

UVOD

1. Kaj je Zdravstvena polica?

- 1.1. Zdravstvena polica je zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju zavarovanje), ki vam, če pride do nastopa zavarovalnega primera, s pomočjo naše asistencije, omogoča hiter dostop ter kritje zdravstvenih storitev izven javne zdravstvene mreže.
- 1.2. Zavarovanje zagotavlja organizacijo in kritje stroškov specialistično-ambulantnih storitev, enostavnih in zahtevnih diagnostičnih preiskav, fizioterapij, zdravil izdanih na beli recept, zobozdravstvenih storitev ter operativnih posegov. Iz vaše zavarovalne pogodbe oziroma police je razvidno, katera kritja ste izbrali.
- 1.3. Splošni pogoji za Zdravstveno polico (v nadaljevanju pogoji), so sestavni del zavarovalne pogodbe (v nadaljevanju pogodba). S sklenitvijo pogodbe soglašate z določili teh pogojev in jih v celoti sprejemate.
- 1.4. Zdravstvena polica je lahko sestavljena iz več zavarovanj:
 - zavarovanje za specialistične zdravstvene storitve,
 - zavarovanje za operativne posege,
 - drugega mnenja,
 - zavarovanja E-Zdravnik.
- 1.5. Polica, ki vam jo izdamo za sklenjeno zavarovanje, je lahko sestavljena iz več zavarovalnih pogodb. Vsaka od zavarovalnih pogodb opredeljuje eno od zavarovanj, naštetih v prejšnjem odstavku. Kritja, ki so priključena posameznemu zavarovanju, so opredeljena v splošnih pogojih, ki veljajo za posamezno zavarovalno pogodbo.

2. Definicije pogosto uporabljenih terminov

	Vi / Vaš	Se nanaša na vas kot na: <ul style="list-style-type: none">• ponudnika, želi z nami skleniti zavarovanje in nam v ta namen predloži ponudbo,• zavarovalca, ko z nami sklenete pogodbo,• zavarovanca, ko s sklenitvijo pogodbe zavarujete sebe,• upravičenca, ko vam skladno s temi pogoji izplačamo dogovorjeno zavarovalnino oziroma zagotovimo dogovorjeno kritje.
--	-----------------	---

	Mi / Naš	To smo mi, Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z, Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana.
--	-----------------	--

	Zavarovanec	Je oseba, za katero je bila polica izdana in je tudi deležna pravic iz pogodbe. To ste lahko vi, lahko pa zavarujete tudi drugo osebo, s čimer ta oseba postane zavarovanec.
--	--------------------	--

	Polica	Listina, s katero potrjujemo obstoj vašega zavarovanja iz sklenjene pogodbe.
--	---------------	--

	Premija	Je znesek, ki nam ga plačujete skladno s pogodbo.
--	----------------	---

	Zavarovalno leto	Obdobje enega leta od začetka ali obnovitve zavarovanja.
--	-------------------------	--

	Zavarovalna vsota	Je najvišji znesek naše obveznosti iz sklenjenega zavarovanja.
--	--------------------------	--

	Čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja	To je določeno časovno obdobje, od začetka zavarovanja, za katerega ste nam dolžni plačevati premijo in v katerem še ne morete uveljavljati pravic iz pogodbe, razen če se vam pripeti nezgoda.
--	--	---

	Čakalna doba za obstoječa zdravstvena stanja	To je določeno časovno obdobje, od začetka zavarovanja, za katerega ste nam dolžni plačevati premijo, vendar še ne boste mogli uveljavljati pravic iz pogodbe za morebitna obstoječa zdravstvena stanja.
--	---	--

	Bolezen	Odsotnost zdravja, ki jo ugotovi zdravnik in ki ni posledica nezgode.
--	----------------	---

	Nezgoda	Je vsak nenaden, nepredviden dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo, neodvisno od njegove volje, in pri katerem se zavarovanec telesno poškoduje.
--	----------------	---

Kronična bolezen

To je bolezen, stanje ali poškodba, ki se razvija počasi, je dolgotrajna in se ponavlja ali je verjetno, da se bo ponavljala, povzroča trajne zdravstvene posledice, potrebuje stalen medicinski nadzor, lajšanje simptomov, zdravljenje in rehabilitacijo oziroma zdravstveno nego. Sem spadajo tudi nepričakovani zapleti kronične bolezni.

Novonastala bolezen

Je bolezen, stanje ali poškodba, ki nastopi v času zavarovalnega kritja.

Obstoječe zdravstveno stanje

Je bolezen, stanje ali poškodba, ki je nastala pred začetkom zavarovanja

Zavarovalni primer

Je dogodek, zaradi katerega potrebujete našo pomoč in na podlagi katerega nastane naša obveznost iz pogodbe.

Zahtevek

Z njim nam na dogovorjeni način sporočite, da potrebujete zdravstveno storitev iz zavarovanja ali pa ste jo, po naši predhodni odobritvi, že opravili in želite povračilo stroškov zdravstvenih storitev.

Potrditev upravičenosti zahtevka

Pomeni, da smo na podlagi vašega zahtevka preverili ali ste upravičeni do storitve, ki jo od nas potrebujete in jo bomo zagotovili skladno z našimi pogodbenimi obveznostmi.

Izvajalec

Je izvajalec zdravstvene storitve, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvenih storitev ali z zdravstvenimi storitvami povezane dejavnosti (npr. zdravnik specialist).

Pooblaščen zdravnik

Zdravnik, ki je pooblaščen z naše strani za pregled in presojo zdravstvene dokumentacije ipd.

Eksperimentalno zdravljenje

Zdravljenje, postopek, potek zdravljenja, oprema, zdravstveni ali farmacevtski izdelek, namenjen medicinski ali kirurški uporabi, ki ni sprejeto kot varno, učinkovito in ustrezno za zdravljenje bolezni, stanja ali poškodbe in je predmet študije, raziskave, testiranja ali je na katerikoli stopnji kliničnega eksperimentiranja.

SPLOŠNO O ZAVAROVANJU

3. O vaši pogodbi

- 3.1. Pogodba, ki ste jo kot zavarovalec sklenili z nami, je praviloma sestavljena iz ponudbe, police, pogojev, morebitnih posebnih pisnih izjav pogodbenih strank, klavzul ter drugih prilog in dodatkov k polici.
- 3.2. Pogodba je sklenjena, ko se z nami dogovorite o njenih bistvenih elementih, kot so določitev kritij, premije, začetka zavarovanja in zavarovalnih vsot oziroma ob plačilu prve premije, če se tako dogovorimo.
- 3.3. Pogodbo lahko sklenete na podlagi pisne ponudbe ali na drug način potrdite, da se strinjate o bistvenih elementih pogodbe. Izpolnjeno in podpisano ponudbo nam morate predložiti v pisni ali elektronski obliki na našem obrazcu in predstavlja predlog za sklenitev pogodbe. V ponudbi morajo biti navedena vsa dejstva, bistvena za sklenitev pogodbe. Sestavni del ponudbe je lahko tudi Vprašalnik o zdravstvenem stanju.
- 3.4. Podpis ponudnika na ponudbi šteje za podpis zavarovalca na zavarovalni polici. Če zavarovalec ni hkrati tudi zavarovanec, je za veljavnost pogodbe potreben tudi podpis zavarovanca. S podpisom pogodbe izjavljate, da ste bili pred sklenitvijo pogodbe seznanjeni s pogoji sklepanja in izvajanja zavarovanja ter da so pogodbena določila skladna z dogovorjenim.
- 3.5. Podpisana ponudba za sklenitev pogodbe, ki nam je bila predložena, obvezuje ponudnika osem (8) dni od dneva, ko je k nam prispela, če je potreben zdravniški pregled zavarovanca pa trideset (30) dni. Če v tem roku ne odklonimo vaše ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, se šteje, da je vaša ponudba z naše strani sprejeta in da je pogodba sklenjena tistega dne, ko je ponudba prispela k nam.
- 3.6. Za sklenitev pogodbe je lahko potreben zdravniški pregled, ki ga za vas



- organiziramo mi.
- 3.7. Če vam v odgovoru na ponudbo predlagamo dopolnitev, določimo doplačilo ali izključitev, se šteje, da smo ponudbo zavrnilli in vam posredovali nasprotno ponudbo. Nasprotna ponudba je sprejeta, ko prejmemo vašo izjavo, da se z njo strinjate.
 - 3.8. Če v roku petnajstih (15) dni po izstavitvi nasprotne ponudbe ne prejmemo vaše izjave o sprejemu nasprotne ponudbe, se šteje, da pogodba ni bila sklenjena. V tem primeru smo vam dolžni vrniti morebitno plačano premijo, oziroma vse, kar smo od vas prejeli. Pri tem si lahko poračunamo morebitne stroške, ki smo jih imeli z zdravniškim pregledom.
 - 3.9. Vašo ponudbo za sklenitev pogodbe lahko zavrremo brez obrazložitve.
 - 3.10. Po sprejemu vaše ponudbe vam bomo na podlagi podatkov iz ponudbe izdali polico. Polica predstavlja dokazilo o sklenjeni pogodbi in vsebuje poleg podatkov iz ponudbe tudi druge podatke v skladu z veljavno zakonodajo.
 - 3.11. Če se kakšno določilo na polici razlikuje od ponudbe oziroma vaših drugih izjav, lahko na vsebino police pisno ugovarjate v tridesetih (30) dneh od prejema police. Če tega ne storite, velja vsebina police.
 - 3.12. Pri pogodbah sklenjenih na daljavo lahko vaš podpis, če je tako dogovorjeno, nadomesti plačilo prve premije. Šteje se, da je pogodba v tem primeru sklenjena, ko plačate prvo premijo. V primeru sklenitve zavarovanja na daljavo imate v skladu z zakonom, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da odstopite od pogodbe. To lahko storite, brez obrazložitve, v roku petnajstih (15) dni od dneva sklenitve zavarovanja.
 - 3.13. S pogodbo se obvezujete, da nam boste plačevali premijo na način in v obliki, kot je dogovorjeno, mi pa se obvezujemo, da bomo ob nastanku zavarovalnega primera izpolnili svoje obveznosti, kot so določene v pogodbi.
 - 3.14. Vsi zahtevki in izjave, ki jih bomo predložili drug drugemu, morajo biti v pisni obliki. Za pisno sporočanje šteje pisno sporočanje po pošti ali preko elektronske poti. Za vse dokumente velja, da so predloženi tistega dne, ko jih naslovnik prejme.

4. Zakaj je pomembno, da nam ob sklenitvi sporočite resnične podatke?

- 4.1. Ob sklenitvi pogodbe ste nam dolžni prijaviti vse okoliščine, ki so vam znane ali vam niso mogle ostati neznanne in so pomembne za oceno nevarnosti, ki jo prevzemamo s sklenitvijo zavarovanja. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, za katere smo vam postavili vprašanja na ponudbi ali Vprašalniku o zdravstvenem stanju, ki ste ga izpolnili.
- 4.2. Če ste namenoma neresnično prijavili ali namenoma zamolčali kakšno okoliščino take narave, da ne bi sklenili zavarovalne pogodbe z vami, če bi vedeli za resnično stanje stvari, lahko zahtevamo razveljavitev pogodbe ali odklonimo izplačilo zavarovalnine oziroma izvedbo storitve, če je zavarovalni primer nastal, preden smo izvedeli za tako okoliščino. Če je bila pogodba razveljavljena, obdržimo že plačane premije in imamo pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri smo zahtevali razveljavitev pogodbe.
- 4.3. Če ste kaj neresnično prijavili ali opustili dolžno obvestilo, pa tega niste storili namenoma, lahko v enem (1) mesecu od dneva, ko smo izvedeli za neresničnost ali nepopolnost prijave, izjavimo, da razdiramo pogodbo ali predlagamo povečanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha pogodba po izteku štirinajstih (14) dni od dneva, ko smo vam sporočili, da razdiramo pogodbo. Če predlagamo zvišanje premije, pa je pogodba po samem zakonu razdrta, če predloga ne sprejmete v štirinajstih (14) dneh od dneva, ko ste ga prejeli.
- 4.4. Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost oziroma nepopolnost prijave ali pozneje, vendar pred razprtjem pogodbe oziroma pred dosegom sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.
- 4.5. V primeru prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca oziroma zavarovanca lahko razdremo pogodbo brez odpovednega roka in zahtevamo vračilo izplačane zavarovalnine, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi ter s tem nastalo škodo in stroški, pri čemer obdržimo že plačane premije in imamo pravico zahtevati plačilo premije za dobo, v kateri smo zahtevali razprtje pogodbe.

5. Kdo se lahko zavaruje?

- 5.1. Praviloma se lahko zavarujete, če ste državljan Republike Slovenije, stari od vključno 18. do vključno 64. leta.
- 5.2. Zdravstveno polico za otroke lahko sklenete za otroke od vključno 1. leta starosti do vključno 25. leta, praviloma državljan Republike Slovenije.
- 5.3. Ob sklenitvi pogodbe se upošteva dejanska starost zavarovanca, in sicer na dogovorjeni datum začetka zavarovanja.

