še pred vključitvijo v zavarovanje ali v obdobju čakalne dobe.

SKLOP 3 - ZAVAROVANJE POSMRTNINE

9. člen VSEBINA IN OBSEG ZAVAROVANJA POSMRTNINE

- (1) Zavarovanje posmrtnine zagotavlja upravičencu izplačilo denarnega nadomestila – posmrtnine – ob smrti zavarovanca, in sicer:
 - 50 % zavarovalne vsote za posmrtnino, če zavarovanec umre v prvih 6 (šestih) mesecih po vključitvi v zavarovanje in je zavarovanje zanj začelo veljati;
 - 100 % zavarovalne vsote za posmrtnino, če zavarovanec umre po prvih 6 (šestih) mesecih po vključitvi v zavarovanje in je zavarovanje zanj začelo veljati;
 - 100 % zavarovalne vsote za posmrtnino, če zavarovanec po vključitvi v zavarovanje, ki je zanj že začelo veljati, umre v nosečnosti ali pri porodu oziroma zaradi nezgode po definiciji iz teh pogojev.
- (2) Zavarovalnica izplača 100 % zavarovalno vsoto tudi takrat, kadar zavarovanec umre v prvih 6 (šestih) mesecih od vključitve v zavarovanje po pogodbi, če je bil zavarovanec vključen v zavarovanje najkasneje v treh mesecih po poteku predhodnega zavarovanja. Za predhodno zavarovanje šteje tovrstno skupinsko zdravstveno zavarovanje, ki je bilo pred vključitvijo v zavarovanje po pogodbi sklenjeno pri zavarovalnici.

10. člen OMEJITVE IN IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE PRI ZAVAROVANJU POSMRTNINE

- (1) Zavarovalnica ne izplača posmrtnine:
 - če zavarovanec po vključitvi v zavarovanje umre zaradi samopoškodb, samomora ali zaradi posledic poskusa samomora;
 - če je smrt zavarovanca nastopila kot posledica vojnih dogodkov ali terorizma. Za teroristično dejanje se šteje nasilno dejanje ali dejanje, ki ogroža človeško življenje s silo, nasiljem ali grožnjo, ne glede na to, ali je to dejanje izvedeno samostojno ali v povezavi s kakšno organizacijo ali oblastjo, in je izvedeno zaradi političnih, verskih, ideoloških ali podobnih namenov ter vpliva ali ima namen vplivati na katerokoli vlado ali ustrahovati javnost oziroma katerikoli njen del;
 - če je upravičenec naklepno povzročil smrt zavarovanca.
- (2) V primeru, da je smrt posledica bolezni, veljajo za zavarovance od dopolnjenega 60. leta dalje omejitve izplačila v višini 50 % sicer dogovorjenih zavarovalnih vsot. V primeru nezgode navedene omejitve zavarovalnih vsot ne veljajo.

SKUPNA DOLOČILA, KI VELJAJO ZA VSE SKLOPE

11. člen KDO JE LAHKO ZAVAROVANEC

- (1) Zavaruje se lahko samo zdrava delovno sposobna oseba od dopolnjenega 14. leta do 64. leta starosti. V zavarovanje ni možno vključiti oseb, ki so v bolniškem staležu. Te osebe se lahko vključijo v zavarovanje prvi dan naslednjega meseca po vrnitvi na delo, pri čemer se upoštevajo določila 12. člena.
- (2) Za zavarovanje mladoletne osebe je potrebno pisno soglasje njenega zakonitega zastopnika in njeno pisno soglasje.

12. člen VKLJUČITEV V ZAVAROVANJE PO ŽE SKLENJENI POGODBI

- (1) V primerih, ko se v zavarovanje po sklenjeni pogodbi želi vključiti zavarovanec, mora za vključitev v zavarovanje izpolniti pristopno izjavo. Pristopna izjava se izpolni na obrazcu zavarovalnice in vsebuje osnovne podatke in druge podatke, ki jih določi zavarovalnica. S pristopno izjavo lahko zavarovanec določi kot zavarovance tudi družinske člane, vendar le v primeru, če je to z zavarovalnico posebej dogovorjeno. V tem primeru družinski člani svoje soglasje potrdijo s podpisom v pristopni izjavi. Za družinske člane zavarovanca štejejo: zakonski ali zunajzakonski partner zavarovanca, otroci, rejenci in posvojenci zavarovanca. Pristopna izjava lahko vsebuje tudi vprašanja o zdravstvenem stanju zavarovanca in vprašanja o njegovih posebnih interesih, potrebnih za ocenitev tveganja.
- (2) Podpisano pristopno izjavo zavarovanec izroči zavarovalcu, ki jo skladno z določili teh pogojev posreduje zavarovalnici.
- (3) Zavarovalnica lahko vključitev v zavarovanje po pristopni izjavi za posameznega zavarovanca zavrne brez navajanja razlogov v roku trideset dni od dneva prejema pristopne izjave. Če zavarovalnica pristopne izjave v tem roku ne odkloni, se šteje, da je pristopno izjavo sprejela in da so v pristopni izjavi navedeni zavarovanci skladno z določili teh pogojev vključeni v zavarovanje.
- (4) Na podlagi sklenitve pogodbe z zavarovalcem zavarovalnica izda krovno polico za zavarovalca v enem izvodu. Na podlagi vključitve zavarovanca v zavarovanje, ki hkrati ni tudi zavarovalec, zavarovalnica izda polico za posameznega zavarovanca.
- (5) Polica vsebuje podatke o zavarovalnici, zavarovalcu, vrstah zavarovanj, zavarovanih nevarnostih, začetku zavarovanja, trajanju zavarovanja, zavarovalnih vsotah in premiji, datum izstavitve in podpise pogodbenih strank.

