



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 **zavarovalnih pogojev**.

Vašo polico in povezavo do zavarovalnih pogojev vam bomo poslali na e-poštni naslov, ki ste nam ga posredovali ob sklenitvi zavarovanja.

Pomembno: Pri sklenitvi zavarovanja prek spleta 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.

Vaša polica vam zagotavlja kritja, ki se nanašajo na plačilo stroškov zdravstvenih storitev izven mreže javne zdravstvene službe, ki nastanejo kot posledica vaše bolezni ali nezgode. Prav tako vam zagotavlja zdravstveni posvet na daljavo in asistenčne storitve. Vaša polica lahko zagotavlja tudi druga kritja, ki jih navajamo v nadaljevanju zavarovalnih pogojev.

Na vaši polici so zapisana kritja, ki ste jih izbrali, čas njihove veljavnosti, višine maksimalnih vsot in drugi pomembni podatki. Glede na vašo polico boste imeli zavarovanje samo za kritja, ki ste jih izbrali, zato je pomembno, da jo pozorno preberete in preverite, ali so vsi podatki pravilni. Če podatki niso pravilni, nam to sporočite v 15 dneh, saj bo v nasprotnem primeru veljalo, kot izhaja iz vaše police.

Sestavni del pogodbe so tudi morebitni dodatni in posebni pogoji ter vse dodatne klavzule in Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu (IPID), s katerim se seznanite pred sklenitvijo zavarovanja. IPID je na voljo na naši spletni strani www.wiz.si.

S sklenitvijo vaše police se obvezujete, da nam boste plačevali premijo na način in v obliki, kot je dogovorjeno v vaši polici, mi pa se obvezujemo, da bomo ob nastanku zavarovalnega primera izpolnili svoje obveznosti, kot so določene v pogodbi.

NAŠA KRITJA SO VAŠA IZBIRA

Zavarovanje **WIZ Specialisti** vam zagotavlja kritja, ki jih predstavljamo v spodnji tabeli:

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 storitev	- izvedbe zdravstvenih storitev iz vaše police - izdelave načrta zdravljenja v primeru poškodb zaradi nezgode - izdelave drugega zdravniškega mnenja

ZDRAVSTVENE STORITVE	
Halo Doktor	zdravstveni posvet na daljavo, ki zajema video ali telefonski razgovor s splošnim zdravnikom in njegov izvid. Kritje velja za novonastala in obstoječa zdravstvena stanja brez čakalne dobe
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 postavitev diagnoze
Operacije	Ožji paket operacij: ožji nabor diagnostičnih in/ali terapevtskih posegov, potrebnih za diagnosticiranje ali zdravljenje novonastalega stanja po specialistični obravnavi ali zahtevni diagnostični preiskavi Širši paket operacij: širši nabor diagnostičnih in/ali terapevtskih posegov, potrebnih za diagnosticiranje ali zdravljenje novonastalega stanja po specialistični obravnavi ali zahtevni diagnostični preiskavi
Drugo zdravniško mnenje	mnenje zdravnika iz tujine v zvezi s postavljeno diagnozo in/ali priporočenim zdravljenjem
REHABILITACIJA	
Načrt zdravljenja	svetovanje o nadaljnjem zdravljenju v primeru poškodbe zaradi nezgode, pri kateri je bila potrebna hospitalizacija
Fizioterapija	kot nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega
Psihološka pomoč	- storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije ob: - resnem zdravstvenem stanju, - trajni izgubi delovne zmožnosti opravljanja poklica, - poporodni depresiji ali - izgubi ožjega družinskega člana.
PREVENTIVNI PREGLEDI IN PREISKAVE	
Ultrazvok trebuha	- Namen preiskave je ugotavljanje stanja solidnih trebušnih organov in pravočasno odkrivanje bolezenskih sprememb. - Preiskava vključuje pregled trebušnih organov z ultrazvočnim aparatom (jetra, žolčnik, trebušna slinavka, vranica, obe ledvici, nadledvična žleza, trebušna aorta, sečni mehur in prostata pri moškem ter rodila pri ženski), stanje žil ter proste tekočine v trebušni votlini.
Ultrazvok vratnih arterij	- Namen preiskave je pravočasno odkrivanje začetnih zadebelitev žilnih sten in morebitnih aterosklerotičnih sprememb. - Preiskava vključuje pregled vratnih žil, in sicer ugotavljanje morebitnih žilnih anomalij, sprememb v žilni steni in ustreznost krvnega pretoka.

