

Splošni pogoji za Zdravljenje v tujini SP-ZVT-25



VARUH ZDRAVJA
VZAJEMNA

UVOD

1. Kaj je Zdravljenje v tujini?

- 1.1. Zdravljenje v tujini je zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju zavarovanje), ki vam omogoča pridobitev drugega zdravniškega mnenja, organizacijo in kritje stroškov zdravljenja v tujini in zdravil ali izplačilo zavarovalnine, če zbolite za eno od težjih bolezni, ki so krite skladno s temi splošnimi pogoji.
- 1.2. Splošni pogoji za Zdravljenje v tujini (v nadaljevanju pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe (v nadaljevanju pogodba). S sklenitvijo pogodbe soglašate z določili teh pogojev in jih v celoti sprejemate. Obseg kritij je razviden iz vaše police.

2. Definicije pogosto uporabljenih terminov

 Vi / Vaš	Se nanaša na vas kot na: • ponudnika, ki 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 in si s tem zagotovite dogovorjeno kritje oziroma postanete upravičeni do dogovorjene zavarovalnine.
 Mi / Naš	To smo mi, Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.d., 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 in predstavlja pogoj za veljavnost zavarovalnega kritja.
 Zavarovalno leto	Obdobje enega leta od začetka ali obnovitve zavarovanja.
 Zavarovalna vsota	Je znesek, ki pomeni zgornjo mejo naše obveznosti za posamezno kritje.
 Zavarovalnina	To je znesek, ki ga skladno s pogodbo izplačamo vam ali izvajalcu za posamezni zavarovalni primer.
 Čakalna doba	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.
 Bolezen	Odsotnost zdravja, ki jo ugotovi zdravnik in ni posledica nezgode.
 Nezgoda	Je vsak nenaden, nepredviden dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo, neodvisno od njegove volje, ter pri katerem se zavarovanec telesno poškoduje.
 Novonastala bolezen, stanje, poškodba	Je bolezen, stanje ali poškodba, ki nastopi v času zavarovalnega kritja.
 Zdravstveno stanje	Je celota telesnih in duševnih značilnosti posameznika, vključno z boleznimi, poškodbami, motnjami in drugimi okoliščinami, ki vplivajo na njegovo fizično, duševno in socialno delovanje.
 Zavarovalni primer	Je dogodek, zaradi katerega potrebujete našo pomoč in na podlagi katerega nastane naša obveznost iz pogodbe.



Pogodbeni partner

Družba, vključno z njenimi podizvajalci, s katero imamo sklenjeno pogodbo in za nas izvaja dogovorjene storitve.



Zdravnik cenzor

Zdravnik, pooblaščen z naše strani.

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, oziroma ob plačilu prve premije, če se tako dogovorimo.
- 3.3. Pogodbo lahko sklenete na podlagi pisne ponudbe ali tako, da pogodbeni stranki podpišeta pogodbo ali na drug način potrdita, da se strinjata o bistvenih elementih pogodbe, kot so določitev obsega kritij, premije, zavarovalne dobe in zavarovalne vsote. 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 tudi Vprašalnik o zdravstvenem stanju oziroma morebitna pisna izjava zavarovanca o zdravstvenem stanju.
- 3.4. Podpis ponudnika na ponudbi šteje za podpis zavarovalca na zavarovalni pogodbi. 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 pogodbeni določila skladna z dogovorjenim.
- 3.5. Podpisana ponudba za sklenitev pogodbe, ki nam je bila predložena, obvezuje ponudnika osem (8) dni od dneva, ko smo jo prejeli, če je potreben zdravniški pregled zavarovanca pa trideset (30) dni. Če v tem roku ne odklonimo vaše ponudbe, ki se ne odmika od pogojev velja, da je vaša ponudba z naše strani sprejeta in da je pogodba sklenjena tistega dne, ko smo prejeli ponudbo.
- 3.6. Za sklenitev pogodbe je lahko potreben vpogled v vašo medicinsko dokumentacijo in/ali 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 zavrnili in vam posredovali nasprotno ponudbo. Nasprotna ponudba je sprejeta, ko prejmemo vašo izjavo, da se z njo strinjate. 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.
- 3.8. Vašo ponudbo za sklenitev pogodbe lahko zavrnemo brez obrazložitve.
- 3.9. 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.
- 3.10. 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.
- 3.11. Pri pogodbah sklenjenih na daljavo lahko vaš podpis, če tako določimo, 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.
- 3.12. 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.
- 3.13. Vsi zahtevki in izjave, ki jih bomo predložili drug drugemu, morajo biti v pisni obliki. Za pisno sporočanje šteje pisno sporočanje po običajni pošti ali po elektronski 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. Pred sklenitvijo in med trajanjem pogodbe ste nam dolžni prijaviti vse okoliščine, ki so vam znane ali vam niso mogle ostati neznane 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 oziroma izjavi o zdravstvenem stanju.
- 4.2. Če ste namenoma neresnično prijavili ali namenoma zamolčali okoliščino takšne narave, da ne bi sklenili 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 izvedli 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 razdrtom pogodbe oziroma pred dosego 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 razdrto pogodbo.

