

Splošni pogoji za kolektivno zdravstveno polico SP-KZP-24



VARUH ZDRAVJA
VZAJEMNA

UVOD

1. Kaj je Zdravstvena polica?

- 1.1. Kolektivna zdravstvena polica je zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju zavarovanje), ki vašim zaposlenim, s pomočjo naše asistence, omogoča hiter dostop ter kritje zdravstvenih storitev, ki jih je možno zagotoviti izven javne zdravstvene mreže.
- 1.2. Zavarovanje je praviloma namenjeno zaposlenim v podjetju.
- 1.3. Zavarovanje v primeru bolezni ali nezgode zagotavlja organizacijo in kritje stroškov specialistično ambulantnih storitev, enostavnih in zahtevnih diagnostičnih preiskav, drugega mnenja specialista, rehabilitacije, zobozdravstvenih storitev, zdravil, enostavnih in zahtevnejših operativnih posegov ter preventive. Na vaši zavarovalni pogodbi oziroma polici je razvidno, katera kritja ste izbrali za zaposlene.
- 1.4. Splošni pogoji za kolektivno 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.

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, ki si je z vključitvijo v zavarovanje zagotovil dogovorjena kritja ter postal upravičen do dogovorjene zavarovalnine.



Mi / Naš

To smo mi, Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.d., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana.



Pristopna izjava

Pisna ponudba, ki jo praviloma podpiše zavarovanec in predstavlja pisno soglasje za pristop k zavarovanju.



Pogodba / 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.



Ponavljajoča bolezen, stanje, poškodba

To je bolezen, stanje ali poškodba, ki se ponavlja z vmesnimi remisijskimi obdobji, z izmenjavo boljšega in slabšega zdravstvenega stanja. Šteje se, da je bolezen, stanje ali poškodba ponavljajoča, ko je to medicinsko ugotovljeno oziroma ko zavarovanec uveljavlja pravico do kritja stroškov za več kot tri (3) zavarovalne primere iz istega vzroka.



Kronična bolezen, stanje, poškodba

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.



Obstoječe zdravstveno stanje

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



Napotilo

Je napotnica ali izvid zdravnika na primarni ali sekundarni ravni ali napotilo Varuha zdravja, ki ga izda naš pogodbeni zdravnik in se uporablja izključno za uveljavljanje storitev iz tega 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.



Izvajalec

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



Pooblaščen zdravnik

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

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. V pogodbi, ki jo boste sklenili z nami na predhodno dogovorjen način, bomo upoštevali število vključenih zaposlenih in njihovo povprečno starost, lahko pa tudi dejavnost zavarovalca in vrsto del, ki jih opravljajo zaposleni.
- 3.4. 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 lahko tudi Vprašalnik o zdravstvenem stanju.
- 3.5. Podpis ponudnika na ponudbi šteje za podpis zavarovalca na zavarovalni pogodbi. Ob vključitvi zavarovanca v zavarovanje lahko zahtevamo, da izpolni in podpiše pristopno izjavo, ki lahko vsebuje vprašalnik o zdravstvenem stanju. S podpisom pogodbe izjavljate, da ste bili pred sklenitvijo pogodbe seznanjeni s pogoji sklepanja in izvajanja zavarovanja ter da so pogodbeni določila skladna z dogovorjenimi.
- 3.6. 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 odmiha od pogojev velja, da je vaša ponudba z naše strani sprejeta in da je pogodba sklenjena tistega dne, ko smo prejeli ponudbo.
- 3.7. Za sklenitev pogodbe je lahko potreben vpogled v medicinsko dokumentacijo in/ali zdravniški pregled, ki ga za zavarovanca organiziramo mi.
- 3.8. Če vam v odgovoru na ponudbo predlagamo dopolnitev, določimo doplačilo ali izključitev se šteje, da smo ponudbo zavrnil in vam posredovali nasprotno ponudbo. Nasprotna ponudba je sprejeta, ko prejmemo vašo izjavo, da se z njo strinjate.
- 3.9. Če v roku petnajst (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.

