

Splošni pogoji za kolektivno zavarovanje težjih bolezni SP-KTB-16



VARUH ZDRAVJA
VZAJEMNA

I. UVOD

1.1 Kolektivno zavarovanje težjih bolezni

- (1) Kolektivno zavarovanje težjih bolezni je zdravstveno zavarovanje, s katerim zavarujete vaše zaposlene za nekatere težje bolezni. Sklenitev kolektivnega zavarovanja je enostavna, saj ob izpolnitvi določenih pogojev zaposlenim ni potrebno odgovarjati na vprašanja o zdravstvenem stanju. Praviloma se določi enotna premijska stopnja, kar pomeni, da premija ni odvisna od starosti posameznega zaposlenega. Poleg otrok zaposlenih, ki so avtomatično vključeni v zavarovanje, se lahko zavarujejo tudi partnerji zaposlenih.
- (2) Ti pogoji predstavljajo sestavni del zavarovalne pogodbe. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe tako hkrati soglašate z določili teh pogojev. Ostali sestavni deli zavarovalne pogodbe so: pristopne izjave in sezname zavarovancev, v katerih so navedeni podatki o zavarovancih, njihovih zavarovalnih vsotah, podatki o upravičencih, če jih posebej določijo zavarovanci, ter druge priloge in dodatki k polici.
- (3) Po teh pogojih je zavarovalec delodajalec, ki sklene kolektivno zavarovanje težjih bolezni za svoje zaposlene, ne glede na to ali premijo plačuje iz svojih sredstev ali iz sredstev zavarovancev. Zaposleni in družinski člani, ki pristopijo k zavarovanju, pa so zavarovanci oziroma člani kolektivne sheme.

1.2 Definicije pogosto uporabljenih terminov

- (1) Z »vi« je v teh pogojih naslovljen zavarovalec (sklenitelj zavarovanja) in/ali zavarovanec.
- (2) Z »mi« oziroma »zavarovalnica« je v teh pogojih imenovana Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.
- (3) Ostali izrazi v teh pogojih pomenijo:
 - **zavarovalec** – delodajalec, ki z nami sklene zavarovalno pogodbo za svoje zaposlene;
 - **zavarovanec** – zaposleni pri delodajalcu ter njegovi družinski člani, ki so vključeni v kolektivno zavarovanje;
 - **zakonec** – zakonski oziroma izvenzakonski partner zavarovanca;
 - **upravičenec** – oseba, ki smo ji dolžni izplačati zavarovalnino;
 - **kolektivna shema** – vsi zaposleni, ki so zavarovani po kolektivni polici;
 - **velikost kolektivne sheme** – število vseh zaposlenih, ki so zavarovani po kolektivni polici;
 - **premija** – dogovorjeni znesek, ki nam ga plačujete v skladu z zavarovalno pogodbo;
 - **čakalna doba** – doba od začetka pristopa zavarovanca h kolektivnem zavarovanju, v kateri ne prevzemamo jamstva, kljub temu, da obstaja obveznost plačevanja premije;
 - **izključitve** – tisti dogodki, ki sicer ustrezajo osnovni definiciji zavarovalnega primera, a niso kriti z zavarovalno pogodbo;
 - **zavarovalno leto** – obdobje enega leta, ki prične z datumom začetka zavarovanja;
 - **začetek zavarovanja** – datum, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot datum začetka kolektivnega zavarovanja;
 - **potek zavarovanja** – datum, ko se kolektivno zavarovanje konča;
 - **zavarovalna vsota** – znesek, ki pomeni zgornjo mejo naše obveznosti za posamezno kritje;
 - **zavarovalnina** – znesek, ki ga izplačamo za posamezno kritje;
 - **zdravnik cenzor** – zdravnik specialist, pooblaščen z naše strani.

II. SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

2.1 Kakšni so pogoji za sklenitev zavarovalne pogodbe

- (1) Minimalna velikost kolektivne sheme je minimalno število zaposlenih, ki se morajo vključiti v zavarovanje, da se kolektivna polica lahko sklene brez sprejema v zavarovanje in brez doplačila na premijo.
- (2) Absolutna minimalna velikost kolektivne sheme je minimalno število zaposlenih, ki se morajo vključiti v zavarovanje, da se kolektivna polica lahko sklene brez sprejema v zavarovanje. V določenih primerih ter v dogovoru z vami, lahko obračunamo tudi povišano premijo.
- (3) Če je število vključenih zaposlenih nižje od absolutne minimalne velikosti kolektivne sheme, lahko ponudimo sklenitev individualnih oblik zavarovanja za težje bolezni.

2.2 Kdo se lahko zavaruje

- (1) Praviloma se lahko zavarujejo redno in pogodbeno zaposleni pri zavarovalcu od vključno 18. do dopolnjenega 64. leta starosti, ki so ob vključitvi v kolektivno zavarovanje delovno aktivni, razen če z nami ni drugače dogovorjeno.
- (2) Posameznik je delovno aktiven, če:
 - a) dela toliko število ur, kot je opredeljeno v njegovi pogodbi o zaposlitvi ter opravlja svoje običajne naloge in
 - b) ne dela v nasprotju z nasvetom zdravnika.
- (3) Osebe, ki so v času sklenitve kolektivnega zavarovanja na bolniški ali porodniškem dopustu, se lahko vključijo v zavarovanje po vrnitvi na delo za polni delovni čas, vendar jamstvo za te osebe prične po izteku šestih (6) mesecev od dneva vključitve v kolektivno zavarovanje težjih bolezni.
- (4) Novo zaposleni se lahko brez dodatnih pogojev vključijo v zavarovanje, če to storijo v roku treh (3) mesecev od začetka zaposlitve pri zavarovalcu. Osebe

navedene v prejšnjem odstavku, pa v roku treh (3) mesecev od vrnitve na delo za polni delovni čas.

- (5) Zaposleni, ki ni pristopil k zavarovanju ob sklenitvi zavarovalne pogodbe oziroma ob izpolnitvi pogojev skladno s tretjim odstavkom te točke ter novo zaposleni, ki ni ravnal skladno s četrnim odstavkom te točke, želi pa to storiti kasneje, mora izpolniti pristopno izjavo skupaj z vprašalnikom o zdravstvenem stanju. O sprejemu zaposlenega v zavarovanje presojamo skladno z določili točke 2.3 teh pogojev.
- (6) V zavarovanje so avtomatično vključeni otroci zavarovanca stari od vključno 2. do dopolnjenega 18. leta starosti.
- (7) Če je tako dogovorjeno, se lahko zavaruje tudi partner zaposlenega od vključno 18. do dopolnjenega 64. leta starosti. Za vključitev partnerja v zavarovanje se smiselno uporabljajo določila te točke, ki veljajo za zaposlenega.