Ultrazvok skrotuma in testisov	- Namen preiskave je pravočasno odkrivanje bolezenskih sprememb skrotuma in testisov ter ugotavljanje morebitnih vnetij, razširitev ven (varikokele) in prisotnosti tekočine med ovojnicami testisov (hidrokele). - Preiskava vključuje pregled tkivne strukture in prekrvavitve testisov in obmodkov, ugotavljanje prisotnosti morebitnih nepravilnosti testisov ter položaja še nespuščenega testisa.
Ultrazvok dojk	- Namen preiskave je pravočasno ugotavljanje morebitnih bolezenskih sprememb v tkivu dojke. - Preiskava vključuje pregled morebitnih sprememb žleznega tkiva, solidnih in tekočinskih sprememb (cist), stanja in strukture pazdušnih bezgavk.
Ultrazvok vratu in ščitnice	- Namen preiskave je pravočasno ugotavljanje strukturnih sprememb ščitnice. - Preiskava vključuje pregled stanja in strukture ščitnice, bezgavk, žleze slinavke, prekrvavljenosti ščitnice, vnetij ščitnice in morebitnih zatrdlin na vratu.
Laboratorijski pregled krvi in urina z izvidom	- Namen laboratorijskega pregleda krvi in urina je pravočasno ugotavljanje ali spremljanje bolezni. Vključuje laboratorijski odvzem krvi in urina ter laboratorijsko analizo le-teh. - Preiskava se opravi v laboratoriju. Zdravnik pregleda rezultate in izdela izvid, ki je podlaga za morebitno nadaljnje zdravljenje. - Izvid izdela zdravnik splošne oziroma družinske medicine.
Pregled za športno aktivne osebe	- Namen pregleda je pravočasno odkrivanje možnih skritih patologij srca in ožilja ter nepravilnosti kostno-mišičnega in živčnega sistema, ki se pojavljajo zaradi značilnosti določene športne panoge. Določene obremenitve ter poškodbe (akutne in kronične) je možno pravočasno odkriti ali preprečiti. - Pregled obsega: - preventivni zdravstveni pregled: - pregled morebitne obstoječe zdravstvene dokumentacije, - pregled pri specialistu medicine dela, prometa in športa, - antropometrijo – merjenje teže, višine, sestave telesa, - meritev krvnega tlaka, - test vida, - elektrokardiografijo, - spirometrijo, - laboratorijske preiskave krvi in urina (hemogram, SR, železo, feritin, urogram) in - izdelavo izvida.
Fizioterapevtski pregled	- Namen pregleda je pravočasna priprava ustreznega načina zdravljenja športnih in drugih poškodb ter lajšanja in preprečevanja bolečin. - Pregled vključuje pregled morebitne medicinske dokumentacije in fizični pregled pri fizioterapevtu, ki na osnovi ugotovitev izda izvid s priporočili za nadaljnje zdravljenje.
Parodontološki pregled zob in ustne votline s čiščenjem zobnega kamna	- Namen pregleda je pravočasno ugotavljanje bolezenskih sprememb in morebitnih vnetij v ustni votlini, ki lahko negativno vplivajo na ostale sistemske bolezni, kot so srčno-žilne bolezni in bolezni dihal. - Pregled vključuje parodontološki pregled zob in ustne votline ter čiščenje morebitnega zobnega kamna.

ZDRAVILA	
Zdravila na beli recept	predpisana ob izvedbi specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave oziroma operativnega posega iz tega zavarovanja.

Priporočamo, da skrbno preberete podrobnejši opis vseh posameznih kritij v točki 2.0 teh pogojev – **Kritja podrobno**.

POMEN DOLOČENIH BESED

Nekateri pojmi, uporabljeni v teh pogojih, imajo poseben 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 praviloma ista oseba, razen ko zavarovalec vašo polico sklene za drugo osebo.
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.
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 vsakokratne obletnice začetka veljavnosti vaše police.
Zavarovalna vsota	Najvišji znesek naše obveznosti iz vaše police za vse nastale zavarovalne primere v obdobju zavarovalnega leta.
Zavarovalni primer	Dogodek, na podlagi katerega nastane naša obveznost iz vaše police.
Bolezen	Odsotnost zdravja, ki ga ugotovi zdravnik in ki ni posledica nezgode.
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.
Kronično stanje	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 obdobje pregleda), lajšanje simptomov, zdravljenje in rehabilitacijo oziroma zdravstveno nego. Sem spadajo tudi nepričakovani zapleti kronične bolezni.

Novonastalo stanje	Bolezen, stanje oziroma poškodba, ki nastopi po začetku veljavnosti zavarovanja ali novega kritja, po poteku čakalne dobe (za bolezen) oziroma lahko ob začetku veljavnosti zavarovanja sicer obstaja, vendar ni diagnosticirana oziroma zdravljena in vi kot zavarovanec ob vključitvi v zavarovanje zanjo niste vedeli oziroma niste mogli vedeti, ker niste imeli zdravstvenih težav, bolezenskih znakov ali simptomov.
Obstoječe stanje	Bolezen, stanje oziroma poškodba, katere 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.
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. Čakalna doba ne velja 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 stanja.
Zdravstvene storitve	Strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji, ki se izvajajo pri naših izbranih izvajalcih ali drugih izvajalcih.
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.
Pooblaščen zdravnik zavarovalnice	Z naše strani pooblaščen zdravnik določene specializacije.
Splošni zdravnik	Specialist splošne oziroma družinske medicine ali specialist pediater (za otroke do dopolnjenega 16. leta) iz mreže, ki jo organizira naš izbrani izvajalec. Ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvene ali z zdravstvenimi storitvami povezane dejavnosti oziroma dovoljenje za samostojno delo zdravnika.
Napotnica	Listina obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na druge zdravnike v skladu s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.
Izvid	• Pismo mnenje zdravnika specialista, vezano na vašo zdravstveno težavo. • Pismo 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.
Beli recept	Uradni samoplačniški receptni obrazec.
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 zdravlil.
Ožji družinski član	Vaš zakonski ali zunajzakonski partner, otroci in posvojenci od prvega do dopolnjenega 27. leta starosti.
Družinski člani	Vaš zakonski ali zunajzakonski partner, otroci in posvojenci od prvega do dopolnjenega 27. leta starosti ter vaši starši.
Profesionalni športnik	Je član nacionalne športne zveze s stalnim ali začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki se preživlja s športom in je v delovnem razmerju s športno organizacijo ali pa je zasebni poklicni športnik in je za to plačan. V tem primeru se obračuna dodatek na premijo.
Športnik	Oseba, ki se ukvarja z nevarno športno aktivnostjo oziroma izvaja športno aktivnost v določeni športni panogi (registriran član športne organizacije), ki je opredeljena v Tabeli nevarnih športnih aktivnosti v točki 5 teh pogojev. V tem primeru se obračuna dodatek na premijo.
Resna zdravstvena stanja	Bolezni srca in ožilja: • miokardni infarkt • operacija obkoda koronarne arterije (by - pass) • operacija srčnih zaklopov • 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	Bolezenski znaki in okoliščine, ki nakazujejo upravičeno odločitev za zdravstveno storitev oziroma zdravlilo, ki ga skladno z medicinsko doktrino predpiše pristojni zdravnik.
Soudedežba	Vaša udeležba pri plačilu stroškov zdravstvenih storitev in zdravlil, v deležu, ki ga mi ne plačamo oziroma povrnemo.

