

Splošni pogoji za Drugo mnenje SP-DM-21



VARUH ZDRAVJA
VZAJEMNA

UVOD

1. Kaj je Drugo mnenje?

- 1.1. Drugo mnenje je zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju zavarovanje), ki vam, če pride do nastopa zavarovalnega primera, s pomočjo naše asistence, omogoča pridobitev drugega zdravniškega mnenja in posvetovalnega obiska pri zdravniku.
- 1.2. Zavarovanje zagotavlja organizacijo in kritje stroškov pridobitve drugega zdravniškega mnenja ter posvetovalnega obiska pri našem pogodbenem zdravniku.
- 1.3. Splošni pogoji za Drugo mnenje (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

TERMIN	KRATKA DEFINICIJA
 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, • upravičenca, ko vam skladno s temi pogoji zagotovimo dogovorjeno kritje.
 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.
 Zavarovalno leto	Obdobje enega leta od začetka ali obnovitve zavarovanja.
 Čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja	To je določeno časovno obdobje, od začetka zavarovanja, za katerega ste nam dolžni plačevati premijo in v katerem še ne morete uveljavljati pravic iz pogodbe, razen v primeru, da se vam pripeti nezgoda.
 Čakalna doba za obstoječa zdravstvena stanja	To je določeno časovno obdobje, od začetka zavarovanja, za katerega ste nam dolžni plačevati premijo, vendar še ne boste mogli uveljavljati pravic iz pogodbe za morebitna obstoječa zdravstvena stanja.
 Bolezen	Odsotnost zdravja, ki jo ugotovi zdravnik in ki ni posledica nezgode.

TERMIN	KRATKA DEFINICIJA
 Nezgoda	Je vsak nenaden, nepredviden dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo, neodvisno od njegove volje, in pri katerem se zavarovanec telesno poškoduje.
 Kronična bolezen	To je bolezen, stanje ali poškodba, ki se razvija počasi, je dolgotrajna in se ponavlja ali je verjetno, da se bo ponavljala, povzroča trajne zdravstvene posledice, potrebuje stalen medicinski nadzor, lajšanje simptomov, zdravljenje in rehabilitacijo oziroma zdravstveno nego. Sem spadajo tudi nepričakovani zapleti kronične bolezni.
 Novonastala bolezen	Je bolezen, stanje ali poškodba, ki nastopi v času zavarovalnega kritja.
 Obstoječe zdravstveno stanje	Je bolezen, stanje ali poškodba, ki je nastala pred začetkom zavarovanja.
 Zavarovalni primer	Je dogodek, zaradi katerega potrebujete našo pomoč in na podlagi katerega nastane naša obveznost iz pogodbe.
 Zahtevek	Z njim nam na dogovorjeni način sporočite, da potrebujete zdravstveno storitev iz zavarovanja.
 Potrditev upravičenosti zahtevka	Pomeni, da smo na podlagi vašega zahtevka preverili ali ste upravičeni do storitve, ki jo od nas potrebujete in jo bomo zagotovili skladno z našimi pogodbenimi obveznostmi.
 Asistenčni partner	Pravna oseba, s katero imamo sklenjeno pogodbo o poslovnem sodelovanju ter skladno s temi pogoji izvaja asistenčne storitve za naše zavarovance.
 Operativni poseg	Poseg, ki ga izvede zdravnik specialist in za katerega obstaja kritje v zavarovalni pogodbi, na katerega vas je napotil vaš osebni zdravnik ali zdravnik specialist.
 Eksperimentalno zdravljenje	Zdravljenje, postopek, potek zdravljenja, oprema, zdravstveni ali farmacevtski izdelek, namenjen medicinski ali kirurški uporabi, ki ni sprejeto kot varno, učinkovito in ustrezno za zdravljenje bolezni, stanja ali poškodbe in je predmet študije, raziskave, testiranja ali je na katerikoli stopnji kliničnega eksperimentiranja.

