



SPLOŠNI POGOJI ZA ZAVAROVANJE WIZ SPECIALISTI

1.0 OSNOVNI POJMI

VAŠA POLICA

Vaša pogodba, ki ste jo kot zavarovalec sklenili z nami, je sestavljena iz **vaše police** (dokazila o zavarovanju) in teh **pogojev**. Vašo polico in morebitno drugo sklepalno dokumentacijo vam bomo izročili oziroma posredovali po elektronski pošti.

Vaša polica vam zagotavlja zavarovalno zaščito zdravstvenega zavarovanja **WIZ Specialisti**, ki vam omogoča:

- hiter dostop do zdravstvenih storitev izven mreže javne zdravstvene službe, z uporabo asistenčnih storitev,
- kritje stroškov specialistično ambulantnih storitev, enostavnih in zahtevnih diagnostičnih preiskav, operativnih posegov, drugega mnenja, fizioterapij, psihološke pomoči, načrta zdravljenja, strokovnega posveta in zdravil.

Pomembno: Pri spletni sklenitvi zavarovanja nam morate posredovati **veljaven e-poštni naslov**, do katerega redno dostopate, ker ga bomo uporabljali za komunikacijo z vami in nanj pošiljali obvestila o vašem zavarovanju.

Na vaši polici so zapisani vsi pomembni podatki o vas in zavarovalnih kritjih, zato jih pozorno preberite in preverite, ali so pravilni. Če podatki niso pravilni, nam to v 15 dneh sporočite, kajti v nasprotnem primeru bo veljalo, kot izhaja iz vaše police.

POMEN DOLOČENIH BESED

Nekateri pojmi, uporabljeni v teh pogojih, imajo specifičen pomen. Pojasnjeni so v spodnji tabeli.:

POJEM	KRATKA OBRAZLOŽITEV
Vaša polica	To je pogodba o zavarovanju, ki ste jo sklenili z nami. Določa zavarovalna kritja in druge pomembne podrobnosti sklenjenega zavarovanja WIZ Specialisti .
Mi, naš	GENERALI zavarovalnica d.d., Kržičeva ulica 3, Ljubljana, ki sklepa in izvaja zavarovanje po teh pogojih.
Vi, vaš	Oseba, ki je na vaši polici določena kot zavarovalec oziroma zavarovanec. Zavarovanec in zavarovalec je največkrat ista oseba, razen ko zavarovalec vašo polico sklene za drugo osebo.
Premija	Dogovorjeni znesek, ki nam ga plačujete za zavarovanje po vaši polici.
Zavarovalno leto	Obdobje enega leta, ki se začne z datumom začetka veljavnosti vaše police, in obdobje enega leta od obletnice začetka veljavnosti vaše police.
Zavarovalna vsota	Najvišji znesek naše obveznosti iz vaše police za vse nastale zavarovalne primere v obdobju zavarovalnega leta.
Beli recept	Uradni samoplačniški receptni obrazec.
Bolezen	Odsotnost zdravja, ki ga ugotovi zdravnik in ki ni posledica nezgode.
Asistenca zdravje	Naš asistenčni center, ki vam nudi informacije o vaši polici, načinu uveljavljanja pravic iz vaše police in o izvajalcih zdravstvenih storitev, izvaja pomoč pri uveljavljanju vaših pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe, podaja predhodno odobritev in za vas organizira termin obravnave pri izbranih izvajalcih za storitve iz vaše police, za katere plačilo poskrbimo mi.

Nezgoda	Je 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.
Zavarovalni primer	Dogodek, na podlagi katerega nastane naša obveznost iz vaše police.
Čakalna doba ob sklenitvi vaše police	Z naše strani določeno obdobje od začetka vaše police oziroma novega kritja na vaši polici, za katerega je zavarovalec dolžan plačevati premijo in v katerem zavarovanec še ne more uveljavljati pravic iz vaše police, razen v primeru nezgode.
Čakalna doba za obstoječa stanja	Z naše strani določeno obdobje, za katero je zavarovalec dolžan plačevati premijo in v katerem zavarovanec še ne more uveljavljati pravic iz vaše police za obstoječa zdravstvena stanja.
Zdravstvene storitve	Strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji, ki se izvajajo pri izvajalcih zdravstvenih storitev.
Izvajalec zdravstvenih storitev	Izvajalec zdravstvene storitve, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvenih storitev ali z zdravstvenimi storitvami povezanih dejavnosti. Izvajalci zdravstvenih storitev so lahko naši izbrani izvajalci, ki smo jih izbrali mi, ali pa drugi izvajalci, ki jih izberete sami.
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 (npr. redne obdobjne preglede), lajšanje simptomov, zdravljenje in rehabilitacijo oziroma zdravstveno nego. Sem spadajo tudi nepričakovani zapleti kronične bolezni.
Novonastala bolezen	Bolezen, stanje oziroma poškodba, ki nastopi po začetku veljavnosti vaše police ali novega kritja na vaši polici, po poteku čakalne dobe (za bolezen), oziroma lahko ob začetku veljavnosti vaše police sicer obstaja, vendar ni diagnosticirana oziroma zdravljena in vi kot zavarovanec zanjo niste vedeli oziroma niste mogli vedeti, ker niste imeli zdravstvenih težav, bolezenskih znakov ali simptomov.
Obstoječe stanje	Bolezen, stanje oziroma poškodba, katerih simptomi so se pojavili v času dveh let pred začetkom veljavnosti zavarovanja oziroma novega kritja. Če simptomi niso posledica nezgode, šteje za obstoječe stanje tudi, če so se simptomi pojavili v času čakalne dobe.
Napotnica	Listina obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na druge zdravnike v skladu s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.
Izvid	• Pisno mnenje zdravnika specialista, vezano na vašo zdravstveno težavo. • Pisno mnenje, ki ga izda tudi splošni zdravnik po vsakem zdravstvenem posvetu na daljavo iz kritja Halo Doktor, s katerim vas lahko napoti k drugemu izvajalcu na isti ali višji ravni zdravstvene dejavnosti, da opravi določene diagnostične in/ali terapevtske storitve iz naslova zavarovanja WIZ Specialisti, ki je sklenjeno pri nas.
Predhodna odobritev	Pozitiven zaključek našega odločanja o upravičenosti vašega zahtevka kot zahtevka zavarovanca za uveljavljanje pravic iz vaše police.