2.3 Kakšen je postopek sklenitve zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovalna pogodba se sklene na podlagi pisne ponudbe in pristopnih izjav ali seznama vseh vključenih zavarovancev ali tako, da pogodbeni strani podpišeta polico ali na drug način potrdita, da se strinjata o bistvenih elementih zavarovalne pogodbe, kot so določitev obsega kritij, premije, zavarovalne dobe in zavarovalne vsote.
- (2) Pristopna izjava lahko vsebuje tudi vprašalnik o zdravstvenem stanju. V tem primeru se pristopna izjava šteje kot ponudba, ki veže osebo, ki želi pristopiti k zavarovanju osem (8) dni od dneva, ko je pristopna izjava prispela k nam. Če je potreben zdravniški pregled, je ta rok trideset (30) dni. Če v tem roku ne odklonimo ponudbe, se šteje, da ste vključeni v zavarovanje z dnem, ko smo ponudbo prejeli.
- (3) Če vam v odgovoru na ponudbo predlagamo dopolnitev ponudbe, se šteje, da smo ponudbo zavrnila in vam posredovali nasprotno ponudbo. Nasprotna ponudba je sprejeta, ko prejmemo vašo pisno izjavo, da se strinjate z nasprotno ponudbo.
- (4) Če v roku petnajst (15) dni po izstavitvi nasprotne ponudbe ne prejmemo vaše izjave o sprejemu nasprotne ponudbe se šteje, da do vključitve v zavarovanje ni prišlo.
- (5) Ponudbo lahko zavrnemo brez navedbe razlogov za zavrnitev.
- (6) Pri zavarovalnih pogodbah, sklenjenih na daljavo, lahko vaš podpis, če tako določimo, nadomesti plačilo prve premije. Šteje se, da je zavarovalna pogodba sklenjena, ko plačate prvi obrok premije.

2.4 Začetek in trajanje zavarovanja ter začetek jamstva

- (1) Zavarovanje velja za obdobje enega (1) leta, če ni drugače dogovorjeno. Pri tem imate pravico do vsakokratnega podaljšanja zavarovanja za eno (1) leto, pri čemer se le-to izvede molče, razen če samodejnega podaljšanja zavarovanja pisno ne prekličete vsaj tri (3) mesece pred iztekom zavarovalnega leta ter v primerih iz točke 2.5 teh pogojev.
- (2) Zavarovanje se začne ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja. Če se zaposleni, ki izpolnjuje pogoje za pristop h kolektivni shemi, vključi v zavarovanje po datumu, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, začne zavarovanje veljati ob 00.00 uri prvega (1.) dne v naslednjem mesecu po prejemu pisne izjave o vključitvi v to zavarovanje.
- (3) Jamstvo za zaposlenega in družinskega člana, ki se vključi v kolektivno zavarovanje, se začne ob 00.00 uri dneva po poteku šestih (6) mesecev od dneva začetka zavarovanja (čakalna doba).
- (4) Čakalne dobe ni, če je zavarovalni primer posledica nezgode, ki se zgodi v času veljavnosti zavarovanja.

2.5 Kdaj preneha zavarovanje

- (1) Zavarovalna pogodba preneha v naslednjih primerih:
 - v primeru odpovedi;
 - v primeru neplačila premije;
 - če se v roku trideset (30) dni pred začetkom novega zavarovalnega leta ne boste strinjali z našimi novimi pogoji, ki jih lahko določimo skladno s točko 6.3;
 - v drugih primerih skladno s temi pogoji in zakonom.
- (2) Zavarovanje za posameznega zavarovanca v vsakem primeru preneha ob 24.00 uri tistega dne, ko:
 - poteče zavarovalno leto, v katerem zavarovanec dopolni 65 let oziroma otrok 18 let;
 - zavarovanec umre;
 - zavarovancu preneha delovno razmerje pri zavarovalcu;
 - zavarovanec izstopi iz kolektivnega zavarovanja;
 - preneha zavarovalna pogodba;
 - pri Standardnem kritju izplačamo zavarovalno vsoto za težje bolezni;
 - pri Razširjenem kritju izplačamo že tri (3) zavarovalnine za težje bolezni;
 - pri Razširjenem kritju izplačamo zavarovalnino zaradi postavljene diagnoze težje bolezni iz prve (1) skupine težjih bolezni;
 - ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot potek kolektivnega zavarovanja;
 - v ostalih primerih določenih s temi pogoji.
- (3) Ob prenehanju kritja za zaposlenega preneha tudi kritje za njegove otroke in zakonca, če so vključeni na polico kolektivnega zavarovanja.
- (4) Če pride do razdrtja pogodbe oziroma prenehanja zavarovalnega kritja za posameznega zavarovanca, že plačanih premij ne vračamo.

2.6 Obveznost prijave okoliščin

- (1) Zavarovalec in zavarovanec sta nam ob sklenitvi zavarovalne pogodbe dolžna



prijaviti vse okoliščine, pomembne za oceno nevarnosti, ki so vama bile znane oziroma vama niso mogle ostati neznanne. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, za katere smo postavili pisna vprašanja v ponudbi in vprašalniku o zdravstvenem stanju.

- (2) Če je zavarovalec oziroma zavarovanec namenoma neresnično prijavil ali namenoma zamolčal okoliščino, zaradi katere ne bi sklenili zavarovalne pogodbe, če bi bili seznanjeni z resničnim stanjem, lahko zahtevamo razveljavitev zavarovalne pogodbe ali odklonimo izplačilo zavarovalnine, če zavarovanec zbolí, preden smo izvedeli za tako okoliščino. Če je bila zavarovalna pogodba razveljavljena, obdržimo že plačane premije in imamo pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je bila zahtevana razveljavitev zavarovalne pogodbe. Naša pravica, da zahtevamo razveljavitev zavarovalne pogodbe, preneha, če vam v treh (3) mesecih od dneva, ko smo izvedeli za neresničnost prijave ali za zamolčanje, ne izjavimo, da jo nameravamo uporabiti.
- (3) Če je zavarovalec oziroma zavarovanec kaj prijavil netočno ali je opustil dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko po svoji izbiri v enem (1) mesecu od dneva, ko smo izvedeli za netočnost ali nepopolnost prijave, izjavimo, da razdiramo zavarovalno pogodbo ali predlagamo povišanje premije ali znižanje zavarovalne vsote v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha zavarovalna pogodba po izteku štirinajstih (14) dni od dneva, ko smo vam sporočili, da razdiramo zavarovalno pogodbo. Če predlagamo povišanje premije, je zavarovalna pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v štirinajstih (14) dneh od dneva, ko ga je prejel. Če se zavarovalna pogodba razdre, moramo vrniti del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalne dobe.
- (4) Če je zavarovalni primer nastal prej, preden smo ugotovili netočnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razvezo zavarovalne pogodbe oziroma pred dosego sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.

