



## Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje asistenc po poškodbi

### 1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Dodatno zavarovanje asistenc po poškodbi (v nadaljevanju »Dodatno zavarovanje«) zavarovani osebi na podlagi utemeljene medicinske indikacije v primeru novonastale poškodbe kot posledice nezgode ter v obsegu, na način in pod pogoji, dogovorjenimi z zavarovalno pogodbo, krije stroške opravljenih storitev specialistične ambulantne obravnave, diagnostike in ambulantne rehabilitacije.
- [2] Sklenitev in obstoj zavarovanja sta pogojena z veljavnim sklenjenim dodatnim nezgodnim zavarovanjem (v nadaljevanju »nezgodno zavarovanje«), ki je priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju Zavarovalnice Triglav, d.d. (v nadaljevanju »osnovno zavarovanje«).
- [3] Če je Dodatno zavarovanje asistenc po poškodbi priključeno osnovnemu zavarovanju, so sestavni del pogodbe življenjskega zavarovanja s priključenim Dodatnim zavarovanjem asistenc po poškodbi, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d., tudi Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje asistenc po poškodbi (v nadaljevanju »Dopolnilni pogoji«).
- [4] Zavarovanje je sklenjeno kot sozavarovanje z Zavarovalnico Triglav, d.d., in Triglav, Zdravstveno zavarovalnico, d.d. (v nadaljevanju za obe »zavarovalnica«, razen če je drugače določeno), ki skladno s temi Dopolnilnimi pogoji izvajata zavarovanje.

### 2. člen: ASISTENČNI CENTER

Za prijavo zavarovalnega primera skladno z Dopolnilnimi pogoji zavarovalec ali zavarovana oseba pokliče asistenčni center na telefonsko številko 080 2864 oziroma 00386 2 22 228 64 za klic iz tujine.

### 3. člen: ZDRAVSTVENA TOČKA®

Zdravstvena točka® nudi zavarovalcu in zavarovani osebi informacije o zavarovanju in izvajalcih, organizira termin obravnave, daje soglasje in zagotavlja pomoč pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja vsak delovni dan od 8. do 16. ure.

### 4. člen: OPREDELITEV IZRAZOV

- [1] V Dopolnilnih pogojih veljajo v moškem spolu uporabljeni izrazi za osebe ženskega in moškega spola.
- [2] Izrazi v Dopolnilnih pogojih pomenijo:
  - 1/ **bolezen** je odsotnost zdravja, ki jo ugotovi zdravnik;
  - 2/ **izvajalec zdravstvenih storitev** je oseba, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvene ali z zdravstvenimi storitvami povezane dejavnosti oziroma dovoljenje za samostojno delo zdravnika in je priznana s strani zavarovalnice (v nadaljevanju »izvajalec«);
  - 3/ **kronično stanje** je bolezen, stanje ali poškodba, ki:
    - se razvija počasi in dolgo traja,
    - se ponavlja ali je verjetno, da se bo ponavljalo,
    - povzroča trajne zdravstvene posledice, ali
    - potrebuje stalen medicinski nadzor, lajšanje simptomov, zdravljenje, rehabilitacijo oziroma zdravstveno nego.Za kronično stanje se štejejo tudi pričakovani zapleti zaradi tega stanja, bolezni oziroma poškodbe.
  - 4/ **nalog** je listina zavarovalnice, s katero pooblaščen zdravnik zavarovalnice ali zdravnik specialist pogodbenega izvajalca predpisuje diagnosticiranje ali rehabilitacijo, zavarovana oseba pa uveljavlja pravice iz zavarovanja;
  - 5/ **napotnica** je listina obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na druge zdravnike, ki so na isti ali višji ravni kot on;
  - 6/ **naročilnica** je listina zavarovalnice, s katero je določen obseg zdravstvenih storitev, ki jih lahko v breme zavarovalnice opravi izvajalec;
  - 7/ **obravnavna** zajema specialistično obravnavo, zahtevni diagnostični postopek in ambulantno rehabilitacijo;
  - 8/ **predhodno stanje** je bolezen, stanje oziroma poškodba, vključno z zdravstvenimi težavami, bolezenskimi znaki ali simptomi, ki je nastopila pred sklenitvijo zavarovanja oziroma ob sklenitvi

zavarovanja obstoji, ne glede na to, ali je bila diagnosticirana oziroma zdravljena, in je zavarovani osebi znana ali ji ni mogla ostati neznan;