KDO SE LAHKO ZAVARUJE?

Osebe, ki imajo pristopno starost med 1 in 85 let. Pristopna starost se izračuna kot razlika med letnico začetka zavarovanja in letnico rojstva. Osebe s pristopno starostjo 86 let in več se lahko zavarujejo po posebnih pogojih.

2.0 KRITJA PODROBNO

KAJ JE KRITO IN KAJ NI

WIZ Specialisti vam nudi kritja, ki veljajo v primeru **bolezni in nezgode**. Zavarovanje krije stroške asistenčnih storitev (storitve **Asistence zdravje**), **Zdravstvenih storitev**, **Rehabilitacije** (Načrt zdravljenja, Fizioterapija, Psihološka pomoč), **Preventivnih pregledov in preiskav** ter **Zdravil**. Vsa kritja so podrobneje opisana v nadaljevanju.

KAJ JE KRITO?

STORITVE ASISTENCE ZDRAVJE

Informiranje je storitev Asistence zdravje, ki zavarovancu nudi informacije o:

- vaši polici,
- izvajalci zdravstvenih storitev,
- pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz vaše police,
- 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 v primeru poškodb zaradi nezgode in izdelave drugega zdravniškega mnenja.

ZDRAVSTVENE STORITVE

Halo Doktor je zdravstveni posvet na daljavo, ki zajema video ali telefonski razgovor s splošnim zdravnikom ter njegov izvid. Velja za novonastala in obstoječa zdravstvena stanja brez čakalne dobe od začetka zavarovanja dalje. Na voljo vam je vsak dan med 6. in 22. uro. Število zdravstvenih posvetov na daljavo ni omejeno. Splošni zdravnik v okviru posameznega zdravstvenega posveta obravnava le eno zdravstveno težavo. Zdravstveni posvet na daljavo izvaja splošni zdravnik, ki ga določi naš izbrani izvajalec iz svoje mreže splošnih zdravnikov.

Specialistična obravnava so specialistične ambulantne storitve, ki so potrebne za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastalega stanja. Vključujejo specialistični pregled, pripadajoče enostavne diagnostične preiskave, kot so osnovne slikovne, funkcionalne in laboratorijske preiskave in meritve (npr. UZ, RTG, EKG, EMG, patohistološke preiskave) ter pripadajoče enostavne ambulantne posege (npr. aplikacija blokade, punkcija, diagnostična kirurška odstranitev, kadar je tkivo poslano na patohistologijo), ki se lahko izvedejo v okviru specialističnega pregleda.

Zahtevna diagnostična preiskava je nadaljevanje specialistične obravnave in je navadno potrebna za postavitev diagnoze pri novonastalem stanju. To je npr. računalniška tomografija (CT, CTA), magnetna resonanca (MR, MRA), scintigrafija, irigografija, UZ vodena biopsija notranjih organov, endoskopski UZ, artrografija, gastroskopija in kolonoskopija ter odvzem tkiva, ginekološka diagnostika (histeroskopija z biopsijo ...).