Zahtevek	Prijava ali najava potrebe po zdravstveni storitvi iz vaše police, ki je posledica vaše bolezni ali nezgode, oziroma zahtevek iz vaše police za povračilo stroškov zdravstvenih storitev in/ali zdravil.
Ožji družinski član	Vaš zakonski ali zunajzakonski partner, vaši otroci in posvojenci do dopolnjenega 21. leta ter vaši starši.
Profesionalni športnik	Je član nacionalne športne zveze s stalnim ali začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki se preživi s športom in je v delovnem razmerju s športno organizacijo ali pa je zasebni poklicni športnik in je za to plačan.
Vrhunski športnik	Je državljan Republike Slovenije, ki doseže vrhunski športni rezultat mednarodne vrednosti po kriterijih Olimpijskega komiteja Slovenije oziroma pristojne nacionalne panožne zveze (status perspektivnega, mednarodnega, svetovnega in olimpijskega razreda).
Rekreativni športnik, amater	Je tisti, ki se rekreativno ukvarja s športno aktivnostjo. Če gre za nevarno športno aktivnost ali panogo, ki je opredeljena v Tabeli nevarnih športnih aktivnosti v točki 3 teh pogojev, se obračuna dodatek na premijo.
Resna zdravstvena stanja in okoliščine	Bolezni srca in ožilja: • miokardni infarkt • operacija obkroga koronarne arterije (by - pass) • operacija srčnih zaklopk • operacija aorte • možganska kap • koronarna angioplastika Rakasta obolenja: • rak • benigni možganski tumor Težke poškodbe in bolezni: • 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
Medicinsko utemeljena indikacija	Bolezniški znaki in okoliščine, ki nakazujejo upravičeno odločitev za zdravstveno storitev oziroma zdravilo, ki ga skladno z medicinsko doktrino predpiše pristojni zdravnik.
Soudeležba	Vaša udeležba pri plačilu stroškov zdravstvenih storitev in zdravil, v deležu, ki ga mi ne plačamo oziroma povrnemo.

2.0 KRITJA PODROBNO

Kaj je krito in kaj ni ter omejitve

KAJ JE KRITO?

WIZ Specialisti vam nudi storitve **Asistence zdravje** (asistenčne storitve), **Zdravstvene storitve** (kritje stroškov zdravstvenih storitev) in **Zdravila** (kritje stroškov zdravil). Zaradi boljše preglednosti vam vsa kritja na kratko predstavljamo v spodnji tabeli, podrobneje pa so opisana v razdelku **Vsebina in obseg kritja - podrobneje**.

STORITVE ASISTENCE ZDRAVJE	
Informiranje	• o vaši polici • o izvajalcih zdravstvenih storitev • o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz vaše police • o uveljavljanju pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe v Sloveniji
Odločanje o upravičenosti do pravic iz vaše police in organiziranje	• izvedbe zdravstvenih storitev iz vaše police • izdelave načrta zdravljenja v primeru poškodb zaradi nezgode • izvedbe strokovnega posveta v zvezi z zdravstvenim stanjem • izdelave drugega mnenja
ZDRAVSTVENE STORITVE	
Specialistična obravnava	• specialistični pregledi • enostavne diagnostične preiskave • enostavni ambulantni posegi
Zahtevna diagnostična preiskava	• preiskava, ki je nadaljevanje specialistične obravnave in je v nekaterih primerih potrebna za postavitve diagnoze
Operativni poseg	• diagnostični ali terapevtski poseg, potreben za diagnosticiranje ali zdravljenje postavljene diagnoze iz specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave
Fizioterapija	• kot nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega
Psihološka pomoč	• storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije
Načrt zdravljenja	• v primeru poškodbe zaradi nezgode, pri kateri je bila potrebna hospitalizacija
Strokovni posvet	• posvet v zvezi z obstoječim zdravstvenim stanjem ali kroničnimi boleznimi zavarovanca • posvet v prvem mesecu po rojstvu otroka
Drugo mnenje	• mnenje zdravnika iz tujine v zvezi s postavljenjo diagnozo in/ali priporočenim zdravljenjem
ZDRAVILA	
Zdravila na beli recept	• predpisana ob izvedbi specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave oziroma operativnega posega

VSEBINA IN OBSEG KRITJA – PODROBNEJE

Informiranje je storitev Asistence zdravje, ki zavarovancu nudi informacije:

- o vaši polici,
- o izvajalcih zdravstvenih storitev,
- o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz vaše police,
- o uveljavljanju pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe v Sloveniji.

Odločanje o upravičenosti do pravic iz vaše police in organiziranje storitev je odločanje Asistence zdravje o upravičenosti do storitev iz vaše police, organiziranje termina obravnave pri izbranih izvajalcih za zavarovanca, organiziranje izdelave načrta zdravljenja, izvedbe strokovnega posveta in izdelave drugega mnenja.

Specialistična obravnava so specialistično ambulantne storitve, ki so potrebne za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni in vključujejo specialistični pregled, pripadajoče 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).

Zahtevna diagnostična preiskava je nadaljevanje specialistične obravnave in je navadno potrebna za postavitev diagnoze pri novonastali bolezni. To je na primer računalniška tomografija (CT, CTA), magnetna resonanca (MR, MRA), pozitronska emisijska tomografija (PET), scintigrafija, irigografija, UZ vodena biopsija notranjih organov, endoskopski UZ, artrografija, gastroskopija in kolonoskopija ter tudi morebitni odvzem tkiva.