III. OBSEG NAŠIH OBVEZNOSTI IZ NASLOVA KOLEKTIVNEGA ZAVAROVANJA

3.1 Meja prostega kritja

- (1) Ob sklenitvi zavarovalne pogodbe določimo mejo prostega kritja, ki velja za vse zavarovance, ki pristopijo h kolektivnem zavarovanju ob sklenitvi pogodbe ali kasneje. Meja prostega kritja je najvišja zavarovalna vsota, za katero se lahko posamezni zavarovanec zavaruje brez ugotavljanja zdravstvenega stanja.
- (2) Vsi zavarovanci katerih zavarovalna vsota za težje bolezni presega mejo prostega kritja morajo izpolniti vprašalnik o zdravstvenem stanju. O sprejemu v zavarovanje odločamo skladno z določili drugega odstavka točke 2.3 teh pogojev. Zavarovalne vsote nad mejo prostega kritja lahko zavrnemo brez navajanja razlogov.
- (3) Če povprečna zavarovalna vsota v kolektivni shemi bistveno odstopa od povprečne vrednosti na dan sklenitve pogodbe, lahko spremenimo mejo prostega kritja. Mejo prostega kritja lahko spremenimo ob vsakokratnem začetku zavarovalnega leta, pri čemer sprememba velja zgolj za novo zaposlene in njihove družinske člane. O spremembi vas bomo pisno obvestili.

3.2 Obseg kritja

- (1) Ob sklenitvi zavarovalne pogodbe lahko izbirate med Standardnim kritjem ali Razširjenim kritjem težjih bolezni. Izbrano kritje je navedeno na vaši kolektivni polici in velja za vse zavarovance.
- (2) Standardno kritje zagotavlja izplačilo zavarovalnine za eno izmed treh (3) najpogostejših težjih bolezni in sicer: rak, srčni infarkt in možganska kap.
- (3) Razširjeno kritje zagotavlja izplačilo zavarovalnine za eno (1) ali več težjih bolezni, skladno s temi pogoji.
- (4) Šteje se, da je zavarovanec zbolel za težjo boleznijo, če je bila zavarovancu postavljena diagnoza bolezni, ki v celoti ustreza opredelitvi težje bolezni skladno s temi pogoji.
- (5) Nastanek težje bolezni mora potrditi naš zdravnik cenzor, pri čemer lahko le-ta za potrditev zavarovalnega primera zahteva, da zavarovanec opravi zdravniški pregled oziroma dodatne medicinske preiskave, ki jih določi zdravnik cenzor.

3.3 Kdaj izplačamo zavarovalnino pri Standardnem kritju

- (1) Zavarovalnino za težjo bolezen pri Standardnem kritju izplačamo v višini dogovorjene zavarovalne vsote, če je zavarovancu v času jamstva diagnosticirana ena izmed težjih bolezni ter pod pogojem, da preživi trideset (30) dni od dneva diagnoze in so izpolnjeni ostali pogoji.
- (2) Zavarovalnino za težjo bolezen za posameznega zavarovanca pri Standardnem kritju izplačamo samo enkrat. V primeru izplačila zavarovalnine zavarovalno kritje za tega zavarovanca ne velja več.

3.4 Kdaj izplačamo zavarovalnino pri Razširjenem kritju

- (1) Zavarovalnino za težjo bolezen pri Razširjenem kritju izplačamo, če je zavarovancu v času jamstva diagnosticirana ena izmed enainvajsetih (21) težjih bolezni iz seznama zavarovalnice, pod pogojem, da zavarovanec preživi trideset (30) dni od dneva diagnoze in so izpolnjeni ostali pogoji te točke.

- (2) Kolektivno zavarovanje težjih bolezni pri Razširjenem kritju omogoča večkratno izplačilo zavarovalnine za težje bolezni, če zavarovanec v času jamstva zbolí za težje bolezni iz različnih skupin. Težje bolezni so razdeljene v štiri (4) skupine, in sicer:

1. skupina	Alzheimerjeva bolezen, bakterijski meningitis, koma, encefalitis, HIV / AIDS, odpoved ledvic (končni stadij), presaditev glavnih organov, multipla skleroza, Parkinsonova bolezen
2. skupina	operacija aorte, koronarna by-pass operacija, zamenjava ali popravilo srčne zaklopke, koronarna angioplastika, srčni infarkt, možganska kap
3. skupina	benigni možganski tumor, maligni rak
4. skupina	slepota, izguba sluha, travmatična poškodba glave, paraliza

- (3) Če zavarovanec prvič v času jamstva zbolí za eno izmed težjih bolezni iz prve (1.) skupine, ne more uveljavljati nadaljnjih škod iz drugih skupin bolezni. V tem primeru se zavarovalno kritje za tega zavarovanca prekine.
- (4) Če zavarovanec v času jamstva uveljavlja izplačilo za eno izmed težjih bolezni iz druge (2.), tretje (3.) ali četrte (4.) skupine, je še vedno zavarovan za težje bolezni iz ostalih skupin, iz katerih še ni bila izplačana zavarovalnina za težje bolezni, razen za težje bolezni iz prve (1.) skupine. Na primer, če je zavarovanec zbolel za srčnim infarktom, je po tem dogodku še vedno zavarovan za bolezni iz tretje (3.) in četrte (4.) skupine, nima pa kritja za bolezni iz prve (1.) in druge (2.) skupine.
- (5) Med dvema diagnozama težjih bolezni mora preteči najmanj dvanajst (12) mesecev, sicer ne izplačamo zavarovalnine za težje bolezni.
- (6) Za enega zavarovanca iz naslova zavarovanja težjih bolezni pri Razširjenem kritju izplačamo največ tri (3) zavarovalnine za težje bolezni. Iz vsake skupine težjih bolezni izplačamo zavarovancu največ eno (1) zavarovalnino za težje bolezni.