5. Kdo se lahko zavaruje?

- 5.1. Praviloma se lahko zavarujete, če imate stalno prebivališče v Republiki Sloveniji.

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 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot datum prenehanja zavarovanja.
- 6.2. Zavarovanje se sklence za obdobje najmanj enega (1) 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. Če se zavarovanje prekliče v navedenem roku, pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 6.3. Ob podaljšanju zavarovanja se premija za naslednje zavarovalno leto določi skladno s točko 19 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 75 let oziroma, do takrat, ko se za zdravljenje v tujini porabi celotna vseživljenjska zavarovalna vsota, ki je določena na polici.
- 6.6. Če med trajanjem zavarovanja odpotujete v tujino, vam kritje preneha po zaporednih devetdesetih (90) dneh vašega bivanja v tujini. Kritje se ponovno vzpostavi z vašo vrnitvijo v domovino.
- 6.7. Pogodba predčasno preneha z dnem smrti zavarovanca, z dnem, ko zavarovalec postane poslovno nesposoben ali z razdrtom pogodbe.
- 6.8. Storitve klepet ali videoposvet 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 storitev prenehala z iztekom tekočega zavarovalnega leta.

7. Kako je z zavarovalnim kritjem?

- 7.1. Če ste do začetka zavarovanja plačali prvo premijo, bo z datumom začetka zavarovanja zagotovljeno kritje Drugo zdravniško mnenje in storitev klepet ali videoposvet. Za zavarovalne primere iz naslova ostalih kritij, ki so posledica novonastale bolezni prične zavarovalno kritje veljati po poteku čakalne dobe.
- 7.2. Če prva premija do začetka zavarovanja ni plačana, se zavarovalno kritje Drugo zdravniško mnenje in storitev klepet ali videoposvet prične z dnem, ko je plačana prva premija. Za ostala kritja se zavarovalno kritje prične po izteku dogovorjene čakalne dobe, šteto od dneva prvega plačila premije, če so do tedaj plačane tudi vse ostale zapadle premije v času trajanja zavarovanja.
- 7.3. Če je v zavarovalnem letu že izkoriščena celotna letna zavarovalna vsota, se zavarovalno kritje ponovno vzpostavi z začetkom naslednjega zavarovalnega leta.

PODROBNO O ZAVAROVANJU

8. Kaj krije zavarovanje?

Nabor vseh kritij na kratko predstavljamo v spodnji tabeli, podrobneje pa so opisane v naslednjih poglavjih. Kritja so sicer navedena na vaši polici.

Asistenčne storitve	Informiranje
	V asistenčnem centru lahko dobite naslednje informacije: - 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 drugo.
	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, bomo v sodelovanju s partnerji poskrbeli za: - organizacijo zdravstvene storitve, ki jo potrebujete, - pripravo vseh potrebnih informacij za hitro in enostavno uveljavljanje zdravstvene storitve za vas, - pomoč in svetovanje skozi celoten proces, - ureditev plačila ali povračila stroškov zdravstvenih storitev skladno s pogoji.
Drugo zdravniško mnenje	Kritje vam zagotavlja drugo zdravniško mnenje za vsa zdravstvena stanja.
Zdravljenje v tujini	Kritje obsega kritje naslednjih stroškov v primeru, da zbolite za eno od težjih bolezni, skladno s temi pogoji, in sicer: zdravstvene stroške: - povezane z bivanjem v bolnišnici oziroma v zdravstvenih centrih (v zvezi z zdravniškimi pregledi, zdravljenjem, medicinsko oskrbo ali kirurškim posegom), - obiskov zdravnikov med hospitalizacijo, - zdravstvenih in kirurških storitev ter s tem povezanih metod zdravljenja in receptov (kot na primer strošek anestezije, laboratorijske analize ipd.), - zdravil predpisanih na recept v tujini, - prevozov z reševalnimi vozili na kopnem ali v zraku, - storitev, ki jih prejme živi darovalec, stroške potovanja in nastanitve: - za vas in vašega spremljevalca (ter živega darovalca v primeru transplantacije), stroške vrnitve posmrtnih ostankov, stroške zdravil kupljenih v Sloveniji po zdravljenju v tujini, zdravstvene storitve po zaključenem zdravljenju v tujini, nadomestilo za bolnišnični dan.
Izplačilo zavarovalnine	Enkratno izplačilo v primeru zdravljenja v Sloveniji (če se ne odločite za zdravljenje v tujini) in izplačilo v primeru preinvasivnega raka oziroma zgodnjega stadija raka.
Klepet ali videoposvet	V času trajanja zavarovanja vam bo na voljo storitev klepet ali videoposvet z zdravnikom prek različnih klepetalnikov 24 ur na dan in vse dni v letu.