Operativni poseg vključuje diagnostične in/ali terapevtske posege, ki so nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave in so potrebni za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni ali nezgode. To so:

- poseg na očesu (ptorigij, pinguekula, xantalazma, entropij),
- poseg na solznih žlezah in solzevodih,
- posegi na nosu (endoskopska operacija nosu in obnosnih votlin, klasična ali endoskopska mukotomija, endoskopska ablacija polipov),
- poseg na roki (artroskopija zapestja zaradi poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles, operacija karpalnega kanala, sprožilnega prsta),
- 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 disci, 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 mehko tkivnih ali kostnih sprememb,
- operativno zdravljenje krčnih žil,
- koronarografija, perkutana transluminalna angioplastika (PTA),

- UZ razbijanje ledvičnih kamnov,
- ERCP (Endoskopska–Retrogradna–Holangio–Pankreatikografija),
- hidrokela, spermatokela ali varikokela,
- rektoskopski poseg, polipektomija, endoskopska operacija v zadnjem delu širokega črevesa, operacija hemoroidov, incizija analne fisure,
- kirurška ekscizija izrastkov kože, brazgotin in mehkih delov, če je odstranitev predpisana s strani zdravnika specialista,
- druge odstranitve tvorb in znamenj, če je tkivo poslano na patohistologijo.

Fizioterapija vključuje storitve ambulantne fizioterapije, ki so nadaljevanje specialistične obravnave, zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega in so potrebne za zdravljenje novonastale bolezni ali nezgode, če je tako dogovorjeno v vaši polici. 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 ustrezno slikovno diagnostiko (npr. UZ, MRI) ter
- po carskem rezu.

Fizioterapija se lahko koristi največ eno leto po novonastali bolezni oziroma se obdobje enega leta začne upoštevati po tistem, ko je bil zavarovanec na podlagi medicinske indikacije sposoben za izvedbo fizioterapije, razen v primeru poškodovanih živcev, kjer je ta rok dve leti. Zavarovancu krijemo stroške storitev ambulantne fizioterapije do pet obravnav za posamezen zavarovalni primer. 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 našega pooblaščenega zdravnika ali fizioterapevta.

Psihološka pomoč vključuje storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije v primerih, nastalih v času trajanja vaše police, in sicer:

- diagnosticiranega resnega zdravstvenega stanja in okoliščin iz tabele opredelitve izrazov,
- trajne izgube delovne zmožnosti opravljanja lastnega ali katerega koli drugega 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 vaši polici. Zavarovancu krijemo stroške psihološke pomoči do deset individualnih obravnav (seans) za posamezen zavarovalni primer. Po seriji štirih individualnih obravnav je treba za nadaljevanje zdravljenja pridobiti odobritev našega pooblaščenega zdravnika na podlagi poročila izvajalca psihološke pomoči.

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.

Strokovni posvet vključuje posvet po telefonu z našim pooblaščenim zdravnikom v zvezi z obstoječim zdravstvenim stanjem in kronično boleznijo, če je to kritje dogovorjeno v vaši polici. Strokovni posvet vključuje tudi enkratno svetovanje zavarovancu o negi otroka do dopolnjenega enega meseca starosti otroka ter svetovanje v zvezi z novonastalo boleznijo, če je ta nastala v prvem mesecu starosti otroka.

Drugo 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 ožji družinski člani, če je to dogovorjeno v vaši polici.

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 vaše police. Zdravila morajo biti predpisana skladno z diagnozo, medicinsko doktrino in zdravstvenimi smernicami ter navedena v medicinski dokumentaciji. V zavarovalnem letu se za novonastalo bolezen krijejo le stroški prve izdaje zdravila v količini, ki je potrebna za zdravljenje novonastale bolezni, vendar največ za trideset 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.

Zavarovanje krije otroku stroške zdravstvenih storitev in zdravil v obsegu, ki je določen v vaši polici.

Zavarovanje ima zavarovalno vsoto, ki je določena v vaši polici. Zavarovalna vsota je lahko določena tudi za posamezno zavarovalno kritje iz tega razdelka in je navedena v vaši polici.

Zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev in zdravil, ki nastanejo v zavarovalnem letu, največ do višine letne zavarovalne vsote. Neizkoriščena zavarovalna vsota iz predhodnega zavarovalnega leta se ne prenaša v novo zavarovalno leto.

Če zavarovanec v zavarovalnem letu preseže zavarovalno vsoto, nam mora preseženi znesek povrniti najkasneje v roku osmih dni od dneva prejema našega poziva.

KAJ NI KRITO?

WIZ Specialisti ne krije stroškov zdravljenja:

- kroničnih bolezni, ki so nastale in/ali so bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti vaše police ali v času čakalne dobe,
- novonastalih bolezni, ki so nastale in/ali so bile diagnosticirane pred potekom čakalne dobe,
- v dejavnostih intenzivne in urgentne medicine ter preventive, 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 povzroča 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 in matičnimi celicami (npr. zdravljenje s trombocitno plazmo),
- refrakcijskih okvar očesa,
- težav s sluhom, ki so povezane s stopnjo gluhosti,
- zob in obzobnega tkiva, vključno s storitvami čeljustne kirurgije in ortodontije.

WIZ Specialisti ne krije stroškov:

- povezanih s pregledi ali zdravljenji pri splošnem ali družinskem zdravniku,
- zdravstvenih storitev, opravljenih iz estetskih razlogov,
- storitev alternativnega, komplementarnega ali eksperimentalnega zdravljenja, če ni v vaši polici določeno drugače,
- protonskih terapij, s sončenjem povezane poškodbe kože (aktinična keratoza) ter zdravljenja smrčanja,
- storitev, povezanih s kurjimi očesi, žulji, odebeljenimi oziroma vraščenimi nohti,

- nadaljnjih storitev po opravljeni specialistični obravnavi, ki so povezane z zdravljenjem bradavic,
- odstranitvev tvorbov in znamenj, ki so izvedena s kemičnim pilingom, laserjem, elektrokoagulacijo, radiofrekvenco ali z zamrznitvijo tkiva, razen če je tkivo poslano na patohistologijo,
- 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 zavarovanja, potnih stroškov, stroškov nastanitve in prehrane ter stroškov komunikacijskih storitev, ki nastanejo ob uveljavljanju pravic iz vaše police,
- 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.

