



Splošni pogoji zavarovanja Specialisti - Nezgoda

Uvodne določbe

1. člen: Zavarovanje Specialisti Nezgoda

[1] Zavarovanje Specialisti Nezgoda (v nadaljevanju zavarovanje) je prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki zavarovancu 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. člen: Zdravstvena točka®

- [1] Zdravstvena točka® je asistenčni center zavarovalnice, ki zavarovalcu in zavarovancu nudi informacije o zavarovanju in izvajalcih, organizira termin obravnave, daje soglasje in zagotavlja pomoč pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja.
- [2] Zavarovalnica ima kontakte Zdravstvene točke® objavljene na svoji spletni strani.

3. člen: Opredelitev izrazov

- [1] V Splošnih pogojih veljajo v moškem spolu uporabljeni izrazi za osebe ženskega in moškega spola.
- [2] Izrazi v Splošnih 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 v Republiki Sloveniji 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, zavarovanec 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. obravnava** zajema specialistično obravnavo, zahtevni diagnostični postopek in ambulantno rehabilitacijo;
 - 8. otrok** je oseba, mlajša od osemnajst (18) let;
 - 9. ponudnik** je oseba, ki želi skleniti zavarovalno pogodbo in v ta namen zavarovalnici predloži ponudbo;
 - 10. 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 zavarovancu znana ali mu ni mogla ostati neznana;
 - 11. prirojena napaka** je stanje ali bolezen, ki obstoji ob rojstvu zaradi dednih faktorjev oziroma okoliščin, ki se razvijejo med nosečnostjo, in je odkrita ob rojstvu ali kadarkoli kasneje;
 - 12. razlog obravnave** so poškodbe, ki so posledica nezgode, zaradi katerih zavarovanec uveljavlja pravice iz zavarovanja;
 - 13. Splošni pogoji** so Splošni pogoji zavarovanja Specialisti Nezgoda (340.113.018.02);
 - 14. starost zavarovanca** je razlika med letnico začetka zavarovalnega leta in letnico rojstva zavarovanca;
 - 15. zavarovalec** je oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo;

- 16. zavarovalna premija** je pogodbeni znesek, ki ga zavarovalec plača zavarovalnici;
- 17. zavarovalna vsota** je najvišji znesek zavarovalnine, do katerega jamči zavarovalnica za posamezen dogodek, in je navedena v zavarovalni pogodbi;
- 18. zavarovalnica** je Zavarovalnica Triglav, d.d.;
- 19. zavarovalnina** je znesek obravnave, ki ga zavarovalnica plača ob nastopu zavarovalnega primera;
- 20. zavarovalno jamstvo** je zaveza zavarovalnice, da ob z zavarovalno pogodbo dogovorjenih pogojih izpolni obveznosti iz zavarovalne pogodbe;
- 21. zavarovalno leto** je obdobje enega (1) leta, ki prične z dnevom in mesecem začetka zavarovanja;
- 22. zavarovanec** je fizična oseba, katere interes je zavarovan z zavarovalno pogodbo;
- 23. zdravstvene storitve** so strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji in se izvajajo pri pogodbenih in nepogodbenih izvajalcih.

Kdo se lahko zavaruje

4. člen: Osebe, ki se lahko zavarujejo

- [1] Zavaruje se lahko oseba, ki ima prebivališče v Republiki Sloveniji.

Vsebina in obseg zavarovanja

5. 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 in 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 povečujejo nagnjenost k poškodbam.
- [3] Nezgoda je nenaden, nepredviden ter od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo; zlasti povozitev, trčenje, prometna nesreča, udarec s predmetom ali ob kakšen predmet, 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. zastrupitev 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 bil zavarovanec takšnemu delovanju izpostavljen 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 trajanja zavarovanja in so bile novonastale poškodbe znane ali ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem (1.) letu po nezgodi.
- [5] Če iz ene (1) nezgode izvira več poškodb, se šteje za en (1) 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 zavarovanca po poškodbi.

6. člen: Specialistična obravnava

[1] Specialistična obravnava so specialistične 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.

7. 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 zavarovalnice.

[3] Zahtevni diagnostični postopek se izvaja v področjih specialistične obravnave ter nuklearne medicine in radiologije.

8. 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 rehabilitacijo poškodbe.

[2] Ambulantna rehabilitacija se izvaja v področjih fizioterapije in ambulantne rehabilitacije.