3.5 Kako se izračuna zavarovalnina pri Razširjenem kritju

- (1) Višina zavarovalne vsote za težje bolezni je za posameznega zavarovanca navedena na potrdilu o kritju, ob upoštevanju meje prostega kritja. Višina zavarovalnine za težje bolezni je odvisna od vrste težje bolezni.
- (2) Če zavarovanec zbolí za katero izmed naslednjih težjih bolezni: maligni rak, srčni infarkt in možganska kap, izplačamo 100 % zavarovalne vsote za težje bolezni, če pa zavarovanec zbolí za katero izmed ostalih težjih bolezni, pa izplačamo 75 % zavarovalne vsote za težje bolezni.

3.6 Zavarovanje družinskih članov

- (1) Zakonec in otrok zavarovanca je vključen na kolektivno polico za isti obseg kritja oziroma za iste težje bolezni kot zavarovanec.
- (2) Če otrok zavarovanca prvič v času jamstva zbolí za eno od težjih bolezni izplačamo zavarovalnino, ki je enaka 10 % zavarovalnine, ki bi jo prejel zavarovanec, če bi zbolel za isto bolezen.
- (3) Zavarovalnina za primer težjih bolezni se za vsakega otroka izplača največ enkrat.
- (4) Če so bile v času trajanja zavarovanja izplačane zavarovalnine za primer težjih bolezni za tri (3) zavarovančeve otroke, jamstvo za kritje težjih bolezni avtomatično preneha za vse zavarovančeve otroke.

IV. IZKLJUČITEV NAŠIH OBVEZNOSTI

4.1 Kdaj ne izplačamo zavarovalnine

- (1) Zavarovalnine za zavarovanca, otroka zavarovanca ali zakonca zavarovanca, če je priključen k zavarovanju, ne izplačamo, če je težja bolezen posledica:
- poskusa samomora ali samopoškodbe;
 - vojne, vojaških akcij, vojaške diktature, zavarovančevega aktivnega in prostovoljnega sodelovanja pri nasilnih dejanjih, nemirih ali terorizmu;
 - zlorabe alkohola, strupov, jemanja drog, zdravlil ali psihoaktivnih snovi s strani zavarovanca, razen tistih pod nadzorom usposobljenega zdravnika, predpisanih za zdravljenje, vendar ne za zdravljenje odvisnosti;
 - okužbe z virusom HIV ali AIDS, razen okužbe, ki je posledica enega izmed dogodkov, opredeljenih v petem (5.) poglavju pod točko 13. teh pogojev;
 - ravnanja zavarovanca, ki ni pravočasno poiskal medicinske pomoči, se ni zdravil ali ni upošteval nasveta zdravnika.
- (2) Zavarovalnine ne izplačamo:
- če je zavarovanec umrl v tridesetih (30.) dneh od postavitve diagnoze težje bolezni (rok preživetja);
 - če je bila težja bolezen diagnosticirana v času čakalne dobe;
 - pri Razširjenem kritju: če je do nove diagnoze težje bolezni, ki je temelj za škodni zahtevek, prišlo v dvanajstih (12) mesecih od postavitve predhodne diagnoze težje bolezni iz naslova katere smo izplačali zavarovalnino;
 - pri Razširjenem kritju: če je bila zavarovancu v času jamstva predhodno diagnosticirana katerakoli težja bolezen iz druge (2.), tretje (3.) ali četrte (4.) skupine težjih bolezni, nato pa želi uveljavljati zavarovalnino še iz prve (1.) skupine težjih bolezni.



- (3) Klavzula o izključitvi predobstoječega stanja: Zavarovanje krije težje bolezni, ki so navedene na kolektivni polici le, če je bila bolezen diagnosticirana po datumu vključitve v zavarovanje ter po poteku čakalne dobe. Zavarovalnice za težje bolezni ne izplačamo za vsako težjo bolezen iz seznama zavarovalnice, za katero se je zavarovana oseba pred pristopom v zavarovanje posvetovala z zdravnikom ali prejela zdravniško oskrbo ali nasvet ali zdravljenje, razen če smo bili o takšnem stanju ustrezno obveščeni pred pristopom k zavarovanju in smo ga sprejeli.
- (4) Če zavarovanec, otrok ali zakonec pred vključitvijo v zavarovanje zbolí za katero izmed bolezni iz prve (1.) skupine, se ne more vključiti v zavarovanje po teh pogojih.
- (5) Če zavarovanec, otrok ali zakonec v čakalni dobi zbolí za katero izmed bolezni iz prve (1.) skupine, se zavarovanje zanj razveljavi in vrne že plačana premija.

V. DEFINICIJE TEŽJIH BOLEZNI

1. Operacija aorte

Operacija aorte pomeni prestatí operacijo življenjsko ogrožajoče obolelega prsnega ali trebušnega dela aorte z namenom korekcije. V zavarovanje težjih bolezni je vključena korekcija koarktacije, aortne anevrizme ali disekcije aorte s transplantatom - graftom. Za namen te opredelitve za aorto štejemo prsni in trebušni del aorte, ne pa tudi njenih vej. Iz zavarovanja težjih bolezni so izključene korekcije z zelo majhnimi opornicami - stenti.

Izključene so naše obveznosti za primer operacije aorte, če je zavarovanec imel obstruktivno ali okluzivno bolezen aorte pred pristopom v kolektivno zavarovanje, razen če smo za to stanje ob pristopu v zavarovanje vedeli ter smo to tveganje sprejeli.

2. Benigni možganski tumor

Benigni možganski tumor pomeni življenjsko ogrožajoč nemaligen tumor v možganih, potrjen z izvidi specialista nevrologa ali nevrokirurga. V zavarovanje kolektivnih težjih bolezni so vključeni tumorji, ki povzročajo okvaro možganov in zahtevajo nevrokirurško odstranitev oziroma v kolikor so spoznani za neoperabilne, povzročajo trajni nevrološki deficit.

Posebej so izključene vse ciste, granulomi, malformacije v ali na arterijah ali venah v možganih, hematomi in tumorji hipofize ali hrbtnice.

3. Slepota

Slepota pomeni popolno trajno izgubo vida na obeh očeh kot posledico bolezni ali nezgode, ki je ni mogoče popraviti z nobenim medicinskim postopkom ali pripomočkom, ki bi lahko izboljšali vid. Potrjena mora biti z izvidi specialista okulista.