Operacije

- **Ožji paket operacij** vključuje diagnostične in/ali terapevtske posege, ki so nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave in so potrebni za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastalega stanja. To so:
 - posegi na očesu (ptorigij, pinguekula, xantalazma, entropij, ektropij),
 - posegi na solznih žlezah in solzevodih (prebrizgavanje solzevodov ali sondiranje, vstavljanje punktalnih okluderjev – operacija solznih kanalov),
 - posegi na nosu (endoskopska operacija nosu in obnosnih votlin – septoplastika (nosna pregrada), klasična, endoskopska ali radiofrekvenčna mukotomija (nosne školjke), endoskopska ablacija polipov – operacija sinusov),
 - posegi na glasilkah (odstranitev polipov ali drugih izrastkov na glasilkah),
 - operativno zdravljenje krčnih žil,
 - koronarografija,
 - posegi na žolčevodu (ultrazvočno razbijanje žolčnih kamnov),
 - preiskava ERCP (Endoskopska–Retrogradna–Holangio–Pankreatikografija),
 - posegi na trebušni, popkovni in ostalih kilah,
 - rektoskopski posegi (polipektomija, endoskopska operacija v zadnjem delu širokega črevesa, operacija hemoroidov, incizija analne fisure),
 - kirurška odstranitev izrastkov kože, brazgotin in mehkih delov, če je odstranitev predpisana s strani zdravnika specialista in je tkivo poslano na patohistologijo,
 - druge odstranitve tvorb in znamenj, če je tkivo poslano na patohistologijo,
 - urološki posegi (hidrokela, spermatokela ali varikokela),
 - posegi na prostati s patohistologijo (TURP),
 - posegi na mehurju s patohistologijo (TURM),
 - posegi na rokah in prstih rok (operacija karpalnega kanala, sprožilnega prsta, Dupuytrenova kontraktura),
 - ginekološki poseg (histeroskopija z biopsijo),
 - posegi za zdravljenje inkontinence.
- **Širši paket operacij** poleg diagnostičnih in/ali terapevtskih posegov, ki so vključeni v **Ožji paket operacij**, obsega še dodatne posege:
 - posegi na rokah in prstih rok (artroskopija zapestja zaradi poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles ter operativni posegi, ki vključujejo oskrbo poškodovanih vezi, tetiv ali živcev),
 - posegi na komolcu (artroskopija komolca kot posledica poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles, operativni posegi, ki vključujejo oskrbo poškodovanih vezi, tetiv ali živcev),
 - posegi na ramenskem sklepu (artroskopska oskrba poškodovane tetive dolge glave bicepsa poškodovanega hrustanca, rekonstrukcija rotatorne manšete, stabilizacija ramenskega sklepa zaradi izpahov po poškodbi, posegi, ki vključujejo oskrbo poškodovanih vezi, tetiv ali živcev),
 - posegi na hrbtenici (dekompresija stenoze spinalnega kanala s stabilizacijo ali brez stabilizacije, operacija hernije disci, vertebroplastika, posegi na trtici),
 - posegi na kolku (artroskopija zaradi poškodbe labruma, hrustanca, utesnitve ali prostih teles, dokazanih z MR preiskavo, posegi, ki vključujejo oskrbo poškodovanih vezi, tetiv ali živcev),
 - posegi na kolenskem sklepu (artroskopija kolena kot posledica poškodbe meniskusa, hrustanca, odstranitev prostega telesa, rekonstrukcija ali fiksacija vezi kolenskega sklepa, odstranitev mehkih tkivnih zadebelitev (plike, burze), poseg osteotomija na tibiji, posegi, ki vključujejo oskrbo poškodovanih vezi, tetiv ali živcev),

- posegi 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, rekonstrukcija ali fiksacija gležnja),
- posegi na stopalu in prstih nog v primeru poškodbe ali v primeru odstranitve novonastalih mehko tkivnih ali kostnih sprememb, poškodb hrustanca, operativni posegi, ki vključujejo oskrbo poškodovanih vezi, tetiv ali živcev,
- posegi na sečilih (ultrazvočno drobljenje kamnov - ledvice, sečevod, mehur).

Drugo zdravniško 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 družinski člani.

REHABILITACIJA

- **Načrt zdravljenja** vključuje svetovanje našega pooblaščenega zdravnika o nadaljnjem zdravljenju poškodbe zaradi nezgode, za katero je bila potrebna hospitalizacija. Cilj načrta zdravljenja je doseči optimalni potek 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.
- **Fizioterapija** vključuje storitve ambulantne fizioterapije, ki so nadaljevanje specialistične obravnave, zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega in so potrebne za zdravljenje novonastalega stanja, če je tako dogovorjeno v pogodbi. 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 ustrežno slikovno diagnostiko (npr. UZ, MRI) ter
 - po carskem rezu.

Fizioterapija se lahko koristi največ eno leto po novonastalem stanju (nezgoda ali bolezen) oziroma se obdobje enega leta začne upoštevati po tistem, ko je bil zavarovanec na podlagi medicinske indikacije sposoben za izvedbo fizioterapije, razen v primeru poškodb živcev, kjer je ta rok dve leti. Zavarovancu krijemo stroške storitev ambulantne fizioterapije do pet obravnav za posamezen zavarovalni primer iz kritja Fizioterapija. 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 pooblaščenega zdravnika zavarovalnice ali fizioterapevta. Zahtevek za nadaljevanje oziroma dodatne fizioterapije mora biti vložen največ v roku 3 mesecev po opravljenem prvem sklopu obravnav.

- **Psihološka pomoč** vključuje storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije v primerih, nastalih v času trajanja zavarovanja, in sicer:
 - diagnosticiranega resnega zdravstvenega stanja in okoliščin iz tabele opredelitve izrazov,
 - trajne izgube delovne zmožnosti opravljanja katerega koli poklica,
 - porodne depresije, ki jo ugotovi izbrani osebni zdravnik ali zdravnik specialist ter
 - v primeru smrti otroka, zakonskega ali zunajzakonskega partnerja zavarovanca,

če je to kritje dogovorjeno v pogodbi. Zavarovancu krijemo stroške psihološke pomoči do deset individualnih obravnav (seans) za posamezen zavarovalni primer iz tega odstavka. Po seriji štirih individualnih obravnav je treba za nadaljevanje zdravljenja pridobiti odobritev našega pooblaščenega zdravnika na podlagi poročila izvajalca psihološke pomoči.

PREVENTIVNI PREGLEDI IN PREISKAVE

Preventivni pregledi in preiskave, ki jih krijemo, so navedeni v tabeli kritik zgoraj pri poglavju **NAŠA KRITJA SO VAŠA IZBIRA**. Kritje zagotavlja eno od navedenih storitev po izboru zavarovanca, in sicer prvič po enem letu od začetka kritja, nato ob avtomatskem podaljševanju zavarovanja vsaki dve leti, ob pogoju, da so plačane premije za preteklo obdobje. Kritje lahko izberejo osebe, ki so dopolnile 15 let. Preventivni pregled in/ali preiskavo je možno koristiti v roku enega leta od pridobljene pravice.

Stroškov morebitnega dodatnega materiala, ki je potreben za opravljanje preventivnega pregleda in/ali preiskave, ne krijemo.