6. Kdaj se zavarovanje začne, kako se podaljša in kdaj preneha?

- 6.1. Zavarovanje začne veljati ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja, in preneha ob 24.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot datum prenehanja zavarovanja.
- 6.2. Zavarovanje se sklene za obdobje najmanj enega leta in se ob izteku dogovorjene dobe vsakokrat podaljša za enako časovno obdobje, za katerega je bilo sklenjeno, pri čemer se podaljšanje izvede molče.

Zavarovalec lahko podaljšanje prekliče s pisnim obvestilom, ki nam mora biti dano najmanj šestdeset (60) dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. V primeru preklica v navedenem roku pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.

- 6.3. Ob podaljšanju zavarovanja se premija določi za naslednje zavarovalno leto skladno s točko 17 teh pogojev.
- 6.4. Od podaljšanja zavarovanja lahko odstopimo tudi mi, če prenehamo z izvajanjem takšnega zavarovanja, če je zavarovalec oziroma zavarovanec ravnal v nasprotju s pogodbo ali če so nastale okoliščine, zaradi katerih pogodbe ne moremo več imeti v veljavi. V tem primeru vas bomo obvestili vsaj šestdeset (60) dni pred iztekom tekočega zavarovalnega leta. Pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 6.5. Zavarovanje se podaljšuje in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem boste dopolnili starost 65 let oziroma 26 let, v primeru Zdravstvene police za otroka, pri čemer se upošteva dejanska starost zavarovanca.
- 6.6. Pogodba predčasno preneha z dnem smrti zavarovanca, z dnem, ko zavarovanec postane poslovno nesposoben ali z razprtjem pogodbe.
- 6.7. Asistenčne storitve klepet z zdravnikom po teh pogojih ni mogoče podaljšati, če pogodbeni partner bistveno spremeni pogoje sodelovanja ali odpove sodelovanje z nami. O tem vas bomo pisno obvestili vsaj tri (3) mesece pred iztekom zavarovalnega leta. V tem primeru bo navedena asistenčna storitev prenehala z iztekom tekočega zavarovalnega leta.

7. Kako je z zavarovalnim kritjem?

- 7.1. Če ste do začetka zavarovanja plačali prvo premijo, bodo z datumom začetka zavarovanja zagotovljene asistenčne storitve in zavarovalno kritje za zavarovalne primere, ki so posledica nezgode. Za zavarovalne primere, ki so posledica novonastale bolezni ali stanja, prične zavarovalno kritje veljati po poteku čakalne dobe ob sklenitvi. Če potrebujete zdravstveno storitev za obstoječa zdravstvena stanja, pa bo zavarovalno kritje zagotovljeno po poteku čakalne dobe za obstoječa zdravstvena stanja.
- 7.2. Če prva premija do začetka zavarovanja ni plačana, se zavarovalno kritje za asistenčne storitve in zavarovalne primere, ki so posledica nezgode, prične z dnem, ko je plačana prva premija, če so do tedaj plačane tudi ostale zapadle premije. Za zavarovalne primere, ki so posledica novonastale bolezni ali stanja, se zavarovalno kritje prične po izteku dogovorjene čakalne dobe, šteto od dneva prvega plačila premije, če so do tedaj plačane tudi ostale zapadle premije.
- 7.3. Če je v zavarovalnem letu že izkoriščena celotna letna zavarovalna vsota, se zavarovalno kritje ponovno vzpostavi z začetkom naslednjega zavarovalnega leta.
- 7.4. Zavarovanje za Operativne posege bolezni in nezgoda preneha, če je bila po vseh škodnih zahtevkih izplačana dogovorjena skupna zavarovalna vsota, ki je določena na polici. V tem primeru preneha tudi kritje za Paket Plus, če je priključeno zavarovanju.

PODROBNO O ZAVAROVANJU

8. Kaj krije zavarovanje?

Zavarovanje vam nudi asistenčne storitve ter ostale zdravstvene storitve, skladno s sklenjeno pogodbo. Nabor vseh možnih kritij na kratko predstavljamo v spodnji tabeli, podrobneje pa so kritja opisana v naslednjih poglavjih. Vaša izbrana kritja so sicer navedena na vaši polici.

Asistenčne storitve - storitve	
Informiranje	V asistenčnem centru lahko dobite naslednje informacije: <ul style="list-style-type: none"> • v zvezi z vašim zavarovanjem in obsegom kritij, • o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja, • o izvajalcih zdravstvenih storitev iz zavarovanja, • splošne informacije o naših produktih ter zdravstvenem sistemu.
Preverjanje in potrditev upravičenosti vašega zahtevka	V asistenčnem centru se preveri in potrdi upravičenost vašega zahtevka za uveljavljanje zdravstvenih storitev, skladno s sklenjeno pogodbo.
Asistenca pri koriščenju zdravstvenih storitev	Da boste lahko hitro prišli do potrebne zdravstvene storitve, v asistenčnem centru poskrbijo za: <ul style="list-style-type: none"> • organizacijo zdravstvene storitve, ki jo potrebujete, • organizacijo pomoči na domu, • pripravo vseh potrebnih informacij glede hitrega in enostavnega uveljavljanja zdravstvene storitve za vas, • ureditev plačila ali povračila stroškov zdravstvenih storitev skladno s pogoji.
Klepet z zdravnikom	V času trajanja zavarovanja vam bo na voljo klepet z zdravnikom preko različnih klepetalnikov 24 ur na dan in vse dni v letu.



Specialistične zdravstvene storitve – kritja in izplačila

Zdravstvene storitve na primarni ravni	Z zavarovanjem boste imeli zagotovljen dostop do zdravnika splošne in družinske medicine.
Specialistične zdravstvene storitve	Z zavarovanjem boste lahko hitro dostopali ter imeli zagotovljeno kritje za: <ul style="list-style-type: none"> • specialistične ambulantne storitve, • zahtevne diagnostične preiskave, • drugo mnenje specialista, za vas in za vaše družinske člane.
Fizioterapija	Fizioterapija obsega ambulantno fizioterapijo, kot nadaljevanje specialistične obravnave ali operativnega posega.
Dental Nezgoda	Kritje obsega zobozdravstvene storitve, ki so potrebne zaradi posledic nezgode.
Zdravila	Kritje zagotavlja plačilo stroškov zdravil izdanih na beli recept, ki jih zavarovancu predpiše zdravnik specialist.
Specialistično ambulantni operativni posegi	Zavarovanje zagotavlja kritje stroškov specialistično ambulantnega posega.
Operativni posegi zaradi posledic nezgode	Zavarovanje zagotavlja kritje stroškov operativnih posegov, ki so potrebni zaradi posledic nezgode.
Pomoč na domu	Zavarovanje zagotavlja kritje storitev pomoči na domu.
Sladkorna bolezen	Kritje zagotavlja izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote, v primeru, da otrok zbolí za sladkorno boleznijo tipa 1.

Operativni posegi – kritja in izplačila

Operativni posegi zaradi posledic bolezni ali nezgode	Če zavarovanec potrebuje operativni poseg zaradi bolezni ali nezgode, krijemo stroške samoplačniškega operativnega posega do višine dogovorjene zavarovalne vsote.
Paket Plus	Če za vas organiziramo operativni poseg v tujini, izplačamo pripadajočo zavarovalnino, s katero lahko pokrijete dodatne stroške, ki nastanejo zaradi potovanja v tujino.

9. Kaj vse obsegajo asistenčne storitve?

- 9.1. **Informiranje** je naša asistenčna storitev. Z vašim klicem v naš asistenčni center na telefonsko številko 080 20 60 lahko pridobite naslednje informacije: o zavarovanju, o izvajalcih zdravstvenih storitev ter o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja, obenem pa pri nas lahko pridobite splošne informacije, ki se nanašajo na naša zavarovanja, o čakalnih dobah v zdravstvenem sistemu, o pogojih in načinu uveljavljanja vaših pravic v sistemu javnih zdravstvenih storitev, o pravicah in postopkih, ki izhajajo iz direktive, ki ureja čezmejno zdravstveno varstvo in druge.
- 9.2. **Preverjanje in potrditev upravičenosti vašega zahtevka** je naša presoja glede vaše upravičenosti do storitev iz zavarovanja. Na podlagi vaših posredovanih podatkov in posredovane dokumentacije, bomo preverili vaše zavarovanje ter se z vami dogovorili glede organizacije storitve pri našem izbranemu izvajalcu.
- 9.3. **Asistenca pri koriščenju zdravstvenih storitev** je organizacija zdravstvene storitve, potem, ko preverimo in potrdimo upravičenost vašega zahtevka. Po dogovoru z vami bomo uredili vse potrebno za hiter in enostaven dostop do zdravstvene storitve, ki jo potrebujete.
- 9.4. **Klepet z zdravnikom** je asistenčna storitev našega pogodbenega partnerja, ki jo lahko koristite v času trajanja zavarovanja skladno s pogoji uporabe storitve. Če boste zaradi nujnih zdravstvenih težav potrebovali nasvet zdravnika, vam bo omogočen klepet z zdravnikom preko različnih klepetalnikov 24 ur na dan in vse dni v letu. Klepet z zdravnikom je namenjen podajanju splošnih zdravstvenih informacij in ne nadomešča zdravstvene diagnoze oziroma zdravljenja ter ni namenjen reševanju nujnih zdravstvenih primerov in nujnih zdravstvenih stanj, ki ogrožajo življenje.

10. Kaj obsega zavarovanje za specialistične zdravstvene storitve?

- 10.1. Zavarovanje za specialistične storitve lahko sklenete kot samostojno zavarovanje. Osnovnim kritjem lahko poljubno dodate še izbirna kritja. Če boste zaradi bolezni ali nezgode potrebovali specialistično storitev ali druge zdravstvene storitve opredeljene v tem poglavju, bomo poravnali stroške, ki bodo pri tem nastali, in sicer največ v višini zavarovalne vsote, ki smo jo določili v pogodbi. Dogovorjeno zdravstveno storitev za vas organiziramo mi,

razen če se predhodno ne dogovorimo drugače.