Izključene so naše obveznosti za primer slepote, če je zavarovanec imel kakršno koli znatno izgubo vida pred pristopom v kolektivno zavarovanje, razen če smo za to stanje ob pristopu v zavarovanje vedeli ter smo to tveganje sprejeli.

4. Maligni rak

Maligni rak pomeni prisotnost napredujoče nenadzorovane rasti in širitve malignih celic z invazijo v zdrava tkiva. Rak mora biti potrjen s histopatološkim izvidom. V zavarovanje kolektivnih težjih bolezni so vključene levkemije, maligni limfomi vključno s kožnimi limfomi, Hodgkinova bolezen, maligni kostni tumorji in sarkomi.

Iz zavarovanja kolektivnih težjih bolezni so izključeni naslednji tumorji:

- karcinoma in situ, displazija in vse prekanceroze ter neoplazme negotovega ali neznanega značaja;
- neinvazivni rak prostate, razen v primeru progressa vsaj v T2N0M0 po TNM klasifikaciji;
- vse oblike kožnega raka, razen malignega melanoma z invazijo pod vrhnjico, v usnjico;
- papilarni karcinom ščitnice, ki se ne razrašča izven tkiva ščitnice;
- vsi raki v prisotnosti infekcije z virusom HIV;
- kronična limfocitna levkemija stadij Binet A.

Izključene so naše obveznosti za primer rakavih obolenj, če je zavarovanec pred pristopom v kolektivno zavarovanje imel polipozo črevesja, vnetno obolenje črevesja (Crohnova bolezen ali ulcerozni kolitis), bolezen policističnih ledvic, benigno obolenje dojk, pri kateri se zahteva biopsija, azbestozo, kakršno koli obliko hepatitisa ali cirozo jeter, razen če smo za to stanje ob pristopu v zavarovanje vedeli ter smo to tveganje sprejeli.

5. Koma

Koma pomeni stanje nezavesti brez odzivanja na zunanje dražljaje ali notranje potrebe, ki zahteva uporabo pripomočkov za vzdrževanje življenja neprekinjeno najmanj 96 ur.

Koma mora imeti za posledico trajni nevrološki deficit, ki je potrjen z izvidi specialista nevrologa. Iz zavarovanja kolektivnih težjih bolezni je izključena koma, ki je povzročena z zlorabo alkohola, strupov, jemanja drog, zdravlil in psihoaktivnih snovi s strani zavarovanca, razen tistih pod nadzorom usposobljenega zdravnika, predpisanih za zdravljenje, vendar ne za zdravljenje odvisnosti.

6. Koronarna angioplastika

Koronarna angioplastika pomeni širitev zoženja ali zapore ene ali več koronarnih arterij z balonsko ali drugo intra-arterijsko katetrsko tehniko ter

z ali brez vgradnje stenta. Bolezen koronarne arterije mora biti ugotovljena z angiografijo in indikacija za angioplastiko mora biti potrjena z izvidi kardiologa. Izključene so naše obveznosti za primere koronarne angioplastike, če je zavarovanec imel koronarno arterijsko bolezen pred pristopom v kolektivno zavarovanje, razen če smo za to stanje ob pristopu v zavarovanje vedeli ter smo to tveganje sprejeli.

7. Obvodna operacija koronarne arterije (by-pass)

Obvodna operacija koronarne arterije pomeni operacijo na odprtem srcu z namenom korekcije zoženja ali zapore ene ali več koronarnih arterij z vstavitvijo by-pass grafta.

Iz zavarovanja kolektivnih težjih bolezni so izključene perkutane koronarne intervencije kot angioplastika in vse druge intra-arterijske, kateterske in laserske tehnike.

Izključene so naše obveznosti za primere koronarnega arterijskega obkroga, če je zavarovanec imel koronarno arterijsko bolezen pred pristopom v kolektivno zavarovanje, razen če smo za to stanje ob pristopu v zavarovanje vedeli ter smo to tveganje sprejeli.

8. Gluhota

Gluhota pomeni popolno trajno izgubo sluha za vse tone kot posledica bolezni ali nezgode, ki je ni mogoče popraviti z nobenim medicinskim postopkom ali pripomočkom, ki bi lahko izboljšali sluh. Potrjena mora biti z izvidi specialista otorinolaringologa in standardnimi testi za ugotavljanje sluha kot so avdiometrija, prazna tonska avdiometrija in druge.

Izključene so naše obveznosti za primer gluhosti, če je zavarovanec imel kakršno koli znatno izgubo sluha pred pristopom v kolektivno zavarovanje, razen če smo za to stanje ob pristopu v zavarovanje vedeli ter smo to tveganje sprejeli.

9. Alzheimerjeva bolezen

Alzheimerjeva bolezen pomeni upad ali izgubo intelektualnih sposobnosti zaradi celotne nepopravljive okvare možganov, ki je potrjena s kliničnim pregledom in standardnimi testi in vprašalniki za ugotavljanje Alzheimerjeve bolezni in demence. V zavarovanje kolektivnih težjih bolezni je vključena Alzheimerjeva bolezen, ki povzroči pomembno okvaro intelektualnih sposobnosti in je potrjena z izvidi specialista nevrologa. Iz zavarovanja kolektivnih težjih bolezni je izključena demenca, ki je povzročena z zlorabo alkohola, strupov, jemanja drog, zdravlil ali psihoaktivnih snovi s strani zavarovanca, razen tistih pod nadzorom usposobljenega zdravnika, predpisanih za zdravljenje, vendar ne za zdravljenje odvisnosti ali s HIV infekcijo.

10. Encefalitis

Encefalitis je vnetje možganov (cerebralne hemisfere, možganskega debla ali malih možganov), povzročen z virusnim infektom in se odraža s trajnim in nepopravljivim nevrološkim deficitom v trajanju najmanj šest (6) tednov. Diagnoza mora biti potrjena z izvidom specialista nevrologa. Iz zavarovanja kolektivnih težjih bolezni je izključen encefalitis, ki je povzročen s HIV infekcijo.

11. Srčni infarkt

Z zavarovanjem kolektivnih težjih bolezni je krita končna diagnoza akutnega miokardnega infarkta: pomeni zanesljivo diagnozo odmrta dela srčne mišice, ki izhaja iz nezadostnega dotoka krvi v ustrezen del srca. Diagnoza mora biti potrjena z značilno spremembo nivoja markerjev, specifičnih za srčni infarkt (kot Troponin I, Troponin T, CK-MB), z 99 % preseganjem zgornje meje normalne vrednosti vsaj enega markerja, pri čemer mora biti izpolnjen še vsaj eden od naslednjih kriterijev:

- tipična centralna bolečina v prsih, ki nakazuje na srčni infarkt;
- sveže spremembe v EKG, značilne za infarkt (ST elevacija ali depresija, T inverzija, patološki Q val, levokračni blok).