- 3.10. Vašo ponudbo za sklenitev pogodbe lahko zavrnilo brez obrazložitve.
- 3.11. 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.
- 3.12. 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.
- 3.13. 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.
- 3.14. 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.
- 3.15. Vsi zahtevki in izjave, ki jih bomo predložili drug drugemu, morajo biti v pisni obliki. Za pisno sporočanje šteje pisno sporočanje po 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 o zdravstvenem stanju, če ste ga izpolnili.
- 4.2. Če ste namenoma neresnično prijavili ali namenoma zamlčali okoliščino takšne narave, da ne bi sklenili pogodbe z nami, 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 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 zavarujejo osebe, ki imajo stalno ali začasno prebivališče v Republiki Sloveniji in so zaposlene pri vas.
- 5.2. V zavarovanje se praviloma ne morejo vključiti osebe, ki so v bolniškem staležu na podlagi odločbe Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

6. Ali se lahko v zavarovanje vključijo tudi družinski člani zaposlenih?

- 6.1. Poleg zaposlenega se praviloma lahko zavarujejo tudi njegovi družinski člani, in sicer zakonec ali izven zakonski partner ter njuni otroci, ki imajo stalno ali začasno prebivališče v Republiki Sloveniji.
- 6.2. Otroci zavarovanca se lahko vključijo do dopolnjenega 25. leta starosti. V zavarovanje so lahko vključeni do dopolnjenega 27. leta starosti.
- 6.3. Družinski člani se v zavarovanje lahko vključijo samo ob pogoju, da je v zavarovanje vključen tudi zaposleni. To lahko storijo tako, da izpolnijo in podpišejo pristopno izjavo, ki lahko vsebuje vprašalnik o zdravstvenem stanju.

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

- 7.1. 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.
- 7.2. Če se zaposleni ali njegov družinski član, ki izpolnjuje pogoje za vstop v

zavarovanje, vključi v zavarovanje med trajanjem zavarovalne pogodbe, začne zavarovanje zanj veljati ob 00.00 uri prvega (1.) dne v naslednjem mesecu po datumu sprejema v kolektivno zavarovanje, če ni drugače dogovorjeno.

- 7.3. Zavarovanje se sklone 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 preklic s pisnim obvestilom, ki nam mora biti dano najmanj šestdeset (60) dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. Če se zavarovanje preklic v navedenem roku, pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 7.4. 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.
- 7.5. Zavarovanje se podaljšuje in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem boste dopolnili starost 75 let.
- 7.6. Zavarovanje za posameznega zavarovanca predčasno preneha z dnem smrti zavarovanca, z dnem prenehanja delovnega razmerja zaposlenega, razen če ni drugače dogovorjeno ali z razdrtom pogodbe. Če zaposlenemu zavarovanje predčasno preneha, hkrati preneha tudi zavarovanje za družinske člane.
- 7.7. Asistenčne storitve klepet ali video posvet 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.

8. Kako je z zavarovalnim kritjem?

- 8.1. 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 ter zavarovalne primere, ki so posledica obstoječega zdravstvenega stanja, prične zavarovalno kritje veljati po poteku čakalne dobe.
- 8.2. 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.
- 8.3. Če je v zavarovalnem letu že izkoriščena celotna letna zavarovalna vsota, se zavarovalno kritje ponovno vzpostavi z začetkom naslednjega zavarovalnega leta.
- 8.4. Zavarovanje za Operativne posege za posameznega zavarovanca preneha, če je bila po vseh škodnih zahtevkih izplačana dogovorjena skupna zavarovalna vsota, ki je določena na polici.

PODROBNO O ZAVAROVANJU

9. 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 opisane v naslednjih poglavjih. Kritja so sicer navedena na vaši polici.

Asistenčne storitve

Informiranje

V asistenčnem centru lahko dobite naslednje informacije:

- v zvezi z zavarovanjem in obsegom kritij,
- o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja,
- o izvajalcih zdravstvenih storitev iz zavarovanja,
- splošne informacije o naših zavarovanjih ter drugo.

Preverjanje in potrditev upravičenosti vašega zahtevka

V asistenčnem centru se preveri in potrdi upravičenost 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 poskrbimo za:

- organizacijo zdravstvene storitve, ki jo potrebujete,
- pripravo vseh potrebnih informacij glede hitrega in enostavnega uveljavljanja zdravstvene storitve,
- ureditev plačila ali povračila stroškov zdravstvenih storitev skladno s pogoji.



Klepnet ali video posvet z zdravnikom	V času trajanja zavarovanja vam bo na voljo klepnet ali video posvet z zdravnikom prek različnih klepnetalnikov 24 ur na dan in vse dni v letu.
Specialistične zdravstvene storitve	
Zdravstvene storitve na primarni ravni	Kritje zagotavlja hiter dostop do zdravnika splošne oziroma družinske medicine ter ginekologije.
Specialistične zdravstvene storitve	Kritje vam zagotavlja hiter dostop do: • specialističnih ambulantnih storitev, • diagnostičnih preiskav, • drugega mnenja specialista za vas in za vaše družinske člane.
Rehabilitacija	Kritje obsega: fizioterapijo, delovno in govorno terapijo 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.
Specialistični ambulantni operativni posegi	Kritje zagotavlja plačilo stroškov specialističnih ambulantnih posegov.
Preventiva	Kritje zagotavlja organizacijo in kritje stroškov izbranih preventivnih zdravstvenih storitev.
Operativni posegi	
Operativni posegi zaradi posledic bolezni ali nezgode	Če zavarovanec potrebuje operativni poseg zaradi bolezni ali nezgode, krije stroške samplačniškega 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.
Drugo mnenje	
Drugo mnenje	Kritje vam zagotavlja pridobitev drugega zdravniškega mnenja ter posvetovalnega obiska pri našem pogodbenem zdravniku.