9. člen: Obseg zavarovanja

[1] Zavarovanje ima zavarovalno vsoto za posamezen dogodek, ki je določena v zavarovalni polici.

[2] Zavarovanje krije stroške obravnave pri izvajalcih v Republiki Sloveniji.

Pogoji in način uveljavljanja pravic iz zavarovanja

10. člen: Najava obravnave in podlaga za uveljavljanje pravic iz zavarovanja

[1] Zavarovanec obravnavo pri izvajalcu vnaprej najavi zavarovalnici preko Zdravstvene točke® in z zavarovalnico uskladi izvedbo obravnave.

[2] Zavarovanec uveljavlja pravice iz zavarovanja na podlagi utemeljene medicinske indikacije, ki izhajajo:

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.

11. člen: Način uveljavljanja pravic iz zavarovanja

[1] Zavarovanec prejme zdravstvene storitve pri pogodbenem ali nepogodbenem izvajalcu.

[2] Zavarovanec 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 zahtevka za povrnitev stroškov povrne stroške v dogovorjenem obsegu.

12. člen: Soglasje zavarovalnice za izvedbo obravnave

[1] Zavarovanec 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 napotnico ali kopijo izvida zdravnika specialista izvajalca.

[2] Zavarovalnica o soglasju za izvedbo obravnave obvesti zavarovanca.

13. člen: Organizacija termina obravnave

[1] Zavarovanec dogovori z zavarovalnico termin obravnave pri pogodbenem izvajalcu najkasneje v desetih (10) dneh po prejemu obvestila o soglasju za izvedbo obravnave.

[2] Zavarovanec 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 zavarovanec zavarovalnico nemudoma obvesti in predloži dokazila.

[3] V primeru odpovedi dogovorjenega termina obravnave pri pogodbenem izvajalcu s strani zavarovalnice, zavarovalnica omogoči zavarovancu nadomestni termin najkasneje osem (8) dni po dogovorjenem terminu.

[4] Termin obravnave pri nepogodbenem izvajalcu organizira zavarovalnica, razen če je dogovorjeno drugače.

14. člen: Obveznosti zavarovanca ob izvedbi obravnave

[1] Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila za izvedbo obravnave, ki sta mu jih predhodno posredovala zavarovalnica oziroma izvajalec in ob izvedbi obravnave predložiti medicinsko dokumentacijo skladno s temi navodili.

15. člen: Plačilo stroškov zdravstvenih storitev na podlagi naročilnice

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

16. člen: Zahtevki za povrnitev stroškov zdravstvenih storitev

[1] Zahtevek za povrnitev stroškov opravljenih zdravstvenih storitev pri izvajalcu zavarovanec vloži v enem (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 le-te v štirinajstih (14) dneh povrne zavarovancu na račun, ki ga navede v zahtevku za povrnitev stroškov.

17. člen: Dokumentacija za uveljavljanje pravic iz zavarovanja

[1] Zavarovanec na svoje stroške pridobi in predloži zavarovalnici vse informacije in dokumentacijo iz tega poglavja ter drugo dokumentacijo na zahtevo zavarovalnice za ugotovitev obveznosti iz zavarovalne pogodbe.

18. člen: Odločanje o upravičenosti do izplačila zavarovalnine

[1] Zavarovalnica v petnajstih (15) dneh po prejemu celotne dokumentacije odloči o upravičenosti do izplačila zavarovalnine in o tem obvesti zavarovanca.

Omejitve in izključitve zavarovanja

19. člen: Omejitve obveznosti zavarovalnice

[1] Ko se poškodba medicinsko opredeli kot kronično stanje, zavarovalnica v zvezi s to poškodbo nima več obveznosti iz zavarovalne pogodbe.

[2] V času trajanja zavarovanja se iz naslova iste nezgode krijejo stroški obravnave poškodbe največ do višine zavarovalne vsote za posamezen dogodek iz tretjega [3.] odstavka 5. člena Splošnih pogojev.

20. člen: Izključitve obveznosti zavarovalnice

[1] Zavarovalnica nima obveznosti:

1. če zavarovanec uveljavlja pravice do obravnave brez vnaprejšnje najave zavarovalnici;
2. zaradi razlogov obravnave, ki niso posledica nezgode iz tretjega [3.] odstavka 5. člena Splošnih 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 zavarovanca;
5. v povezavi s predhodnimi stanji;
6. v povezavi s kroničnimi stanji;
7. v povezavi s prirojenimi napakami;
8. zaradi epileptičnega napada, kapi, infarkta ali drugega bolezenskega stanja zavarovanca, kot tudi za posledice nezgode, ki nastanejo zaradi ponavljajočih se motenj zavesti;
9. če se zavarovanec ne drži navodil lečečega zdravnika.