Iz zavarovanja kolektivnih težjih bolezni so izključeni drugi akutni koronarni sindromi in nestabilne oblike angine pectoris, ki ne izpolnjujejo opisanih kriterijev.

Izključene so naše obveznosti za primer srčnega infarkta, če je zavarovanec imel koronarno arterijsko bolezen pred pristopom v kolektivno zavarovanje, razen če smo za to stanje ob pristopu v zavarovanje vedeli ter smo to tveganje sprejeli.

12. Operacija srčnih zaklopk

Operacija srčnih zaklopk pomeni operacijo na odprtem srcu ali endoskopsko operacijo z namenom zamenjave ali korekture ene ali več srčnih zaklopk kot posledica napak ali anomalij srčne zaklopke, ki jih ni mogoče korigirati samo z intra-arterijsko katetrsko tehniko. Indikacija za operacijo mora biti potrjena z izvidi specialista kardiologa.

Izključene so naše obveznosti za primer zamenjave ali korekture srčnih zaklopk, če je zavarovanec imel kakršno koli prirojeno ali pridobljeno bolezen srčnih zaklopk pred pristopom v kolektivno zavarovanje, razen če smo za to stanje ob pristopu v zavarovanje vedeli ter smo to tveganje sprejeli.

13. HIV / AIDS

Pomeni okužbo z virusom Humane imunske pomanjkljivosti (HIV) ali diagnozo bolezni Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), če se lahko nesporno dokaže, da je okužba posledica enega od naslednjih dogodkov:

- a) transfuzije okužene krvi ali krvnih pripravkov po datumu začetka zavarovanja, posredovanih iz službe za transfuzijsko medicino, ki je uradno



registrirana in priznana od uradnih oblasti. Okužba z virusom HIV se mora pojaviti v roku šestih (6) mesecev po transfuziji;

- b) poškodbe z iglo za injiciranje, nastale pri rednem delu zdravnika / zobozdravnika, medicinske sestre, reševalca, gasilca ali policista. Poškodba, ki ima lahko za posledico zavarovalni primer, se mora zgoditi v času jamstva zavarovalne police in nam jo mora zavarovanec sporočiti v sedmih (7) dneh od poškodbe ter mora biti podprta z negativnim izvidom na HIV, opravljenim takoj po poškodbi. Okužba z virusom HIV se mora pojaviti v roku šestih (6) mesecev po transfuziji;

- c) sprejema transplantiranega organa v času jamstva zavarovanja, ki je bil okužen z virusom HIV.

14. Odpoved ledvic

Odpoved ledvic je končni stadij kronične bolezni ledvic, ki pomeni trajno nepopravljivo odpoved delovanja obeh ledvic, zaradi česar mora zavarovanec začeti z redno in trajno dializo.

Izključene so naše obveznosti za primer odpovedi ledvic, če je zavarovanec pred pristopom v kolektivno zavarovanje imel bolezen policističnih ledvic, sladkorno bolezen ali kakršno koli ledvično kronično obolenje ali motnjo, razen če smo za to stanje ob pristopu v zavarovanje vedeli ter smo to tveganje sprejeli.

15. Presaditev glavnih organov

Presaditev glavnih organov pomeni presaditev enega od naslednjih organov: srca, pljuč, jeter, ledvic ali trebušne slinavke od darovalca zavarovancu kot prjemniku organa. Presaditve katerikoli drugih organov, delov organov, tkiv ali celic so izključene iz zavarovanja kolektivnih težjih boleznih.

Izključene so naše obveznosti za primer presaditve glavnih organov, če je zavarovanec pred pristopom v kolektivno zavarovanje imel bolezen policističnih ledvic, sladkorno bolezen ali kakršno koli kronično srčno, pljučno, jetrno ali ledvično odpoved (ne glede na vzrok nastanka), razen če smo za to stanje ob pristopu v zavarovanje vedeli ter smo to tveganje sprejeli.

16. Bakterijski meningitis

Bakterijski meningitis je vnetje membrane, ki prekriva možgane ali hrbtenjačo, povzročen z bakterijami. Bolezen mora imeti za posledico trajni in nepopravljiv nevrološki deficit, potrjen z izvidi specialista nevrologa, laboratorijsko izolacijo bakterij z lumbalno punkcijo.

17. Multipla skleroza

Multipla skleroza (MS) pomeni nevrološko vnetno in demielinizacijsko bolezen možganov in/ali hrbtenjače, ki povzroči nevrološki deficit. Bolezen mora biti potrjena z izvidi specialista nevrologa skladno z Mednarodnimi diagnostičnimi kriteriji za MS (International Panel Criteria - Revised McDonald Criteria 2005*).

Iz zavarovanja kolektivnih težjih boleznih je izključena bolezen, ko diagnoza MS ni nedvoumno potrjena, in nevrološki deficit, ki ni diagnosticiran kot MS. Izključene so naše obveznosti za primer MS, če je zavarovanec pred pristopom v kolektivno zavarovanje imel kakršno koli obliko nevropatije, encefalopatija ali mielopatije (boleznih ali disfunkcije živčevja), razen če smo za to stanje ob pristopu v zavarovanje vedeli ter smo to tveganje sprejeli. To vključuje vendar ni omejeno na: nenormalne zaznave (omrtvičenje) okončin, trupa ali obraza, oslabelost ali neobvladljivost udov, dvojni vid, delno slepoto, paralizno očesnih mišic, vrtoglavico, motnje v kontroli uriniranja, nevritis očesnega živca / lezija hrbtenjače ali nenormalen izvid MR, če niso obrazloženi z določeno diagnozo. *Polman, CH, Reingold, SC, Edan, G, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the „McDonald criteria“. Ann Neurol 2005; 58:840-6.

18. Paraliza okončin

Paraliza (ohromitev) pomeni trajno in popolno izgubo funkcije enega ali več okončin kot posledica poškodbe ali bolezni hrbtenjače ali možganov. Zavarovanje kolektivnih težjih boleznih vključuje diplegijo, hemiplegijo, tetraplegijo ali kvadruplegijo. Nevrološki deficit mora biti potrjen z izvidi specialista nevrologa.