WIZ Specialisti ne krije 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, miopatij, utrujenosti, pretreniranosti).

WIZ Specialisti ne krije stroškov:

- zdravil, ki se lahko izdajajo brez recepta tudi v specializiranih prodajalnah, četudi imajo dovoljenje za promet v Sloveniji,
- bioloških zdravil,
- zdravil, predpisanih na recept v preventivne namene,
- zdravil za zdravljenje erektilne disfunkcije,
- zdravil za odpravljanje prekomerne teže,
- zdravil za odpravljanje androgene alopecije ter kontraceptivov,
- zdravil za odvajanje od kajenja,
- zdravil, predpisanih z dietetičnimi, dezinfekcijskimi, negovalnimi in kozmetičnimi učinki.

Izključene so tudi naše obveznosti, kadar do bolezni, stanja oziroma poškodbe pride zaradi ali v povezavi:

- z vojno ali vojni podobnimi dogodki, sabotažo, terorističnim dejanjem, izgreedom, 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, plovnih objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.

Izključene so zdravstvene storitve iz naslova dejavnosti zdravstvene nege, dejavnosti babic, delovne terapije, optometrije, logopedije, dietetike, dejavnosti zobnih higienikov, dejavnosti krvnih bank, dejavnosti spermalnih bank in bank organov ter dejavnosti reševalnih prevozov.

Izključene so tudi naše obveznosti v primeru ugotovljenih neresničnih podatkov, zamolčanja, prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca in zavarovanca.

Izključene so naše obveznosti za osebe, ki so profesionalni ali vrhunski športniki.

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.

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.

V vsakem primeru so izključene naše obveznosti, če zavarovanec potrebuje zdravstveno storitev pred začetkom veljavnosti vaše police oziroma novega kritja na vaši polici, v času čakalne dobe ter po koncu veljavnosti vaše police.

Naše obveznosti so omejene v naslednjih primerih:

Ko se bolezen med trajanjem vaše police v skladu z definicijo iz tabele **POMEN DOLOČENIH BESED** medicinsko opredeli kot kronična bolezen, 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 strokovnega posveta in drugega mnenja, skladno s temi pogoji.

Če ste rekreativni športnik ali amater v skladu s točko 3 teh pogojev, imate ustrezno povišano premijo. Če niste plačali ustrezne povišane premije, imamo pravico od vas zahtevati povračilo dela stroškov storitve v razmerju med premijo, ki bi jo morali plačati, in dejansko plačano premijo, kadar pride do zavarovalnega primera.

3.0 UPRAVLJANJE Z VAŠIM ZAVAROVANJEM

KDO SE LAHKO ZAVARUJE?

Osebe, ki imajo pristopno starost med 1 in 70 let ter nimajo statusa **profesionalnega** ali **vrhunškega** športnika. Pristopna starost se izračuna kot razlika med letnico začetka zavarovanja in letnico rojstva. Osebe s pristopno starostjo 71 let in več se lahko zavarujejo po posebnih pogojih.

SKLENITEV ZAVAROVANJA TER VAŠA POLICA

WIZ Specialiste lahko sklenete prek www.wiz.si. Do sklenitve **WIZ Specialisti** vas bodo vodili koraki, v katerih boste izpolnjevali podatke, ki jih potrebujemo. Sklenitev je možna brez izpolnitve vprašalnika o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu zavarovanca. **WIZ Specialisti** je sklenjeno s plačilom prve premije. Takoj po sklenitvi zavarovanja vam bomo poslali **vašo polico** na vaš e-poštni naslov. Sestavni del zavarovanja je tudi **Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu (IPID)**, s katerim se seznanite pred sklenitvijo, in ti pogoji, ki so vam vedno na razpolago na www.wiz.si.

ČAKALNA DOBA

Ob prvi sklenitvi vaše police oziroma ob priključitvi novega kritja na vaši polici velja:

- **Čakalna doba ob sklenitvi vaše police** v trajanju **3-mesecev**. Določena je za novonastale bolezni,

razen za poškodbe, ki so posledica nezgode, do katere je prišlo po začetku veljavnosti vaše police oziroma novega kritja.

- **Čakalna doba za obstoječa stanja** v trajanju **24-mesecev**. Zavarovanec mora torej imeti sklenjeno polico oziroma priključeno novo kritje najmanj 24 mesecev, preden začne veljati kritje za obstoječa zdravstvena stanja. Obveznosti iz vaše police za obstoječa zdravstvena stanja bomo prevzeli šele po poteku 24-mesečnega obdobja, 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 dalje.

Čakalni dobi ne veljata za kritji **Drugo mnenje** in **Strokovni posvet**.

Če je bila vaša polica spremenjena in vsebuje kritja, ki jih predhodno zavarovanje ni vključevalo, za nova kritja veljata obe čakalni dobi.

TRAJANJE IN VELJAVNOST WIZ SPECIALISTI

Pogoj za sklenitev WIZ Specialisti je plačilo prvega obroka premije.

WIZ Specialisti začne veljati tistega dne, ki je na vaši polici določen kot datum začetka zavarovanja oziroma novega kritja, ob upoštevanju **čakalne dobe ob sklenitvi vaše police** oziroma **čakalne dobe za obstoječa stanja**, če je za zavarovanje v celoti plačana zapadla premija.

Zavarovalno kritje velja v posameznem zavarovalnem letu do porabe celotne zavarovalne vsote. Z začetkom naslednjega zavarovalnega leta se zavarovalno kritje ponovno vzpostavi.

Zavarovalno kritje preneha s prenehanjem vaše police.