- 9/ **prirojena napaka** je stanje ali bolezen, ki obstoji ob rojstvu zaradi dednih faktorjev oziroma okoliščin, ki se razvijajo med nosečnostjo, in je odkrita ob rojstvu ali kadarkoli kasneje;
- 10/ **razlog obravnave** so poškodbe, ki so posledica nezgode, zaradi katerih zavarovana oseba uveljavlja pravice iz zavarovanj;
- 11/ **zdravstvene storitve** so strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji in se izvajajo pri pogodbenih in nepogodbenih izvajalcih.

### 5. člen: OSEBE, KI JIH JE PO TEH POGOJIH MOGOČE ZAVAROVATI

- [1] S tem Dodatnim zavarovanjem se lahko zavarujejo zavarovane osebe osnovnega zavarovanja skladno s starostnimi omejitvami, ki veljajo za osnovno zavarovanje.
- [2] V primeru družinskega zavarovanja so poleg zavarovane osebe osnovnega zavarovanja zavarovani tudi njeni ožji družinski člani (zakonski ali izvenzakonski partner in otroci). Otrok kot ožji družinski član je po teh Dopolnilnih pogojih zavarovan, če ob sklenitvi tega Dodatnega zavarovanja še ni dopolnil 18. leta starosti, in sicer največ za obdobje do konca koledarskega leta, v katerem je dopolnil 28. leto starosti. Za zavarovanje zakonskega ali izvenzakonskega partnerja kot družinskega člana veljajo enake starostne omejitve kot za zavarovano osebo osnovnega zavarovanja.

### 6. člen: VSEBINA ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovanje krije stroške obravnave novonastale poškodbe, ki na podlagi medicinsko utemeljene indikacije nastanejo pri izvajalcu zaradi opravljenih zdravstvenih storitev specialistične obravnave, zahtevnega diagnostičnega postopka ali ambulantne rehabilitacije.
- [2] Poškodba je sprememba ali prizadetost tkiva, organa oziroma organizma, ki:
  - 1/ nastopi kot posledica nezgode in
  - 2/ ne vsebuje elementov bolezni, prirojene napake ali degenerativnega procesa, ki povečuje nagnjenost k poškodbam.
- [3] Nezgoda je nenaden, nepredviden ter od volje zavarovane osebe neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovancevo telo; zlasti povozitev, trčenje, prometna nesreča, udarec s predmetom ali ob kakšnem predmetu, udarec električnega toka ali strele, zdrs, ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali z eksplozivnimi snovmi, vbod s kakšnim predmetom, ugriz živali. Za nezgodo se šteje tudi:
  - 1/ zastрупitev zaradi zaužitja strupa ali kemičnih sredstev in zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj;
  - 2/ okužba rane, ki je nastala zaradi poškodbe;
  - 3/ opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kisljinami in lužninami;
  - 4/ zadavitev in utopitev;
  - 5/ dušitev ali zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno), kakor tudi zaradi vdihavanja pare ali plinov, razen poklicnih obolenj;
  - 6/ prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanje dogodka, vendar le, če povzročijo najmanj popolno pretrganje mišic, popoln izpah sklepa, popolno pretrganje sklepnih vezi, ugotovljenih z artroskopijo ali MRI, popoln prelom zdravih kosti, kar je bilo neposredno po poškodbi ugotovljeno v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi;
  - 7/ delovanje svetlobe, sončnih žarkov ali temperature, če je bila zavarovana oseba takšnemu delovanju izpostavljena zaradi nezgode, ki se je zgodila neposredno pred tem ali zaradi reševanja človeškega življenja.
- [4] Zavarovalnica ima obveznost iz zavarovalne pogodbe le, če je do nezgode prišlo v času zavarovalnega jamstva in so bile novonastale poškodbe znane ali ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