- 10.2. Storitve, opisane v tej točki, je lahko organizirana tudi v obliki telefonskega ali video posveta. Področja specialnosti, pri katerih je tovrstna storitev omogočena, so objavljena na naši spletni strani.
- 10.3. V okviru zavarovanja imate zagotovljene tri (3) obiske pri zdravniku **splošne in družinske medicine** v posameznem zavarovalnem letu.
- 10.4. Z zavarovanjem boste imeli enostaven dostop ter kritje za naslednje specialistične zdravstvene storitve:
 - **specialističnih ambulantnih storitev** kamor spadajo storitve, ki so potrebne za zdravljenje novonastale bolezni, stanja ali poškodbe. Storitve vključujejo specialistični pregled, pripadajoče osnovne preiskave in meritve (slikovne, funkcionalne, laboratorijske kot so EKG, RTG, EMG, UZ, spirometrija ipd.) ter enostavne pripadajoče ambulantne posege, ki se lahko izvedejo v okviru specialističnega pregleda (npr. aplikacija blokade, punkcija, odstranitev kožnih izrastkov ipd.). Koriščenje specialistično ambulantnih storitev je v posameznem zavarovalnem letu omejeno pri specialistu revmatologije na največ dva (2) obiska ter pri psihiatru/psihologu na največ dva (2) obiska.
 - **zahtevnih diagnostičnih preiskav**, ki obsegajo storitve, katere praviloma predstavljajo nadaljevanje specialističnih pregledov ter so navadno potrebne za postavitev diagnoze pri novonastali bolezni, stanju ali poškodbi. To so magnetno resonančna angiografija (MR, MRA), angiografija izvedena z računalniško tomografijo (CT, CTA), pozitronska emisijska tomografija (PET), scintigrafija, irigografija, UZ vodena biopsija notranjih organov, artrografija, endoskopski UZ, gastrokopija, kolonoskopija ter morebitni odvzem tkiva;
 - **drugo mnenje specialista**, ki vam in vašim ožjim družinskim članom, enkrat letno zagotavlja dostop do ponovne specialistične obravnave v naši mreži pogodbenih izvajalcev. Kritje velja za novonastala in obstoječa zdravstvena stanja brez čakalne dobe.
- 10.5. **Fizioterapija**
K izbranemu paketu zavarovanja za specialistične zdravstvene storitve, lahko priključite še dodatno kritje Fizioterapija. Zdravstvene storitve so zagotovljene zaradi posledic nezgode, lahko pa tudi zaradi posledic bolezni, odvisno od izbranega dodatnega kritja. Vključuje storitve ambulantne fizioterapije, ki predstavljajo nadaljevanje specialistične obravnave ali operativnega posega in so potrebne za zdravljenje novonastale bolezni, stanja ali poškodbe, če je tako dogovorjeno v pogodbi. Stroški fizioterapije so kriti za stanja po opravljenem operativnem posegu, po zlomu kosti ali po delnem ali popolnem izpahu sklepa oziroma po delni ali popolni raztrganini mišic, tetiv in/ali vezi, ki mora biti dokazana z ustrežno slikovno diagnostiko (npr. UZ, MRI). Fizioterapija se lahko koristi največ eno (1) leto po novonastali bolezni, stanju ali poškodbi oziroma se obdobje enega (1) leta začne upoštevati po tistem, ko ste na podlagi medicinske indikacije sposobni za izvedbo fizioterapije, razen v primeru poškodovanih živcev, kjer je ta rok dve (2) leti.
- 10.6. **Dental Nezgoda**
K izbranemu paketu zavarovanja za specialistične zdravstvene storitve, lahko priključite še dodatno kritje Dental Nezgoda. To obsega kritje stroškov zobozdravstvenih storitev, ki nastanejo zaradi zdravljenja zob (zdravljenje, nadomeščanje ter konzervativna in protetična oskrba) kot posledica nezgode, če je tako dogovorjeno v pogodbi. Kritje je samodejno vključeno v zavarovanje za otroke (Junior in Junior Plus), ki je opisano v nadaljevanju.
- 10.7. **Zdravila**
K izbranemu paketu zavarovanja za specialistične zdravstvene storitve, lahko priključite še dodatno kritje Zdravila. Vključuje kritje stroškov zdravil izdanih na beli recept, ki jih predpiše zdravnik specialist, ob izvedbi specialistične obravnave, zahtevne diagnostične preiskave oziroma operativnega posega, kar smo vam avtorizirali iz naslova tega zavarovanja, in sicer do višine letne zavarovalne vsote. Zdravila morajo biti predpisana skladno z diagnozo, medicinsko doktrino in zdravstvenimi smernicami ter navedena v medicinski dokumentaciji. V zavarovalnem letu se za novonastalo bolezen krijejo le stroški prve izdaje zdravila v količini, ki je potrebna za zdravljenje novonastale bolezni, vendar največ za trideset (30) dni. Zdravilo mora biti predpisano na beli recept po navodilih, ki veljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, ter izdano v lekarni. Izključena so zdravila, za katera je določen poseben režim predpisovanja, z izjemo zdravil, ki jih lahko predpisuje zdravnik specialist.
- 10.8. **Pomoč na domu**
Kritje Pomoč na domu je samodejno vključeno v izbrani paket specialističnih zdravstvenih storitev (navedeno kritje ni vključeno v paketih za otroke Junior/ Junior Plus). Zavarovancu zagotavlja dostop do storitev pomoči na domu, kar urejajo ločeni Splošni pogoji za zavarovanje Pomoč na domu ter v obsegu, kot je dogovorjeno s pogodbo.
- 10.9. **Specialistično ambulantni operativni posegi**
Specialistično ambulantni operativni posegi so kritje, ki se lahko opcijsko priključi specialističnim zdravstvenim storitvam, in sicer paketu Specialisti Bolezen. Do višine dogovorjene zavarovalne vsote je zagotovljeno kritje samoplačniških diagnostičnih in/ali terapevtskih specialistično ambulantnih posegov znotraj dnevne obravnave. Poseg je nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave in je potreben za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni ali nezgode.



10.10. Operativni posegi zaradi posledic nezgode

Operativni posegi zaradi posledic nezgode so kritje, ki se lahko opcijsko priključi specialističnim zdravstvenim storitvam, in sicer paketu Specialisti Nezgoda. Do višine dogovorjene zavarovalne vsote je zagotovljeno kritje samoplačniških operativnih posegov. Poseg je nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave in je potreben za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale nezgode.

10.11. Sladkorna bolezen

Kritje Sladkorna bolezen je samodejno vključeno v zavarovanje za otroke (Junior in Junior Plus), ki je opisano v nadaljevanju. Zagotavlja izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote, če zavarovani otrok v času trajanja zavarovanja zbolí za sladkorno boleznijo tipa 1.

10.12. Drugo mnenje

Kritje Drugo mnenje je samodejno vključeno v zavarovanje za otroke Junior Plus. Urejajo ga ločeni Splošni pogoji za Drugo mnenje, veljavni ob sklenitvi pogodbe. Zagotavlja kritje stroškov pridobitve drugega zdravniškega mnenja v primeru medicinsko ugotovljene potrebe po operativnem posegu ali nastopa ene izmed težjih bolezní (maligni rak, srčni infarkt, možganska kap), ter kritje stroškov posvetovalnega obiska pri našem pogodbenemu zdravniku, vse skladno z opredelitvijo v pogojih za Drugo mnenje.

11. Med katerima paketoma zavarovanj za specialistične storitve lahko izbirate?

11.1. Pri zavarovanju za specialistične zdravstvene storitve sta na voljo dva paketa: Specialisti Nezgoda in Specialisti Bolezen. Paket Specialisti Bolezen, se za zavarovanca lahko sklene samo če ima pri nas sklenjene tudi specialistične zdravstvene storitve, ki zagotavljajo kritje za nezgodo. Za boljši pregled je v spodnji tabeli prikazan obseg kritij po posameznem paketu. Vaša izbrana kritja so navedena na vaši polici oziroma pogodbi. Zavarovalne vsote in ostale podrobnosti so določene v pogodbi in teh pogojih.

	Specialisti Bolezen	Specialisti Nezgoda
Osnovna kritja	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zdravstvene storitve na primarni ravni ✓ Specialistične zdravstvene storitve (vključno z Drugim mnenjem specialista) ✓ Pomoč na domu 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zdravstvene storitve na primarni ravni ✓ Specialistične zdravstvene storitve (vključno z Drugim mnenjem specialista) ✓ Pomoč na domu
Izbirna kritja	<ul style="list-style-type: none"> • Fizioterapija zaradi posledic nezgode • Fizioterapija zaradi posledic bolezní ali nezgode • Specialistično ambulantni operativni posegi • Zdravila • Dental Nezgoda 	<ul style="list-style-type: none"> • Operativni posegi zaradi posledic nezgode • Fizioterapija zaradi posledic nezgode • Zdravila • Dental Nezgoda

11.2. Zavarovanje za otroke je oblikovano v dveh paketih: paket Junior in Junior Plus. V spodnji tabeli je prikazan obseg kritij po posameznih paketih. Zavarovalne vsote in ostale podrobnosti so določene v pogodbi in teh pogojih.

	Junior	Junior Plus
Osnovna kritja	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zdravstvene storitve na primarni ravni ✓ Specialistične zdravstvene storitve (vključno z Drugim mnenjem specialista) ✓ Dental Nezgoda ✓ Sladkorna bolezen tipa 1 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zdravstvene storitve na primarni ravni ✓ Specialistične zdravstvene storitve (vključno z Drugim mnenjem specialista) ✓ Dental Nezgoda ✓ Sladkorna bolezen tipa 1 ✓ Operativni posegi zaradi posledic bolezní ali nezgode ✓ Paket Plus ✓ Drugo mnenje

12. Kaj obsega zavarovanje za operativne posege zaradi posledic bolezní ali nezgode?

12.1. Zavarovanje za operativne posege zaradi posledic bolezní ali nezgode lahko sklenete kot samostojno zavarovanje. Če boste zaradi bolezní ali nezgode potrebovali operativni poseg, vam bomo krili stroške samoplačniškega posega, in sicer do višine zavarovalne vsote.

	Operativni posegi zaradi posledic bolezní ali nezgode
Osnovno kritje	✓ kritje stroškov samoplačniškega operativnega posega
Izbirno kritje	• Paket Plus

12.2. Kot operativni poseg se šteje operativni postopek (ročne in instrumentalne narave), ki ga opravi kvalificirani kirurg, praviloma v prisotnosti anesteziologa, skladno s trenutnimi standardi medicinske stroke. Postopek mora biti potreben iz zdravstvenih razlogov, predlagan s strani zdravnika kot ustrezno zdravljenje diagnoze bolezní, stanja ali poškodbe. Vsi postopki eksperimentalnega ali raziskovalnega značaja so izključeni. Štejejo samo operativni posegi, ki so izvedeni v EU (razen, če se ne dogovorimo drugače) in v zdravstvenih ustanovah, ki imajo ustrezna dovoljenja za opravljanje svoje zdravstvene dejavnosti.

12.3. Operativni poseg za vas organiziramo mi, razen če se predhodno ne dogovorimo drugače.

12.4. Paket Plus

Paket Plus je izbirno kritje, ki ga lahko dodate zavarovanju za operativne posege zaradi posledic bolezní ali nezgode. Kritje je samodejno vključeno v zavarovanje za otroke Junior Plus. Z njim si boste zagotovili pomoč pri organizaciji operativnega posega v tujini in izplačilo zavarovalne vsote, s katero si boste lahko pokrili stroške spremljajočih storitev pri izvedbi operativnega posega v tujini (npr. stroške prevoza, namestitve, zdravil ipd.). Zavarovalna vsota znaša 20 % od izplačane zavarovalnine za opravljen operativni poseg in se izplača vam.

NAŠE OBVEZNOSTI IN VAŠE PRAVICE

13. Katere so naše obveznosti?

13.1. Obvezujemo se, da bomo ob nastanku posameznega zavarovalnega primera izpolnili vse s pogodbo določene obveznosti.

13.2. Za vas bomo organizirali dogovorjene zdravstvene storitve in vas vodili skozi proces uveljavljanja le-teh. Stroške opravljenih storitev, ki so opredeljeni v naši pogodbi, bomo poravnali direktno pogodbenemu izvajalcu ali pa vam, če se tako predhodno dogovorimo.

14. Kaj je podlaga in na kakšen način uveljavljate pravice iz zavarovanja?

14.1. Če potrebujete zdravstveno storitev, najprej pokličite naš asistenčni center na telefonsko številko 080 20 60 ali nam pišite na info@vzajemna.si. Tam bomo preverili upravičenost vašega zahtevka, in sicer bomo za to potrebovali vaša dokazila, iz katerih je razvidno, da potrebujete zdravstveno storitev (npr. izdana napatnica zdravnika, izvid zdravnika specialista ipd.).

14.2. Od vas bomo lahko zahtevali tudi dodatna dokazila, če jih bomo potrebovali, da bi ugotovili pomembne okoliščine v zvezi z reševanjem zahtevka. Pooblaščate nas tudi, da za ugotovitev okoliščin povezanih z zavarovalnim primerom, pridobimo vse druge potrebne podatke in pojasnila (npr. od vašega osebnega zdravnika ipd.). Če bi v tem primeru nastali dodatni stroški, jih poravnate vi.

14.3. Po preverbi upravičenosti vašega zahtevka, se bomo z vami dogovorili o izbiri izvajalca zdravstvene storitve in terminu izvedbe. Postopek za organizacijo zdravstvene storitve praviloma poteka hitro, in sicer ne več kot tri (3) delovne dni za specialistične zdravstvene storitve in največ petnajst (15) delovnih dni za operativne posege.

14.4. Če se predhodno tako dogovorite z nami, si zdravstveno storitev lahko organizirate sami. V tem primeru vam bomo povrnili stroške oziroma izplačali zavarovalno vsoto, na podlagi medicinske dokumentacije, ki nam jo boste predložili, in sicer za specialistične zdravstvene storitve, zobozdravstvene storitve ter operativne posege največ v višini kot bi jo plačali izvajalcu v naši pogodbeni mreži.

14.5. Če bomo ob uveljavljanju vašega zahtevka ugotovili, da niste poravnali vseh tekočih obveznosti iz zavarovanja t.j. plačila premije, bomo naše obveznosti pobotali z izplačilom oziroma jih bomo izpolnili po poravnavi vaših obveznosti.

14.6. Izvajalec zdravstvene storitve v celoti odgovarja za njeno kakovostno izvedbo, zato je izrecno izključena kakršnakoli naša odškodninska odgovornost, ki se nanaša na zdravstvene storitve, opravljene skladno s pravicami iz sklenjene pogodbe.

14.7. Če vam bomo organizirali zdravstveno storitev s pomočjo našega asistenčnega partnerja (predvsem v primeru organizacije storitev v tujini), se boste pred tem seznanili in sprejeli njegove pogoje poslovanja.



14.8. Če boste potrebovali nasvet zdravnika, se boste z njim lahko povezali preko različnih klepetalnikov. Pred prvim klepetom z zdravnikom boste potrdili pogoje uporabe storitve našega pogodbenega partnerja. Pogodbeni partner v celoti odgovarja za kakovostno izvedbo storitve, zato je izrecno izključena kakršnakoli naša odškodninska odgovornost, ki se nanaša na izvedbo te storitve.

15. Katere so omejitve naših obveznosti?

15.1. Dogovorjene zdravstvene storitve boste lahko uveljavljali tri (3) mesece po začetku zavarovanja, kar je obdobje čakalne dobe ob sklenitvi, razen če s pogodbo ni drugače dogovorjeno. Čakalna doba ob sklenitvi velja za novonastale bolezni in stanja. Če boste potrebovali zdravstvene storitve zaradi poškodb, ki so posledica nezgode, nastale po datumu začetka zavarovanja, te čakalne dobe ni.