PODALJŠANJE VAŠE POLICE OB POTEKU

Zavarovanje **WIZ Specialisti** je sklenjeno za dobo enega leta. Vaša polica se ob izteku dogovorjene dobe **vsakokrat podaljša za enako časovno obdobje**, za katerega je bila sklenjena, razen če ste polico odpovedali v skladu s temi pogoji.

Ob podaljšanju zavarovanja se premija določi za naslednje zavarovalno leto skladno s poglavjem **PLAČILO PREMIJE**.

Od podaljšanja zavarovanja lahko odstopimo tudi mi, če prenehamo z izvajanjem takšnega zavarovanja, če ste ravnali v nasprotju z vašo polico ali če so nastale okoliščine, zaradi katerih vaše police ne moremo več imeti v veljavi. V tem primeru vas bomo obvestili vsaj tri mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.

Zavarovanje se podaljšuje in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni starost 75 let.

Vaša polica predčasno preneha s smrtjo zavarovanca, z njeno odpovedjo ali razdrtjem.

PLAČILO PREMIJE

Višino premije in dobo plačevanja premije določimo sporazumno v skladu z našimi pravili sklepanja. Če se z določeno premijo za naslednje zavarovalno leto ne boste strinjali, lahko zavarovanje odpoveste v roku 30 dni od prejema našega obvestila.

Ob sklenitvi vaše police se premija za zavarovalno leto določi na podlagi vaše starosti in morebitnega dodatka na premijo za šport po **Tabeli nevarnih športnih aktivnosti**.

Premija je letna. Način plačila premije je opredeljen v korakih sklepanja na www.wiz.si. Možno je izbrati letno ali mesečno plačilo premije.

Plačilo prvega obroka ali celotne letne premije je pogoj za sklenitev in s tem za vzpostavitev veljavnosti vaše police.

Če kateri koli obrok premije ostane neplačan, vam bomo poslali priporočeno pismo z obvestilom, da poravnate odprte obveznosti. Če plačila ne bomo prejeli, bomo vašo polico v 30 dneh po vročitvi priporočenega pisma razdrli. V primeru razdrtja vaše police zaradi neplačila nam pripada premija do dneva razdrtja vaše police oziroma za celotno tekoče zavarovalno leto, če je do razdrtja vaše police nastal zavarovalni primer.

V primeru zamude pri plačilu premije lahko od vas zahtevamo povračilo stroškov, ki so nam bili zaradi zamude povzročeni, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi.

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 povrnil, vendar bomo pri povračilu stroškov storitev odbili znesek neplačanih premij.

Premija nam pripada do konca zavarovalnega leta, v katerem je nastal zavarovalni primer.

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

V primeru prehoda v višji starostni razred se ob začetku novega zavarovalnega leta višina zavarovalne premije za naslednje zavarovalno leto uskladi z veljavnimi pravili sklepanja zavarovanja.

DODATEK NA PREMIJO

Na premijo se obračuna dodatek zaradi nevarnih športnih aktivnosti in športnih aktivnostih v določenih športnih panogah (pri treningu in udeležbi na javnih športnih tekmovanjih, če je zavarovanec registrirani član športne organizacije).

TABELA NEVARNIH ŠPORTNIH AKTIVNOSTI, PRI KATERIH SE ZA ZAVAROVANJE OBRAČUNA DODATEK NA PREMIJO	
Alpinizem, gornišтво (nad 3000 m), jamarstvo	- Alpinizem - plezanje v navezah - Alpinizem - plezanje v naravni steni - Alpinizem - plezanje po ledenikih - Alpinizem - vse druge vrste - Gornišťvo nad 3000 m - Športno plezanje – dvorana - Jamarstvo
Bungee jumping	Bungee jumping
Ekipni športi z žogo	REGISTRIRANI ČLAN – treningi in tekme: - Košarka - Odbojka - Baseball - Nogomet - Rokomet - Rugby - Vaterpolo
Kajtanje, soteskanje, smučanje na vodi	- Kajtanje - Soteskanje - Smučanje na vodi
Smučanje, smučarski skoki, sankanje	- Smučanje - turno - Smučanje - akrobatsko - Smučarski skoki - Sankanje v bobu - Sankanje s športnimi sanmi REGISTRIRANI ČLAN – treningi in tekme: - Smučanje - deskanje, smuči

Letalstvo, zmajarstvo, balonarstvo, padalstvo	- Letalstvo - jadralno letenje - Letalstvo - letenje z baloni na topli zrak - Letalstvo - letenje z motornim zmajem - Letalstvo - letenje z zmaji - Letalstvo - padalstvo klasično - Ostale vrste letenja in upravljanja z ostalimi letalnimi napravami
Kolesarjenje	- Downhill REGISTRIRANI ČLAN – treningi in tekme: - Kolesarstvo
Hokej	REGISTRIRANI ČLAN – treningi in tekme: - Hokej na kotalkah - Hokej na travi
Jahanje	- Jahanje čez ovire - Jahanje - galopske dirke - Jahanje - kasaške dirke
Borilni športi	- Boks - Judo - Ju-jitsu - Karate - Kick Boxing - Rokoborba - Taekwondo - Vse druge borilne veščine: Aikido, Aris de mano, Hapkido, Tang Soo Do, Thai boxing ...
Plavanje, potapljanje, skoki v vodo	- Podvodni ribolov - Potapljanje (izjema potapljanje na dah) - Skoki v vodo REGISTRIRANI ČLAN – treningi in tekme: - Maratonsko plavanje - Plavanje - Podvodni hokej (član kluba)
Rolanje, kotalkanje, drsanje vseh vrst	REGITRIRANI ČLAN – treningi in tekme: - Kotalkanje - Rolanje - Rolkanje - Tek na rolkah - Drsanje na ledu
Avtomobilizem, motociklizem, karting	- Cestno hitrostni avtomobilizem - Cestno hitrostni motociklizem - Go-kart - Gorsko hitrostni avtomobilizem - Gorsko hitrostni motociklizem - Karting - Mopedizem - Motokros
Športna plovila, jadrnanje, kajak, kanu, rafting	- Dirke s športnimi plovili - Jadrnanje - Kajak na divjih vodah - Kanu na divjih vodah - Veslanje na morju in celinskih jezerih - Rafting

Duatlon, triatlon	REGISTRIRANI ČLAN – treningi in tekme: • Duatlon • Triatlon
Gimnastika, balet	REGISTRIRANI ČLAN – treningi in tekme: • Gimnastika • Balet
Atletika	REGISTRIRANI ČLAN – treningi in tekme: • Atletika
Tenis	REGISTRIRANI ČLAN – treningi in tekme: • Tenis

SPREMEMBA VAŠE POLICE

Če vaša polica traja več let, lahko v času veljavnosti vaše police zaradi sprememb okoliščin, pod katerimi je bilo zavarovanje sklenjeno in se izvaja, pride do sprememb pogojev, višine premije oziroma naših pravil za sklepanje tovrstnih zavarovanj.