SPLOŠNO O ZAVAROVANJU

3. O vaši pogodbi

- 3.1. Pogodba, ki ste jo kot zavarovalec sklenili z nami, je praviloma sestavljena iz ponudbe, police, pogojev, morebitnih posebnih pisnih izjav pogodbenih strank, klavzul ter drugih prilog in dodatkov k polici.
- 3.2. Pogodba je sklenjena, ko se z nami dogovorite o njenih bistvenih elementih, kot so določitev kritij, premije, začetka zavarovanja oziroma ob plačilu prve premije, če se tako dogovorimo.
- 3.3. Pogodbo lahko sklenete na podlagi pisne ponudbe ali na drug način potrdite, da se strinjate o bistvenih elementih pogodbe. Izpolnjeno in podpisano ponudbo nam morate predložiti v pisni ali elektronski obliki na našem obrazcu in predstavlja predlog za sklenitev pogodbe. V ponudbi morajo biti navedena vsa dejstva, bistvena za sklenitev pogodbe.
- 3.4. Podpis ponudnika na ponudbi šteje za podpis zavarovalca na zavarovalni polici. Če zavarovalec ni hkrati tudi zavarovanec, je za veljavnost pogodbe potreben tudi podpis zavarovanca. S podpisom pogodbe izjavljate, da ste bili pred sklenitvijo pogodbe seznanjeni s pogoji sklepanja in izvajanja zavarovanja ter da so pogodbena določila skladna z dogovorjenim.
- 3.5. Podpisana ponudba za sklenitev pogodbe, ki nam je bila predložena, obvezuje ponudnika osem (8) dni od dneva, ko je k nam prispela, če je potreben zdravniški pregled zavarovanca pa trideset (30) dni. Če v tem roku ne odklonimo vaše ponudbe, ki se ne odmiha od pogojev, se šteje, da je vaša ponudba z naše strani sprejeta in da je pogodba sklenjena tistega dne, ko je ponudba prispela k nam.
- 3.6. 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.
- 3.7. 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.
- 3.8. Vašo ponudbo za sklenitev pogodbe lahko zavrtnemo 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 je tako dogovorjeno, nadomesti plačilo prve premije. Šteje se, da je pogodba v tem primeru sklenjena, ko plačate prvo premijo. V primeru sklenitve zavarovanja na daljavo imate v skladu z zakonom, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da odstopite od pogodbe. To lahko storite, brez obrazložitve, v roku petnajstih (15) dni od dneva sklenitve zavarovanja.
- 3.12. 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 pošti ali preko elektronske poti. Za vse dokumente velja, da so predloženi tistega dne, ko jih naslovnik prejme.

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

- 4.1. Ob sklenitvi pogodbe ste nam dolžni prijaviti vse okoliščine, ki so vam znane ali vam niso mogle ostati 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, ki ste jo podpisali.
- 4.2. Če ste namenoma neresnično prijavili ali namenoma zmolčali kakšno okoliščino take narave, da ne bi sklenili pogodbe z nami, če bi vedeli za resnično stanje stvari, lahko zahtevamo razveljavitev pogodbe ali odklonimo 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 dosegom sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.
- 4.5. V primeru prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca oziroma zavarovanca lahko razdremo pogodbo brez odpovednega roka in zahtevamo vračilo izplačane zavarovalnine, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi ter s tem nastalo škodo in stroški, pri čemer obdržimo že plačane premije in imamo pravico zahtevati plačilo premije za dobo, v kateri smo zahtevali razdrto pogodbo.

5. Kdo se lahko zavaruje?

- 5.1. Praviloma se lahko zavarujete, če ste državljan Republike Slovenije, stari od vključno 18. do vključno 64. leta.
- 5.2. Zavarovanje lahko sklenete tudi za otroke od dopolnjenega 1. leta starosti do vključno 25. leta, praviloma državljan Republike Slovenije. Zdravstvena polica za otroke, paket Junior Plus, namreč vključuje tudi Drugo mnenje.
- 5.3. Ob sklenitvi pogodbe se upošteva dejanska starost zavarovanca, in sicer na dogovorjeni datum začetka zavarovanja.