Pravico do koriščenja preventivnega pregleda in/ali preiskave imate vi kot zavarovanec in je ne morete prenesti na drugega.

ZDRAVILA

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 tega zavarovanja. Zdravila morajo biti predpisana skladno z diagnozo, medicinsko doktrino in zdravstvenimi smernicami ter navedena v medicinski dokumentaciji. V zavarovalnem letu se za novonastalo stanje krijajo le stroški prve izdaje zdravila v količini, ki je potrebna za zdravljenje novonastalega stanja, vendar največ za 30 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.

POMEMBNO:

Koriščenje letne zavarovalne vsote

Zavarovanje ima zavarovalno vsoto, ki je določena v vaši polici. Zavarovalna vsota je lahko določena tudi za posamezno zavarovalno kritje 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 stanj, ki so nastala pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v času čakalne dobe (razen pri kritjih **Halo Doktor** in **Drugo zdravniško mnenje**),
- obstoječih stanj, katerih simptomi so se pojavili v času dveh let pred začetkom zavarovanja oziroma novega kritja ali v času čakalne dobe, če so zdravstvene težave posledica bolezni (to ne velja za kritje **Halo Doktor** in **Drugo zdravniško mnenje**),
- v dejavnostih intenzivne in urgentne medicine, ginekologije na primarni ravni in revmatologije,
- v dejavnostih preventive, kamor sodijo redni obdobjni pregledi, kot je npr. preventivno spremljanje kožnih sprememb (razen preventivnih zdravstvenih storitev, ki so vključene v te pogoje),
- 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, porodom, 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, matičnimi celicami (npr. zdravljenje s trombocitno plazmo),
- s hialuronsko kislino,
- refrakcijskih okvar očesa,
- težav s sluhom, ki so povezane s stopnjo gluhosti,
- zob in obzobnega tkiva, vključno s storitvami čeljustne kirurgije in ortodontije, razen za preventivni Parodontološki pregled zob in ustne votline s čiščenjem zobnega kamna v skladu s temi pogoji.

WIZ Specialisti ne krije stroškov:

- povezanih s fizičnimi pregledi ali zdravljenji pri splošnem zdravniku,
- zdravstvenih storitev, opravljenih iz estetskih razlogov,
- storitev alternativnega, komplementarnega ali eksperimentalnega zdravljenja, če ni s pogodbo določeno drugače,
- protonskih terapij, s sončenjem povezane poškodbe kože (aktinična keratoza) ter zdravljenja smršanja,
- 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,
- 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 zavarovanja,
- 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 zdravstvenih posvetov na daljavo za družinske člane oziroma druge osebe, ki ne nastopajo v vlogi zavarovanca, ki je naveden na polici. Če se bo ugotovilo, da se je zdravstveni posvet na daljavo nanašal na drugo osebo, imamo pravico od vas zahtevati povračilo stroškov izvedbe posveta. **Halo Doktor** se nanaša izključno na izvedbo zdravstvenega posveta na daljavo za zavarovanca. **Halo Doktor** ne zajema kritja za druge storitve, niti za plačilo kakršnih koli drugih stroškov.

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 nezgode ali bolezni,
- 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 Republiki 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 zdravstvene storitve iz naslova dejavnosti zdravstvene nege, dejavnosti babic, delovne terapije, optometrije, logopedije, dietetike, dejavnosti zobnih higienikov (razen pri preventivnem Parodontološkem pregledu zob in ustne votline s čiščenjem zobnega kamna v skladu s temi pogoji), dejavnosti krvnih bank, dejavnosti spermalnih bank in bank organov ter dejavnosti reševalnih prevozov.

KAJ NI KRITO V NOBENEM PRIMERU

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

- z dogodkom višje sile, z vojno ali vojni podobnimi dogodki, sabotajo, terorističnim dejanjem, izgredom, 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 mora dokazati zavarovanec,
- s samopoškodbo ali poskusom samomora;
- z upravljanjem vozil, zračnih ali vodnih plovil in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.

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

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 ugotovi, 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 in po poteku čakalne dobe v skladu z definicijo iz tabele **POMEN DOLOČENIH BESED** medicinsko opredeli kot kronično stanje, krijemo zdravstvene storitve še za obdobje šestih mesecev od tega datuma. Po tem obdobju ne krijemo več stroškov zdravstvenih storitev v zvezi s tem stanjem, je pa zavarovanec v zvezi z njim upravičen do storitve **Halo Doktor** in **Drugega zdravniškega mnenja**, skladno s temi zavarovalnimi pogoji.

Če se ukvarjate z nevarno športno aktivnostjo ali ste registrirani član športne organizacije oziroma imate status profesionalnega športnika, imate v skladu s točko 5 teh pogojev 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 NAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE

Ob nastanku posameznega zavarovalnega primera bomo izpolnili naše obveznosti, ki so določene z vašo polico.

Izbranim izvajalcem zavarovalnice bomo plačali stroške opravljenih storitev iz posameznega kritja. Če bo storitev opravil drug izvajalec, bomo izplačali oziroma povrnili stroške opravljenih storitev iz posameznega kritja neposredno vam.

Zdravstveno storitev v okviru **Halo Doktor** izvaja naš izbrani izvajalec prek svoje mreže specialistov splošne oziroma družinske medicine. Zdravstvena storitev se izvede skladno s splošnimi pogoji našega izbranega izvajalca. Zdravstvene storitve temeljijo na medicinski doktrini in etiki, ob upoštevanju človekovega dostojanstva, osebnosti in varstva človekovih pravic. Za izvedbo storitev zavarovalnica ne odgovarja.