10. Kaj vse obsegajo asistenčne storitve?

- 10.1. **Informiranje:** s klicem v naš asistenčni center na telefonsko številko 080 20 60 lahko pridobite informacije o zavarovanju, izvajalcih zdravstvenih storitev ter pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja. Pri nas lahko pridobite tudi splošne informacije, ki se nanašajo na naša zavarovanja in drugo.
- 10.2. **Preverjanje in potrditev upravičenosti zahtevka:** na podlagi posredovanih podatkov in dokumentacije, ki nam jo boste posredovali, bomo preverili vaše zavarovanje ter se z vami dogovorili glede organizacije storitve pri našem izbranemu izvajalcu.
- 10.3. **Asistenca pri koriščenju zdravstvenih storitev:** ko preverimo in potrdimo upravičenost vašega zahtevka, vam organiziramo zdravstveno storitev. Po dogovoru z vami bomo uredili vse potrebno za hiter in enostaven dostop do zdravstvene storitve, ki jo potrebujete.
- 10.4. **Klepnet ali video posvet z zdravnikom:** če boste zaradi nenujnih zdravstvenih težav potrebovali nasvet zdravnika, boste lahko koristili klepnet ali video posvet z zdravnikom prek različnih klepnetalnikov 24 ur na dan in vse dni v letu. Klepnet 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. Asistenčno storitev zagotavlja naš pogodbeni partner skladno s točko 15 teh pogojev.

11. Kaj obsega zavarovanje za specialistične zdravstvene storitve?

- 11.1. Zavarovanje za specialistične zdravstvene storitve se lahko sklene kot samostojno zavarovanje. Zavarovanju se lahko dodajo tudi izbirna kritja (opcijsko). Če bo zavarovanec zaradi bolezni ali nezgode potreboval specialistično storitev ali druge zdravstvene storitve opredeljene v tem poglavju, bomo poravnali stroške, ki bodo pri tem nastali, in sicer največ do višine zavarovalne vsote, ki smo jo določili v pogodbi. Dogovorjeno zdravstveno storitev organiziramo mi, razen če se predhodno ne dogovorimo drugače. Storitve je lahko organizirana tudi v obliki telefonskega ali video

posveta. Področja specialnosti, pri katerih je tovrstna storitev omogočena, so objavljena na naši spletni strani.

- 11.2. Z zavarovanjem boste imeli enostaven in hiter dostop ter kritje za naslednje zdravstvene storitve:

- **zdravstvene storitve na primarni ravni**, kamor spadajo posveti pri zdravniku splošne oziroma družinske medicine in en (1) obisk v posameznem zavarovalnem letu pri specialistu ginekologije;
- **specialistične ambulantne storitve**, kamor spadajo storitve, ki so potrebne za diagnostiko in 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 za rak sumljivih ali rakastih kožnih sprememb oziroma 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 tri (3) obiske;
- **zahtevne diagnostične preiskave**, ki obsegajo storitve, katere praviloma predstavljajo nadaljevanje specialističnih pregledov ter so navadno potrebne za postavitve diagnoze pri novonastali bolezni, stanju ali poškodbi. To so magnetno resonančne preiskave (MR, MRA), računalniško tomografske preiskave (CT, CTA), pozitronska emisijska tomografija (PET), UZ vodena biopsija notranjih organov, artrografija, endoskopski UZ, gastroskopija, kolonoskopija ter morebitni odvzem tkiva za patohistološko preiskavo;
- **drugo mnenje specialista**, ki zavarovancu in njegovim ožjim družinskim članom (zakonec ali izven zakonski partner ter njuni otroci), enkrat letno zagotavlja dostop do ponovne specialistične obravnave v naši mreži pogodbenih izvajalcev.