9. Kaj obsega Drugo zdravniško mnenje?

- 9.1. Namen Drugega zdravniškega mnenja je, da na podlagi le-tega preverite ustreznost postavljene diagnoze ter načrtovanega ali opravljenega zdravljenja.
- 9.2. Drugo zdravniško mnenje obsega komentar postavljene diagnoze bolezni, stanja ali poškodbe in priporočilo za zdravljenje.
- 9.3. Drugo zdravniško mnenje boste prejeli v pisni obliki v slovenskem jeziku.
- 9.4. Za strokovnost in kakovost izdelave drugega zdravniškega mnenja je v celoti odgovorna zdravstvena ustanova, ki izdela drugo zdravniško mnenje, zato je izrecno izključena kakršnakoli naša odškodninska odgovornost, ki se nanaša na izvedbo te storitve.



10. Kaj obsegajo stroški zdravljenja v tujini?

Zavarovanje krije stroške zdravljenja v tujini, ki so opredeljeni v nadaljevanju tega poglavja.

Za organizacijo in izvedbo zdravljenja v tujini je v celoti odgovoren pogodbeni partner in / ali zdravstvena ustanova, kjer se izvaja zdravljenje, zato je izrecno izključena kakršnakoli naša odškodninska odgovornost, ki se nanaša na izvedbo te storitve.

10.1. Zdravstveni stroški

Kritje obsega naslednje zdravstvene storitve:

- povezane z bivanjem v bolnišnici:
 - nastanitev v enoposteljni zasebni sobi, prehrana in splošna nega, ki jo zavarovanec prejme med bivanjem v bolnišnici,
 - druge bolnišnične storitve, vključno z ambulantnimi storitvami in stroški dodatne postelje oziroma postelje za spremljevalca, če bolnišnica nudi to storitev,
 - uporaba operacijske dvorane in vseh storitev, ki so povezane s tem.
- v zdravstvenem centru vendar le, če je bilo zdravljenje, kirurški poseg ali recept za zdravlila opravljen kot bi bil v dogovorjeni bolnišnici.
- zdravnikov (kot na primer stroški pregledov, zdravljenja, zdravstvene oskrbe, kirurškega posega in obiskov med hospitalizacijo).
- zdravstvene storitve:
 - za anestezijo in dajanje anestetikov, če storitev izvede usposobljeni anesteziolog,
 - za laboratorijske analize in patološke preiskave, rentgensko slikanje za diagnostične namene, radioterapijo, radioaktivne izotope, kemoterapijo, elektrokardiogram, ehokardiografijo, mielograme, elektroencefalogram, angiogram, računalniško tomografijo in druge podobne preiskave in metode zdravljenja, potrebne za diagnozo in zdravljenje,
 - za transfuzije krvi, dajanje plazme in seruma,
 - za stroške povezane z uporabo kisika, aplikacij intravenskih raztopin in injekcij.
- zdravil, predpisanih na recept med hospitalizacijo zaradi zdravljenja boleznih ali izvedbe zdravstvene storitve, skladno s temi pogoji.
- prevoza z reševalnim vozilom po kopnem ali zraku, ko je le-ta utemeljen in predpisan s strani zdravnika ter je predhodno odobren z naše strani.
- zdravstvenih storitev, ki jih potrebuje živi darovalec med postopkom odstranjevanja organa ali kostnega mozga, namenjenega presaditvi zavarovancu, vključno z:
 - bolnišničnimi storitvami, ki jih prejme darovalec (kot na primer namestitve, prehrana, osnovna nega, laboratorijske preiskave ter stroške uporabe bolnišničnih naprav in druge opreme),
 - kirurških in zdravstvenih storitev, povezanih z odvzemom darovalčevega organa ali kostnega mozga za presaditev zavarovani osebi.

10.2. Stroški povezani z organizacijo

Kritje obsega naslednje stroške povezane s potovanjem in nastanitvijo:

- za potovanje vas in vašega spremljevalca v tujino in nazaj v Slovenijo (ter živečega darovalca v primeru transplantacije), izključno za namen zdravljenja v tujini, ki je bilo odobreno z naše strani. Vse dogovore v zvezi s potovanjem izvedemo skupaj s partnerji mi, razen, če ni drugače dogovorjeno;
- nastanitve za vas in vašega spremljevalca ob potovanju izven države izključno z namenom zdravljenja v tujini. Stroške nastanitve zunaj bolnišnice bomo krili v višini zavarovalne vsote, navedene na zavarovalni polici, praviloma za največ trideset (30) dni.

10.3. Stroški povezani z vrnitvijo posmrtnih ostankov

Zavarovanje krije stroške prevoza posmrtnih ostankov na kraj pokopa v Sloveniji, minimalno zahtevane stroške krste za prevoz, balzamiranje in upravne formalnosti, v primeru smrti med zdravljenjem v tujini v skladu s temi pogoji, do višine zavarovalne vsote navedene na zavarovalni polici.