Do prejema zdravstvene storitve, preventivnega pregleda in/ali preiskave, rehabilitacije, operacije in zdravljenja je upravičen zavarovanec. Izjema je drugo zdravniško mnenje, ki ga lahko zavarovanec koristi tudi za družinske člane, kot so navedeni v tabeli **POMEN DOLOČENIH BESED**.

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

KAKO UVELJAVLJATE KRITJE HALO DOKTOR?

Za koriščenje zdravstvenega posveta na daljavo v okviru kritja **Halo Doktor** potrebujete pametni telefon, tablico ali računalnik. Do storitve dostopate prek spletne strani našega izbranega izvajalca. Na zdravstveni posvet na daljavo se prijavite tako, da aktivirate storitev na spletni strani halodoktor.si/generali. Na tej strani so navedeni tudi splošni pogoji našega izbranega izvajalca, ki veljajo za izvedbo zdravstvenega posveta na daljavo.

Zdravstveni posvet na daljavo poteka prek video ali telefonskega klica s splošnim zdravnikom. Izbirate lahko med dvema načinoma določitve termina klica. Na termin se lahko naročite tako, da med razpoložljivimi termini izberete tistega, ki vam ustreza (splošni zdravnik/pediatr), ali pa s splošnim zdravnikom govorite takoj (v tem primeru se vzpostavi povezava običajno že v 15 minutah).

Splošni zdravnik po posvetu izdela izvid, v katerem je zabeleženo, kaj vam svetuje glede na vaše zdravstveno stanje. Lahko:

- vam da navodila za samopomoč,
- vas napoti na urgenco ali na pregled k vašemu izbranemu osebnemu zdravniku ali drugemu zdravniku na primarni ravni zaradi postavitve diagnoze,
- vas napoti na nadaljnje specialistične preiskave v okviru **WIZ Specialisti**.

KAKO UVELJAVLJATE DRUGE ZDRAVSTVENE STORITVE?

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 (ki niso starejša od treh mesecev), iz katerih je razvidno, da potrebuje zdravstveno storitev in so pomembna za ugotovitev naše obveznosti iz vaše police, npr.:

- izvid splošnega zdravnika iz kritja **Halo Doktor** ali
- napotnica osebnega zdravnika ali
- izvid zdravnika specialista.

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 (nova kritja), mora biti zdravstvena storitev, ki jo potrebuje zavarovanec, ugotovljena po začetku veljavnosti novega kritja in po poteku čakalne dobe novega kritja.

Stroške za izdano zdravila poravnava zavarovanec sam v lekarni in nato od 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 in se dogovorili za prvi termin posamezne odobrene storitve. Če v Sloveniji ne obstaja izvajalec izven javne zdravstvene mreže, ki bi opravljal odobreno storitev, vam lahko pomagamo najti termin v mreži javne zdravstvene službe.

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

Če se ne strinjate s ponujenim terminom ali želite izbrati drugega izvajalca zdravstvene storitve, bomo upoštevali vašo željo, pri čemer v tem primeru veljajo drugačni roki za izvedbo termina storitve.

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

Dogovorjeni termin obravnave pri izbranem izvajalcu lahko odpoveste ali predlagate njegovo spremembo, vendar le zaradi izrednih okoliščin, ki jih niste mogli pričakovati, preprečiti ali se jim izogniti, o čemer nas morate nemudoma obvestiti in nam po potrebi predložiti dokazila (npr. bolniški list).

Če ne odpoveste ali spremenite termina na način iz prejšnjega odstavka, šteje, da ste svoje pravice izkoristili in da smo mi iz naslova tega zavarovalnega primera svojo obveznost v celoti izpolnili. V tem primeru izgubite del zavarovalne vsote, ki odpade na posamezno vrsto storitve, za katero je bil dogovorjen termin, pri čemer vam ostane možnost nadomestnega termina za to storitev.

V primeru predhodne odobritve lahko izjemoma, ob obveznem predhodnem soglasju z nami, uveljavljate storitve iz zavarovanja tudi pri drugih izvajalcih. Za termin in plačilo storitve se dogovorite sami.

Našemu izbranemu izvajalcu bomo plačali strošek opravljenih zdravstvenih storitev, zmanjšan za vašo soudeležbo, če je ta dogovorjena v vaši polici.

Izjemoma vam povrnemo stroške opravljenih zdravstvenih storitev tudi brez predhodne odobritve, če ugotovimo, da bi vam izdali predhodno odobritev, če bi zanjo zaprosili.

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

- plačanih zdravstvenih storitev, fizioterapij, preventivnih pregledov in/ali preiskav ter operacij v višini računa izvajalca, vendar največ v obsegu in v višini cene storitve, ki bi jo plačali mi našemu izbranemu izvajalcu,
- stroške zdravil, izdanih v lekarni.

Do povračila drugih stroškov (npr. potnih stroškov) niste upravičeni.

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

Povrnemo vam strošek opravljenih storitev najkasneje v roku štirinajstih dni od dneva, ko nam je bila predložena popolna dokumentacija.

Če pred organizacijo storitev ugotovimo, da niso bile plačane vse zapadle premije, bomo zavarovancu storitve organizirali, vendar bo moral storitve izvajalcu storitve najprej poravnati sam. Stroške teh storitev bomo nato zavarovancu povrnil, vendar bomo pri povračilu stroškov storitev odbili znesek neplačanih premij.

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.