13. člen ODPOVED POGODBE

- (1) Zavarovalec in zavarovalnica lahko pogodbo brez razloga v celoti pisno odpovesta šele po preteku enega leta s tridesetdnevnim odpovednim rokom.
- (2) Pogodbo lahko zaradi neplačevanja premije odpove zavarovalnica na enak način, kot je v 19. členu teh pogojev določeno za prenehanje kritja.

- osebe, ki ima za to plačilo pravni interes. Šteje se, da je premija plačana ob 00:00 naslednjega dne po dnevu, ki je razviden iz plačilnega dokumenta.
- (4) Če je dogovorjeno, da je premijo treba plačati na podlagi terjatvenega dokumenta, zavarovalno kritje velja od dne, ki je navedeno na polici pod pogojem, da zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik plača premijo v roku, ki je naveden na terjatvenem dokumentu. Če premija ni plačana v tem roku, velja kritje (ob upoštevanju drugih določb teh pogojev) od naslednjega dne po plačilu zavarovalne premije.

19. člen POSLEDICE NEPLAČEVANJA PREMIJE

- (1) Če katera od zapadlih premij ni plačana v roku, je zavarovalnica dolžna obvestiti zavarovalca oziroma zavarovanca – plačnika o neplačilu premije s priporočenim obvestilom na zadnji naslov, ki ga je zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik sporočil zavarovalnici. Če poskus vročitve pošiljke s priporočeno pošto na naslov, ki ga je zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik navedel ob sklenitvi, oziroma na naslov, ki ga je zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik sporočil med trajanjem zavarovanja, ali na njegov stalni naslov, kot je naveden v Centralnem registru prebivalstva, oziroma na poslovni naslov firme, kot je naveden v Poslovnem registru Republike Slovenije, ni bil uspešen (npr. ker zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik ni prevzel poštnih pošiljk oziroma je odklonil njen sprejem), šteje, da je bila pošiljka vročena dvajseti dan po tem, ko je bila oddana na pošto, in naslovljena na enega izmed prej navedenih naslovov, razen če zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik ne dokaže, da pošiljke ni mogel prevzeti iz razlogov, ki niso bili na njegovi strani. Zato skladno s tem dogovorom nastanejo pravne posledice, tudi če priporočene poštni pošiljke zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik ne prevzame.
- (2) V primeru, da premija iz prvega odstavka ni plačana niti v roku trideset dni od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu – plačniku vročeno priporočeno obvestilo o zapadlosti premije, zavarovalno kritje po polici oziroma posamezni pristopni izjavi, za katero premija ni bila plačana, preneha, in sicer za vse zavarovance, na katere se ta polica oziroma posamezna pristopna izjava nanaša.
- (3) Po izteku roka iz predhodnega odstavka zavarovalnica v zvezi s polico oziroma pristopno izjavo, po kateri premija ni bila plačana, nima nobene obveznosti.

20. člen SPREMEMBA POGODBE

- (1) V času veljavnosti pogodbe lahko pride zaradi sprememb okoliščin, pod katerimi je bilo sklenjeno in se izvaja zavarovanje, do sprememb pogojev. Če zavarovalnica spremeni zavarovalne pogoje, mora o spremembi pisno obvestiti zavarovalca vsaj šestdeset dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
- (2) Zavarovalec ima pravico, da v roku šestdeset dni po prejemu obvestila odpove pogodbo. Pogodba preneha veljati z iztekom tekočega zavarovalnega leta. V primeru, če zavarovalec od pogodbe v tem roku ne odstopi, se šteje, da se s spremembami strinja, zato pogodba od izteka tega roka dalje velja z upoštevanimi spremembami.