[2] Zavarovanje ne krije stroškov:

1. zdravstvenih storitev, opravljenih pri izvajalcih, ki so ožji družinski člani zavarovanca oziroma živijo v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem;
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 zavarovanca, 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 zavarovanec dolžan predložiti kot dokazila o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, in

10. stroškov pravnega oziroma drugega zastopanja zavarovanca 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, izgredom, vstajo, revolucijo ipd. ne glede na to, ali je zavarovanec v njih sodeloval;
 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 zavarovanec dokazuje sam;
 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 potrebne ravnanja zavarovanca.
- 21. člen: Krajevna veljavnost zavarovanja**
Zavarovanje velja za zdravstvene storitve, ki so opravljene v Republiki Sloveniji.

Sklenitev, trajanje in prenehanje zavarovanja

22. člen: Sklenitev zavarovanja

- [1] Zavarovalna pogodba se sklene na podlagi ponudbe in je sklenjena, ko jo podpišeta obe pogodbeni stranki. Podpis ponudnika na ponudbi šteje za podpis zavarovalca v zavarovalni polici.
- [2] Ponudnik s podpisom ponudbe izjavlja, da je bil pred sklenitvijo zavarovanja seznanjen s pogoji sklepanja in izvajanja zavarovanja in da so pogodbeni določila skladna z dogovorom pogodbenih strank.
- [3] Podpisana ponudba za sklenitev zavarovalne pogodbe, ki je bila predložena zavarovalnici, obvezuje ponudnika osem (8) dni od dneva, ko je prispela v zavarovalnico. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa zavarovanje, se šteje, da je ponudba sprejeta in da je zavarovalna pogodba sklenjena tistega dne, ko je ponudba prispela k zavarovalnici.
- [4] Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora ponudba vsebovati pisno soglasje zavarovanca za sklenitev zavarovanja.
- [5] Zavarovalnica lahko ponudbo za sklenitev zavarovalne pogodbe zavrne brez obrazložitve.

23. člen: Trajanje zavarovanja

- [1] Zavarovanje se začne ob 00:00 uri tistega dne, katerega datum je v zavarovalni polici določen kot datum začetka zavarovanja, in poteče ob 00:00 uri tistega dne, katerega datum je v zavarovalni polici določen kot datum poteka zavarovanja.
- [2] Zavarovanje se sklene za obdobje najmanj enega (1) leta.

24. člen: Podaljšanje zavarovanja

- [1] Zavarovanje se ob poteku podaljša za enak čas trajanja, razen če zavarovalec oziroma zavarovanec najkasneje en (1) mesec pred potekom zavarovanja izjavi drugače. V primeru pravočasnega preklica zavarovanje preneha z datumom poteka zavarovanja iz prvega (1.) odstavka 23. člena Splošnih pogojev.
- [2] Zavarovanje se ne podaljša, če je zavarovalnica z izvajanjem zavarovanja prenehala, če je zavarovalec oziroma zavarovanec ravnal v nasprotju z zavarovalno pogodbo ali če so nastale okoliščine, zaradi katerih zavarovalnica zavarovalne pogodbe ne bi sklenila. Zavarovalnica o tem obvesti zavarovalca v osmih (8) dneh pred datumom poteka zavarovanja.

25. člen: Prenehanje zavarovanja

- [1] Zavarovalec med trajanjem zavarovanja zavarovalne pogodbe ne more enostransko razdreti. Razdrtje je mogoče dogovoriti samo sporazumno in če za to obstajajo utemeljeni razlogi.
- [2] V primeru sklenitve zavarovanja na daljavo ima zavarovalec skladno z zakonom, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da v petnajstih (15) dneh od dneva sklenitve zavarovanja brez obrazložitve odstopi od zavarovalne pogodbe.
- [3] Če je zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot pet (5) let, sme vsaka pogodbeni stranka po poteku tega časa z odpovednim rokom šestih (6) mesecev z izjavo odstopiti od zavarovalne pogodbe.
- [4] Zavarovalna pogodba ne glede na določbo (1) odstavka 23. člena Splošnih pogojev preneha ob 00:00 uri tistega dne, ko je zavarovanje razdrto ali razveljavljeno.
- [5] Zavarovanje predčasno preneha s smrtjo zavarovanca.