15.2. Za vsa obstoječa zdravstvena stanja, ki ste jih imeli do začetka zavarovanja, velja 24-mesečna čakalna doba za obstoječa stanja, šteto od dneva začetka zavarovanja.

15.3. Za bolezni in zdravstvena stanja, ki so se pojavila v času čakalne dobe ob sklenitvi, velja 24-mesečna čakalna doba za obstoječa stanja, šteto od dneva, ko ste opazili ali se zavedali simptomov bolezni oziroma ste se že zdravili, čeprav diagnoza še ni bila postavljena.

15.4. Za bolezni in stanja, ki so navedena v točkah 15.2. in 15.3. velja, da morate imeti veljavno zavarovanje najmanj 24 mesecev, v tem času pa se niste zdravili zaradi teh bolezni in stanj, preden boste lahko za njih uveljavljali pravice iz zavarovanja. Če se v tem obdobju zdravite, se čakalna doba za obstoječa stanja šteje od zaključka zadnjega zdravljenja.

15.5. Če se bolezen, stanje ali poškodba med trajanjem zavarovanja medicinsko opredeli kot kronična, krijemo zdravstvene storitve še za obdobje šestih (6) mesecev od tega datuma. Po tem obdobju ne krijemo več stroškov zdravstvenih storitev v zvezi s to boleznijo, stanjem ali poškodbo.

15.6. Organizacija zdravstvenih storitev skladno s temi pogoji je zagotovljena za storitve, ki so dostopne samoplačniško.

16. Kaj ni krito?

16.1. Zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja:

- za tiste kronične bolezni, ki so nastale ali so bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v času čakalne dobe,
- v dejavnostih intenzivne in urgentne medicine, vseh preventivnih pregledov, ginekologije na primarni ravni,
- debelosti,
- spolno prenosljivih bolezni, okužb s HIV in bolezni, ki jih povzročata HIV,
- v zvezi z nosečnostjo, rojstvom, splavom, neplodnostjo, posegi za preprečitev zanositve ipd.,
- refrakcijskih okvar očesa (zdravljenje kratkovidnosti, daljnovidnosti, astigmatizma), razen, če niso posledica nezgode,
- težav s sluhom, ki so povezane z naglušnostjo, razen tistih, ki so posledica vnetja ali nezgode,
- vseh vrst fizioterapevtskih in zobozdravstvenih storitev ter artroskopije, razen če s pogodbo nismo dogovorjeni drugače (torej v kolikor je izbrano dodatno kritje, ki krije te storitve),
- prirojjenih anomalij in iz njih izhajajočih sprememb,
- odstranitve bradavic in nesumljivih kožnih znamenj ter nesumljivih kožnih sprememb,
- rakavih obolenj,
- zdravstvenih storitev zaradi estetskih razlogov ali spremembe spola,
- genetskih preiskav, doniranja organov, tkiv, kostnega mozga, matičnih celic ter s tem povezanega zdravljenja,
- z matičnimi celicami in krvnimi pripravki,
- odpovedi ledvic, vključno z dializo,
- kakršnihkoli posledic na zdravju, ki so nastale zaradi delovanja alkohola, drog, zdravil ali psihoaktivnih snovi. V primeru prometne nesreče se šteje, da je le-ta nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca kot udeleženca v cestnem prometu, če stopnja alkohola v krvi zavarovanca presega dovoljeno mejo alkohola, kot velja za udeležence prometa v skladu z veljavno slovensko zakonodajo,
- storitev, ki niso strokovno doktrinarno priznana medicinska metoda v Republiki Sloveniji ali pa so eksperimentalne narave, če nismo s pogodbo določili drugače.

16.2. Zavarovanje ne krije stroškov medicinskih pripomočkov, stroškov patronažne zdravstvene nege, delovne terapije, optometrije, logopedije, reševalnih prevozov, bioloških zdravil in živil za posebne namene. Zavarovanje tudi ne krije stroškov zobno-protetičnih pripomočkov in nadomestkov, razen če nismo s pogodbo drugače dogovorjeni.

16.3. Iz zavarovanja so izključene tudi naše obveznosti, kadar do bolezni, stanja ali poškodbe pride zaradi ali v povezavi:

- z izvajanjem profesionalnih športnih aktivnosti (v času aktivnega športnega udejstvovanja na tekmovanjih, prireditvah ali treningih oziroma pripravah, ki jih organizirajo športne zveze ali društva), če nismo s pogodbo določili drugače,
- z vojno ali vojni podobnimi dogodki, sabotžo, terorističnim dejanjem,

izgredom, vstajo, revolucijo ipd.,

- z epidemijo, pandemijo, onesnaženjem okolja, radioaktivnim sevanjem, neposrednim ali posrednim delovanjem jedrske energije ter naravnimi nesrečami,
- s pripravo, poskusom ali izvršitvijo kaznivega dejanja, kakor tudi zaradi pobega po takšnem dejanju,
- s fizičnim obračunavanjem, razen v primeru dokazane samoozbrambe, kar ste dolžni dokazati sami,
- s samopoškodbo ali poskusom samomora,
- z upravljanjem vozil, zračnih plovil, plovnih objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.

16.4. Zavarovanje za otroka dodatno izključuje še naslednje primere:

- za stanja, ki izvirajo iz obporodnega obdobja,
- gripe in akutnih infekcij zgornjih dihal,
- črevesnih infekcijskih bolezni in zoonoz,
- težav pri razvoju otroka (disleksija, učne težave, nizka rast in motnje pozornosti s hiperaktivnostjo).

16.5. Izključene so tudi naše obveznosti v primeru ugotovitve, da ste nam podali neresnične podatke ali v primeru zamolčanja, prevare, ponaredbe ali zlorabe z vaše strani.

PREMIJA

17. Kako je določena višina premije?

17.1. Premija za zavarovanje se določi skladno z našim veljavnim premijskim cenikom, ki je oblikovan po starostnih razredih, razen za nekatera dodatna kritja, kjer je premija fiksna za vse starostne razrede. V primeru prehoda v višji starostni razred, se ob začetku novega zavarovalnega leta višina zavarovalne premije uskladi s premijo, ki je za posamezen starostni razred, določena na vaši polici. Za določitev premije se upošteva dejanska starost zavarovanca ob začetku novega zavarovalnega leta.

17.2. Ob sklenitvi zavarovanja se premija za prvo zavarovalno leto določi na podlagi podatkov o pristopni starosti, izbranih kritjih, dogovorjeni zavarovalni vsoti in informacijah o zdravstvenem stanju zavarovanca, ki so podani na vprašalniku o zdravstvenem stanju ob sklenitvi zavarovanja. Na podlagi teh informacij ocenimo tveganje in lahko predlagamo višjo premijo oziroma izključitve posameznih naših obveznosti.

18. Kako nam morate plačevati premijo?

18.1. Premija se plačuje z dinamiko plačevanja, ki je določena v pogodbi (letno, polletno, četrletno, mesečno). Premijo je potrebno plačevati vnaprej, in sicer do zadnjega dne v mesecu pred obdobjem, na katerega se nanaša. Prva premija zapade v plačilo ob sklenitvi pogodbe, razen, če se nismo drugače dogovorili.

18.2. Če ste premijo plačali preko banke ali druge organizacije za plačilni promet se šteje, da je premija plačana z dnem, ko ste banki ali drugi organizaciji za plačilni promet dali nalog za izvedbo plačila. V primeru zamude pri plačilu vam lahko zaračunamo zakonite zamudne obresti in stroške.

18.3. Poleg dogovorjene premije ste dolžni plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec predpisal v času trajanja pogodbe.

18.4. Če premija ni plačana do dneva zapadlosti, vas lahko pozovemo, da nam jo plačate. Če premije še vedno ne boste poravnali, vas bomo ponovno pozvali k plačilu s priporočenim pismom. Če premija ne bo plačana niti v roku, ki smo ga določili v priporočenem pismu, lahko pogodbo razdremo z iztekom tega roka.

18.5. Premijo plačujete do poteka ali prekinitve zavarovanja. Če pride do razdrta pogodbe skladno s temi pogoji, nam pripada premija do konca meseca, v katerem se pogodba razdre.

19. Ali se lahko pogodba med trajanjem spremeni?

19.1. Če zavarovanje traja več let, se lahko zgodi, da se v času veljavnosti pogodbe zelo spremenijo okoliščine, kot so na primer stroški zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, zakonodaja ipd. V takšnih primerih lahko spremenimo pogoje ali višino premije.

19.2. Če pride do sprememb, vas o tem pisno obvestimo vsaj en (1) mesec pred uveljavitvijo spremembe. Če se s spremembo ne boste strinjali, imate pravico, da v tridesetih (30) dneh po obvestilu pisno odpoveste pogodbo, pri čemer odstop učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če pogodbe ne boste odpovedali, bomo šteli, da se s spremembami strinjate.

19.3. V času trajanja zavarovanja lahko zaprosite za spremembo načina plačevanja premije in spremembo dodatnih kritij. Spremembe praviloma začnejo veljati s prvim dnem v naslednjem mesecu.

20. Kakšne informacije potrebujemo z vaše strani v času trajanja zavarovanja?

20.1. Med trajanjem zavarovanja nas morate obvestiti o spremembah, ki so pomembne za izvajanje pogodbe (npr. sprememba osebnih podatkov, sprememba naslova bivališča, ipd.), in sicer v roku osmih (8) dni od spremembe. Pri tem nam predložite tudi ustrezna dokazila o spremembi. Vsa naša medsebojna komunikacija se izvaja v pisni ali elektronski obliki.



- 20.2. V primeru medsebojne komunikacije po priporočeni pošti se ob vašem neprevzemu pošiljke šteje, da ste jo kot naslovnik prevzeli, in sicer z dnem, ko smo pošiljko priporočeno oddali na pošto. Zato skladno s tem dogovorom nastanejo pravne posledice tudi, če priporočene pošte ne prevzamete.

OSTALO

21. Osebni podatki

- 21.1. Vse pomembne informacije glede obdelave vaših osebnih podatkov za namen sklenitve in izvajanja zavarovanja ter druge namene, za katere obdelujemo vaše osebne podatke, in informacije o pravicah, ki jih imate iz naslova varstva osebnih podatkov, so zbrane v Politiki zasebnosti Vzajemne, ki je dostopna na www.vzajemna.si. Za hitro in točno komunikacijo je posebej pomembno, da imamo vaše ažurne osebne in kontaktne podatke (ime, priimek, naslov, elektronski naslov, telefonska številka), zato vas prosimo, da nam te sproščate pisno na naslov Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana ali na elektronski naslov info@vzajemna.si.
- 21.2. Ob koriščenju asistenčne storitve si bomo vaše kontaktne osebne podatke izmenjali z enim od naših pogodbenih izvajalcev zdravstvenih storitev, in sicer za namen najave oziroma rezervacije termina. Za namen izvedbe zdravstvenih storitev v okviru reševanja zavarovalnega primera si vaše osebne podatke, vključno z zdravstvenimi podatki, na podlagi sklenjene pogodbe in zakona, ki ureja zavarovalništvo, lahko izmenjujemo z izvajalci zdravstvenih storitev.
- 21.3. Ob sklenitvi zavarovanja bomo našemu pogodbenemu partnerju, za namen identifikacije in koriščenja storitve klepet z zdravnikom, posredovali vaše osebne podatke (zlasti ime, telefonsko številko, elektronski naslov, letnico rojstva, spol, številko police). Od pogodbenega partnerja boste prejeli povezavo, preko katere boste lahko koristili storitev klepet z zdravnikom. Za namen spremljanja izvajanja storitve nas bo pogodbeni partner seznanil s podatkom o številu koriščenj. Podrobneje se boste z obdelavami osebnih podatkov za namen izvajanja storitve klepet z zdravnikom seznanili pred prvim koriščenjem storitve.
- 21.4. Pri posredovanju podatkov in dokumentacije povezane z vašim zdravstvenim stanjem, zaradi zaščite vaših osebnih podatkov, upoštevajte priporočila za varen način posredovanja, kot so zapisana na naši spletni strani.

22. Postopek pritožbe

- 22.1. V primeru spora v zvezi s 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.
- 22.2. Pritožbo obravnava naš pristojni organ skladno s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek. Interni pritožbeni postopek je organiziran na dveh stopnjah. Odločitev pritožbene komisije na drugi stopnji je dokončna.
- 22.3. Če se z odločitvijo pritožbene komisije na drugi stopnji ne boste strinjali ali če zavarovalnica o pritožbi ne bo odločila v tridesetih (30) dneh po prejemu, lahko postopek za izvensodno rešitev spora nadaljujete pri Mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja, Železna cesta 14, 1001 Ljubljana, telefon: 01/300 93 81, elektronski naslov: irps@zav-zdruzenje.si, spletni naslov: www.zav-zdruzenje.si.