- 11.3. **Rehabilitacija**

Zdravstvene storitve v okviru tega kritja so zagotovljene zaradi posledic nezgode ali bolezni, če je tako dogovorjeno v pogodbi in vključuje storitve fizioterapije ter delovne in govorne terapije, ki predstavljajo nadaljevanje specialistične obravnave ali operativnega posega in so potrebne za zdravljenje novonastale bolezni, stanja ali poškodbe.

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 ustrezno slikovno diagnostiko (npr. UZ, MR).

Rehabilitacija 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.

Delovna terapija je del rehabilitacije, ki prispeva k boljšemu, samostojnejšemu in varnejšemu funkcioniranju zavarovancev. Izvaja se ambulantno, v prostorih izvajalca storitve ali na domu posameznika. Vključuje kognitivne aktivnosti, gibalne aktivnosti, trening uporabe medicinskih pripomočkov idr.

Govorna terapija je del rehabilitacije, ki prispeva k izboljšanju govornih motenj, ki jih povzroči poškodba ali bolezen, ki se je zgodila znotraj veljavnosti police, kot je možganska kap ali poškodba glave. Vključuje aktivnosti, namenjene izboljšanju kognitivne in socialne komunikacije, dihalne vaje ter vaje za krepitev mišic ust, ki omogočajo lažje govorjenje, hranjenje ter požiranje. Kritje Rehabilitacija je lahko v zavarovanje vključeno samodejno ali po izbiri.

- 11.4. **Dental Nezgoda**

Obsega kritje stroškov zobozdravstvenih storitev, ki nastanejo zaradi zdravljenja zob (zdravljenje, nadomeščanje ter konzervativna in protetična oskrba) kot posledica nezgode. Za nezgodo ne štejejo posledice namerne ugriza v trd predmet, ki ima za posledico odlom ali izgubo zobnega tkiva, plombiranega materiala ali zoba.

Kritje je lahko v zavarovanje vključeno po izbiri.

- 11.5. **Zdravila**

Vključuje kritje stroškov zdravil izdanih na beli recept, ki jih predpiše zdravnik specialist, 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.

Kritje je lahko v zavarovanje vključeno samodejno ali po izbiri.

- 11.6. **Specialistično ambulantni operativni posegi**

Kritje vključuje samplačniške diagnostične in/ali terapevtske specialistične ambulantne posege znotraj dnevne obravnave do dogovorjene zavarovalne vsote. Poseg je nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne



diagnostične preiskave in je potreben za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni ali nezgode.

Če boste specialistično ambulantni poseg opravili v javnem zdravstvenem sistemu in le ta zahteva v nadaljevanju zdravljenja rehabilitacijo, vam v okviru tega zavarovanja krijemo stroške rehabilitacije, po posegu v javnem sistemu, do višine dogovorjene zavarovalne vsote.

Kritje je lahko v zavarovanje vključeno po izbiri.

11.7. Preventiva

Je kritje, ki vam zagotavlja eno od preventivnih zdravstvenih storitev iz seznama, ki je objavljen na naši spletni strani. Pravico do koriščenja prvič pridobite po dveh (2) letih trajanja zavarovanja in nato vsaki dve (2) leti, ob pogoju, da so plačane vse zapadle premije. Storitve je mogoče koristiti v roku enega (1) leta od pridobljene pravice in ga ni mogoče prenesti na drugo osebo.

Kritje je lahko v zavarovanje vključeno po izbiri.

12. Kaj obsega zavarovanje za operativne posege?

Zavarovanje za operativne posege lahko sklenete kot samostojno zavarovanje in vključuje kritje samoplačniških operativnih posegov zaradi posledic nezgode ali bolezni, in sicer do višine dogovorjene zavarovalne vsote. Poseg je nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave in je potreben za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale nezgode ali bolezni.

Kot operativni poseg se šteje operativni postopek (ročne in instrumentalne narave), ki ga praviloma opravi kvalificiran kirurg, v prisotnosti anesteziologa, skladno s trenutnimi standardi medicinske stroke. Postopek mora biti potreben iz zdravstvenih razlogov, predlagan s strani zdravnika kot ustrezno zdravljenje diagnoze bolezni, 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.

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

V zavarovanje je vključen paket Plus, ki zajema 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, zdravlil ipd.). Zavarovalna vsota znaša 20 % od izplačane zavarovalnine za opravljen operativni poseg in se izplača vam.

Če boste operativni poseg opravili v javnem zdravstvenem sistemu in le-ta zahteva v nadaljevanju zdravljenja rehabilitacijo, vam v okviru tega zavarovanja krijemo stroške rehabilitacije, po posegu v javnem sistemu, do višine dogovorjene zavarovalne vsote.