5.0 UPRAVLJANJE Z VAŠIM ZAVAROVANJEM

SKLENITEV ZAVAROVANJA

Zavarovanje **WIZ Specialisti** lahko sklenete izključno prek spletnega naslova www.wiz.si. Do sklenitve zavarovanja vas bodo vodili koraki, v katerih bomo opredelili vaše zahteve in potrebe, in vnašali boste podatke, ki jih potrebujemo za sklenitev zavarovanja z vami. Sklenitev je možna brez izpolnitve vprašalnika o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu zavarovanca. Ob zaključku postopka sklepanja zavarovanja boste morali plačati tudi prvi obrok ali celotno letno premijo. Po uspešni potrditvi plačila premije je zavarovanje sklenjeno. Takoj po sklenitvi zavarovanja vam bomo na vaš e-poštni naslov poslali potrditev in vašo polico. Sestavni del zavarovanja so tudi ti zavarovalni pogoji, ki so vam vedno dostopni na spletnem naslovu www.wiz.si.

ČAKALNA DOBA

Ob 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 novonastala stanja, 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 **Halo Doktor** in **Drugo zdravniško mnenje**.

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

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. Število zdravstvenih posvetov na daljavo pri kritju **Halo Doktor** ni omejeno.

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 **PREMIJA IN PLAČILO**.

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 100 let.

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

PREMIJA IN PLAČILO

Višino premije in dobo plačevanja premije določimo sporazumno v skladu z našimi pravili sklepanja. 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**.

Ob podaljšanju vaše police lahko zaradi vaše starosti ali spremenjenih okoliščin, pod katerimi je bilo zavarovanje sklenjeno in se izvaja, pride do spremembe višine premije. Če se s spremembo premije za naslednje zavarovalno leto ne boste strinjali, lahko zavarovanje odpoveste v roku 30 dni od prejema našega obvestila.

Način plačila premije je opredeljen v korakih sklepanja na www.wiz.si. Premija je letna. 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 premija ni plačana do dneva zapadlosti, vas lahko pozovemo, da nam jo plačate. Če premija ni plačana v roku, ki ga postavimo v pozivu in ta ni krajši od 30 dni, bomo pogodbo razdrli z iztekom tega roka, če do izteka premija še vedno ne bo plačana. V primeru razdrta vaše police zaradi neplačila nam pripada premija do dneva razdrta vaše police oziroma za celotno tekoče zavarovalno leto, če je do razdrta 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.

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, jamarstvo in gornišstvo nad 3.000 m
- Avtomobilizem, motociklizem, mopedizem
- Jahanje čez ovire, galopske in kasaške dirke
- Potapljanje, podvodni hokej/ribolov
- Skoki v vodo, soteskanje, smučanje na vodi
- Jadranje, kajtanje, kajak, kanu, rafting
- Dirke s športnimi plovili
- Veslanje na morju in celinskih jezerih
- Letalstvo in padalstvo
- Sankanje bob/sani, akrobatsko/turno smučanje, skoki
- Bungee jumping, downhill
- Duatlon, triatlon

TABELA ŠPORTNIH PANOG (REGISTRIRANI ČLAN ŠPORTNEGA DRUŠTVA), PRI KATERIH SE ZA ZAVAROVANJE OBRAČUNA DODATEK NA PREMIJO

- Borilne veščine
- Baseball, hokej, odbojka, ragby, vaterpolo
- Košarka, nogomet, rokomet
- Go-kart, karting
- Kolesarstvo
- Drsanje, rolanje, kotalkanje, rolanje
- Plavanje, maratonsko plavanje
- Športno plezanje - dvorana
- Smučanje, deskanje
- Tenis
- Atletika, gimnastika, balet

KAJ NAM MORATE SPOROČATI, KO STE ZAVAROVANI PRI NAS

Da bi se izognili nevšečnostim ali celo prekinitvi svoje police, nam morate v času zavarovanja ažurno sporočiti naslednje:

KAJ NAM MORATE SPOROČITI?	KAKO NAM LAHKO TO SPOROČITE?
Če spremenite osebne ali druge kontaktne podatke (npr. ime, priimek, elektronski naslov, stalni ali začasni naslov, mobilno številko)	Spremembo podatkov nam sporočite prek obrazca na www.wiz.si ali prek e-pošte info@wiz.si

Če nam zgoraj navedenih sprememb ne boste sporočili, vam bomo naša sporočila še naprej pošiljali na naslove, ki ste nam jih nazadnje sporočili, pri čemer se bo šlo, da je bilo sporočilo 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 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. Pošiljatelj lahko zahtevke in izjave, ki so pomembni za izvajanje vaše police, pošlje tudi na način, določen s pogoji za pošiljanje pisnih obvestil z naše strani.

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

Če vam bomo poslali naše sporočilo na e-poštni naslov ali priporočeno na naslov vašega prebivališča, se strinjate, da bomo šteli našo pošiljko za vročeno z dnem, ko jo bomo poslali na vaš e-poštni naslov ali priporočeno pošiljko oddali na pošto.

SPREMEMBE NA VAŠI POLICI

Spremembe osebnih podatkov, kot so naslov ali sprememba priimka ter druge spremembe podatkov, ki so bili upoštevani ob sklepanju vaše police, nam lahko sporočite kadar koli v času trajanja zavarovanja. Sporočili vam bomo, ko bomo spremembe sprejeli. Prav tako vam bomo posredovali nov izvod vaše police.

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. Če je v zavarovalnem letu, v katerem odpovedujete vašo polico, nastal zavarovalni primer, boste morali premijo poravnati do konca tekočega zavarovalnega leta.

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 e-obrazcu zavarovalnice, ki ga pošljete zavarovalnici po elektronski poti oziroma ga izpolnite prek klicnega centra zavarovalnice. Prekinitve 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.