- [5] Če iz ene nezgode izvira več poškodb, se šteje za en sam dogodek iz tretjega odstavka tega člena.
- [6] Medicinsko utemeljena indikacija pomeni, da je obravnava upravičena, ker jo je skladno z diagnozo in medicinsko doktrino predpisal pristojni zdravnik in je primerna glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe po poškodbah.

**7.člen: SPECIALISTIČNA OBRAVNAVA**

- [1] Specialistična obravnava so specialistično ambulantne storitve, ki so potrebne za obravnavo poškodbe.
- [2] Specialistična obravnava zajema:
- 1/ specialistični pregled,
  - 2/ pripadajoče enostavne diagnostične preiskave (osnovne slikovne, funkcionalne in laboratorijske preiskave in meritve) in
  - 3/ pripadajoče enostavne ambulantne posege.
- [3] Pripadajoča enostavna diagnostična preiskava je zlasti RTG, UZ, EKG, EMG, EEG, VEP, OCT, laboratorijska preiskava.
- [4] Pripadajoči enostavni ambulantni poseg je zlasti parenteralna aplikacija zdravila, aplikacija blokade, punkcija, oskrba rane, odstranitev tujka.

**8.člen: ZAHTEVNI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK**

- [1] Zahtevni diagnostični postopek zajema zahtevne diagnostične preiskave, ki so nadaljevanje specialistične obravnave in so potrebne za postavitev diagnoze poškodbe ter so navedene v Seznamu zahtevnih diagnostičnih postopkov.
- [2] Vsakokrat veljavni Seznam zahtevnih diagnostičnih postopkov z morebitno omejitvijo cen je objavljen na spletni strani Triglav, Zdravstvene zavarovalnice, d.d.
- [3] Zahtevni diagnostični postopek se izvaja v področjih specialistične obravnave ter nuklearne medicine in radiologije.

**9.člen: AMBULANTNA REHABILITACIJA**

- [1] Ambulantna rehabilitacija zajema storitve ambulantne fizioterapije, vključno s pregledom specialista fiziatra, delovne terapije oziroma govorne terapije, ki so nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevnega diagnostičnega postopka in so potrebne za zdravljenje poškodbe.
- [2] Ambulantna rehabilitacija se izvaja v področjih fizioterapije in ambulantne rehabilitacije.

**10.člen: OBSEG ZAVAROVANJA**

- [1] Zavarovanje ima zavarovalno vsoto za posamezen zavarovalni primer, ki je določena v zavarovalni polici.
- [2] Zavarovanje krije stroške obravnave pri izvajalcih v Republiki Sloveniji.
- [3] Plačilo stroškov zdravstvenih storitev iz tega zavarovanja ni pogojeno z izplačilom zavarovalne vsote ali nadomestila iz nezgodnega zavarovanja.

**11.člen: NAJAVA OBRAVNAVE IN PODLAGA ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZAVAROVANJA**

- [1] Zavarovana oseba obravnavo pri izvajalcu vnaprej najavi zavarovalnici preko Zdravstvene točke® in z zavarovalnico uskladi izvedbo obravnave.
- [2] Zavarovana oseba uveljavlja pravice iz zavarovanja na podlagi utemeljene medicinske indikacije, ki izhaja:
- 1/ za specialistično obravnavo iz naloga, napotnice osebnega zdravnika ali izvida zdravnika specialista izvajalca;
  - 2/ za zahtevni diagnostični postopek iz naloga ali izvida zdravnika specialista izvajalca;
  - 3/ za ambulantno rehabilitacijo iz naloga ali izvida zdravnika specialista izvajalca.