13. Kaj obsega zavarovanje za Drugo mnenje?

Je izbirno kritje, ki skladno s temi pogoji krije pridobitev drugega zdravniškega mnenja za zavarovanca v primeru medicinsko ugotovljene potrebe po operativnem posegu ali nastopa težje bolezni, skladno z opredelitvijo v tretjem odstavku te točke. Obsega komentar postavljene diagnoze bolezni, komentar postopka zdravljenja in morebitna priporočila za nadaljnje zdravljenje. Mnenje zavarovanec prejme v pisni obliki v slovenskem jeziku. Namen mnenja je, da se na podlagi le-tega preveri ustreznost načrtovanega ali opravljenega operativnega posega oziroma odpravijo dvomi v primeru zdravljenja težje bolezni.

Če je zavarovanec upravičen do pridobitve drugega mnenja, se z nami lahko dogovori tudi za en posvetovalni obisk pri našem pogodbenemu zdravniku, ki bo zavarovancu podal dodatna pojasnila. Posvetovalni obisk organiziramo mi, v nasprotnem primeru nimamo obveznosti do plačila le-tega.

Drugo mnenje zavarovanec lahko uveljavlja v primeru medicinsko ugotovljene potrebe po operativnem posegu, ki je oziroma bo opravljen, in sicer skladno s temi pogoji, ali če je bil zavarovancu v času zavarovalnega kritja prvič diagnosticiran maligni rak, možganska kap ali srčni infarkt skladno s to točko. Drugo mnenje lahko zavarovanec uveljavlja za posamezen operativni poseg ali bolezen samo enkrat v času trajanja zavarovalne pogodbe.

Diagnoza maligni rak skladno s temi pogoji pomeni prisotnost napredujoče nenadzorovane rasti in širitve malignih celic z invazijo v zdrava tkiva. Rak mora biti potrjen s histopatološkim izvidom. V kritje so vključene levkemije, maligni limfomi vključno s kožnimi limfomi, Hodgkinova bolezen, maligni kostni tumorji in sarkomi.

Diagnoza srčni infarkt skladno s temi pogoji pomeni zanesljivo diagnozo odmrtega dela srčne mišice, ki izhaja iz nezadostnega dotoka krvi v ustrezen

del srca. Diagnoza mora biti potrjena z značilno spremembo nivoja markerjev, specifičnih za srčni infarkt (kot Troponin I, Troponin T, CK-MB), z 99 % presežanjem zgornje meje normalne vrednosti vsaj enega markerja, pri čemer mora biti izpolnjen še vsaj eden od naslednjih kriterijev: tipična centralna bolečina v prsih, ki nakazuje na srčni infarkt ali sveže spremembe v EKG, značilne za infarkt (ST elevacija ali depresija, T inverzija, patološki Q val, levokračni blok).

Diagnoza možganska kap skladno s temi pogoji je odmrta del možganskega tkiva zaradi nezadostne oskrbe s krvjo ali krvavitve in ima za posledico nastop nevrološkega deficita kot posledico možganske kapi.

Drugo mnenje je pripravljeno izključno na podlagi pridobljene zdravniške dokumentacije in ne vključuje zdravstvenih pregledov, preiskav ali morebitnega zdravljenja. Če zaradi nepopolne medicinske dokumentacije izdelava mnenja ni mogoča oziroma če je zaradi slednjega izdelano mnenje vsebinsko nepopolno, za to ne odgovarjamo.

Mnenje izvajajo podizvajalci naših asistenčnih partnerjev, ki so priznane zdravstvene ustanove doma in v tujini. Seznam teh ustanov se nenehno dopolnjuje in je objavljen na naši spletni strani. Odgovornost za vsebino mnenja prevzema posamezni podizvajalec, ki je mnenje pripravil. Odgovornost za organizacijsko izvedbo pa prevzemajo naši asistenčni partnerji.

Zavarovalnica ne odgovarja za vsebino mnenja.

NAŠE OBVEZNOSTI IN VAŠE PRAVICE

14. Katere so naše obveznosti?

- 14.1. Obvezujemo se, da bomo ob nastanku posameznega zavarovalnega primera izpolnili vse s pogodbo določene obveznosti.
- 14.2. 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 neposredno pogodbenemu izvajalcu ali pa vam, če se tako predhodno dogovorimo.