6.0 SPREMEMBA ZAVAROVALNIH PODLAG

Prižadevamo si, da ponujamo zavarovanja, ki so prilagojena potrebam in sodobnemu načinu življenja strank. Če vaša polica **WIZ Specialisti** traja več let, lahko v času veljavnosti vaše police zaradi spremenjenih okoliščin, pod katerimi je bilo zavarovanje sklenjeno in se izvaja, pride do spremembe zavarovalnih pogojev, višine premije oziroma naših pravil za sklepanje tovrstnih zavarovanj.

Ob morebitni spremembi v času trajanja vaše police vas bomo o tem pisno obvestili vsaj 30 dni pred uveljavitvijo spremembe. Spremembe veljajo z nastopom naslednjega zavarovalnega leta. V 30 dneh po prejemu našega obvestila nam lahko sporočite, da se s spremembo ne strinjate in da odpovedujete vašo polico. V tem primeru bo vaša polica prenehala veljati s potekom tekočega zavarovalnega leta in se ob poteku ne bo podaljšala. Če vašega obvestila ne bomo prejeli, bomo upoštevali, da se s spremembo strinjate, zato se bo vaša polica podaljšala z upoštevanimi spremembami, o katerih ste bili predhodno seznanjeni z našim obvestilom.

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.

7.0 ČE IMATE VPRAŠANJA, DVOME, PRITOŽBE

STOPITE V STIK Z NAMI

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

SPLETNO MESTO IN POGOSTA VPRAŠANJA (FAQ)

Obiščite našo spletno mesto www.wiz.si. Dostopno je 24 ur na dan, vse dni v tednu. Vsebuje tudi stran s pogostimi vprašanji. Iskanje po spletnem mestu je hitro in preprosto.

SPLETNI KLEPET (ONLINE CHAT)

Med uradnimi urami se lahko pogovorite v živo po spletu s članom ekipe WIZ, kadar koli pa se lahko na nas obrnete prek portala **Moj WIZ**.

PORTAL MOJ WIZ

Obiščite naš spletni portal **Moj WIZ**, kjer nam lahko kadar koli postavite vprašanje, se z nami posvetujete, preverite prejeta obvestila o zavarovanjih, stanje plačil, potek reševanja zavarovalnega primera in drugo.

POKLIČITE

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

PIŠITE NAM

Pišite nam na info@wiz.si ali prek **Moj WIZ**. Odgovorili vam bomo najpozneje v enem delovnem dnevu. Pišete lahko tudi na naš naslov, objavljen na spletnem mestu.

Vsi dogovori o vsebini vaše police so veljavni samo, če so sklenjeni v pisni oziroma elektronski obliki. Vsa naša medsebojna komunikacija mora potekati elektronsko ali pisno prek prej navedenih naslovov.

KAKO REŠITI PRITOŽBO?

KORAK 1 - NAJPRED NAS OBVESTITE

Če imate kakršno koli pritožbo, nas najprej o tem obvestite na enega od zgoraj navedenih načinov. Za pritožbe glede reševanja zahtevkov pokličite **080 11 24**.

KORAK 2 - PRITOŽBENA KOMISIJA

Pritožbena komisija bo vašo pritožbo preverila in nanjo pisno odgovorila v **30 dneh**. Če bo rok daljši, vas bomo o tem obvestili.

KORAK 3 - ZAHTEVA PO ZUNANJI REVIZIJI POSTOPKA

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

Več informacij o pritožbenih postopkih najdete na <https://www.wiz.si/pravna-obvestila> ali prek telefonske številke **080 11 24**.

8.0 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.

9.0 INFORMACIJE O OBDELAVI VAŠIH OSEBNIH PODATKOV

Spoštujemo pravico do zasebnosti naših strank, zato vas želimo seznaniti, kako obdelujemo vaše osebne podatke, ko z nami sklenete vašo polico. V ta namen smo pripravili celovito »Informacijo o obdelavi osebnih podatkov«, ki je dostopna na naši spletni strani www.wiz.si/pravna-obvestila. Informacijo lahko zahtevate tudi v pisni obliki prek brezplačne telefonske številke **080 11 24**.

S sklenitvijo vaše police nas pooblašate, da v vašem imenu 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.

10.0 PREPREČEVANJE KORUPCIJE

Pogodba, pri kateri kdo v imenu ali na račun druge pogodbenice stranke predstavniku ali posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja obljubi, ponudi ali da kakšno nedovoljeno korist za pridobitev posla ali za sklenitev kakršnih koli sankcijam, prepovedim, omejitev, 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.

11.0 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, omejitev, 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 sankcioniranih 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 lahko seznam teh držav/ozemelj spremeni. Vsakokrat veljavni seznam teh držav je dostopen na www.generalisi.si/sankcijska_klavzula.

12.0 DRUGO

ALI JE POTREBNO PLAČILO DODATNIH STORITEV?

Za dodatne storitve, ki jih posebej zahtevate od nas (npr. izdelava dvojnika police, odpoved zavarovanja), lahko zahtevamo nadomestilo stroškov po našem 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.

13.0 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 spleta s plačilom premije. Vse komunikacije v zvezi z blagovno znamko WIZ izvaja GENERALI zavarovalnica d.d.. Za razmerja, ki izhajajo iz vaše police, se uporablja slovensko pravo. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice je dostopno na www.generalisi.si.

Pri distribuciji zavarovalnih produktov zavarovalnica ne zagotavlja svetovanja po 7.b členu ZZavar-1 glede zavarovalnega produkta, ki ga prodaja.