23. Končne določbe

- 23.1. Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo določila zakona Republike Slovenije, ki ureja obligacijska razmerja.
- 23.2. V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče Republike Slovenije, krajevno pa sodišče v Ljubljani.
- 23.3. Veljavni statut Vzajemne, d.v.z. je na vpogled na sedežu Vzajemne, d.v.z. in na sklepalnih mestih PE ter na spletni strani www.vzajemna.si, kjer bo omogočen tudi vpogled v njegove nadaljnje spremembe.
- 23.4. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice se objavi na spletni strani www.vzajemna.si.
- 23.5. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- 23.6. Ti pogoji se uporabljajo od 14. 9. 2021.

ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

Zavarovalnica: Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Slovenija

Produkt: Zdravstvena polica – po posebni ponudbi



VARUH ZDRAVJA
VZAJEMNA

Namen tega dokumenta je zagotoviti povzetek informacij o določenem zavarovalnem produktu in ni prilagojen vašim individualnim potrebam ter zahtevam. Popolne predpogodbene in pogodbene informacije o zavarovalnem produktu so na voljo v drugih dokumentih (v zavarovalnih pogojih, na zavarovalni polici, ponudbi ali drugih dokumentih, ki jih prejmete pred ali po sklenitvi zavarovanja). Natančno preberite vso dokumentacijo, da boste z zavarovanjem seznanjeni v celoti.

ZA KAKŠNO VRSTO ZAVAROVANJA GRE?

Gre za zdravstveno zavarovanje, ki omogoča hiter dostop ter krije zdravstvenih storitev izven javne zdravstvene mreže (kot npr. specialistično ambulantne storitve, enostavne in zahtevne diagnostične preiskave, pomoč na domu ipd.). Zavarovanje vključuje tudi brezplačno asistenco zavarovalnice za lažji dostop do storitev.



KAJ JE ZAVAROVANO?

- ✓ **Specialistične zdravstvene storitve** zagotavljajo krije zdravstvenih storitev izven javne zdravstvene mreže, ki so potrebne zaradi posledic bolezni in nezgode:
 - ✓ zdravstvene storitve na primarni ravni;
 - ✓ specialistične ambulantne storitve;
 - ✓ zahtevne diagnostične preiskave;
 - ✓ drugo mnenje specialista za vas in vaše družinske člane;
 - ✓ asistenca pri uveljavljanju zdravstvenih storitev;
 - ✓ klepet z zdravnikom na daljavo.
- ✓ Dostop do storitev pomoči na domu.

Zavarovanju je priključeno dodatno krije:

- Zdravila zaradi posledic bolezni in nezgode.

- ! Zdravstveno storitev organizira zavarovalnica pri pogodbenem izvajalcu, razen če predhodno ni dogovorjeno drugače.



KAJ NI ZAVAROVANO?

Zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja:

- ✗ za tiste kronične bolezni, ki so nastale ali so bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v času čakalne dobe;
- ✗ v dejavnostih intenzivne in urgentne medicine, vseh preventivnih pregledov, ginekologije na primarni ravni;
- ✗ spolno prenosljivi bolezni, okužb s HIV in bolezni, ki jih povzroča HIV;
- ✗ v zvezi z nosečnostjo, rojstvom, splavom, neplodnostjo, posegi za preprečitev zanositve ipd.;
- ✗ refrakcijskih okvar očesa (zdravljenje kratkovidnosti, daljnovidnosti, astigmatizma), razen, če niso posledica nezgode;
- ✗ težav s sluhom, ki so povezane z naglušnostjo, razen tistih, ki so posledica vnetja ali nezgode;
- ✗ vseh vrst fizioterapevtskih in zobozdravstvenih storitev ter artroskopije;
- ✗ prirojenih anomalij in iz njih izhajajočih sprememb;
- ✗ odstranitve bradavic in nesumljivih kožnih znamenj ter nesumljivih kožnih sprememb;
- ✗ rakavih obolenj;
- ✗ zdravstvenih storitev zaradi estetskih razlogov ali spremembe spola;
- ✗ z matičnimi celicami in krvnimi pripravki;
- ✗ odpovedi ledvic, vključno z dializo, ki so nastala zaradi delovanja alkohola, drog, zdravil ali psihoaktivnih snovi, kot je opredeljeno v splošnih pogojih;
- ✗ storitev, ki niso strokovno doktrinarno priznana medicinska metoda v Republiki Sloveniji ali pa so eksperimentalne narave.

Iz zavarovanja so izključene tudi naše obveznosti, kadar do bolezni, stanja ali poškodbe pride zaradi ali v povezavi:

- ✗ z izvajanjem profesionalnih športnih aktivnosti (v času aktivnega športnega udeleževanja na tekmovanjih, prireditvah ali treningih oziroma pripravah, ki jih organizirajo športne zveze ali društva),
- ✗ z epidemijo, pandemijo, onesnaženjem okolja, radioaktivnim sevanjem, neposrednim ali posrednim delovanjem jedrske energije ter naravnimi nesrečami.

Ostale izključitve so navedene v Splošnih pogojih SP-ZP-21 in SP-PD-14.



ALI JE KRITJE OMEJENO?

- ! Dogovorjene zdravstvene storitve se lahko uveljavljajo tri (3) mesece po začetku zavarovanja, kar je obdobje čakalne dobe ob sklenitvi. Čakalna doba ob sklenitvi velja za novonastale bolezni in stanja. Če so potrebne zdravstvene storitve zaradi poškodb, ki so posledica nezgode, nastale po datumu začetka zavarovanja, te čakalne dobe ni.
- ! Za vsa obstoječa zdravstvena stanja, ki ste jih imeli do začetka zavarovanja, velja 24-mesečna čakalna doba za obstoječa stanja, šteto od dneva začetka zavarovanja.
- ! Za bolezni in zdravstvena stanja, ki so se pojavila v času čakalne dobe ob sklenitvi, velja 24-mesečna čakalna doba za obstoječa stanja, šteto od dneva, ko ste opazili ali se zavedali simptomov bolezni oziroma se zdravili, čeprav diagnoza še ni bila postavljena.
- ! Za bolezni iz prejšnjih dveh odstavkov velja, da mora biti zavarovanje veljavno najmanj 24 mesecev, v tem času pa se niste zdravili zaradi teh bolezni in stanj, preden se lahko za ta stanja uveljavljajo pravice iz zavarovanja. Če se v tem obdobju zdravite, se čakalna doba za obstoječa stanja šteje od zaključka zdravljenja.
- ! Ostale omejitve so navedene v Splošnih pogojih SP-ZP-21 in SP-PD-14.



KJE JE ZAVAROVANJE VELJAVNO?

- ✓ Zavarovanje krije stroške specialističnih storitev v Sloveniji.



KAKŠNE SO MOJE OBVEZNOSTI?

- Da pred uveljavljanjem zdravstvenih storitev obvestite naš asistenčni center na telefonsko številko 080 20 60.
- Da navajate popolne in resnične podatke.
- Da nas obveščate o spremembi osebnih podatkov in drugih za zavarovanje relevantnih okoliščinah.
- Da premijo plačujete redno.



KDAJ IN KAKO PLAČAM?

Dinamika plačevanja premije je v prvem zavarovalnem letu vezana na posebno ponudbo, v nadaljevanju zavarovanja pa lahko izbirate med letnim, polletnim, četrtletnim in mesečnim plačevanjem premije. Premija se plačuje vnaprej, in sicer do vključno zadnjega dne v mesecu pred začetkom obdobja, za katerega se premija plačuje.



KDAJ ZAVAROVANJE ZAČNE IN KDAJ NEHA VELJATI?

Datum začetka zavarovanja je naveden na polici. Zavarovanje se sklene za obdobje enega leta in se ob izteku dogovorjene dobe vsakokrat podaljša za enako časovno obdobje, pri čemer se podaljšanje izvede molče. Zavarovalec lahko podaljšanje prekliče s pisnim obvestilom, ki mora biti zavarovalnici dano najmanj šestdeset (60) dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. V tem primeru pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.



KAKO LAHKO ODSTOPIM OD POGODBE?

- Zavarovalec lahko odstopi od pogodbe v tridesetih (30) dneh od začetka plačevanja premije, razen, če je zavarovalec do takrat že koristil storitve iz sklenjene zavarovalne pogodbe.
- Zavarovalec lahko podaljšanje pogodbe prekliče s pisnim obvestilom zavarovalnici najmanj šestdeset (60) dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. V tem primeru pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- V primeru sklenitve na daljavo lahko zavarovalec odstopi od zavarovalne pogodbe v petnajstih (15) dneh od dneva sklenitve zavarovanja.
- Odpoved zavarovalne pogodbe mora biti v vseh primerih pisno sporočena zavarovalnici.



I. UVOD

1.1 Zavarovanje Pomoč na domu

(1) Zavarovanje Pomoč na domu je zdravstveno zavarovanje, ki vam nudi pomoč in asistenco, če zbolite ali ste utrpeli nezgodo, zaradi katere niste zmogni opravljati običajnih dnevnih opravil na domu, in sicer na območju Slovenije. V takšnem primeru vam bomo nudili pomoč na domu za prehodno obdobje skladno s temi splošnimi pogoji za zavarovanje Pomoč na domu (v nadaljevanju pogoji).

(2) Po teh pogojih je mogoče skleniti zavarovanje z naslednjimi kritiji:

- pomoč na domu,
- 24-urno zdravniško asistenco na daljavo.

(3) Ti pogoji so sestavni del zavarovalne pogodbe. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe hkrati soglašate z določili teh pogojev. Ostali sestavni deli zavarovalne pogodbe so: ponudba oziroma polica, morebitne posebne pisne izjave pogodbenih strank, klavzule ter druge priloge in dodatki k polici.

1.2 Definicije pogosto uporabljenih terminov

(1) Z »vi« je v teh pogojih naslovljen zavarovalec in/ali zavarovanec.

(2) Z »mik oziroma »zavarovalnica« je v teh pogojih poimenovana Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.

(3) Ostali izrazi v pogojih pomenijo:

- zavarovalec – oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo;
- zavarovanec – oseba, za katero je bila zavarovalna pogodba izdana in je deležna pravic iz te pogodbe;
- upravičenec – po teh pogojih je zavarovanec;
- pooblaščenec – oseba, ki jo zavarovanec pooblasti za urejanje pravic po teh pogojih;
- premija – dogovorjeni znesek, ki nam ga plačujete v skladu z zavarovalno pogodbo;
- čakalna doba – doba od začetka zavarovanja, v katerem za določeno kritje ne prevzamemo jamstva, kljub temu, da obstaja obveznost plačevanja premije;
- zavarovalna doba – trajanje zavarovanja v letih;
- zavarovalno leto – obdobje enega leta, ki prične z datumom začetka zavarovalnega leta;
- začetek zavarovanja – datum, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot datum začetka zavarovanja;
- zavarovalni primer – bolezen ali nezgoda kot je opredeljeno v točki 3.3 teh pogojev;
- bolezen – vse spremembe zdravstvenega stanja, ki jih diagnosticira in potrdi zdravnik z uradno licenco za izvajanje takšne dejavnosti;
- nezgoda – je vsak nenaden, nepredviden dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevu telo izven njegove volje, pri čemer se zavarovanec telesno poškoduje;
- izključitve – tisti dogodki, ki sicer ustrezajo osnovni definiciji zavarovalnega primera, a niso kriti z zavarovalno pogodbo;
- asistenčni partner – pravna oseba, s katero imamo sklenjeno pogodbo o poslovnem sodelovanju in ki izvaja asistenčne storitve za naše zavarovance.

II. SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

2.1 Kdo se lahko zavaruje po teh pogojih

(1) Po teh pogojih se lahko zavarujejo osebe v starosti od 18. do dopolnjenega 74. leta starosti, ki niso trajno nesposobne za samostojno opravljanje osnovnih življenjskih potreb, definiranih v 4. odstavku točke 4.1

(2) Če ste z zavarovanjem zavarovali drugo osebo, mora zavarovalna pogodba vsebovati tudi podpis te osebe.

(3) Starost zavarovanca ob sklenitvi zavarovalne pogodbe (pristopna starost) se določi kot razlika med letnico začetka zavarovanja in letnico rojstva zavarovanca.

(4) Po teh pogojih se ne morejo zavarovati osebe, ki jim je v celoti odvzeta poslovna sposobnost in so delovno nezmožne, in osebe, ki jim pripadajo pravice na podlagi veljavne zakonodaje na področju socialnega varstva.

2.2 Kakšen je postopek sklenitve zavarovalne pogodbe

(1) Zavarovalno pogodbo lahko sklenete na podlagi pisne ponudbe ali tako, da pogodbeni stranki podpišeta polico ali na drug način potrdita, da se strinjata o bistvenih elementih zavarovalne pogodbe.

(2) Za sklenitev zavarovalne pogodbe lahko zahtevamo, da morate predhodno posredovati ponudbo. V tem primeru nam morate izpolnjeno in podpisano ponudbo predložiti v pisni ali elektronski obliki na našem obrazcu in predstavlja predlog za sklenitev zavarovalne pogodbe. Ponudba, ki nam je bila predložena, obvezuje ponudnika osem (8) dni od dneva, ko smo jo prejeli, če ponudnik ni določil krajšega roka.