15. Na kakšen način uveljavljate pravice iz zavarovanja?

- 15.1. Če potrebujete zdravstveno storitev, najprej pokličite naš asistenčni center na telefonsko številko 080 20 60 ali izpolnite prijavo za asistenčni primer prek spleta na www.vzajemna.si. Preverili bomo upravičenost zahtevka, in sicer bomo za to potrebovali napotilo, iz katerega je razvidno, da potrebujete zdravstveno storitev (npr. izdana napotnica zdravnika, izvid zdravniške specialista ipd.). Če napotila nimate, lahko za vas uredimo (video) posvet z našim pogodbenim zdravnikom, ki vam bo izdal napotilo Varuha zdravja, če bo potrebno nadaljnje zdravljenje.
- 15.2. Lahko bomo 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 zahtevka, ne bomo organizirali storitve iz naslova zavarovanja oziroma ne bomo poravnali stroškov iz naslova zavarovanja in bomo zavarovalni primer zaključili.
- 15.3. 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.
- 15.4. Termin obravnave lahko odpoveste ali predlagate spremembo najkasneje dva (2) delovna dneva pred dogovorjenim terminom. Odpoved je možna zaradi izrednih okoliščin, ki jih niste mogli predvideti, o čemer nas obvestite, lahko pa bomo od vas zahtevali ustrezna dokazila. Če se dogovorjenega termina ne boste udeležili in nam tega ne boste pravočasno sporočili, nam pa zaradi tega nastanejo stroški, se šteje, da je bila storitev opravljena, vaša razpoložljiva zavarovalna vsota pa se bo ustrezno zmanjšala.
- 15.5. Če se predhodno tako dogovorite z nami, si zdravstveno storitev lahko organizirate sami. V tem primeru bomo povrnili stroške oziroma izplačali zavarovalno vsoto, na podlagi medicinske dokumentacije, ki jo boste predložili, in sicer za specialistične zdravstvene storitve, zobozdravstvene storitve ter operativne posege, največ v višini kot je določeno v ceniku objavljenem na naši spletni strani. Informacije o cenah lahko dobite tudi v našem asistenčnem centru.
- 15.6. Če bomo ob uveljavljanju zahtevka ugotovili, da niso poravnane vse tekoče obveznosti iz zavarovanja t.j. plačila premije, bomo naše obveznosti pobotali z izplačilom oziroma jih bomo izpolnili po poravnavi vseh obveznosti.
- 15.7. 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.



- 15.8. 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.
- 15.9. Če boste potrebovali nasvet zdravnika, se boste z njim lahko povezali prek različnih klepetalnikov. Pred prvim klepetom ali video posvetom 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.

16. Katere so omejitve naših obveznosti?

- 16.1. Dogovorjene zdravstvene storitve boste lahko uveljavljali po poteku čakalne dobe. Čakalna doba je določena na naslednji način:
- čakalna doba velja za novonastale bolezni in stanja, in sicer 3 (tri) mesece od začetka zavarovanja;
 - za obstoječe bolezni in zdravstvena stanja, ki ste jih imeli pred začetkom zavarovanja oziroma bolezni in stanja, ki so se pojavila v času trimesečne čakalne dobe ob sklenitvi, velja 24-mesečna čakalna doba, šteto od dneva začetka zavarovanja;
 - v primeru poškodb, ki so posledica nezgode, nastale po datumu začetka zavarovanja ali v primeru klepeta oziroma video posveta s pogodbenim zdravnikom splošne oziroma družinske medicine, čakalne dobe ni.
- 16.2. Za bolezni in stanja, ki so navedena v drugi alineji točke 16.1. velja, da morate imeti zavarovanje veljavno 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.
- 16.3. Ko postane novo nastala bolezen, stanje ali poškodba ponavljajoča ali ko je novo nastala bolezen oziroma stanje diagnosticirano kot kronično, praviloma nimamo več obveznosti stroškov specialističnih zdravstvenih storitev v zvezi s to boleznijo, stanjem ali poškodbo.
- 16.4. Če zavarovanec sklene zavarovanje v 30 dneh po poteku kolektivne ali individualne oblike zavarovanja, za enak obseg kritij po novi zavarovalni pogodbi, ni čakalne dobe za novonastale bolezni in stanja.
- 16.5. Organizacija zdravstvenih storitev skladno s temi pogoji je zagotovljena za storitve, ki so dostopne samoplačniško.