10.4. Stroški povezani z nakupom zdravil v Sloveniji

Po vrnitvi v Slovenijo po zdravljenju v tujini vam bomo krili stroške zdravil, predpisanih in kupljenih v Sloveniji, če so izpolnjeni naslednji pogoji:

- zdravilo je registrirano in odobreno s strani pristojnega organa v Sloveniji, njegova predpisovanje in uporaba pa sta urejena z zakonom;
- zdravilo je mogoče kupiti v Sloveniji;
- za zdravilo je potreben zdravniški recept v Sloveniji;
- zdravilo je medicinsko nujno za zdravljenje kritih bolezni in ga priporoči zdravnik, ki je zavarovanca zdravil v tujini;
- oskrba z zdravilom je bila predpisana za zavarovalni primer, ki je nastal med trajanjem zavarovalne police. Ob upoštevanju zgoraj navedenih pogojev vam bomo povrnil stroške za zdravila, kupljena v Sloveniji, po predložitvi recepta, originalnega računa in dokazila o plačilu. Kritje stroškov zdravil je omejeno z zavarovalno vsoto navedeno na zavarovalni polici. V primeru, da stroške zdravil delno ali v celoti krije Zavod za zdravstveno zavarovanje ali drug pristojni organ, bomo povrnil le tisti del stroškov, ki ste jih plačali sami.

10.5. Stroški zdravstvenih storitev po zaključenem zdravljenju v tujini

Če boste potrebovali dodatne zdravstvene storitve v tujini po zaključenem zdravljenju v tujini (kot na primer kontrolni pregled), vam bomo povrnil nastale stroške do višine zavarovalne vsote, kot je določena na polici. Do tega kritja ste upravičeni, če je bil zdravstveni poseg ali zdravljenje predhodno izvedeno v okviru

tega zavarovanja. Kritje velja izključno za zdravstvene storitve pri izvajalcu, kjer je bilo zdravljenje opravljeno. Stroške krijemo največ za obdobje šestintrideset (36) mesecev od dneva zaključka zdravljenja v tujini. Dogovorjeno zdravstveno storitev in organizacijo potovanja ter nastanitve za vas organiziramo mi, razen če se predhodno ne dogovorimo drugače.

10.6. Nadomestilo za čas bivanja v bolnišnici v tujini

Nadomestilo za čas bivanja v bolnišnici se izplača za vsak dan hospitalizacije, in sicer za največ šestdeset (60) dni v višini zavarovalne vsote navedene na polici.

11. V primeru katerih težjih bolezni ste upravičeni do kritja?

Obseg izbranih kritij je razviden iz vaše police. Kritje drugo zdravniško mnenje lahko uveljavljate za vsa zdravstvena stanja. Kritje za zdravljenje v tujini oziroma izplačilo zavarovalnine pa v primeru, da zbolite za eno od težjih bolezni, ki so opredeljene v nadaljevanju.

Zavarovanje je lahko sestavljeno iz naslednjih kritij (2 paketa)		
Maligni rak	✓	✓
Preinvazivni rak	✓	✓
Obvodna operacija koronarne arterije (bypass)		✓
Operacija srčnih zaklopk		✓
Nevrokirurški poseg		✓
Presaditev večjih organov		✓

12. Definicije težjih bolezni

12.1. Maligni rak

Diagnosticiran maligni tumor, za katerega je značilna nenadzorovana invazivna rast in širjenje, potrjena s histopatološkim poročilom in razvrščena kot maligni rak po AJCC klasifikaciji (American Joint Committee on Cancer, 8. izdaja TNM klasifikacije). Zajema tudi maligni limfom in maligne bolezni kostnega mozga, vključno z levkemijo.

Iz zavarovanja so izključeni naslednji tumorji:

- carcinom in situ (CIS), tumor in situ (TIS), preinvazivni rak, displazija, benigni tumorji, ciste in vse premaligne spremembe,
- bazalnocelični in ploščatocelični karcinomi kože ter kožni limfomi, sarkomi in dermatofibrosarkoma protuberans omejeni na kožo (koža je definirana kot ena ali več plasti povrhnjice, usnjice in podkožnega tkiva),
- tumorji prostate z Gleasonovo oceno manjšo kot 7 ali v stadiju manjšem od T2bN0M0 ali manjšem od pT2N0M0 po popolni odstranitvi prostate (radikalna prostatektomija),
- tumorji ščitnice v stadiju manjšem od T2N0M0,
- urotelni tumorji v stadiju manjšem od T1bN0M0,
- gastrointestinalni stromalni tumorji (GIST) in neuroendokrini tumorji razvrščeni nižje od prognostičnega stadija II v skladu z AJCC klasifikacijo (American Joint Committee on Cancer, 8. izdaja TNM klasifikacije),
- rak diagnosticiran zgolj na podlagi najdbe rakavih celic in/ali z rakom povezanih molekul v krvi, slini, blatu, urinu ali kateri koli drugi telesni tekočini brez nadaljnjih dokončnih in klinično preverljivih dokazov.

12.2. Preinvazivni oziroma zgodnji stadij raka

Žariščna, lokalizirana, avtonomna rast rakavih celic, ki ostaja omejena na plast tkiva iz katerega se je razvila in še ni povzročila invazije v normalna okoliška tkiva ali druge dele telesa. Diagnoza preinvazivnega oziroma zgodnjega stadija raka prostate in ščitnice mora biti vedno potrjena na osnovi mikroskopske preiskave fiksnega tkiva (histopatološko poročilo). Kritje velja za naslednje vrste tumorjev:

- vsi primarni karcinomi in situ po AJCC klasifikaciji (American Joint Committee on Cancer, 7. izdaja TNM klasifikacije), razen vsakršnega kožnega raka z izjemo melanoma in situ,
- tumorji prostate z Gleasonovo oceno manjšo kot 7 ali v stadiju manjšem od T2bN0M0 ali manjšem od pT2N0M0 po popolni odstranitvi prostate (radikalna prostatektomija)
- tumorji ščitnice v stadiju manjšem od T2N0M0.