**12.člen: NAČIN UVELJAVLJANJA PRAVIC IZ ZAVAROVANJA**

- [1] Zavarovana oseba prejme zdravstvene storitve pri pogodbenem ali nepogodbenem izvajalcu.
- [2] Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do obravnave:
- 1/ s soglasjem zavarovalnice na podlagi naročilnice, ali
  - 2/ z ali brez soglasja zavarovalnice, pri čemer stroške opravljenih zdravstvenih storitev izvajalcu plača sam neposredno, zavarovalnica pa mu na podlagi zahteva za povrnitev stroškov povrne stroške v dogovorjenem obsegu.

**13.člen: SOGLASJE ZAVAROVALNICE ZA IZVEDBO OBRAVNAVE**

- [1] Zavarovana oseba izbere izvajalca v dogovoru z zavarovalnico in za izvedbo obravnave pridobi soglasje zavarovalnice, če uveljavlja pravico do obravnave:
- 1/ na podlagi naročilnice ali

2/ z vnaprejšnjim zagotavljanjem povrnitve stroškov obravnave na podlagi zahtevka za povrnitev stroškov, pri čemer zavarovalnici pred izvedbo obravnave posreduje izviren napotnice ali kopijo izvida zdravnika specialista izvajalca.

- [2] Zavarovalnica o soglasju za izvedbo obravnave obvesti zavarovano osebo.

**14.člen: ORGANIZACIJA TERMINA OBRAVNAVE**

- [1] Zavarovana oseba dogovori z zavarovalnico termin obravnave pri pogodbenem izvajalcu najkasneje v 10. dneh po prejemu obvestila o soglasju za izvedbo obravnave.
- [2] Zavarovana oseba lahko dogovorjeni termin obravnave pri pogodbenem izvajalcu odpove ali predlaga njeno spremembo le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati, preprečiti ali se jim izogniti, o čemer zavarovana oseba zavarovalnico nemudoma obvesti in predloži dokazila.
- [3] V primeru odpovedi dogovorjenega termina obravnave pri pogodbenem izvajalcu s strani zavarovalnice, zavarovalnica omogoči zavarovani osebi nadomestni termin najkasneje 8 dni po dogovorjenem terminu.
- [4] Termin obravnave pri nepogodbenem izvajalcu organizira zavarovalnica.

**15.člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVANE OSEBE OB IZVEDBI OBRAVNAVE**

Zavarovana oseba je dolžna upoštevati navodila za izvedbo obravnave, ki sta jih predhodno posredovala zavarovalnica oziroma izvajalec, in ob izvedbi obravnave predložiti medicinsko dokumentacijo skladno s temi navodili.

**16.člen: PLAČILO STROŠKOV ZDRAVSTVENIH STORITEV NA PODLAGI NAROČILNICE**

Zavarovalnica plača izvajalcu strošek opravljenih zdravstvenih storitev, ki v skladu z zavarovalno pogodbo nastane z uveljavljanjem pravic iz zavarovanja na podlagi naročilnice.

**17.člen: ZAHTEVEK ZA POVRNITEV STROŠKOV ZDRAVSTVENIH STORITEV**

- [1] Zahtevak za povrnitev stroškov opravljenih zdravstvenih storitev pri izvajalcu zavarovana oseba vloži v 1 mesecu od datuma opravljenih zdravstvenih storitev.
- [2] Zahtevku za povrnitev stroškov morajo biti priloženi:
- 1/ kopija napotnice osebnega zdravnika ali izvida zdravnika specialista izvajalca,
  - 2/ kopija izvida obravnave in
  - 3/ izviren račun izvajalca s specifikacijo opravljenih zdravstvenih storitev.
- [3] V primeru upravičenosti do povrnitve stroškov zavarovalnica v 14. dneh povrne zavarovani osebi na račun, ki ga navede v zahtevku za povrnitev stroškov.