17. Kaj ni krito?

- 17.1. 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, razen pri koriščenju storitve klepeta oziroma video posveta z zdravnikom na primarni ravni,
 - v vseh dejavnostih intenzivne in urgentne medicine, vseh preventivnih pregledov razen, če ni drugače dogovorjeno,
 - debelosti, androgene plešavosti, motenj spanja in smrčanja ter erektilne disfunkcije,
 - vseh spolno prenosljivih bolezni, infekcij s HIV,
 - v zvezi z nosečnostjo, rojstvom, splavom, neplodnostjo, posegi za preprečitev zanositve ipd.,
 - refrakcijskih okvar očesa (zdravljenje kratkovidnosti, daljnovidnosti, astigmatizma), razen, če so posledica nezgode,
 - starostne slabovidnosti – presbiopsije, hipertenzivne in diabetične retinopatije, starostne sive mrene,
 - težav s sluhom, ki so povezane z naglušnostjo, razen tistih, ki so posledica vnetja ali nezgode,
 - logopedске obravnave, ki ni del gorvne terapije krite skladno s temi pogoji,
 - vseh vrst zobozdravstvenih storitev (vključno z maksilofacialno in oralno kirurgijo), razen če je to dogovorjeno s pogodbo,
 - artroskopije razen, če je s pogodbo dogovorjeno kritje specialističnih ambulantnih posegov in/ali zavarovanje operativnih posegov,
 - zdravstvenih storitev na predhodno kirurško že zdravljenih ali predhodno že poškodovanih delih lokomotornega sistema (kot na primer (delno) odstranjen meniskus, rekonstrukcija križne vezi ali poseg na hrustancu, predhodni posegi na rotatorni manšeti, predhodne operacije na hrbtenici (diskus hernije, stenoze), predhodne operacije na kolkih, predhodni posegi na karpalnih kanalih ipd.),
 - kinezioloških obravnav,
 - prirojenih anomalij in iz njih izhajajočih sprememb,
 - odstranitve nesumljivih kožnih izrastkov oziroma sprememb kot na primer znamenja, bradavice, keratoze, ateromi, teleangiektazije idr.,
 - v povezavi z vsemi predobstoječimi spremembami na prebavnem traktu,
 - v primeru varikoznih ven oziroma venske insuficience v prvih dveh letih kritja,
 - rakavih obolenj,
 - transplantacij, okvar in zapletov ob ali po operativnih posegih,
 - 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, krvnimi pripravki, hialuronsko kislino ipd.,
 - odpovedi ledvic, vključno z dializo,

- posledic osteoporoze, razen prvega zavarovalnega primera iz tega naslova,
- starostna obolenja oziroma degenerativna nevrološka obolenja (vse vrste demenc),
- poklicnih bolezni,
- kakršnihkoli posledic na zdravju, ki so nastale zaradi delovanja alkohola, drog, zdravil ali psihoaktivnih snovi in zdravljenje vseh vrst odvisnosti.

17.2. Zavarovanje ne krije stroškov:

- zdravniških mnenj za ugotavljanje delazmožnosti ali stopnje invalidnosti,
- storitev, ki niso strokovno doktrinarno priznana medicinska metoda v Republiki Sloveniji ali pa so eksperimentalne, komplementarne ali alternativne narave, če nismo s pogodbo določili drugače (na primer osteopatija, bioterapija, bioresonanca, kranio-sakralna terapija, visceralna terapija, akupresura idr.),
- dejavnosti klinične mikrobiologije, patologije, razen v primeru laboratorijskih preiskav znotraj zavarovalnega primera,
- ponavljajočih kontrolnih pregledov zaradi istega vzroka, razen prvega kontrolnega pregleda,
- spremljevalca, potnih in telefonskih stroškov, nastanitve in prehrane,
- medicinskih pripomočkov,
- patronažne zdravstvene nege,
- reševalnih prevozov,
- bioloških zdravil in živil za posebne namene,
- zobno-protetičnih pripomočkov in nadomestkov, če s pogodbo nismo tako dogovorjeni.

17.3. 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, izgreodom, 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 pobeга po takšnem dejanju,
- s fizičnim obračunavanjem, razen v primeru dokazane samoobrambe, kar ste dolžni dokazati sami,
- s samopoškodbo ali poskusom samomora,
- z upravljanjem vozil, zračnih plovil, plovnihi objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.

17.4. Za zavarovance stare do 18. leta starosti so dodatno izključena/e tudi:

- stanja, ki izvirajo iz obporodnega obdobja,
- vse vrste obolenj in prirojenih anomalij dihal, dihalnih poti, žrela, grla, ušes, ust, nosu ter nosnih votlin,
- črevesne infekcijske bolezni in zoonoz,
- težave pri razvoju otroka (kot na primer disleksija, avtizem, učne težave, nizka rast in motnje pozornosti s hiperaktivnostjo).

17.5. Izključene so tudi naše obveznosti v primeru:

- neodgovornega ravnanja oziroma opustitve ravnanja ter v primeru, če se ne držite navodil lečečega zdravnika,
- ugotovitve, da ste nam podali neresnične podatke ali v primeru zamolčanja, prevare, ponaredbe ali zlorabe z vaše strani.