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

- 6.1. Zavarovanje začne veljati ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja, in preneha ob 24.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot datum prenehanja zavarovanja.
- 6.2. Zavarovanje se sklene za obdobje najmanj enega (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. V primeru preklica v navedenem roku pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 6.3. 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 pogodba 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.
- 6.4. Od podaljšanja zavarovanja lahko odstopimo tudi če asistenčni partner bistveno spremeni pogoje sodelovanja ali odpove sodelovanje z nami. O tem vas bomo pisno obvestili vsaj šestdeset (60) dni pred iztekom tekočega zavarovalnega leta. Pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 6.5. Zavarovanje se podaljšuje in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem boste dopolnili starost 65 let oziroma 26 let, v primeru Zdravstvene police za otroka, pri čemer se upošteva dejanska starost zavarovanca.
- 6.6. Pogodba predčasno preneha z dnem smrti zavarovanca, z dnem, ko zavarovanec postane poslovno nesposoben ali z razdrtom pogodbe.

7. Kako je z zavarovalnim kritjem?

- 7.1. Če ste do začetka zavarovanja plačali prvo premijo, bodo z datumom začetka zavarovanja zagotovljene asistenčne storitve in zavarovalno kritje za zavarovalne primere, ki so posledica nezgode. Za zavarovalne primere, ki so posledica novonastale bolezni ali stanja, prične zavarovalno kritje veljati po poteku čakalne dobe ob sklenitvi. Če potrebujete zdravstveno storitev za obstoječa zdravstvena stanja, pa bo zavarovalno kritje zagotovljeno po poteku čakalne dobe za obstoječa zdravstvena stanja.
- 7.2. Če prva premija do začetka zavarovanja ni plačana, se zavarovalno kritje za asistenčne storitve in zavarovalne primere, ki so posledica nezgode, prične z dnem, ko je plačana prva premija, če so do tedaj plačane tudi ostale zapadle premije. Za zavarovalne primere, ki so posledica novonastale bolezni ali stanja, se zavarovalno kritje prične po izteku dogovorjene čakalne dobe, šteto od dneva prvega plačila premije, če so do tedaj plačane tudi ostale zapadle premije.

PODROBNO O ZAVAROVANJU

8. Kaj krije zavarovanje?

Zavarovanje vam nudi asistenčne storitve ter ostale zdravstvene storitve, skladno s sklenjeno pogodbo. Nabor kritij vam na kratko predstavljamo v spodnji tabeli, podrobneje pa so kritja opisana v naslednjih poglavjih.

ASISTENČNE STORITVE - 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 zdravstvenem sistemu.
Preverjanje in potrditev upravičenosti vašega zahtevka	V asistenčnem centru se preveri in potrdi upravičenost vašega zahtevka za uveljavljanje zdravstvenih storitev, skladno s sklenjeno pogodbo.
Asistenca pri koriščenju zdravstvenih storitev	Da boste lahko hitro prišli do potrebne zdravstvene storitve, v asistenčnem centru poskrbimo za: • organizacijo zdravstvene storitve, ki jo potrebujete, • pripravo vseh potrebnih informacij glede hitrega in enostavnega uveljavljanja zdravstvene storitve za vas, • plačilo stroškov zdravstvenih storitev izvajalcu.



DRUGO MNENJE - KRITJE	
Drugo mnenje	Z zavarovanjem boste imeli zagotovljen dostop ter kritje stroškov pridobitve drugega zdravniškega mnenja.
POSVETOVALNI OBISK - KRITJE	
Posvetovalni obisk	Z zavarovanjem boste imeli zagotovljen dostop ter kritje stroškov posvetovalnega obiska pri našem pogodbenem zdravniku.

9. Kaj vse obsegajo asistenčne storitve?

- 9.1. **Informiranje** je naša asistenčna storitev. Z vašim klicem v naš asistenčni center na telefonsko številko 080 20 60 lahko pridobite naslednje informacije: o zavarovanju, o izvajalcih zdravstvenih storitev ter o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja, obenem pa pri nas lahko pridobite splošne informacije, ki se nanašajo na naša zavarovanja, o čakalnih dobah v zdravstvenem sistemu, o pogojih in načinu uveljavljanja vaših pravic v sistemu javnih zdravstvenih storitev, o pravicah in postopkih, ki izhajajo iz direktive, ki ureja čezmejno zdravstveno varstvo in druge.
- 9.2. **Preverjanje in potrditev upravičenosti vašega zahtevka** je naša presoja glede vaše upravičenosti do storitev iz zavarovanja. Na podlagi vaših posredovanih podatkov in posredovane dokumentacije, bomo preverili vaše zavarovanje ter se z vami dogovorili glede organizacije storitve pri našem asistenčnem partnerju.
- 9.3. **Asistenca pri koriščenju zdravstvenih storitev** je organizacija zdravstvene storitve, potem, ko preverimo in potrdimo upravičenost vašega zahtevka. Po dogovoru z vami bomo uredili vse potrebno za hiter in enostaven dostop do zdravstvene storitve, ki jo potrebujete.