**18.člen: OMEJITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE**

- [1] Ko se poškodba medicinsko opredeli kot kronično stanje, zavarovalnica v zvezi s to poškodbo nima več obveznosti iz naslova Dodatnega zavarovanja asistence po poškodbah.
- [2] V času trajanja zavarovanja se iz naslova iste nezgode krijejo stroški obravnave poškodbe največ do višine zavarovalne vsote za posamezen zavarovalni primer.

**19.člen: IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE**

- [1] Zavarovalnica nima obveznosti:
- 1/ če zavarovana oseba uveljavlja pravice do obravnave brez vnaprejšnje najave zavarovalnici;
  - 2/ zaradi razlogov obravnave, ki niso posledica nezgode iz 3. odstavka 6. člena Dopolnilnih pogojev;
  - 3/ za storitve opravljene na primarni ravni zdravstvene dejavnosti po zakonu, ki ureja zdravstveno dejavnost;
  - 4/ zaradi razlogov obravnave, ki niso medicinsko utemeljeno indicirani ali so zaradi posledic zdravniške napake ali so zaradi izboljšanja psihofizičnega stanja zavarovane osebe;
  - 5/ v povezavi s predhodnimi stanji;
  - 6/ v povezavi s kroničnimi stanji;
  - 7/ v povezavi s prirojenimi napakami;
  - 8/ v povezavi z epileptičnim napadom, kapjo, infarktoma ali drugim bolezenskim stanjem zavarovane osebe, kot tudi za posledice nezgode, ki nastanejo zaradi ponavljajočih se motenj zavesti;
  - 9/ če se zavarovana oseba ne drži navodil lečečega zdravnika.
- [2] Zavarovanje ne krije stroškov:
- 1/ zdravstvenih storitev, opravljenih pri izvajalcih, ki so ožji družinski člani zavarovane osebe oziroma živijo v skupnem gospodinjstvu z zavarovano osebo;

- 2/ drugega mnenja;
  - 3/ storitev alternativnega, komplementarnega ali eksperimentalnega zdravljenja;
  - 4/ zdravil, razen apliciranih neposredno med obravnavo;
  - 5/ medicinskih pripomočkov, razen če so sestavni del opravljene specialistične obravnave ali ambulantne rehabilitacije;
  - 6/ implantatov;
  - 7/ reševalnih prevozov, nujne medicinske pomoči, preventive in zdravstvene nege;
  - 8/ spremljevalca zavarovane osebe, potnih stroškov, stroškov nastanitve in prehrane ter stroškov komunikacijskih storitev;
  - 9/ medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, vključno s prevodi ter kopijami te dokumentacije, ki jih je zavarovana oseba dolžna predložiti kot dokazila o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, in
  - 10/ stroškov pravnega oziroma drugega zastopanja zavarovane osebe v postopku reševanja zavarovalnega primera.
- [3] Izključene so tudi vse obveznosti zavarovalnice za poškodbe, ki nastanejo v povezavi:
- 1/ z vojno ali vojni podobnimi dogodki, sabotažo, terorističnim dejanjem, izgreedom, vstajo, revolucijo ipd. ne glede na to, ali je zavarovana oseba v njih sodelovala;
  - 2/ z epidemijo, pandemijo, onesnaženjem okolja, radioaktivnim sevanjem, neposrednim ali posrednim delovanjem jedrske energije ter naravnimi nesrečami;
  - 3/ s pripravo, poskusom ali izvršitvijo kaznivega dejanja, kakor tudi zaradi pobega po takšnem dejanju;
  - 4/ s fizičnim obračunavanjem, razen v primeru dokazane samoobrambe, kar zavarovana oseba dokazuje sama;
  - 5/ s samopoškodbo ali poskusom samomora;
  - 6/ s prekomernim uživanjem alkohola oziroma drugih psihoaktivnih snovi;
  - 7/ z upravljanjem vozil, zračnih plovil, plovnih objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.
- [4] Obveznost izplačila zavarovalnine je izključena v primeru neodgovornega ravnanja oziroma opustitve potrebnega ravnanja zavarovane osebe.
- [5] Zavarovalnica ne prevzema odgovornosti za kakovost opravljene zdravstvene storitve.