Iz zavarovanja so izključeni naslednji tumorji:

- displazija, razen displazije visoke stopnje, ki se šteje kot karcinom in situ,
- vsakršna premaligna stanja,
- vsakršni kožni rak, razen melanoma in situ,
- rak, diagnosticiran zgolj na podlagi prisotnosti rakavih celic in/ali molekul povezanih s tumorjem v krvi, slini, blatu, urinu ali katerikoli drugi telesni tekočini, brez nadaljnjih dokončnih in klinično preverljivih dokazov.

12.3. Obvodna operacija koronarne arterije (bypass)

Izvedba operacije, ki zahteva sredinsko sternotomijo (odprtje prsnega koša po sredini), po nasvetu specialističnega zdravnika kardiologa, z namenom odprave zožanja ali zamašitve ene ali več koronarnih arterij z vstavitvijo bypass grafta.

Iz zavarovanja so izključeni perkutani koronarni posegi, kot je angioplastika,



ter vsi drugi znotraj arterijski posegi, ki temeljijo na uporabi katetrov ali laserskih tehnik.

12.4. Operacija srčnih zaklopk

Prvi pojav odprtega ali minimalno invazivnega kirurškega posega na srčnih zaklopkah, izvedenega za zamenjavo ali popravilo ene ali več srčnih zaklopk zaradi okvar, ki jih ni mogoče popraviti zgolj z intra-arterijskimi katetskimi postopki. Operacijo mora priporočiti specialist kardiolog.

12.5. Nevrokirurški posegi

Operativni poseg na možganih v splošni anesteziji, pri katerem se opravi kraniotomija. V obseg kritja so vključeni tudi kirurški posegi na hrbtenjači zaradi benignih tumorjev ter benigni tumorji, ki povzročajo trajne nevrološke izpade, čeprav po presoji ustreznega usposobljenega specialista operativno zdravljenje ni indicirano. Vključeni so tudi minimalno invazivni (t. i. "laparoskopija") posegi. Izključeni so operativni posegi na možganih in hrbtenici, ki so posledica travmatskih dogodkov. Prav tako so izključeni granulomi, nevromi, angiomi, ciste, abscesi ter adenom hipofize. Indikacijo za poseg mora potrditi ustrezen usposobljen specialist.

12.6. Presaditev večjih organov

Presaditev katerega koli od spodaj navedenih organov pri prejemniku ali uvrstitve na uradni čakalni seznam za presaditev katerega koli od spodaj navedenih organov:

- enega izmed celovitih človeških organov: srce, pljuča, jetra, ledvica, trebušna slinavka ali
- človeškega kostnega mozga z uporabo hematopoetskih matičnih celic, pri čemer je presaditev predhodno izvedena po popolni ablaciji kostnega mozga.

Presaditev mora biti medicinsko nujna in utemeljena z objektivno potrjeno odpovedjo organa. Druge presaditve matičnih celic, razen zgoraj navedenih, so izključene.

13. Kaj obsega izplačilo zavarovalnine?

- 13.1. Če se po potrditvi diagnoze in upravičenosti do kritja zdravljenja v tujini ne odločite za zdravljenje v tujini, lahko za vse krite bolezni po teh pogojih, prejmete izplačilo v višini zavarovalne vsote določene z zavarovalno polico. Pogoji za izplačilo je, da ste preživeli trideset (30) dni od začetne diagnoze. V primeru postavitve diagnoze preinvazivnega oziroma zgodnjega stadija raka ne morete koristiti zdravljenja v tujini po teh pogojih, pripada pa vam izplačilo zavarovalnine, kot je navedeno na zavarovalni polici.
- 13.2. Po izplačilu zavarovalnine za bolezen krito po teh pogojih, ne boste več upravičeni do izplačil ali zdravljenja v tujini, če ponovno zbolite za isto boleznijo. V primeru izplačila za preinvazivni oziroma zgodnji stadij raka, ste še vedno upravičeni do izplačila ali zdravljenja v tujini za maligni rak.

14. Kaj obsega klepet ali videoposvet?

- 14.1. Če boste zaradi nenujnih zdravstvenih težav potrebovali nasvet zdravnika, boste lahko koristili klepet ali videoposvet prek različnih klepetalnikov, 24 ur na dan, vse dni v letu.
- 14.2. Klepet ali videoposvet 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.
- 14.3. Pogodbeni partner v celoti odgovarja za kakovostno izvedbo storitve, zato je izrecno izključena kakršnakoli naša odškodninska odgovornost, ki se nanaša na izvedbo te storitve.