(3) Če vaše ponudbe, ki je v skladu s pogoji, po katerih se sklepa predlagano zavarovanje, ne odklonimo v roku navedenem v prejšnjem odstavku velja, da smo ponudbo sprejeli, in se šteje, da je zavarovalna pogodba sklenjena z dnem, ko smo prejeli ponudbo.

(4) Ponudbo lahko zavrnemo brez navedbe razlogov za zavrnitev.

(5) 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 prvo premijo.

2.3 Polica

(1) Polica bo izdana v enem izvodu na osnovi podatkov za sklenitev zavarovanja. Polico morate hraniti na varnem mestu, ker z njo dokazujete sklenitev zavarovalne pogodbe in uveljavljate pravice do storitev iz te pogodbe. Priporočamo, da o sklenjeni zavarovalni pogodbi obvestite svoje najbližje.

(2) Polica vsebuje podatke o pogodbenih strankah, o zavarovancu, začetku zavarovanja, zavarovalni dobi, kritjih, premiji, datumu izstavitve in podpise pogodbenih strank. Če je zavarovalna pogodba sklenjena na podlagi ponudbe, vaš podpis na ponudbi nadomešča podpis na polici.

(3) Če se kakšno določilo v polici razlikuje od ponudbe oziroma vaših drugih izjav, lahko na vsebino police pisno ugovarjate v tridesetih (30) dneh od prejema police. Če tega ne storite, velja vsebina police.

2.4 Trajanje zavarovanja in začetek jamstva

(1) Zavarovanje se začne ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja.

(2) Zavarovanje velja za obdobje enega leta, če ni drugače dogovorjeno. Zavarovalec ima pravico do vsakokratnega podaljšanja zavarovanja za eno leto pod enakimi pogoji, pri čemer se podaljšanje izvede molče, razen če zavarovalec samodejnega podaljšanja zavarovanja pisno ne prekliče vsaj tri (3) mesece pred iztekom zavarovalnega leta ter v primerih iz točke 2.5 teh pogojev. V vsakem primeru se zavarovanje lahko nazadnje podaljša za začetkom tistega zavarovalnega leta, v katerem bo zavarovanec dopolnil 74. leto starosti.

(3) Če ste do začetka zavarovanja plačali prvo premijo, se jamstvo prične šest (6) mesecev po začetku zavarovanja (potek čakalne dobe) oziroma skladno s točko 3.3. Če prve premije do začetka zavarovanja niste plačali, se jamstvo prične šest (6) mesecev od dneva plačila prve premije, če so bile do tedaj plačane tudi ostale zapadle premije.

(4) Čakalne dobe ni, če je zavarovalni primer posledica nezgode.

2.5 Kdaj zavarovalne pogodbe ni mogoče podaljšati

(1) Zavarovalne pogodbe po teh pogojih ni mogoče podaljšati, če asistenčni partner bistveno spremeni pogoje sodelovanja ali odpove sodelovanje z nami. O tem vas bomo pisno obvestili vsaj tri (3) mesece pred iztekom zavarovalnega leta. V tem primeru zavarovanje preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.

(2) Če spremenimo premijski cenik, vas bomo o tem pisno obvestili vsaj tri (3) mesece pred vsakokratno pravico do podaljšanja zavarovanja. Če se s predlogom spremembe ne boste strinjali, zavarovanje preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.

2.6 Prenehanje zavarovanja

(1) Zavarovanje preneha v naslednjih primerih:

- z odpovedjo pogodbe s strani zavarovalca ali zavarovalnice;
- v primeru razdrtja zavarovalne pogodbe zaradi neplačila zapadle premije;
- z dnem smrti zavarovanca;
- ob koncu tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 75. leto starosti.

III. KAJ KRIJE ZAVAROVANJE

3.1 Kaj krije pomoč na domu

(1) Pomoč na domu vključuje plačilo stroškov za storitve in organizacijo pomoči pri vsakodnevnih opravilih na domu ter pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb. To vključuje storitve, ki ne zahtevajo strokovnega medicinskega znanja in jih zato lahko opravljajo osebe, ki nimajo ustrezne medicinske kvalifikacije.

(2) Če ste v skladu s točko 4.1 upravičeni do storitev pomoči na domu, vam bo naš asistenčni partner nudil naslednje storitve:

Pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb:

- serviranje hrane in pijače, pomoč pri pitju in hranjenju,
- pomoč pri oblačenju in slačenju,
- pomoč pri skrbi za osebno higieno,
- pomoč pri gibanju na ali s stola ter postelje,
- pomoč pri uporabi sanitarij.

Pomoč pri lahkih gospodinjstkih opravilih:

- prezračevanje bivalnih prostorov,
- vzdrževanje osnovne higiene v vaših bivalnih prostorih,
- pomivanje posode po obroku,
- odstranjevanje smeti,
- postiljanje, zamenjava posteljnine,
- ogrevanje prostorov.

Priprava preprostih obrokov:

- priprava ali dostava enega obroka na dan,
- priprava toplih napitkov,
- segrevanje že pripravljenih jedi.

Nakupovanje:

- nakup prehrabnih artiklov iz najbližje trgovine s skupno težo do 7 kg in/ali spremstvo do najbližje trgovine,
- prinašanje zdravil iz lekarne.



Prevoz za opravljanje storitev:

- prevoz na zdravniške preglede, če to ni zajeto v obveznem zdravstvenem zavarovanju,
- prevoz do najbližje banke ali pošte za tiste naloge, ki so bistvenega pomena in jih lahko izvede le zavarovanec.

Drugo

- pomoč pri plačevanju položnic,
- pošiljanje pošte.

- (3) Ne glede na seznam iz prejšnjega odstavka v storitev pomoč na domu ne sodijo opravila, ki niso v neposredni zvezi z vami in vašim najožjim življenjskim okoljem.
- (4) Storitve iz prvega odstavka te točke so količinsko omejene v skladu s točko 4.2.1. Če so zagotovljene količine storitev presežene in bi želeli še naprej koristiti storitve pomoči na domu, morate stroške le-teh kriti sami.
- (5) Zavarovalnica ne krije neposrednih stroškov, povezanih z izvajanjem posamezne storitve (plačilo nakupa in trgovini, plačilo zneska položnic, nakup drv za ogrevanje ipd.).

3.2 Kaj krije zdravniška asistenca na daljavo

- (1) Zdravniška asistenca na daljavo vam omogoča, da se lahko v času, ko ste upravičeni do pomoči na domu zaradi bolezni ali nezgode, preko telefona posvetujete z zdravnikom v zvezi z vašimi zdravstvenimi težavami.
- (2) V času, ko ste upravičeni do pomoči na domu, lahko pokličete zdravnika 24 ur dnevno in 7 dni v tednu.
- (3) Če ste neposredno življenjsko ogroženi oziroma če potrebujete nujno medicinsko pomoč, pokličite na telefonsko številko 112.

3.3 Kaj je zavarovalni primer

- (1) Zavarovalni primer je vsaka nova bolezen ali nezgoda. Nova bolezen ali nezgoda je bolezen ali poškodba, ki je nastala v času jamstva in ni bila diagnosticirana ter za njo niste vedeli oziroma niste mogli vedeti pred sklenitvijo zavarovanja, ker niste imeli zdravstvenih težav ali znakov, ki so pokazatelj bolezni ali poškodbe.
- (2) Kot novo bolezen ali nezgodo se štejejo tudi bolezni in poškodbe, s katerimi niste imeli težav tri (3) zaporedna leta, od tega vsaj dve (2) leti po začetku zavarovanja.
- (3) Če boste uveljavljali pravice iz naslova zavarovanja po teh pogojih petkrat (5) za isto bolezen ali poškodbo, za le-to nimamo več obveznosti izplačila po teh pogojih.
- (4) Bolezni oziroma posledice nezgode, ki so v vzročni zvezi s predhodnim zavarovalnim primerom, se ne štejejo kot nov zavarovalni primer. Obravnavamo ga kot obstoječi zavarovalni primer, za katerega kumulativno veljajo omejitve iz točke 4.2.1.

3.4 Plačilo za opravljene storitve

- (1) Plačilo za opravljene storitve po teh pogojih neposredno nakažemo izvajalcem storitev, skladno s pogodbami med nami in asistenčnimi partnerji.

IV. KDAJ STE UPRAVIČENI DO STORITEV

4.1 Kdaj ste upravičeni do storitev pomoči na domu in zdravniške asistencije na daljavo

- (1) Upravičenec do storitev Pomoči na domu po teh pogojih je zavarovanec.
- (2) Do storitev pomoči na domu ste upravičeni v primeru:
- bolezni ali nezgode s hudimi poškodbami, katerim sledi najmanj 24-urna hospitalizacija in ki ima za posledico nezmožnost samostojnega opravljanja dveh (2) ali več podpornih dnevnih aktivnosti iz 3. odstavka te točke;
 - zloma ene izmed glavnih kosti (kolk ali medenica, lobanja, hrbtenica, stegnenica, golenica, nadlahtnica, ključnica), ki preprečujejo zavarovancu samostojno opravljati dve (2) ali več podporni dnevni aktivnosti iz 3. odstavka te točke;
 - kemoterapije: če zavarovanec zbolí za rakom je upravičen do storitev pomoči na domu v času trajanja kemoterapij (od dneva prve (1.) kemoterapije do pet (5) dni po zaključku zadnje kemoterapije);
 - bolezni ali nezgode zaradi katere zavarovanec ni sposoben opravljati najmanj ene (1) osnovne življenjske potrebe, skladno s 4. odstavkom te točke.
- (3) Podporne dnevne aktivnosti so opravila, ki posamezniku omogočajo živeti neodvisno v domačem okolju in vključujejo predvsem gospodinjstva in druga hišna opravila. Kriterij za uveljavljanje storitev po teh pogojih je nezmožnost izvajanja podpornih dnevnih aktivnosti, kot so:
- opravljanje hišnih in gospodinskih opravil (vključno s pripravo obrokov),
 - skrb za ožje družinske člane,
 - izvajanje predpisanih terapij za zdravljenje bolezni ali poškodbe (vključno z jemanjem predpisanih zdravil),
 - nakupovanje življenjskih potrebščin, kot so hrana, pijača, oblačila,
 - gibanje v in izven bivališča,
 - ravnanje z denarjem in
 - uporaba telefona ali drugih komunikacijskih sredstev.
- (4) Med samostojno opravljanje osnovnih življenjskih potreb uvrščamo aktivnosti za ohranjanje in vzdrževanje življenjskih funkcij. Kriterij za uveljavljanje storitev po teh pogojih je nezmožnost izvajanja osnovnih življenjskih potreb, kot so:

- samostojno hranjenje in pitje ter jemanje predpisanih zdravil,
 - samostojno oblačenje in slačenje, obuvanje in sezuvanje,
 - vzdrževanje osebne higijene,
 - odhod na sanitarije in uporaba sanitarij,
 - samostojno gibanje v in izven stanovanja, kljub uporabi ortopedskih pripomočkov.
- (5) Storitve zdravniške asistencije na daljavo lahko koristite v času, ko ste upravičeni do storitev pomoči na domu.

4.2 Omejitve naših obveznosti

4.2.1 Omejitve pri izvajanju pomoči na domu

- (1) Ti pogoji ne krijejo storitev, povezanih s pridobitno dejavnostjo zavarovanca, med katero se šteje tudi skrb za živino ter varstvo ali oskrba domačih živali zavarovanca in podobno. Iz kritija pomoči na domu so izrecno izključene kakršnekoli zdravstvene storitve.
- (2) Storitve pomoči na domu za posamezen zavarovalni primer so omejene z obsegom, kot je določen v tem poglavju. Ko je zavarovalno kritije za posamezen zavarovalni primer iz naslova iste bolezni ali iste nezgode izčrpano, po teh pogojih nimamo več obveznosti.
- (3) Storitve pomoči na domu se opravljajo v času od 8.00 do 20.00 ure, ob delovnih dneh, izjemoma pa tudi ostale dni, in sicer največ do dvajset (20) ur tedensko. Vse storitve pomoči na domu po zavarovalnem primeru skupaj ne smejo presegati 280 ur.
- (4) Storitve pomoči na domu za nov zavarovalni primer so omejene z naslednjim obsegom:

- Trajajo lahko največ deset (10) tednov od dneva izpolnitve pogojev za pomoč na domu, in sicer za en (1) zavarovalni primer.
- Zavarovanec lahko v posameznem zavarovalnem letu koristi storitev pomoči na domu za največ dva (2) zavarovalna primera.
- Med posameznima zavarovalnima primeroma mora preteči vsaj tri (3) mesece.
- Storitve pomoči na domu so omejene na največ štiri (4) ure na dan.
- Priprava preprostih obrokov je zagotovljena enkrat dnevno.
- Prevoz za opravljanje storitev se lahko izvede največ dvakrat tedensko v času, ko ima zavarovanec pravico do pomoči na domu, vendar ne več kot 250 km po zavarovalnem primeru.
- Če potrebe po storitvah pomoči na domu niste prijavili preko našega asistenčnega centra ali če ste si pomoč na domu organizirali in plačali sami, do vas nimamo nobenih obveznosti po teh pogojih.