**20.člen: KRAJEVNA VELJAVNOST ZAVAROVANJA**

Zavarovanje velja za zdravstvene storitve, ki so opravljene v Republiki Sloveniji.

**21.člen: SKLENITEV ZAVAROVANJA**

Zavarovanje se sklene pisno s priključitvijo osnovnemu zavarovanju in plačilom dogovorjene premije za to Dodatno zavarovanje.

**22.člen: ZAČETEK IN TRAJANJE ZAVAROVANJA IN ZAVAROVALNEGA JAMSTVA**

- [1] Ob izpolnjevanju pogojev iz drugega odstavka 1. člena teh Dopolnilnih pogojev zavarovanje traja najmanj eno leto. Zavarovalec je dolžan plačati premijo za obdobje najmanj 12 mesecev. Zavarovalnica je upravičena obračunati zavarovalno premijo za celotno obdobje 12 mesecev.
- [2] Če ni v tem členu drugače določeno, za začetek in konec zavarovanja veljajo določbe splošnih pogojev osnovnega zavarovanja. Ne glede na določila splošnih pogojev se zavarovalno jamstvo prične ob 00. uri prvega dne v naslednjem mesecu po plačilu zavarovalne premije.
- [3] Zavarovalno jamstvo preneha ob 24.00 tistega dne, ko se izteče obdobje, za katerega je plačana premija, oziroma najkasneje, ko preneha nezgodno zavarovanje. Če so v zavarovanje kot družinski člani vključeni otroci zavarovalca, potem zavarovalno jamstvo za otroke preneha s koncem koledarskega leta, v katerem je otrok dopolnil 28. leto starosti.

**23.člen: ZAVAROVALNA PREMIJA**

- [1] Zavarovalna premija in dinamika plačevanja sta določeni v zavarovalni pogodbi.
- [2] Zavarovalna premija se določi na začetku vsakega zavarovalnega leta za to zavarovalno leto. Zavarovalnica za vsako zavarovalno leto določi višino premije, pri čemer se zdravstveno stanje zavarovane osebe pri določitvi premije ob vsakokratni obnovitvi ne upošteva.

**24.člen: SPREMEMBA DOPOLNILNIH POGOJEV IN ZAVAROVALNE PREMIJE**

- [1] Zavarovalnica bo najmanj 60 dni pred naslednjim zavarovalnim letom zavarovalca pisno obvestila o spremembi višine zavarovalne premije za naslednje zavarovalno leto.

- [2] Šteje se, da se zavarovalec strinja z zvišanjem premije, če v 30 dneh od dneva prejema obvestila iz prvega odstavka tega člena ne odstopi od te pogodbe.
- [3] Če zavarovalec zavarovalno premijo iz prvega odstavka tega člena plača, se šteje, da se strinja s spremembo, in zavarovanje se nadaljuje.
- [4] Če zavarovalnica v roku 60 dni pred iztekom zavarovalnega leta zavarovalca ne obvesti o spremembi zavarovalne premije iz drugega odstavka 23. člena teh pogojev se šteje, da sprememb ni in da za naslednje zavarovalno leto veljajo enake premije in zavarovalne vsote kot v obdobju zadnjega zavarovalnega leta pred obnovitvijo. V tem primeru se zavarovalno jamstvo avtomatično molče podaljša.
- [5] V času trajanja zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti Dopolnilne pogoje, pri čemer spremembe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta. Zavarovalnica o spremembah na primeren način obvesti zavarovalca, ki ima zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot eno leto, najmanj 60 dni pred uveljavitvijo spremembe. Če se zavarovalec s spremembo ne strinja, ima pravico, da v 30 dneh po obvestilu z izjavo odstopi od zavarovalne pogodbe za to Dodatno zavarovanje, pri čemer odstop od zavarovalne pogodbe učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovalec v tem roku ne odstopi od zavarovalne pogodbe, se šteje, da se s spremembami strinja.