21. člen SPREMEMBA ZAVAROVALNIH VSOT

- (1) Če zavarovalec med trajanjem zavarovanja zahteva spremembo zavarovalnih vsot, posreduje zavarovalnici pisno zahtevo z navedbo razloga za spremembo.
- (2) V primeru zahteve za povišanje zavarovalnih vsot lahko zavarovalnica od zavarovanca zahteva izpolnitev vprašalnika o zdravstvenem stanju in/ali zdravniško spričevalo. Zavarovalnica lahko zavrne zahtevo za spremembo zavarovalnih vsot brez navajanja razlogov.
- (3) Spremembe veljajo z nastopom naslednjega zavarovalnega leta.

22. člen Kaj in kako je treba sporočiti zavarovalnici?

- (1) Za ažurno komunikacijo zavarovalnica prosi zavarovalca in zavarovanca, da ji v petnajstih dneh od nastanka spremembe sporoči naslednje:

KAJ NAM MORATE SPOROČITI?	KAKO NAM LAHKO SPOROČITE?
Spremembo stalnega naslova	Spremembo se sporoči: prek spletnega portala, ali po elektronski pošti na info.si@generali.com oziroma po pošti na sedež zavarovalnice, sprememba se lahko uredi tudi na vseh sklepalnih mestih zavarovalnice.
Spremembo drugih kontaktnih podatkov (npr. ime, priimek, elektronski naslov, začasni naslov, mobilno številko).	

- (2) Če zavarovalec ali zavarovanec spremembe naslova ali drugih kontaktnih podatkov ne bo sporočil, bo zavarovalnica obvestila še naprej pošiljala na naslov, ki ga je zavarovalec ali zavarovanec sporočili nazadnje, pri čemer se bo upoštevalo, da je bilo obvestilo naslovljeno na pravi naslov in da je bilo pravilno vročeno. Zato bodo nastale tudi pravne posledice.
- (3) Vsi dogovori, ki vplivajo na vsebino pogodbe, so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki (fizična ali elektronska oblika). Medsebojna komunikacija mora potekati pisno prek naslovov, navedenih v zgornji tabeli. Izjava, ki jo je treba dati drugemu, velja šele tedaj, ko jo ta prejme.
- (4) Pisna obvestila zavarovalnica pošilja na naslov, ki ji ga je zavarovalec oziroma zavarovanec navedel ob sklenitvi pogodbe oziroma na kasneje spremenjeni naslov. Če poskus vročitve pošiljke s priporočeno pošto na naslov, ki je bil naveden ob sklenitvi, oziroma na naslov, ki ga je zavarovalec oziroma zavarovanec sporočil med trajanjem zavarovanja, ali na stalni naslov, kot je naveden v Centralnem registru prebivalstva, oziroma na poslovni naslov firme, kot je naveden v Poslovnem registru Republike Slovenije, ni bil uspešen (npr. ker ni bila prevzeta poštna pošiljka oziroma je bil odklonjen njen sprejem), šteje, da je bila pošiljka vročena dvajseti dan po tem, ko je bila oddana na pošto, in naslovljena na enega izmed prej navedenih naslovov, razen če zavarovalec oziroma zavarovanec ne dokaže, da pošiljke ni mogel prevzeti iz razlogov, ki niso bili na njegovi strani. Zato skladno s tem dogovorom nastanejo pravne posledice, tudi če priporočene poštni pošiljke zavarovalec oziroma zavarovanec ne prevzame.

23. člen Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev?

- (1) Za vse storitve, ki jih zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec posebej zahteva od nas, lahko zavarovalnica zahteva nadomestilo stroškov storitev po našem ceniku, ki je objavljen na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si/ceniki. Pri papirnatem poslovanju lahko zavarovalnica zaračunava tudi administrativne stroške skladno z objavljenim cenikom.
- (2) Plačilo stroškov medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, ki jih mora zavarovanec ali upravičenec predložiti ob nastanku zavarovalnega primera kot dokazilo o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, ni obveznost zavarovalnice, zato jih mora plačati zavarovanec ali upravičenec sam.
- (3) Plačilo stroškov odvetniških in drugih storitev zastopanja, stroškov izvedencev, prič idr. ni obveznost zavarovalnice, zato jih mora plačati zavarovanec ali upravičenec sam.

24. člen Vprašanja, dvomi?

V primeru dodatnih vprašanj glede zavarovanja ali drugih zavarovanj zavarovalnice oziroma v kakršnih koli drugih dvomih, bo zavarovalnica storila vse, kar je v njeni moči, da se zadeve razjasnijo. Zavarovalec, zavarovanec oziroma upravičenec lahko pokliče zavarovalnico na brezplačno telefonsko številko 080 70 77 oziroma se jo obvesti prek navedenih možnosti iz prvega odstavka 22. člena.