Zavarovalno jamstvo

26. člen: Zavarovalno jamstvo

- [1] Zavarovalno jamstvo se začne z datumom začetka zavarovanja.
- [2] Zavarovalno jamstvo preneha s prenehanjem zavarovanja.

27. člen: Mirovanje zavarovanja

- [1] Mirovanje zavarovanja je obdobje, za katerega zavarovalec nima obveznosti plačevanja zavarovalne premije, zavarovalnica pa ne zagotavlja zavarovalnega jamstva.
- [2] Mirovanja zavarovanja ni mogoče dogovoriti.

Zavarovalna premija

28. člen: Zavarovalna premija

- [1] Zavarovalna premija je letna. Plačuje se vnaprej z dinamiko plačila, ki je določena v zavarovalni pogodbi, razen če je z zavarovalno pogodbo drugače dogovorjeno.
- [2] Zavarovalna premija je razvidna iz veljavnega premijskega cenika zavarovanja.
- [3] Če je zavarovanje sklenjeno za obdobje več let, si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti zavarovalno premijo vsako novo zavarovalno leto.
- [4] Skladno z zakonskimi določbami se na zavarovalno premijo obračunajo davki.
- [5] V primeru zaostankov pri plačilu zavarovalne premije se obveznosti poravnajo po vrstnem redu zapadlosti.

29. člen: Posledice neplačila zavarovalne premije

- [1] Obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, preneha v primeru, če zavarovalec do zapadlosti ne plača zavarovalne premije, ki je zapadla po sklenitvi pogodbe, in tega tudi ne stori kdo drug, ki je za to zainteresiran, po tridesetih (30) dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa se ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset (30) dni od zapadlosti premije.
- [2] Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prejšnjega odstavka, če je zavarovalec v zamudi s plačilom premije, ki jo je treba plačati po sklenitvi pogodbe, oziroma druge in naslednjih premij, razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka. Razdrtje zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in o prenehanju zavarovalnega kritja.
- [3] Če zavarovalec plača premijo po izteku roka iz prvega (1.) odstavka se obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, ponovno vzpostavi naslednji dan po dnevu plačila celotne zapadle zavarovalne premije.
- [4] V primeru zamude pri plačilu zavarovalne premije lahko zavarovalnica od zavarovalca zahteva povračilo stroškov, ki so ji bili z zamudo povzročeni, in zakonske zamudne obresti.
- [5] Zavarovalec z neplačilom zavarovalne premije ne more enostransko razdreti zavarovanja.

Osebnih podatki

30. Obdelava in varstvo osebnih podatkov

- [1] Zavarovalnica v svojih zbirkah obdeluje osebne podatke zavarovalca in zavarovanca, vključno s podatki o zdravstvenem stanju, potrebne za sklenitev in izvajanje zavarovanja ter reševanja zavarovalnih primerov.
- [2] Zavarovalec oziroma zavarovanec sta seznanjena, da zavarovalnica njegove osebne podatke zbira in preverja pri upravljavcih zbirk osebnih podatkov, ki z njimi razpolagajo, doma in v tujini, in da pooblaščen oseba zavarovalnice lahko v pogledu, pridobiva in obdeluje zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotavljanje okoliščin za sklenitev zavarovanja in obveznosti zavarovalnice iz zavarovalne pogodbe, izvajalec pa lahko te podatke razkrije in posreduje zavarovalnici.
- [3] Zavarovalnica skladno z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, in posebnimi izrecnimi privolitvami zavarovalca oziroma zavarovanca uporablja njegove osebne podatke iz zavarovalne pogodbe ali v zvezi z zavarovalno pogodbo tudi za namen trženja in druge namene. Zavarovalec oziroma zavarovanec je seznanjen, da lahko ta dovoljenja kadarkoli začasno ali trajno prekliče z izjavo.
- [4] Zavarovalnica osebne podatke obdeluje in varuje skladno z zakonodajo, ki urejajo obdelavo in varstvo osebnih podatkov.