17.6. Če je dogovorjeno kritje Dental Nezgoda, je naša obveznost do kritja zobozdravstvenih storitev izključena za:

- manjkajoče zobe pred sklenitvijo zavarovanja,
- zobozdravstveni material iz zlitin zlata ali drugih žlahtnih kovin,
- zobozdravstvene storitve, povezane s paradontološkimi ali ortodontskimi specialističnimi obravnavami, z izjemo zobozdravstvenih storitev za vstavev implantata,
- lepote zobozdravstvene storitve, ki niso medicinsko utemeljeno indicirane in katerih namen je izboljšati izgled zobovja, kot npr. zunanje in notranje beljenje zob, izdelavo estetskih zalivk, prevlek ali (direktnih in indirektnih) tusk,
- storitve alternativnega, komplementarnega, eksperimentalnega ali laserskega zdravljenja,
- zobozdravstvene storitve, povezane s stanji, poškodbami ali boleznimi, nastalimi zaradi prekomernega uživanja alkohola oziroma drugih psihoaktivnih snovi,
- pridobitev drugega mnenja,
- nudenje nujne medicinske pomoči,
- zdravila, ki niso uporabljena pri izvedbi zobozdravstvene storitve in protibolečinskih zdravil, ki niso utemeljeno medicinsko indicirana.

PREMIJA

18. Kako je določena višina premije?

- 18.1. Premija za zavarovanje se določi skladno z našim veljavnim premijskim cenikom. Premija je odvisna od števila oseb, ki pristopajo h kolektivnemu



zavarovanju ter starostne strukture. Višina premije je lahko odvisna tudi od drugih dejavnikov kot na primer zdravstvenega stanja zavarovancev, deleža vključenih oseb, preteklega škodnega dogajanja. Premija je enotna za vse zaposlene in njihove družinske člane.

19. Kako nam morate plačevati premijo?

- 19.1. Premija se plačuje z dinamiko plačevanja, ki je določena v pogodbi (letno, polletno, četrtno, 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.
- 19.2. Če ste premijo plačali prek 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.
- 19.3. Poleg dogovorjene premije ste dolžni plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec predpisal v času trajanja pogodbe.
- 19.4. 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.
- 19.5. Premijo plačujete do poteka ali prekinitve zavarovanja. Če pride do razdrtja pogodbe skladno s temi pogoji, nam pripada premija do konca meseca, v katerem se pogodba razdre.
- 19.6. Če zavarovancu, ki je vključen v kolektivno zavarovanje, preneha pogodba o zaposlitvi, smo upravičeni do zavarovalne premije do konca meseca, v katerem je nastopilo prenehanje pogodbe o zaposlitvi. Enako velja ob prenehanju zavarovanja za družinske člane.

20. Ali se lahko pogodba med trajanjem spremeni?

- 20.1. Med trajanjem zavarovanja si pridružujemo pravico spremeniti pogoje, višino premije ali višino letne zavarovalne vsote.
- 20.2. 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.
- 20.3. V času trajanja zavarovanja lahko zaprosite za spremembo načina plačevanja premije. Sprememba praviloma začne veljati s prvim dnem v naslednjem mesecu.

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

- 21.1. 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.
- 21.2. 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

22. Osební podatki

- 22.1. 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 d.d., 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 pisno na naslov Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.d., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana ali na elektronski naslov info@vzajemna.si.
- 22.2. 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.
- 22.3. Ob sklenitvi zavarovanja bomo našemu pogodbenemu partnerju, za namen identifikacije in koriščenja storitve klepet oziroma video posvet z zdravnikom, 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 oziroma

video posvet 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 seznanili pred prvim koriščenjem storitve.

- 22.4. 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.

23. Postopek pritožbe

- 23.1. 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, prek spletne strani www.vzajemna.si ali po elektronski pošti info@vzajemna.si.
- 23.2. 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.
- 23.3. 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.

24. Končne določbe

- 24.1. 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.
 - 24.2. V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče Republike Slovenije, krajevno pa sodišče v Ljubljani.
 - 24.3. Veljavni statut Vzajemne d.d. je na vpogled na sedežu Vzajemne d.d. in na sklepalnih mestih PE ter na spletni strani www.vzajemna.si, kjer bo omogočen tudi vpogled v njegove nadaljnje spremembe.
 - 24.4. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice se objavi na spletni strani www.vzajemna.si.
 - 24.5. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
 - 24.6. Ti pogoji se uporabljajo od 1. 4. 2024.
- Redakcijski popravek, julij 2025 (sprememba pravnoorganizacijske oblike)