O spremembi vas bomo pisno obvestili vsaj 30 dni pred uveljavitvijo spremembe. Spremembe veljajo z nastopom naslednjega zavarovalnega leta. Imate pravico, da v roku 30 dni po prejemu obvestila odpoveste vašo polico. Vaša polica preneha veljati z iztekom tekočega zavarovalnega leta. Če od vaše police v tem roku ne odstopite, bomo upoštevali, da se s spremembami strinjate, zato vaša polica od izteka tega roka dalje velja z upoštevanimi spremembami.

Če bi želeli spremeniti obseg kritij, nas morate o tem pisno obvestiti vsaj 30 dni pred potekom zavarovalnega leta na info@wiz.si. Ne glede na navedeno imamo možnost, da vaš predlog zavrremo.

PREKINITEV VAŠE POLICE

Vaša polica se lahko prekine zaradi različnih razlogov. Od dneva prekinitve dalje vam ni treba več plačevati premije, a tudi nam ni treba kriti zdravstvenih storitev in zdravil. Pomembno je, da veste, da imamo pri prekinitvi vaše police pravico od vas zahtevati plačilo premije do konca meseca, v katerem je nastopil dan prekinitve.

Razlogi za prekinitve zavarovanja **WIZ Specialisti** so:

ODPOVED ZAVAROVANJA

Če se med trajanjem zavarovanja odločite, da bi odpovedali zavarovanje **WIZ Specialisti**, lahko to storite kadar koli. Odpoved mora biti dana na način, kot je predviden v točki **Pravila medsebojnega obveščanja**. Odpoved bomo uredili takoj z začetkom naslednjega meseca, ko bomo prejeli vaš e-obrazec za odstop od pogodbe. Če je v zavarovalnem letu, v katerem odpovedujete vašo polico, nastal zavarovalni primer, boste morali premijo poravnati do konca tekočega zavarovalnega leta.

ODSTOP OD VAŠE POLICE

Če si takoj po sklenitvi vaše police prek interneta premislite, jo lahko odpoveste v 14 dneh od sklenitve. V tem primeru že plačano premijo vrnemo. Od vaše police ne morete odstopiti, če je v tem obdobju že prišlo do zavarovalnega primera.

ZAMOLČANJE

Vaša polica preneha, če ste namenoma zamolčali kakšno okoliščino take narave, da z vami ne bi sklenili vaše police. V tem primeru lahko odstopimo od vaše police in odklonimo plačilo stroškov storitev ali zavrremo

zahtevek ali zahtevamo povračilo plačanih stroškov opravljenih storitev, če nastopi zavarovalni primer, preden smo izvedeli za tako okoliščino. Obračunamo si stroške, imamo pa tudi pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno leto, v kateri zahtevamo razveljavitev vaše police. Naša pravica do razveljavitve vaše police preneha, če v roku treh mesecev od dneva, ko smo izvedeli za zamolčanje, ne izjavimo, da nameravamo vašo polico prekiniti.

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. V takem primeru preneha vaša polica po izteku štirinajstih dni od dneva, ko smo vam sporočili svoj odstop; če predlagamo zvišanje premije, pa je vaša polica po samem zakonu prekinjena, če ne sprejmete našega predloga v štirinajstih dneh od dneva, ko ste ga prejeli.

Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred prekinitvijo vaše police 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.

Če so nam bile ob sklenitvi vaše police znane ali nam niso mogle ostati neznane okoliščine, pomembne za ocenitev nevarnosti, vi pa ste jih netočno prijavili ali zamolčali, se ne moremo sklicevati na netočnost prijave ali zamolčanje.

KAJ IN KAKO NAM MORATE SPOROČATI, KO STE ZAVAROVANI PRI NAS?

Da bi se izognili nevšečnostim ali celo prekinitvi vaše police, nam morate ažurno sporočiti naslednje:

KAJ NAM MORATE SPOROČITI?	KAKO NAM LAHKO SPOROČITE?
Spremembo stalnega ali internetnega naslova	Spremembo podatkov nam sporočite prek obrazca na www.wiz.si ali prek e-pošte info@wiz.si
Spremembo drugih kontaktnih podatkov	
Spremembo osebnih podatkov (npr. ime, priimek itd.)	

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 upoštevalo, da je bilo obvestilo naslovljeno na pravi naslov.

Morda vas bomo kdaj tudi prosili, da nam podate pisno izjavo o opravljenih zdravstvenih storitvah.

PRAVILA MEDSEBOJNEGA OBVEŠČANJA

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. Če odpovedujete pogodbo, mora biti odpoved podana na e-obrazcu zavarovalnice, ki ga pošljete zavarovalnici po elektronski poti oziroma ga izpolnite s pomočjo predstavnika zavarovalnice v poslovalnicah zavarovalnice ali prek klicnega centra zavarovalnice.

Pisna obvestila vam pošiljamo na naslov, ki ste nam ga navedli ob sklenitvi vaše police oziroma na kasneje spremenjeni naslov.

4.0 NAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE

Ob nastanku zavarovalnega primera bomo izpolnili z vašo polico določene naše obveznosti.