Druge pravice in obveznosti pogodbenih strank

31. člen: Druge pravice in obveznosti zavarovalnice

- [1] Zavarovalnica ima s pogodbenimi izvajalci vzpostavljene poslovne odnose, potrebne za izvajanje zavarovanja.
- [2] Zavarovalnica je dolžna sprejeti zavarovalno premijo od vsake osebe, ki ima za njeno plačilo pravni interes.

- [3] Če zavarovalec oziroma zavarovanec namenoma netočno prijavi ali namenoma zamolči kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovanja, če bi vedela za resnično stanje, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev zavarovanja brez odpovednega roka in vračilo izplačane zavarovalnine, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi ter s tem nastalo škodo in stroški, pri čemer zavarovalnica lahko obdrži že plačane zavarovalne premije in ima pravico zahtevati plačilo zavarovalne premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev zavarovalne pogodbe.
- [4] Če zavarovalec oziroma zavarovanec kaj neresnično prijavi ali opusti dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica v enem (1) mesecu od dneva, ko izve za neresničnost ali nepopolnost prijave, razdre zavarovanje z odpovednim rokom štirinajstih (14) dni ali ustrezno zviša zavarovalno premijo. Če zavarovalec na zvišanje zavarovalne premije ne pristane, ima pravico, da v štirinajstih (14) dneh po obvestilu z izjavo razdre zavarovanje, pri čemer zavarovalnica vrne del že plačane zavarovalne premije, ki odpada na čas do poteka zavarovanja, in ima pravico ustrezno zmanjšati zavarovalnino.
- [5] Zavarovalnica lahko v primeru prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca oziroma zavarovanca razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka in zahteva vračilo izplačane zavarovalnine, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi ter s tem nastalo škodo in stroški, pri čemer zavarovalnica lahko obdrži že plačane zavarovalne premije in ima pravico zahtevati plačilo zavarovalne premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razdrtje zavarovalne pogodbe.
- [6] Če zavarovanje preneha s smrtjo zavarovanca, je zavarovalnica upravičena do zavarovalne premije do konca meseca, v katerem je nastopila smrt, sorazmerni del vnaprej plačanega zneska zavarovalne premije pa se v primeru, da je višji od stroška, ki ga ima zavarovalnica z vračilom sorazmernega dela, vrne v premoženje zavarovalca.
- [7] 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 zavarovanca.
- [8] Zavarovalnica ne prevzema odgovornosti za kakovost opravljene zdravstvene storitve.

32. člen: Druge pravice in obveznosti zavarovalca in zavarovanca

- [1] Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, zavarovalec z določili zavarovalne pogodbe seznanji zavarovanca. Šteje se, da je zavarovanec seznanjen s pogoji sklepanja in izvajanja zavarovanja.
- [2] Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan zavarovalnici med trajanjem zavarovanja ažurno posredovati osebne in druge podatke ter okoliščine in njihove spremembe, pomembne za izvajanje zavarovanja.
- [3] Zavarovalec je dolžan zagotavljati plačilo zavarovalne premije na način in v rokih, ki so določeni v zavarovalni pogodbi.
- [4] Zavarovanec je dolžan:
1. pravice iz zavarovanja uveljavljati na način in po pogojih, ki so določeni v zavarovalni pogodbi;
 2. nuditi vse informacije, potrebne za ugotovitev nastanka in obstoja zavarovalnega primera ter upravičenosti do zavarovalnine.
- [5] Če zavarovanec 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.
- [6] Če zavarovanec pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja prekorači letno zavarovalno vsoto, povrne zavarovalnici znesek prekoračitve in stroške, nastale zaradi njegovega ravnanja.
- [7] Če se po uveljavljanju pravic iz zavarovanja ugotovi, da zavarovalni primer ni nastal, zavarovanec povrne zavarovalnici plačano zavarovalnino ter stroške, nastale zaradi njegovega ravnanja.

Zavarovalna pogodba

33. člen: Zavarovalna pogodba

- [1] Z zavarovalno pogodbo se zavarovalec zavezuje, da zavarovalnici plača zavarovalno premijo, zavarovalnica pa se zavezuje, da ob nastopu zavarovalnega primera in ob izpolnjenih pogojih zavarovalnega jamstva zavarovancu plača stroške opravljenih obravnav v dogovorjeni višini ter nudi asistenco pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja.

34. člen: Splošni pogoji

- [1] Splošni pogoji so sestavni del zavarovalne pogodbe, s katero so urejena razmerja med zavarovalcem, zavarovancem in zavarovalnico.