4.2.2 Omejitve pri izvajanju zdravniške asistencije na daljavo

- (1) Zdravniki v okviru izvajanja zdravniške asistencije na daljavo ne postavljajo diagnoze in ne predpisujejo zdravil, temveč svetujejo in zavarovancu dajejo informacije glede zdravstvenih težav.
- (2) Zdravstvene storitve, ki jih zagotavlja naš asistenčni partner, so namenjene izključno zavarovancem v zvezi z njihovimi zdravstvenimi težavami. V imenu zavarovanca lahko pokliče tudi pooblaščenec.
- (3) Izrecno je izključena kakršnakoli odškodninska odgovornost zavarovalnice zaradi nasvetov, ki vam jih je podal zdravnik v okviru izvajanja storitev zdravniške asistencije na daljavo.

V. IZKLJUČITVE IZ KRITJA

5.1 Kdaj ni kritija

- (1) Izključene so vse naše obveznosti za plačilo stroškov storitev pomoči na domu in zdravniške asistencije na daljavo, če je zavarovalni dogodek posledica:
- izvajanja visoko tveganih ter ekstremnih športov;
 - izvajanja profesionalnih športnih aktivnosti;
 - opravljanja posebno nevarnih opravil (ravnjanje z eksplozivnimi sredstvi, opravljanje poklicne dejavnosti, ki predvideva uporabo strelnega orožja, in podobno);
- (2) Ne glede na navedeno so izključene vse naše obveznosti, če je bolezen ali nezgoda posredno ali neposredno posledica:
- radioaktivnega sevanja kateregakoli nuklearnega materiala, kemičnega onesnaženja ali zaradi eksplozije;
 - vojne, invazije, dejanj sovražnih dejanj, upora, revolucije, nemirov, stavk ali demonstracij;
 - kakršnegakoli dejanja terorizma ali sabotaže, vključno z nuklearnim, kemičnim ali biološkim terorizmom;
 - namerne povzročitve nezgode s strani zavarovalca ali zavarovanca;
 - sodelovanja pri pripravi, poskusu ali izvršitvi naklepne kaznivega dejanja in pobegu po takšnem dejanju, sodelovanja pri pretepu ali fizičnem obračunavanju, razen v primeru dokazane samoobrambe;
 - delovanja alkohola, drog, zdravil ali psihoaktivnih snovi. V primeru prometne nesreče se šteje, da je le-ta nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca, če stopnja alkohola v krvi zavarovanca presega dovoljeno mejo alkohola, kot velja za udeležence v prometu v skladu z veljavno slovensko zakonodajo;
 - samomora oziroma nezgod nastalih zaradi poskusa samomora;
 - okužbe z virusom HIV ali AIDS;
 - prirojene anomalije in vse njene spremembe;
 - pandemije, ki jo razgласi Svetovna zdravstvena organizacija.
- (3) Po teh pogojih so izključene tudi:
- kronične bolezni, spolno prenosljive bolezni, duševne in poklicne bolezni zavarovanca;



- ponavljajoče se poškodbe zavarovanca;
 - nosečnost, vključno z zapleti in posledicami le-te.
- (4) Če smo kljub izključitvam obveznosti iz predhodnih odstavkov te točke storitve že organizirali in izvedli, imamo pravico od vas zahtevati povračilo teh stroškov, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi od dneva plačila dalje. Enako velja tudi, če se izkaže, da ste nam ob prijavi sporočili neresnične podatke.

VI. PREMIJA

6.1 Plačilo premije

- (1) Zavarovalna premija je določena enotno ne glede na starost zavarovanca in se v času trajanja zavarovanja ne spreminja.
- (2) Premijo je potrebno plačevati vnaprej, in sicer do zadnjega dne v mesecu pred obdobjem na katerega se nanaša. Prva premija zapade v plačilo ob sklenitvi zavarovalne pogodbe, če ni drugače dogovorjeno.
- (3) Izbirate lahko med letnim, polletnim, četrletnim oziroma mesečnim plačevanjem premije.
- (4) Šteje se, da je premija plačana na dan, ko prejmemo plačilo na naš transakcijski račun. V primeru zamude pri plačilu vam lahko zaračunamo zakonite zamudne obresti in stroške.

6.2 Do kdaj se plačuje premija

- (1) Premija se plačuje do poteka ali prekinitve zavarovanja oziroma do smrti zavarovanca.
- (2) Zavarovalnici pripada premija do konca meseca, v katerem pride do prenehanja zavarovalne pogodbe.

6.3 Kaj se zgodi, če zapadle premije ne plačate

- (1) Če premije do zapadlosti niste plačali, lahko razdremo zavarovalno pogodbo po tridesetih (30) dneh od dneva, ko vam je bilo vročeno priporočeno pismo z obvestilom o zapadlosti premije, prenehanju zavarovalnega kritja in razdoru zavarovalne pogodbe, vendar ne prej kot v tridesetih (30) dneh od zapadlosti premije v plačilo.

VII. UVELJAVLJANJE STORITEV PO TEH POGOJIH

7.1 Uvod

- (1) Storitve, ki so predmet teh splošnih pogojev uveljavljate izključno preko našega asistenčnega centra, ki vas bo usmerjal pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja.

7.2 Postopek uveljavljanja Pomoči na domu

- (1) Če imate po teh pogojih pravico do pomoči na domu in želite to pravico izkoristiti, morate poklicati naš asistenčni center na telefonsko številko 080 20 60. Ob klicu boste asistenčnemu centru posredovali podatke za prijavo zavarovalnega primera, ki bodo podlaga za ugotavljanje upravičenosti do storitev pomoči na domu.
- (2) Ob klicu bomo potrebovali vaše naslednje podatke:
- številko police,
 - naslov,
 - informacije o vašem zdravstvenem stanju (izvid osebnega zdravnika, specialista, odpustno pismo iz bolnišnice ipd.),
 - datum, ko ste bili seznanjeni z vašim zdravstvenim stanjem,
 - telefonsko številko in
 - druge podatke, potrebne za presojo vašega primera.
- (3) Zdravniško dokumentacijo o vašem zdravstvenem stanju nam morate čim prej po klicu posredovati na naslov asistenčnega centra: Vzajemna, d.v.z., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana, pripis: Pomoč na domu.
- (4) Skupaj z vami in asistenčnim partnerjem bomo oblikovali najustreznejšo obliko pomoči za vaš primer, ki bo opredeljena v Načrtu pomoči na domu (v nadaljevanju načrt). Načrt bo vseboval podatke o osebah, ki bodo pomoč nudile, storitvah, ki se bodo izvajale, ter obdobju, ko se bo pomoč izvajala na vašem domu. Na podlagi načrta bo asistenčni partner začel z izvajanjem storitev, in sicer v 24-ih urah od uskladitve načrta oziroma v času, ki ga bomo uskladili z vami.
- (5) Pravico do Prevoza za opravljanje storitev morate uveljavljati preko našega asistenčnega centra in naročiti prevoz najkasneje tri (3) dni pred načrtovano potrebo po prevozu.
- (6) Storitve zdravniške asistencije na daljavo lahko koristite samo, če ste po teh pogojih upravičeni do storitev pomoči na domu. V tem primeru boste lahko kontaktirali neposredno našega asistenčnega partnerja na telefonsko številko, ki jo boste prejeli ob uveljavljanju storitve.
- ### 7.3 Obravnava vašega zavarovalnega primera
- (1) Na podlagi najave primera in izpolnjenega vprašalnika ob klicu v asistenčni center bomo začeli z obravnavo vašega zavarovalnega primera.
- (2) Če bomo v času izvajanja storitev pomoči na domu potrebovali kakršnekoli dodatne informacije za uveljavljanje storitev glede vašega preteklega in sedanjega zdravstvenega stanja, ste nam dolžni le-te posredovati. Morebitne stroške za pridobitev informacij nosite sami.
- (3) Pooblaščate nas, da za ugotovitev pomembnih okoliščin, povezanih z zavarovalnim primerom, pridobimo vse potrebne podatke in pojasnila.

- (4) Če bomo potrebovali dodatna dokazila za obravnavo primera, vas lahko na naše stroške pošljemo na pregled ali preiskave k medicinskim izvedencem, ki jih določimo sami.
- (5) Če zavarovanec ne ravna v skladu z drugim in četrtem odstavkom te točke, nimamo obveznosti za izvedbo storitev.

7.4 Kdo izvaja storitev Pomoči na domu?

- (1) Storitve pomoči na domu in zdravniške asistencije na daljavo izvajajo asistenčni partnerji zavarovalnice, ki imajo izkušnje z nudenjem tovrstnih storitev, njihovo delo pa temelji na strokovnosti, etiki, upoštevanju človeškega dostojanstva, varovanju človekovih pravic in osebnih podatkov. Zavarovalnica za posamezne izvajalce storitev in njihove podizvajalce ne prevzema odškodninske odgovornosti.
- (2) Pridržujemo si pravico do spremembe asistenčnih partnerjev v primeru stečaja, likvidacije ali zaradi neizpolnjevanja njihovih pogodbenih obveznosti.

VIII. OSTALE DOLOČBE

8.1 Odpoved zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovalno pogodbo lahko odpoveste pisno najmanj tri (3) mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
- (2) Zavarovanje lahko odpovemo tudi mi, vendar le v primerih ter na način in pod pogoji, predpisanimi v zakonu RS, ki ureja obligacijska razmerja.
- (3) Če ste sklenili zavarovalno pogodbo na daljavo, imate v skladu z zakonom RS, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da odstopite od zavarovalne pogodbe. Odstopite tako, da nam to pisno sporočite v petnajstih (15) dneh od dneva sklenitve zavarovalne pogodbe. V tem primeru smo vam dolžni vrniti plačane premije.

8.2 Osebnih podatki

- (1) S sklenitvijo zavarovalne pogodbe izrecno dovoljuate, da vaše osebne podatke v skladu z zakonom RS, 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) Osebnih podatke iz prejšnjega odstavka vključno s podatkom o vašem datumu rojstva lahko uporabimo tudi za izvajanje neposrednega trženja in neposrednega trženja s pomočjo elektronskih komunikacij, in sicer ves čas trajanja zavarovalne pogodbe ter največ deset (10) let po prenehanju zavarovalne pogodbe. Kadarkoli lahko zahtevate, da vaše osebne podatke prenehamo uporabljati za namen neposrednega trženja. Zavarovalnica bo v petnajstih (15) dneh ustrezno preprečila uporabo vaših osebnih podatkov za namen neposrednega trženja ter vas o tem pisno obvestila v nadaljnjih petih (5) dneh. Vse stroške v zvezi z vašo zahtevo krije zavarovalnica.
- (3) Seznanjeni ste s pravico do vpogleda, prepisa, kopiranja, dopolnitve, popravka, blokiranja in izbrisa vaših osebnih podatkov v skladu z zakonom RS, ki ureja varstvo osebnih podatkov.
- (4) Dolžni ste nas pisno obvestiti o spremembi osebnih podatkov in drugih za zavarovanje pomembnih okoliščin 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 in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo določila zakona RS, ki ureja obligacijska razmerja.
- (2) V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče RS, 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 1.12.2014.



ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

Zavarovalnica: Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Slovenija

Produkt: Pomoč na domu

Namen tega dokumenta je zagotoviti povzetek informacij o določenem zavarovalnem produktu in ni prilagojen vašim individualnim potrebam ter zahtevam. Popolne predpogodbene in pogodbene informacije o zavarovalnem produktu so na voljo v drugih dokumentih (v zavarovalnih pogojih, na zavarovalni polici, ponudbi ali drugih dokumentih, ki jih prejmete pred ali po sklenitvi zavarovanja). Natančno preberite vso dokumentacijo, da boste z zavarovanjem seznanjeni v celoti.

ZA KAKŠNO VRSTO ZAVAROVANJA GRE?

Zavarovanje vam nudi pomoč in asistenco, če zbolite ali utrpíte nezgodo, zaradi katere niste zmožni opravljati običajnih dnevnih opravil na domu na območju Slovenije. V tem primeru zavarovanje nudi pomoč na domu za prehodno obdobje skladno s pogoji zavarovanja.



KAJ JE ZAVAROVANO?