10. Kaj obsega Drugo mnenje?

- 10.1. Drugo mnenje lahko sklenete kot samostojno zavarovanje, lahko pa je Drugo mnenje eno izmed kritij zdravstvenega zavarovanja sklenjenega pri nas.
- 10.2. Zagotavlja **kritje stroškov pridobitve drugega zdravniškega mnenja** v primeru medicinsko ugotovljene potrebe po operativnem posegu ali nastopa ene izmed težjih bolezni (maligni rak, srčni infarkt, možganska kap), ter **kritje stroškov posvetovalnega obiska pri našem pogodbenem zdravniku**, vse skladno z opredelitvijo v teh pogojih.
- 10.3. Drugo mnenje obsega komentar postavljene diagnoze bolezni, komentar postopka zdravljenja in morebitna priporočila za nadaljnje zdravljenje.
- 10.4. Namen Drugega mnenja je, da na podlagi le-tega preverite ustreznost načrtovanega ali opravljenega operativnega posega oziroma odpravite dvome v primeru zdravljenja težje bolezni.
- 10.5. Drugo mnenje boste prejeli v pisni obliki v slovenskem jeziku.

11. Kaj obsega posvetovalni obisk?

- 11.1. Če ste upravičeni do pridobitve drugega mnenja, se z nami lahko dogovorite za en (1) posvetovalni obisk na posamezen zavarovalni primer skladno s temi pogoji, pri našem pogodbenem zdravniku.
- 11.2. Namen posvetovalnega obiska je, da pridobite dodatna pojasnila vezana na vaše zdravstveno stanje, ki je predmet uveljavljanja zavarovanja.
- 11.3. Posvetovalni obisk vam organiziramo mi. Če si posvetovalni obisk uredite sami, nimamo obveznosti do plačila le-tega.

12. Kdaj lahko uveljavljate Drugo mnenje?

- 12.1. Drugo mnenje lahko uveljavljate v primeru medicinsko ugotovljene potrebe po operativnem posegu, ki je oziroma bo opravljen, ali če vam je bil v času zavarovalnega kritja prvič diagnosticiran maligni rak, možganska kap ali srčni infarkt skladno z določili teh pogojev.
- 12.2. Drugo mnenje lahko uveljavljate za posamezni operativni poseg ali bolezen samo enkrat v času trajanja pogodbe.
- 12.3. Po teh pogojih se za operativni poseg šteje operativni postopek (ročne ali instrumentalne narave), ki ga v primeru bolezni ali poškodbe opravi kvalificirani kirurg v prisotnosti anesteziologa skladno s trenutnimi standardi medicinske stroke. Postopek mora biti potreben iz zdravstvenih razlogov, predlagan s strani zdravnika kot ustrezno zdravljenje bolezni ali poškodbe. Postopek mora ustrezati diagnozi in mora predstavljati učinkovit način pri zdravljenju bolezni ali nezgode. Vsi postopki eksperimentalnega ali raziskovalnega značaja so izključeni. Do drugega mnenja za operativni poseg ste upravičeni, če je operativni poseg kot potrebnega ocenil zdravnik specialist v Sloveniji ali EU.
- 12.4. 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.
- 12.5. Diagnoza srčni infarkt skladno s temi pogoji pomeni zanesljivo diagnozo odmrta dela srčne mišice, ki izhaja iz nezadostnega dotoka krvi v ustrezen del srca. Diagnoza mora biti potrjena z značilno spremembo nivoja markerjev, specifičnih za srčni infarkt (kot Troponin I, Troponin T, CK-MB), z 99 % 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).
- 12.6. Diagnoza možganska kap skladno s temi pogoji je odmrta dela možganskega tkiva zaradi nezadostne oskrbe s krvjo ali krvavitve in ima za posledico nastop nevrološkega deficita kot posledico možganske kapi.