- [2] Zavarovalnica ima Splošne pogoje objavljene na svoji spletni strani.

35. člen: Drugi dokumenti zavarovalne pogodbe in njihova hierarhija

- [1] Sestavni deli zavarovalne pogodbe so poleg Splošnih pogojev tudi ponudba, zavarovalna polica ter zdravstvena dokumentacija in druge prijave, izjave ali dokumenti pogodbenih strank, lahko pa tudi posebni pogoji oziroma klavzule zavarovalne police.
- [2] V primerih, ko so določbe posebnih pogojev v nasprotju z določbami Splošnih pogojev, veljajo posebni pogoji. V primerih, ko je klavzula zavarovalne police v nasprotju z določbami Splošnih pogojev oziroma posebnih pogojev, velja klavzula zavarovalne police.

36. člen: Oblika zavarovalne pogodbe in medsebojno obveščanje

- [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.
- [2] Kot dan prejema šteje osmi (8.) dan po dnevu priporočene oddaje pošiljke, poslana na zadnji, s strani prejemnika posredovani naslov.

37. člen: Spremembe zavarovalne pogodbe

- [1] V času trajanja zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti Splošne pogoje, višino zavarovalne premije oziroma premijskega cenika zavarovanja in višino letne zavarovalne vsote, pri čemer spremembe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta.
- [2] Zavarovalnica o spremembah na primeren način obvesti zavarovalca, ki ima zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot (1) leto, vsaj en (1) mesec pred uveljavitvijo spremembe. Če se zavarovalec s spremembo ne strinja, ima pravico, da v tridesetih (30) dneh po obvestilu z izjavo odstopi od zavarovalne pogodbe, 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.
- [3] Zavarovalec nima pravice odstopiti od zavarovalne pogodbe, če je sprememba v njegovo oziroma zavarovančevo korist.
- [4] Druge spremembe zavarovalne pogodbe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta, če ni z zavarovalnico dogovorjeno drugače.

38. člen: Razširitev zdravstvenih storitev in področij

- [1] Sezname zdravstvenih storitev obravnav in področij lahko zavarovalnica razširi z objavo na svoji spletni strani.

Sklepne določbe

39. člen: Uporaba prava in zakonodaja

- [1] Za razmerja iz zavarovalne pogodbe se uporablja pravo Republike Slovenije.
- [2] Za razmerja med zavarovalnico, zavarovalcem in zavarovancem, ki niso dogovorjena z zavarovalno pogodbo, se uporablja zakonodaja, ki ureja obljagajski razmerja.

40. člen: Reševanje sporov

- [1] Zoper odločitev zavarovalnice je mogoče v petnajstih (15) dneh vložiti pritožbo, o kateri dokončno odloči pritožbeni organ zavarovalnice v internem postopku skladno s pravilnikom zavarovalnice. V primeru nestrinjanja z odločitvijo pritožbenega organa zavarovalnice se lahko nadaljuje postopek za izvensodno reševanje sporov pri Mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja, iz določenih razlogov pa tudi pri Varuhu pravic s področja zavarovalništva, ki delujeta pri Slovenskem zavarovalnem združenju.
- [2] Za reševanje sodnih sporov je pristojno sodišče v Ljubljani.

41. člen: Pobot, zastava in odstop terjatev

- [1] Zavarovalnica lahko ob izplačilu zavarovalnine pobota zapadle neplačane zavarovalne premije in druge obveznosti zavarovalca in zavarovanca, vključno s tistimi po predhodnem zavarovanju, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi ter s tem nastalo škodo in stroški.
- [2] Če prejme zavarovalec oziroma zavarovanec nadomestilo, ki se nanaša na povrnitev stroškov zdravstvenih storitev in zdravil po Splošnih pogojih, od osebe, odgovorne za škodo, lahko zavarovalnica od zavarovalnine odbije znesek tega nadomestila.
- [3] Terjatve zoper zavarovalnico zavarovalec oziroma zavarovanec ne more niti zastaviti niti odstopiti.

42. člen: Nadzor nad zavarovalnico

- [1] Nadzor nad zavarovalnico izvaja Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, 1000 Ljubljana.

43. člen: Veljavnost Splošnih pogojev

- [1] Splošni pogoji veljajo in se uporabljajo s 01.04.2020.