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

Zavarovanec ali druga pooblaščen oseba zavarovanca uveljavlja pravice iz zavarovanja prek **Asistence zdravje** na naslednje načine:

- prek spletnega portala,
- po (elektronski) pošti,
- s telefonskim klicem.

Zavarovanec uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev iz zavarovanja na podlagi zahtevka, ki mu priloži dokazila, iz katerih je razvidno, da potrebuje zdravstveno storitev (npr. napotnica osebnega zdravnika, izvid zdravnika specialista oziroma našega pooblaščenega zdravnika) in so pomembna za ugotovitev naše obveznosti iz vaše police.

Zdravstvena storitev, ki jo potrebuje zavarovanec in je razvidna iz priloženih dokazil iz prejšnjega odstavka, mora biti ugotovljena po začetku veljavnosti vaše police **in po poteku čakalne dobe**.

Za zdravstveno storitev, ki jo potrebuje zavarovanec, mora biti izkazana medicinsko utemeljena indikacija v skladu z definicijo v tabeli **POMEN DOLOČENIH BESED**.

Če je bilo zavarovanje spremenjeno in vsebuje kritja, ki jih predhodno zavarovanje ni vključevalo, mora biti zdravstvena storitev, ki jo potrebuje zavarovanec, ugotovljena po začetku veljavnosti novega kritja in po poteku čakalne dobe novega kritja.

Stroške za izdana zdravila poravnava zavarovanec sam v lekarni in pri nas zahteva povračilo stroškov.

Od zavarovanca ali druge pravne ali fizične osebe lahko zahtevamo dodatna dokazila, da bi ugotovili pomembne okoliščine v zvezi z reševanjem zahtevka.

Na podlagi popolnega zahtevka odločamo, do katerih kritij je zavarovanec upravičen, in ga 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 vam jo bomo izpolnili skladno z vašo polico. Zavarovanca obvestimo tudi v primeru zavrnitve zahtevka.

V primeru predhodne odobritve bomo skupaj z zavarovancem izbrali izvajalca izmed naših izvajalcev in dogovorili termin odobrenih storitev.

Termin prve zdravstvene storitve za posamezno nezgodo ali bolezen se dogovori pri našem pogodbenem izvajalcu najpozneje v roku 10 delovnih dni od dneva ugotovitve nastanka naše obveznosti na podlagi popolnega zahtevka, kar zavarovancu potrdimo z odobritvijo zdravstvene storitve. Nadaljnje zdravstvene storitve po terminu prve zdravstvene storitve sledijo procesu zdravljenja po navodilu zdravnika specialista.

Če se zavarovanec ne strinja s ponujenim terminom ali želi izbrati drugega izvajalca zdravstvene storitve, bo zavarovalnica upoštevala željo zavarovanca, pri čemer v tem primeru veljajo drugačni roki za izvedbo termina storitve.

Če je bil termin s izvajalcem že dogovorjen in izvajalec v izjemnem primeru odpove ta termin zaradi razlogov na svoji strani, bo izvajalec zavarovancu organiziral nadomestni termin najpozneje v roku 10 delovnih dni od dneva odpovedi.

Zavarovanec lahko dogovorjeni termin obravnave pri našem izbranem izvajalcu odpove ali predlaga njegovo spremembo le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati, preprečiti ali se jim izogniti, o čemer nas mora nemudoma obvestiti in nam predložiti dokazila (npr. bolniški list).

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.

Zavarovanec lahko v primeru predhodne odobritve izjemoma, ob obveznem predhodnem soglasju z nami, uveljavlja storitve iz zavarovanja tudi pri drugih izvajalcih, pri čemer termin storitve iz zavarovanja organizira in plača sam.

Našemu izbranemu izvajalcu bomo plačali strošek opravljenih zdravstvenih storitev, zmanjšan za soudeležbo zavarovanca, če je tako dogovorjeno v vaši polici.

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.

Zavarovancu bomo povrnilo strošek (zmanjšan za soudeležbo, če je ta dogovorjena v vaši polici) na podlagi njegovega zahtevka za povračilo stroškov na našem obrazcu, in sicer:

- plačanih zdravstvenih storitev v višini računa izvajalca, vendar največ v obsegu in v višini cene storitve, ki bi jo plačali mi pri našem izbranem izvajalcu,
- zdravil, izdanih v lekarni.

Zahtevku za povračilo stroškov je treba predložiti račun s specifikacijo opravljenih storitev in izvid ter na našo zahtevo tudi drugo dokumentacijo.

Zavarovancu povrnemo strošek opravljenih zdravstvenih storitev najkasneje v roku štirinajstih dni od dneva, ko nam je bila predložena popolna dokumentacija.

Če ob predložitvi zahtevka zavarovanca zapadla premija s pripadajočimi obrestmi in stroški ni bila poravnana, povrnemo strošek opravljenih zdravstvenih storitev in zdravil po poravnavi vseh zapadlih obveznosti do nas.

Zavarovanec mora v procesu uveljavljanja pravic iz zavarovanja na svoje stroške pridobiti in nam predložiti vse podatke in dokumentacijo, povezano z uveljavljanjem zahtevkov iz vaše police.

Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila za izvedbo obravnave, ki smo mu jih predhodno posredovali mi ali izvajalec zdravstvenih storitev.

5.0 VPRAŠANJA, DVOMI, PRITOŽBE

Če imate kakršno koli vprašanje glede naših produktov ali storitev oziroma ste v dvomih glede česar koli, bomo storili vse, kar je v naši moči, da zadeve razčistimo. Izberite možnost, ki vam najbolj ustreza:

SPLETNA STRAN IN POGOSTA VPRAŠANJA (FAQ)

Obiščite našo spletno stran www.wiz.si. Dostopna je 24 ur na dan, vse dni v tednu. Vsebuje tudi stran s pogostimi vprašanji in odgovori.

SPLETNA KLEPET (ONLINE CHAT)

V času uradnih ur se lahko pogovorite online – v živo s članom ekipe WIZ, kadar koli pa nas lahko kontaktirate prek portala **Moj WIZ**.