REŠEVANJE ZAVAROVALNIH PRIMEROV

25. člen PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA IN IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

- (1) Zavarovanec oziroma upravičenec, ki zahteva izplačilo zavarovalnine, mora po nastopu zavarovalnega primera o tem takoj oziroma najkasneje v roku 3 (treh) mesecev pisno obvestiti zavarovalnico in na svoje stroške priskrbeti in predložiti listine, navedene v teh pogojih, ter listine, s katerimi izkazuje nastanek zavarovalnega primera.

nevarnosti ali ki so pomembni za ugotavljanje obveznosti zavarovalnice.

30. člen PREPREČEVANJE KORUPCIJE

Zavarovalna 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.

31. člen Sankcijska klavzula

- (1) Zavarovalnica ne zagotavlja zavarovalnega kritja in nima obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi v primeru, če bi zavarovalnico 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.
- (2) Zavarovalnica ne zagotavlja zavarovalnega kritja in nima 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 je bila zavarovalnica o tem tveganju obveščena in je pisno potrdila zavarovalno kritje.
- (3) Za sankcionirane države/teritorije po predhodnem 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 spletni strani zavarovalnice: www.generalis.si/sankcijska_klavzula.

Zdravstveno zavarovanje



Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

Zavarovalnica: GENERALI zavarovalnica d.d.

Produkt: **Težke bolezni in operacije**

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?

Zavarovanje vam zagotavlja denarno izplačilo, če zbolite za eno od 13 oblik težkih bolezni ali po opravljeni operaciji, ki je posledica bolezni ali nezgode. Zavarovanje krije več kot 3700 operacij.



Kaj je zavarovano?

- ✓ **težke bolezni** – izplačamo 100 % ali 50 % zavarovalne vsote, če v času trajanja zavarovanja prvič v življenju zbolite za eno hujših bolezni (npr. rak, srčni infarkt, možganska kap...)
- ✓ **operacije z nočitvijo v bolnišnici** (bolezen ali nezgoda) – izplačamo 20 %, 25 %, 50 %, 75 %, 100 % zavarovalne vsote, odvisno od težavnosti opravljene operacije
- ✓ **smrt** – (bolezen ali nezgoda) – upravičencu izplačamo dogovorjeno zavarovalno vsoto

Ne prezrite!

Za vsako v zavarovalnih pogojih navedeno težko bolezen izplačamo zavarovalno vsoto ali njen del, pod pogojem, da sta med eno in drugo boleznijo pretekli 2 leti.

V enem letu je možno izplačilo za več operacij, vendar je skupno izplačilo omejeno z letno zavarovalno vsoto.



Kaj ni zavarovano?

- ✗ bolezni, ki so nastale pred sklenitvijo zavarovanja ali v času čakalne dobe, za katere je zavarovanec vedel ali se za njih zdravil oziroma se je nameraval zdraviti
- ✗ nezgode, ki so se zgodile pred sklenitvijo zavarovanja
- ✗ operacije, ki so bile izvedene ambulantno ali v dnevni bolnišnični obravnavi, operacije na lastno zahtevo ali v estetske namene ipd. niso krite



Ali je kritje omejeno?

- ! zavarujejo se lahko osebe od 18. do 64. leta starosti
- ! čakalna doba je 6 mesecev
- ! pogoj za izplačilo zavarovalnine za težke bolezni je, da oseba preživi 30 dni po postavljeni diagnozi
- ! pogoj za izplačilo zavarovalnine za opravljeno operacijo je, da oseba preživi 48 ur po opravljeni operaciji
- ! ob izplačilu zavarovalnine za hujšo bolezen pri operaciji, opravljeni zaradi te bolezni, izplačamo 50 % pripadajoče zavarovalnine
- ! po 60. letu velja omejitev izplačila v višini 50 % pripadajoče zavarovalnine za hujše bolezni ali operacije
- ! ostale omejitve so zapisane v splošnih pogojih zavarovanja



Kje velja zavarovanje?

- ✓ Zavarovanje velja po vsem svetu.



Kakšne so moje obveznosti?

- Vedno navajajte točne, popolne in resnične podatke.
- Obveščajte nas o vseh spremembah osebnih podatkov oziroma drugih podatkov, ki so pomembni za izvajanje zavarovanja.
- Premijo plačujte v celoti v dogovorjenem roku in na dogovorjeni način.



Kdaj in kako plačam?

Premijo plačate ob sklenitvi zavarovanja oziroma najkasneje do dogovorjenega dneva zapadlosti. Premijo plačate skladno z dogovorjenim načinom plačila z zavarovalnico.

Ne prezrite!

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



Kdaj zavarovanje začne in kdaj neha veljati?

Zavarovanje sklenete za dobo štirih let z možnostjo podaljšanja. Datum začetka in konca zavarovanja je naveden na polici. Zavarovanje lahko traja do poteka zavarovalnega leta, v katerem dopolnite 65. let.



Kako lahko odstopim od pogodbe?

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