NAŠE OBVEZNOSTI IN VAŠE PRAVICE

15. Katere so naše obveznosti?

- 15.1. Obvezujemo se, da bomo ob nastanku posameznega zavarovalnega primera izpolnili vse s pogodbo določene obveznosti.
- 15.2. Za vas bomo skupaj z našimi partnerji organizirali dogovorjene zdravstvene storitve in vas vodili skozi proces uveljavljanja le-teh. Stroške opravljenih storitev, bomo poravnali neposredno pogodbenemu izvajalcu ali pa vam, če se tako predhodno dogovorimo.

16. Na kakšen način uveljavljate pravice iz zavarovanja?

- 16.1. Drugo zdravniško mnenje:
Če imate postavljeno diagnozo in potrebujete storitev Drugega zdravniškega mnenja, lahko pokličete v naš asistenčni center ali oddate zahtevek prek naše spletne strani, kjer je dostopna aplikacija našega pogodbenega partnerja za pridobitev Drugega zdravniškega mnenja. V prvem koraku bomo preverili upravičenost vašega zahtevka, vi pa boste pogodbenemu partnerju podali soglasje za namen priprave drugega zdravniškega mnenja, in posredovali potrebno zdravstveno dokumentacijo.
S strani našega partnerja boste praviloma v treh (3) delovnih dneh prejeli na izbiro predloge za pripravo drugega zdravniškega mnenja s strani zdravstvenih ustanov. O svoji izbiri boste obvestili partnerja, izbrana zdravstvena ustanova vam bo praviloma najkasneje v dvanajstih (12) delovnih dneh od prejema

celotne zdravstvene dokumentacije izdelala drugo zdravniško mnenje in podala priporočilo za zdravljenje, ki ga boste prejeli v slovenskem jeziku. Če so za izdelavo in pridobitev drugega zdravniškega mnenja potrebne dodatne preiskave, stroški le-teh niso del zavarovalnega kritja po teh pogojih in jih boste morali kriti sami.

Pogodbeni partner se zavezuje k zaupni obravnavi vaših osebnih podatkov in zdravstvene dokumentacije.

16.2. Zdravljenje v tujini:

Če se odločite za zdravljenje v tujini, nam morate v roku tridesetih (30) dni od prejema drugega zdravniškega mnenja, podati prijavo zavarovalnega primera prek naše spletne strani. Preverili bomo upravičenost zahtevka in poskrbeli, da se vzpostavi komunikacija z našim pogodbenim partnerjem. S strani pogodbenega partnerja, boste prejeli največ tri (3) predloge za zdravljenje v najboljših zdravstvenih centrih in izbrali tistega, v katerem se želite zdraviti. Naš pogodbeni partner bo za vas pripravil načrt zdravljenja in ostale potrebne informacije o namestitvi, o prevozu vas in vašega morebitnega spremljevalca.

16.3. Stroški zdravil kupljenih v Sloveniji po zdravljenju v tujini:

Po končanem zdravljenju v tujini, lahko za zdravila, kupljena v Sloveniji, ki so bila pripravljena s strani zdravnika, uveljavljate povračilo stroškov nakupa, in sicer do zavarovalne vsote, navedene na zavarovalni polici. Prijavo za povračilo stroškov nakupa zdravil, lahko podate prek naše spletne strani skupaj s predložitvijo recepta in računa. Zahtevek za povračilo stroškov naj vsebuje jasno razmejitev stroškov, ki ste jih plačali sami, od tistih, ki so bili kriti iz drugih virov.

16.4. Zdravstvene storitve po zaključenem zdravljenju v tujini:

Za organizacijo zdravstvenih storitev, potovanja in nastanitve po zaključenem zdravljenju v tujini z naše strani lahko podate zahtevek prek spletne strani. Stroške opravljene zdravstvene storitve poravnate sami, mi pa vam povrnemo stroške na podlagi računa ali dokazila o plačilu, razen če ni drugače dogovorjeno.

16.5. Izplačilo zavarovalnine:

Če se odločite za izplačilo zavarovalnine, nam podajte prijavo zavarovalnega primera prek naše spletne strani. Preverili bomo upravičenost in izplačali dogovorjeno zavarovalnino.

16.6. Klepet ali videoposvet z zdravnikom:

Če boste potrebovali nasvet zdravnika, se boste z njim lahko povezali prek različnih klepetalnikov. Pred prvim posvetom z zdravnikom boste potrdili pogoje uporabe storitve našega pogodbenega partnerja.

16.7. Ostalo:

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 sami. Če pomembnih okoliščin v zvezi z reševanjem vašega zahtevka ne bo mogoče ugotoviti v petnajstih (15) dneh od prejema popolne dokumentacije, ne bomo organizirali storitve iz naslova zavarovanja oziroma ne bomo poravnali stroškov z naslova zavarovanja in bomo vaš zavarovalni primer zaključili.