- ✓ **Plačilo stroškov za storitve in organizacijo pomoči** pri vsakodnevnih opravilih na domu ter pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb, kamor spadajo:
 - ✓ pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb (pomoč pri hranjenju, oblačenju in slačenju, uporabi sanitarij...);
 - ✓ pomoč pri lahkih gospodinjskih opravilih (pomivanje posode po obroku, odstranjevanje smeti, vzdrževanje osnovne higiene v bivalnih prostorih...);
 - ✓ priprava preprostih obrokov;
 - ✓ nakupovanje (prehrambnih artiklov iz najbližje trgovine s skupno težo do 7 kg, prinašanje zdravil iz lekarne);
 - ✓ prevoz za opravljanje storitev (na zdravniške preglede, če to ni zajeto v obveznem zdravstvenem zavarovanju ter prevoz do najbližje banke ali pošte);
 - ✓ drugo (pomoč pri plačevanju položnic, pošiljanje pošte).
- ✓ **Zdravniška asistenca na daljavo**, ki omogoča, da se lahko v času, ko ste upravičeni do pomoči na domu, preko telefona posvetujete z zdravnikom v zvezi z vašimi zdravstvenimi težavami.



KAJ NI ZAVAROVANO?

- * Če je bolezen ali nezgoda posledica delovanja alkohola, drog, zdravil ali psihoaktivnih snovi;
- * prirojene anomalije, nosečnost, vključno z zapleti in posledicami le-te;
- * izvajanje visoko tveganih ter ekstremnih športov ali profesionalnih športnih aktivnosti;
- * opravljanje posebno nevarnih opravil;
- * kronične bolezni, spolno prenosljive bolezni, duševne in poklicne bolezni;
- * neposredni stroški, povezni z izvajanjem storitve (plačilo nakupa v trgovini, plačilo zneska položnic, nakup drv za ogrevanje ipd.);
- * ostale izključitve so navedene v zavarovalnih pogojih.



ALI JE KRITJE OMEJENO?

- | Jamstvo za kritje pomoči na domu prične veljati po poteku šestih mesecev po datumu začetka zavarovanja, pod pogojem, da je do začetka zavarovanja plačana prva premija. V nasprotnem primeru se jamstvo prične šest mesecev od dneva plačila prve premije, če so bile do tedaj plačane tudi ostale zapadle premije. Čakalne dobe ni, če je zavarovalni primer posledica nezgode.
- | Storitve pomoči na domu se opravljajo v času od 8.00 do 20.00 ure, ob delovnih dneh, izjemoma pa tudi ostale dni, in sicer največ do dvajset (20) ur tedensko. Vse storitve pomoči na domu po zavarovalnem primeru skupaj ne smejo presežati 280 ur.
- | Ostale omejitve so navedene v splošnih pogojih.



KJE JE ZAVAROVANJE VELJAVNO?

- ✓ Zavarovalno kritje velja na območju Slovenije.



KAKŠNE SO MOJE OBVEZNOSTI?

- Da storitve, ki so predmet zavarovanja, uveljavljate izključno preko našega asistenčnega centra (080 20 60), ki vas bo usmerjal pri uveljavljanju pravic iz naslova zavarovanja. Plačilo za opravljene storitve neposredno nakažemo izvajalcem storitev, skladno s pogodbami med nami in asistenčnimi partnerji.
- Da navajate popolne in resnične podatke.
- Premijo plačujete redno.



KDAJ IN KAKO PLAČAM?

Prvo premijo plačate ob sklenitvi zavarovanja oziroma najkasneje do dneva zapadlosti. Izbirate lahko med letnim, polletnim, četrtnim in mesečnim plačevanjem premije. Premija se plačuje vnaprej, in sicer do zadnjega dne v mesecu pred obdobjem, za katerega se premija plačuje.



KDAJ ZAVAROVANJE ZAČNE IN KDAJ NEHA VELJATI?

Zavarovanje se prične tistega dne, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja in velja za obdobje enega leta, pri čemer se podaljšanje izvede molče, razen če samodejnega podaljšanja ne prekličete vsaj tri mesece pred iztekom zavarovalnega leta.

Zavarovanje preneha v primeru odpovedi zavarovalne pogodbe, razdrtja zavarovalne pogodbe zaradi neplačila premije, v primeru smrti zavarovane osebe oziroma ob koncu zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 75. leto starosti.



KAKO LAHKO ODSTOPIM OD POGODBE?

Zavarovalno pogodbo lahko odpoveste najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta.

V primeru sklenitve na daljavo lahko odstopite od zavarovalne pogodbe v petnajstih dneh od dneva sklenitve zavarovanja. Odpoved zavarovalne pogodbe nam morate pisno sporočiti.

Pravila in pogoji Posebne ponudbe »Zdravstvena polica«



VARUH ZDRAVJA
VZAJEMNA

1. Kaj urejajo ti pogoji?

Ti Pogoji urejajo pogoje in način sodelovanja v Posebni ponudbi »ZDRAVSTVENA POLICA« (v nadaljevanju: Posebna ponudba) in opredeljujejo vaše in naše pravice ter obveznosti v zvezi s Posebno ponudbo. S sodelovanjem v Posebni ponudbi sprejemate določila teh pogojev, ki so objavljena na spletni strani www.vzajemna.si/pogoji-posebna-ponudba.

2. Organizator Posebne ponudbe

Organizator Posebne ponudbe je Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana (v nadaljevanju: Vzajemna).

3. Časovni potek

Posebna ponudba poteka od 1. 6. 2023 do 1. 10. 2023.

4. Pogoji sodelovanja

V Posebni ponudbi lahko sodeluje fizična oseba, v starosti od vključno 18. leta dalje, ki je zavarovalec in hkrati zavarovanec (v nadaljevanju: zavarovalec).

Zavarovalec, ki na posebni ponudbi izpolni vse zahtevane osebne podatke (korak 1) in poda soglasje za neposredno trženje (korak 2), je upravičen do sklenitve zavarovanja po tej Posebni ponudbi skladno s 5. točko. Podpisano posebno ponudbo (korak 3) mora zavarovalec vrniti do 10.9.2023. Če zahtevani osebni podatki zavarovalca na ponudbi niso izpolnjeni ali niso berljivi, je ponudba neveljavna.


Zavarovanje po tej Posebni ponudbi je mogoče skleniti tudi v prodajni mreži Vzajemne ali preko kode QR na ponudbi.

Zavarovalec ima lahko sklenjeno le eno zavarovanje Zdravstvena polica po tej Posebni ponudbi.

5. Ugodnosti Posebne ponudbe

Ugodnost Posebne ponudbe za vse, ki bodo izpolnjevali pogoje iz prejšnje točke, je brezplačna premija za zavarovanje Zdravstvena polica za obdobje od 1.10.2023 do 30.6.2024. Premija, ki se bo obračunavala od 1.7.2024 dalje je navedena na ponudbi ali polici, ki jo zavarovalec podpiše ob sklenitvi. Zavarovalna kritja in premija po starostnih razredih za zavarovanje po Posebni ponudbi je opredeljena v spodnji tabeli.

v EUR

Starostni razred	LETNA ZAVAROVALNA VSOTA						Mesečna premija brez DPZP ⁽¹⁾	Mesečna premija z 8,5 % DPZP ⁽¹⁾	Mesečna premija z 8,5 % DPZP
	Specialistične zdravstvene storitve	Zdravila na beli recept	Pomoč na domu*	Storitev Dr. Posvet	Asistenčne storitve	Drugo mnenje specialista	Od 1. 7. 2024		Od 1. 10. 2023 do 30. 6. 2024
18–49	do 1.000,00	do 300,00	✓	✓	✓	✓	6,84	7,42	
50–59			✓	✓	✓	✓	9,38	10,18	
60–64			✓	✓	✓	✓	11,11	12,05	
65 in več			✓	✓	✓	✓	15,71	17,05	

* Pomoč na domu zaradi posledic bolezni in nezgode: 20 ur + 60 km/primer.

⁽¹⁾ Mesečna premija brez oziroma z 8,5 % davkom od prometa zavarovalnih poslov (DPZP), ki jo zavarovalec plačuje od 1. 7. 2024.

Več o kritjih je navedeno v splošnih pogojih SP-ZP-21 in SP-PD-14, ki veljajo za zavarovanje po Posebni ponudbi.

Zavarovanje bo sklenjeno z dnem prejema izpolnjene in podpisane ponudbe oziroma z dnem podpisa police, in sicer za eno leto s samodejnim podaljševanjem. Z datumom začetka zavarovanja, to je 1.10.2023, velja kritje za zavarovalne primere, ki so posledica nezgode. Za zavarovalne primere, ki so posledica bolezni, velja 3-mesečna čakalna doba skladno s splošnimi pogoji SP-ZP-21.

Za zavarovanje po Posebni ponudbi ne veljajo omejitve glede najvišje vstopne in zgornje starostne meje, kot je opredeljena v splošnih pogojih SP-ZP-21, pač pa se v zavarovanje lahko vključijo vse osebe od vključno 18. leta starosti dalje, zavarovanje pa velja tudi po 65. letu starosti zavarovalca.

Odstop od zavarovanja po Posebni ponudbi bo možen skladno s splošnimi pogoji SP-ZP-21 oziroma v 30 dneh od začetka plačevanja premije razen, če je zavarovalec do takrat že koristil storitve iz sklenjene zavarovalne pogodbe. V tem primeru ostane zavarovanje v veljavi in ga lahko zavarovalec prekine skladno s splošnimi pogoji SP-ZP-21.

6. Reklamacije

Če imate kakršnakoli vprašanja ali pripombe v zvezi s Posebno ponudbo lahko pokličete na brezplačno telefonsko številko 080 20 60 (od ponedeljka do petka, med 7.00 in 18.00 uro), pišete na elektronski naslov info@vzajemna.si ali prek portala za stranke, če opravite ustrezno predhodno registracijo. V primeru utemeljenih reklamacij v zvezi s Posebno ponudbo se Vzajemna zavezuje, da jih bo obravnavala v razumnem času in vas o tem obvestila.

7. Zasebnost in varstvo podatkov

Vaši posredovani osebni podatki se bodo uporabili za namen izvedbe Posebne ponudbe, za namen sklenitve in izvajanja zavarovanja po Posebni ponudbi ter za namen podane privolitve za neposredno trženje. Upravljalcev vaših osebnih podatkov je organizator Posebne ponudbe – Vzajemna d.v.z., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana. Pravna podlaga za obdelavo osebnih podatkov je pogodba oz. podana privolitve za neposredno trženje.

Vse vaše osebne podatke bo Vzajemna na podlagi podane privolitve za neposredno trženje uporabljala za namen neposrednega trženja, kar vključuje:

- pošiljanje reklamnega gradiva, revij in vabil na dogodke,
- anketiranje,
- obveščanje o nagradnih igrah, katerih organizator je Vzajemna ali druga pravna oseba, ki nagradno igro organizira v sodelovanju z Vzajemno,
- oblikovanje in pošiljanje vam prilagojenih ponudb na podlagi ocenjevanja in predvidevanja vaših interesov, ekonomskega položaja, potreb (profiliranje) ipd.

Neposredno trženje bo Vzajemna lahko izvajala preko vseh komunikacijskih kanalov: navadna in elektronska pošta, kratkih SMS in MMS sporočil ter telefona (stacionarnega in mobilnega). Dano privolitve za obdelavo osebnih podatkov za namen neposrednega trženja lahko kadarkoli prekličete. To lahko storite s pisno izjavo, naslovljeno na Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana, oziroma na info@vzajemna.si ali na telefonski številki 080-20-60. Vzajemna bo z obdelavo, ki temelji na preklicani privolitvi, prenehal najkasneje v 15 dneh po njenem prejemu. Preklic privolitve ne vpliva na zakonitost obdelave osebnih podatkov, ki se je na podlagi privolitve izvajala do preklica.



Vaše osebne podatke bo Vzajemna hranila do izpolnitve namena oziroma do preklica privolitve. Osebne podatke, pridobljene za namen sklenitve in izvajanja zavarovanja, bo Vzajemna hranila deset let po prenehanju zavarovalne pogodbe oziroma deset let po koncu obdelave zavarovalnega primera oziroma deset let po zaključku sodnega postopka izterjave neplačanih obveznosti iz naslova zavarovalne pogodbe.

Pravice, ki vam pripadajo v zvezi z varstvom osebnih podatkov (seznanitev, popravek, izbris, pozaba, omejitev obdelave, ugovor, prenosljivost), boste lahko uresničevali tako, da zahtevo naslovite po pošti na naslov Vošnjakova ulica 2, Ljubljana ali na elektronski naslov reklamacije@vzajemna.si. Če na vašo zahtevo ne boste dobili pravočasnega odgovora ali bo vaša zahteva po vašem mnenju neupravičeno zavrnjena, lahko vložite pritožbo/prijavo pri Informacijskemu pooblaščenцу, Dunajska cesta 22, 1000 Ljubljana, telefon: 01/230-97-30, gp.ip@ip-rs.si.

Več o obdelavi vaših osebnih podatkov in vaših pravicah iz naslova varstva osebnih podatkov je dostopnih v politiki zasebnosti, ki je dostopna na www.vzajemna.si/politika-zasebnosti.

8. Spremembe pravil in pogojev posebne ponudbe

Vzajemna lahko Posebno ponudbo predčasno zaključi. Vzajemna bo informacije o tem objavila na spletni strani www.vzajemna.si.

9. Končne odločbe

Ti Pogoji se uporabljajo od 1. 6. 2023.

Ljubljana, 31. 5. 2023