PORTAL MOJ WIZ

Obiščite naš spletni portal **Moj WIZ**, kjer nam lahko kadar koli postavite vprašanja, se z nami posvetujete, pregledujete prejeta obvestila o vaši polici, stanje plačil, potek škodnih dogodkov in drugo.

POKLIČITE

V času uradnih ur nas pokličite na brezplačno telefonsko številko **080 11 24**.

PIŠITE NAM

Pišite nam na info@wiz.si. Odgovorili vam bomo najpozneje v enem delovnem dnevu. Pišete lahko tudi na naš naslov, objavljen na spletni strani.

KAKO REŠITI PRITOŽBO?

Za reševanje pritožb imamo vzpostavljeno shemo izvensodnega reševanja sporov in si bomo prizadevali, da bomo morebitna nesoglasja rešili po mirni poti.

KORAK 1 - NAJPREJ NAS OBVESTITE

Če imate kakršno koli pritožbo, nas najprej o tem obvestite prek ene izmed zgoraj naštetih možnosti. Za pritožbe glede reševanja škodnih zahtevkov pokličite **080 11 24**.

KORAK 2 - PREGLED PRITOŽBE IN ODGOVOR

Pregledali bomo vašo pritožbo in nanjo odgovorili v **8 delovnih dneh**. Če z odgovorom oz. rezultatom ne boste zadovoljni, lahko zahtevate, da pritožbo pregleda pritožbena komisija.

KORAK 3 - PRITOŽBENA KOMISIJA

Pritožbena komisija bo vašo pritožbo preverila in nanjo pisno odgovorila v **30 dneh**.

Odločitev pritožbene komisije je dokončna in nadaljnji postopki pri zavarovalnici niso možni.

KORAK 4 - ZAHTEVA PO IZVENSODNI OBRAVNAVI POSTOPKA

Če še vedno ne boste zadovoljni z odgovorom oz. odločitvijo notranje pritožbene komisije, se lahko po posebnem dogovoru nadaljuje postopek za izvensodno rešitev spora pri mediacijskem centru, ki deluje v okviru Slovenskega zavarovalnega združenja (Mediacijski center Slovenskega zavarovalnega združenja, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon: 01/300 93 81, elektronski naslov: irps@zavzdruzenje.si, spletni naslov: www.zav-zdruzenje.si), iz določenih razlogov pa tudi pred Varuhom dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu.

Kontakt: Več informacij o pritožbenih postopkih najdete na www.wiz.si/pravna-obvestila ali prek telefonske številke **080 11 24**. V primeru preko spleta sklenjenih zavarovanj je za reševanje takšnih potrošniških sporov na voljo tudi posebna platforma EU, in sicer na naslovu <http://ec.europa.eu/odr>.

6.0 INFORMACIJA O OBDELAVI OSEBNIH PODATKOV

Spoštujejo pravico do zasebnosti naših strank, zato vas želimo seznaniti s tem, kako obdelujemo vaše osebne podatke. V ta namen je pripravljena celovita »Informacija o obdelavi osebnih podatkov«, ki vam je dostopna na www.generalisi.si/vop. Informacijo lahko vedno zahtevate tudi v pisni obliki prek brezplačne telefonske številke **080 11 24**.

S sklenitvijo vaše police dovoljujete, 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.

7.0 DRUGO

ALI JE POTREBNO PLAČILO DODATNIH STORITEV?

Za vse storitve, ki jih posebej zahtevate od nas (npr. izdelava dvojnika police, odpoved zavarovanja), morate plačati nadomestilo stroškov po našem vsakokratnem veljavnem ceniku, ki je javno objavljen na www.generalisi.si/ceniki.

Plačilo stroškov medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, ki jih mora zavarovanec predložiti ob nastanku zavarovalnega primera kot dokazilo o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, ni naša obveznost, zato jih mora plačati zavarovanec sam.

Plačilo stroškov odvetniških in drugih storitev zastopanja, stroškov izvedencev, prič idr. ni naša obveznost, zato jih mora plačati zavarovanec sam.

DAVKI IN DAJATVE

Poleg dogovorjene premije ste dolžni plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec predpisal v času trajanja vaše police. Če se med trajanjem vaše police 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.

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 vas, to je zavarovalca, na način, da zavarovalnica premiji doda ta davek v predpisani višini.

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.

SANKCIJSKA KLAVZULA

Ne zagotavljamo zavarovalnega kritja in 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.

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/ozemljih, ali iz dejavnosti, ki so neposredno ali posredno povezane z ali koristijo njihovim vladam, osebam ali subjektom s prebivališčem v sankcioniranih državah/ozemljih, ali osebam ali subjektom, ki so v sank-

cioniranih državah/ozemljih ali njihovih teritorialnih vodah. Ta izključitev se ne uporablja za dejavnosti, 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.

Za sankcionirane države/ozemlja po prejšnjem odstavku štejejo Demokratična ljudska republika Koreja, Iran, Sirija, Venezuela, Kuba, Belorusija, Rusija in ozemlja Krim, Donetsk, Luhansk, Zaporožje ter Herson, pri čemer se seznam teh držav lahko spremeni. Vsakokrat veljavni seznam teh držav/ozemelj je dostopen na spletni strani zavarovalnice: **www.generali.si/sankcijska_klavzula**.

8.0 KONČNE DOLOČBE

WIZ je blagovna znamka in spletna prodajna točka GENERALI zavarovalnice d.d., Kržičeva ulica 3, Ljubljana, ki sklepa in izvaja zavarovanja WIZ. Zavarovanja WIZ se sklepajo prek interneta s plačilom premije. Vse komunikacije v povezavi z blagovno znamko WIZ izvaja GENERALI zavarovalnica d.d.. Za razmerja iz vaše police se uporablja slovensko pravo. Za nadzor nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice je dostopno na **www.generali.si**.

Ti pogoji veljajo in se uporabljajo od 1. 9. 2025 dalje.