17. Katere so omejitve naših obveznosti?

- 17.1. Dogovorjene zdravstvene storitve boste lahko uveljavljali po poteku čakalne dobe.
- 17.2. Čakalna doba velja za novonastale bolezni in stanja, in sicer šest (6) mesecev od datuma začetka zavarovanja. Čakalna doba ne velja za storitve klepeta ali videoposveta in Drugega zdravniškega mnenja.
- 17.3. Če vam zavarovanje preneha iz razloga starosti in zdravljenje še ni zaključeno oziroma še ni preteklo šestintrideset (36) mesecev od zaključka zdravljenja, krijemo tudi stroške zdravljenja, ki nastanejo po prenehanju zavarovanja.
- 17.4. Za kritje stroškov zdravljenja v tujini ali izplačilo zavarovalnine skladno s temi pogoji, je potrebna predhodna pridobitev Drugega zdravniškega mnenja.
- 17.5. Če se odločite za zdravljenje v tujini, nam morate vašo odločitev posredovati najkasneje v roku trideset (30) dni od prejema Drugega zdravniškega mnenja.
- 17.6. Zdravljenje v tujini je za vsak primer primarnega invazivnega raka in medicinskih postopkov omejeno na primarno zdravljenje.

18. Kaj ni krito?

- 18.1. Zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja:
- za vse bolezni ali zdravstvena stanja, ki niso posebej zajeti v točki 12 teh pogojev,
 - za vse vrste obstoječih zdravstvenih stanj in / ali prirojenih bolezni, prirojenih napak, deformacij ali bolezni, ki so nastopile pred začetkom zavarovanja,
 - za vse bolezni ali zdravstvena stanja, ki so diagnosticirana in/ali se prvič pokažejo v času čakalne dobe,
 - ki ni opredeljeno kot primarno zdravljenje,
 - opravljenega v Sloveniji (razen potovalnih ali prevoznih storitev, ki jih organizira zavarovalnica oziroma pogodbeni partner),
 - nastalih kot posledica vojn, terorističnih dejanj, potresnih sunkov, nemirov, izgrediv, poplav, vulkanskih izbruhov, kot tudi neposrednih ali posrednih posledic jedrske reakcije ter drugih naravnih ali tehničnih katastrofalnih



- pojavnov, vključno z uradno razglašenimi epidemijami,
- ki nastanejo kot posledica izvajanja profesionalnih ali visoko tveganih športov,
 - vsakršnih stroškov zdravstvene oskrbe zaradi alkoholizma, odvisnosti od drog in / ali opojnih substanc zaradi zlorabe alkohola in / ali jemanja psihoaktivnih snovi, narkotikov ali halucinogenih drog,
 - nastalih zaradi posledic zdravljenja zaradi poskusa samomora ali samopoškodovanja,
 - preinvazivnega raka oziroma raka v zgodnjem stadiju,
 - ki je potrebno zaradi AIDS-a (sindrom pridobljene imunske pomanjkljivosti), okužbe z virusom HIV (virus človeške imunske pomanjkljivosti) ali kateregakoli stanja, ki nastane zaradi tega (vključno z boleznijo znano kot Kaposijev sarkom) ter kateregakoli zdravljenja zaradi AIDS-a ali okužbe z virusom HIV, vključno z boleznijo, znano kot Kaposijev sarkom,
 - travmatskih poškodb aorte in / ali prirojene spremembe aorte in koronarnih žil in
 - travmatskih poškodb ali prirojenih sprememb srčnih zaklopk.
- 18.2. Zavarovanje tudi ne krije stroškov:
- nastalih pred izdajo Drugega zdravniškega mnenja,
 - ki niso bili odobreni in organizirani s strani zavarovalnice ali našega pogodbenega partnerja,
 - ki nastanejo zaradi vseh boleznih ali stanj, povzročenih s strani zavarovanca namenoma ali z goljufijo oziroma zaradi dejanj iz malomarnosti ali storitve kaznivega dejanja zavarovanca,
 - storitev, ki ni medicinsko nujna za zdravljenje zavarovane bolezni ali medicinskega posega,
 - nastalih zaradi oskrbe v zaprtih ustanovah, zdravstvene nege na domu ali storitev, opravljenih v ustanovi za rehabilitacijo, hospicu ali domu za ostarele, tudi če so te storitve potrebne ali zahtevane kot posledica zavarovane bolezni ali medicinskega posega,
 - korekcijskih pripomočkov in medicinskih aparatov, ki niso potrebni med operativnim posegom za zavarovano bolezen (z izjemo proteze za mamoplastiko po mastektomiji, če je bila mastektomija krita s to polico),
 - vseh farmacevtskih izdelkov in zdravil, ki jih ni izdal pooblaščen farmacevt ali ki so na voljo brez zdravniškega recepta,
 - zdravstvene oskrbe ali namestitve v primerih možganskega sindroma, senilnosti ali možganske prizadetosti, ne glede na stopnjo njihovega razvoja, razen če je možganska prizadetost posledica zdravljenja v zdravstveni ustanovi, ki smo ga organizirali v okviru vašega zavarovanja,
 - kakršnegakoli zdravljenja, storitev, medicinskih pripomočkov ali zdravniškega recepta za bolezen, za katero je najboljši način zdravljenja presaditev kostnega mozga,
 - nastalih pri nakupu ali najemu invalidskih vozičkov, posebnih postelj, naprav za klimatizacijo, čistilcev zraka in drugih podobnih predmetov ali opreme, razen če so namenjeni uporabi med hospitalizacijo v času zdravljenja, ki ga krijemo,
 - ki nastanejo z vaše strani ali strani vaših sorodnikov, spremljevalcev ali spremstva, razen tistih, ki so izrecno kriti skladno s temi pogoji,
 - kozmetične in plastične operacije (razen mamoplastike po mastektomiji, če je bila mastektomija krita v okviru te police),
 - paliativnega zdravljenja in preventivnih pregledov,
 - preiskav, ki se izvajajo brez zdravljenja z namenom zgolj spremljanja zdravstvenega stanja, če ni drugače dogovorjeno,
 - če se presaditev izvaja kot samopresaditev (avtotransplantacija), z izjemo presaditve kostnega mozga,
 - če je zavarovanec darovalec organov,
 - presaditve matičnih celic, razen presaditev kostnega mozga,
 - presaditve od mrtvega darovalca,
 - nakupa darovanih organov,
 - eksperimentalnega zdravljenja, vključno z diagnostičnimi, terapevtskimi in / ali kirurškimi postopki, katerih varnost in zanesljivost še nista bili ustrezno znanstveno dokazani.