Izključene so naše obveznosti za primer paralize okončin(e), če je zavarovanec pred pristopom v kolektivno zavarovanje imel multiplo sklerozo, mišično distrofijo (vključno z družinsko anamnezo, ki vključuje mišično distrofijo), bolezen motoričnega nevrona ali kakršno koli bolezen ali motnjo v delovanju možganov, hrbtenjače ali hrbtenice, razen če smo za to stanje ob pristopu v zavarovanje vedeli ter smo to tveganje sprejeli.

19. Parkinsonova bolezen

Nedvoumna diagnoza Parkinsonove bolezni, potrjene z izvidi specialista nevrologa, pomeni počasi napredujočo in trajno nevrološko okvaro, ki ima za posledico trajno nezmožnost opravljanja najmanj treh (3) od šestih (6) dnevnih življenjskih aktivnosti (ADL), kljub zagotavljenemu optimalnemu zdravljenju. Iz zavarovanja kolektivnih težjih boleznih je izključena Parkinsonova bolezen, ki je posledica vpliva drog ali strupov.

Dnevne življenjske aktivnosti so:

1. gibati se v stanovanju,
2. gibati se izven stanovanja,
3. samostojno se hraniti, oblačiti in slačiti,
4. samostojno se obuvati in sezuvati,
5. skrbeti za osebno higieno,
6. opravljati fiziološke potrebe.

20. Možganska kap

Možganska kap je odmrtno dela možganskega tkiva zaradi nezadostne oskrbe s krvjo ali krvavitve in ima za posledico vse od naštetega:

- nastop nevrološkega deficita kot posledica možganske kapi in
- nevrološki deficit v kliničnem pregledu mora trajati neprekinjeno najmanj šestdeset (60) dni po postavitvi diagnoze in
- sveže spremembe v izvidih CT, MRI ali podobni slikovni tehniki (če je bila opravljena), ki odgovarjajo kliničnim ugotovitvam.

Iz zavarovanja kolektivnih težjih boleznih so izključeni naslednji primeri:

- prehodne motnje prekrvavitve možganov (kot TGA/ TIA);
- nezdodne (travmatske) poškodbe možganov in možganskih žil;
- sekundarne krvavitve iz predhodno obstoječih možganskih lezij;
- infarkt in druge anomalije v možganih brez jasnih kliničnih znakov in nevroloških deficitov v kliničnem statusu.

Izključene so naše obveznosti za primer možganske kapi, če je zavarovanec pred pristopom v kolektivno zavarovanje imel atrijsko fibrilacijo, bolezen srčnih zaklopov, tranzitorno ishemično atako (TIA), intrakranialno aneurizmo ali kakršno koli obstruktivno / okluzivno arterijsko bolezen, razen če smo za to stanje ob pristopu v zavarovanje vedeli ter smo to tveganje sprejeli.

21. Travmatska poškodba glave

Travmatska poškodba glave pomeni trajni nevrološki deficit ali izgubo intelektualnih sposobnosti kot posledica poškodbe možganov zaradi nezdode. Nevrološki deficit mora biti potrjen z izvidi specialista nevrologa.

VI. PREMIJA

6.1 Plačilo premije

- (1) Zavarovalno premijo lahko plača delodajalec v celoti, lahko jo plača zaposleni, ali pa si plačilo premije delita v dogovorjenem razmerju.
- (2) Premija se lahko plačuje mesečno, četrletno, polletno ali letno (enkratna premija).
- (3) Premija za posameznega zavarovanca se plačuje za čas, ko je vključen v kolektivno zavarovanje.
- (4) Poleg dogovorjene premije ste nam dolžni plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani, ali jih zakonodajalec morebiti predpiše v času trajanja zavarovalne pogodbe.

6.2 Izračun premije na podlagi enotne premijske stopnje

- (1) Če je na začetku zavarovalnega leta v kolektivno zavarovanje vključenih toliko zaposlenih, da so izpolnjeni pogoji skladno s točko 2.1, se premija za vsakega zavarovanca za obdobje zavarovalnega leta izračuna z enotno premijsko stopnjo.
- (2) Enotno premijsko stopnjo praviloma določimo enkrat letno ob izteku zavarovalnega leta in je odvisna od kolektivne sheme in obsega kritja ter je enotna za vse zavarovance.

6.3 Določanje premije

- (1) Premijsko stopnjo za kolektivno zavarovanje težjih boleznih in druge pogoje zavarovanja določimo ob sklenitvi zavarovanja.
- (2) Ob koncu posameznega zavarovalnega leta, lahko za naslednje zavarovalno leto na podlagi vaših posredovanih podatkov (število vseh zaposlenih, seznam zavarovancev, njihova starostna struktura in zavarovalne vsote), določimo novo premijsko stopnjo in druge pogoje zavarovanja.
- (3) O spremenjenih pogojih vas bomo pisno obvestili najkasneje v roku trideset (30) dni pred začetkom novega zavarovalnega leta. Če se s spremenjenimi pogoji ne boste strinjali, se zavarovalna pogodba lahko prekine.

6.4 Posledice neplačila premije

- (1) Če zapadla premija ni plačana v dogovorjenem roku, bomo zavarovalca s priporočenim pismom pozvali, da jo plača. Če na naš poziv premije ne plača niti v roku trideset (30) dni od datuma, ko mu je bilo vročeno obvestilo o zapadlosti premije, in tega tudi ne stori katera druga zainteresirana oseba, se zavarovalna pogodba po poteku tega roka razdre. Z razdrtem pogodbe preneha zavarovalno kritje za vse zavarovance kolektivnega zavarovanja, zavarovalnica pa ima pravico izterjati neplačane zneske premij.

VII. UVELJAVLJANJE ZAVAROVALNINE

7.1 Prijava zavarovalnega primera

- (1) Ob nastopu škodnega dogodka se vložijo zahtevek za izplačilo zavarovalnine ter skupaj z zahtevkom predložijo naslednje listine:
 - zdravstveno dokumentacijo z vsemi dokazili o nastopu težje bolezni ter
 - druga dokazila na našo zahtevo.
- (2) Če bomo v času obravnave zavarovalnega primera potrebovali kakršnekoli dodatne informacije glede zavarovančevega preteklega in sedanjega zdravstvenega stanja, nam je zavarovanec le-te dolžan posredovati. Morebitne stroške pridobitve informacij nosi zavarovanec.
- (3) Če zavarovanec zavrne pregled ali preiskavo, zavarovalnine ne izplačamo.
- (4) Skladno s temi pogoji smo pooblaščen, da lahko za ugotovitev pomembnih okoliščin, povezanih z zavarovalnim primerom, pridobimo vse potrebne podatke in pojasnila od katere koli druge pravne ali fizične osebe.