**25.člen: DRUGE PRAVICE IN OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE**

- [1] Zavarovalnica ima s pogodbenimi izvajalci vzpostavljene poslovne odnose, potrebne za izvajanje zavarovanja.
- [2] Zavarovalnica v primeru sprememb, ki so pomembne za izvajanje zavarovanja, o tem na primeren način (pisno, telefonsko, na svoji spletni strani ali preko medijev in podobno) obvesti zavarovalca oziroma zavarovano osebo.

**26.člen: DRUGE PRAVICE IN OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN ZAVAROVANE OSEBE**

- [1] Zavarovalec z določili zavarovalne pogodbe seznanjen zavarovano osebo. Šteje se, da je zavarovana oseba seznanjena s pogoji sklepanja in izvajanja zavarovanja.
- [2] Zavarovana oseba je dolžna zavarovalnici na svoje stroške predložiti vso dokumentacijo, potrebno za uveljavljanje pravic iz zavarovanja, v slovenskem jeziku.
- [3] Če zavarovana oseba ne ravna v skladu z zavarovalno pogodbo, zlasti pravic iz zavarovanja ne uveljavlja na način in po pogojih, ki so določeni v zavarovalni pogodbi, ali ne upošteva navodil za izvedbo zdravstvene storitve, ki sta mu jih predhodno posredovala zavarovalnica oziroma izvajalec, povrne zavarovalnici škodo in stroške, nastale zaradi njegovega ravnanja ali opustitve.

**27.člen: ZAKLJUČNE DOLOČBE**

- [1] Dokumentacija zavarovalne pogodbe in v zvezi z zavarovalno pogodbo mora biti v slovenskem jeziku in v pisni ali dogovorjeni elektronski obliki ter učinkuje na prejemnika od dneva prejema. Kot dan prejema šteje naslednji delovni dan po dnevu priporočene oddaje pošiljke, poslana na zadnji, s strani prejemnika posredovani naslov.
- [2] Če trajanje zavarovanja ni določeno v pogodbi, sme vsaka stranka od nje odstopiti z dnem zapadlosti premije, le da mora o tem pisno obvestiti drugo stranko najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije. Šteje se, da trajanje zavarovanja ni določeno, če je v pogodbi dogovorjen rok trajanja z možnostjo, da se pogodba podaljšuje za enako časovno obdobje, če stranki pred zapadlostjo premije ne odpovesta pogodbe. Če je zavarovanje sklenjeno za več kot 3 leta, sme po preteku tega časa vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe s tem, da to pisno sporoči drugi stranki.
- [3] Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje asistencije po poškodbi veljajo poleg splošnih pogojev za osnovno zavarovanje. Če se vsebina Dopolnilnih pogojev razlikuje od splošnih pogojev osnovnega zavarovanja, veljajo ti Dopolnilni pogoji.
- [4] Za namen obdelave zavarovalnega primera se bodo osebni podatki, vključno z zdravstveno dokumentacijo, skladno z zakonodajo, izmenjevali med Zavarovalnico Triglav, d.d., Ljubljana in Triglav, Zdravstveno zavarovalnico, d.d. Koper, in sicer v skladu z dogovorom o skupnem upravljanju, sklenjenim med obema družbama, za katerega vsebino se lahko kontaktira pooblaščen osebo za varstvo podatkov na e-naslov dpo@triglav.si.