PREMIJA

19. Kako je določena višina premije?

- 19.1. Premija se določi skladno z našim veljavnim premijskim cenikom, ki je oblikovan po starostnih razredih. Ob prehodu v višji starostni razred, se ob začetku novega zavarovalnega leta višina zavarovalne premije uskladi s premijo, ki je za posamezni starostni razred določena v veljavnem premijskem ceniku.

20. Kako nam morate plačevati premijo?

- 20.1. Premija se plačuje z dinamiko plačevanja, ki je določena v pogodbi (letno, polletno, četrtletno, 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.
- 20.2. Če ste premijo plačali prek banke ali druge organizacije za plačilni promet se

šteje, da je premija plačana z dnem, ko ste le-tej dali nalog za izvedbo plačila. V primeru zamude pri plačilu vam lahko zaračunamo zakonite zamudne obresti in stroške.

- 20.3. Poleg dogovorjene premije ste dolžni plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec predpisal v času trajanja pogodbe.
- 20.4. 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.
- 20.5. 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.

21. Ali se lahko pogodba med trajanjem spremeni?

- 21.1. Med trajanjem zavarovanja lahko zaradi spremenjenih okoliščin, pod katerimi je bilo zavarovanje sklenjeno in se izvaja, pride do sprememb pogojev, višine premije ali višine letne zavarovalne vsote.
- 21.2. Če pride do sprememb, vas o tem obvestimo na primeren način vsaj en (1) mesec pred uveljavitvijo spremembe, pri čemer bodo spremembe začele veljati z začetkom novega zavarovalnega leta. 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.
- 21.3. Če je sprememba v vašo korist ali če se spremeni višina premije zaradi prehoda v višji starostni razred, nimate pravice odstopiti od zavarovalne pogodbe.
- 21.4. V času trajanja zavarovanja lahko zaprosite za spremembo načina plačevanja premije. Sprememba praviloma začne veljati s prvim dnem v naslednjem mesecu.

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

- 22.1. 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.
- 22.2. V primeru medsebojne komunikacije po priporočeni pošti se ob vašem ne prevzemu 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

23. Osební podatki

- 23.1. Zavarovalec in zavarovanec s sklenitvijo pogodbe izrecno dovoljuate, da vaše osebne podatke skladno z zakonom Republike Slovenije, 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 zdravnika cenzorja v ustrezno medicinsko dokumentacijo. Hkrati nas pooblašate, da smemo posamezne podatke tudi pridobivati oziroma preverjati pri ustanovah, ki razpolagajo z osebnimi podatki.
- 23.2. 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/politika-zasebnosti. 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 sproti sporočate prek naše spletne strani ali pisno na naslov Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.d., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana.
- 23.3. Z namen zagotovitve dogovorjenih zdravstvenih storitev, si vaše osebne podatke, vključno z zdravstvenimi podatki, na podlagi sklenjene pogodbe in zakona, ki ureja zavarovalništvo, lahko izmenjujemo s pogodbenim partnerjem.
- 23.4. Ob sklenitvi zavarovanja bomo našemu pogodbenemu partnerju, za namen identifikacije in koriščenja storitve klepet ali videoposvet, posredovali vaše osebne podatke (zlasti ime, telefonsko številko, elektronski naslov, letnico rojstva, spol, številko police). Od pogodbenega partnerja boste prejeli povezavo, prek katere boste lahko koristili storitev klepet ali videoposvet. 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 seznanili pred prvim koriščenjem storitve.
- 23.5. 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.



24. Postopek pritožbe

- 24.1. V primeru spora v zvezi s pogodbo se spor lahko rešuje v izvensodnem postopku z vložitvijo pritožbe. Pritožbo vložite prek naše spletne strani, ustno ali pisno na naši poslovni enoti ali na www.vzajemna.si/za-stranke.
- 24.2. 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.
- 24.3. 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.

25. Končne določbe

- 25.1. 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.
- 25.2. V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče Republike Slovenije, krajevno pa sodišče v Ljubljani.
- 25.3. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice se objavi na spletni strani www.vzajemna.si.
- 25.4. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- 25.5. Ti pogoji se uporabljajo od 1. 10. 2025.