7.2 Plačilo zavarovalnine

- (1) Če ni drugače določeno, se zavarovalnina izplača zavarovancu oziroma zakoncu zavarovanca, zavarovalnina za otroka pa se izplača njegovim staršem oziroma skrbnikom.
- (2) Zavarovalnino izplačamo upravičencu v dogovorjenem roku, ki ne sme biti daljši kot štirinajst (14) dni, šteto od dneva, ko smo prejeli zahtevek z vso zahtevano dokumentacijo. Rok lahko ustrezno podaljšamo, če je za ugotovitev obstoja in višine naše obveznosti potreben daljši čas.
- (3) Zahtevki iz zavarovalne pogodbe zastarajo po določilih zakona RS, ki ureja obligacijska razmerja.
- (4) Pridržujemo si pravico pobotati ob izplačilu zavarovalnine vse neplačane zapadle premije.

VIII. OSTALE DOLOČBE

8.1 Odpoved zavarovalne pogodbe

- (1) Če je zavarovanje sklenjeno za določen čas, le-to preneha z dnem, do katerega je zavarovanje sklenjeno.
- (2) Če trajanje zavarovanja ni določeno, ga zavarovalec lahko odpove s potekom tekočega zavarovalnega leta, če nas o tem pisno obvesti najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
- (3) Če je zavarovanje sklenjeno na daljavo, lahko zavarovalec skladno z zakonom RS, ki ureja varstvo potrošnikov, odstopi od zavarovalne pogodbe, in sicer tako, da nam to pisno sporoči v petnajstih (15) dneh od dneva sklenitve zavarovalne pogodbe. V tem primeru smo zavarovalcu dolžni vrniti plačane premije.
- (4) Zavarovalec lahko zavarovalno pogodbo odpove tudi, če se ne bo strinjal z morebitno spremembo premije skladno s točko 6.3 teh pogojev.
- (5) Zavarovalno pogodbo lahko odpovemo:
 - a. če niso več izpolnjeni pogoji za sklenitev kolektivnega zavarovanja težjih bolezni iz točke 2.1;
 - b. če zavarovalec za posameznega zavarovanca posreduje zavajajoče ali nepopolne podatke;
 - c. če zavarovalec v roku šestdeset (60) dni pred začetkom novega zavarovalnega leta ne posreduje seznama zavarovancev, ki bodo vključeni v kolektivno zavarovanje;
 - d. na način in pod pogoji, predpisanimi v Obligacijskem zakoniku.
- (6) Zavarovanec lahko iz kolektivne sheme izstopi kadarkoli v času trajanja zavarovanja, brez odpovednega roka.
- (7) Če iz kolektivne sheme izstopi zavarovani zaposleni, zavarovanje avtomatično preneha veljati tudi za njegove otroke ter zakonca.

8.2 Osebni podatki

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec s sklenitvijo oziroma z vključitvijo k zavarovalni pogodbi izrecno dovoljuate, da vaše osebne podatke v skladu s slovensko zakonodajo, ki ureja varstvo osebnih podatkov, zbiramo, shranjujemo, posredujemo in drugače obdelujemo, če je to potrebno zaradi uresničevanja pravic in obveznosti iz zavarovalne pogodbe ali v zvezi z zavarovalno pogodbo, vključno z vpogledom našega pooblaščenega zdravnika v ustrezno medicinsko dokumentacijo. Hkrati nas pooblaščate, da smemo posamezne podatke tudi pridobivati oziroma preverjati pri ustanovah, ki razpolagajo z osebnimi podatki.
- (2) Osebne podatke iz prejšnjega odstavka, vključno z datumom rojstva, lahko uporabimo tudi za izvajanje neposrednega trženja, neposrednega trženja s pomočjo elektronskih komunikacij ter v druge marketinške namene, zlasti pa za namene vzorčenja, anketiranja in statistične obdelave podatkov, ugotavljanja uporabe storitev, prilagajanja ponudb, profilacijo in segmentacijo, za raziskave trga, obveščanje o ponudbah, novostih in ugodnostih ter za pošiljanje drugega reklamnega gradiva. Kadarkoli lahko pisno ali po telefonu ali osebno zahtevate, da vaše osebne podatke prenehamo uporabljati za namen neposrednega trženja. V petnajstih (15) dneh bomo ustrezno preprečili uporabo vaših osebnih podatkov za namen neposrednega trženja ter vas o tem obvestili pisno v nadaljnjih petih (5) dneh. Stroške vseh naših dejanj v zvezi s preklicem, krijemo mi.
- (3) Zavarovalec in zavarovanec sta seznanjena s pravico do vpogleda, prepisa, kopiranja, dopolnitve, popravka, blokiranja in izbrisa osebnih podatkov, ki se nanašajo nanju, v skladu s slovensko zakonodajo, ki ureja varstvo osebnih podatkov.
- (4) Kot zavarovanec oziroma zavarovalec ste nas dolžni pisno obvestiti o spremembi osebnih podatkov in drugih za zavarovanje relevantnih okoliščinah v roku osem (8) dni od dneva spremembe.

8.3 Postopek pritožbe

- (1) V primeru spora v zvezi z zavarovalno pogodbo se spor lahko rešuje v izvensodnem postopku z vložitvijo pritožbe. Pritožbo vložite ustno ali pisno na naši poslovni enoti, preko spletne strani www.vzajemna.si ali po elektronski pošti reklamacije@vzajemna.si.
- (2) Pritožbo obravnava naš pristojni organ v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek. Interni pritožbeni postopek je organiziran na dveh stopnjah. Odločitev pritožbene komisije na drugi stopnji je dokončna.

- (3) V primeru nestrinjanja z odločitvijo pritožbene komisije lahko nadaljujete postopek za izvensodno rešitev spora pri mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja oziroma pri Varuhu dobrih poslovnih običajev s področja zavarovalništva.

8.4 Končne določbe

- (1) Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo določila slovenske zakonodaje, ki urejajo obligacijska razmerja.
- (2) V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče Republike Slovenije, krajevno pa sodišče v Ljubljani.
- (3) Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (4) Ti pogoji se uporabljajo od 1. 2. 2016.