13. Omejitve pri izvajanju Drugega mnenja?

- 13.1. Za predložitev ustrezne zdravstvene dokumentacije, je odgovoren zavarovanec oziroma skrbnik, če Drugo mnenje potrebujete za otroka, mlajšega od 18. let.
- 13.2. 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 Drugega mnenja ni mogoča oziroma če je zaradi slednjega izdelano Drugo mnenje vsebinsko nepopolno, za to ne odgovarjamo.

14. Kdo izvaja Drugo mnenje?

- 14.1. Drugo 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.
- 14.2. Odgovornost za vsebino drugega mnenja prevzema posamezni podizvajalec, ki je pripravil drugo mnenje.
- 14.3. Odgovornost za organizacijsko izvedbo drugega mnenja prevzemajo naši asistenčni partnerji.
- 14.4. Zavarovalnica ne odgovarja za vsebino drugega mnenja.

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 organizirali dogovorjene zdravstvene storitve in vas vodili skozi proces uveljavljanja le-teh. Stroške opravljenih storitev, ki so opredeljeni v naši pogodbi, bomo poravnali direktno asistenčnemu partnerju oziroma pogodbenemu izvajalcu.

16. Izjava zavarovanca

- 16.1. Skladno s temi pogoji ste dolžni pred uveljavljanem kritja iz pogodbe podpisati izjavo, na podlagi katere potrdite, da ste seznanjeni, da ne odgovarjamo za kakovost izvedbe storitve pridobljenega drugega zdravniškega mnenja ter da je izrecno izključena kakršnakoli naša odškodninska odgovornost, ki se nanaša na vsebino Drugega mnenja.
- 16.2. Asistenčni partner jamči za kvalitetno in v danih rokih opravljenost storitev asistenc, skladno s temi pogoji in njegovimi pogoji poslovanja. Skladno s temi pogoji ste dolžni pred izvedbo storitve sprejeti pogoje poslovanja izbranega asistenčnega partnerja.



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

- 17.1. Če potrebujete storitev Drugega mnenja, najprej pokličite naš asistenčni center na telefonsko številko 080 20 60 ali nam pišite na info@vzajemna.si. Tam bomo preverili upravičenost vašega zahtevka, in sicer bomo za to potrebovali vaša dokazila, iz katerih je razvidno, da potrebujete storitev Drugega mnenja (to je predvsem zdravstvena dokumentacija, ki je podlaga za pridobitev drugega zdravniškega mnenja in vsebuje diagnozo bolezni in priporočen postopek zdravljenja vašega lečečega zdravnika).
- 17.2. Od vas bomo lahko zahtevali tudi dodatna dokazila, če jih bomo potrebovali, da bi ugotovili pomembne okoliščine v zvezi z reševanjem zahtevka. Pooblaščajte nas tudi, da za ugotovitev okoliščin povezanih z zavarovalnim primerom, pridobimo vse druge potrebne podatke in pojasnila (npr. od vašega osebnega zdravnika ipd.). Če bi v tem primeru nastali dodatni stroški, jih poravnate vi.
- 17.3. Po pridobitvi zdravstvene dokumentacije in preverbi upravičenosti vašega zahtevka, bo naš asistenčni center začel s postopkom pridobitve drugega zdravniškega mnenja.
- 17.4. Vso zbrano dokumentacijo bomo posredovali našemu asistenčnemu partnerju, ki bo za vas izbral najprimernejšo zdravstveno ustanovo, ki bo pripravila drugo zdravniško mnenje. O izboru vas bo obvestil asistenčni partner.
- 17.5. Če vam predlagana zdravstvena ustanova ne bo ustrezala, lahko zaprosite še za dve dodatni zdravstveni ustanovi in asistenčnemu partnerju nato potrdite izbiro vam najustreznejše.
- 17.6. Naš asistenčni partner lahko po potrebi in po vašem predhodnem pooblastilu kontaktira vašega lečečega zdravnika oziroma zdravnika, ki vam je priporočil zdravljenje, za pridobitev dodatne zdravstvene dokumentacije, ki zadeva bolezen ali operativni poseg, za katero želite prejeti drugo zdravniško mnenje.
- 17.7. Drugo zdravniško mnenje bo pripravljeno izključno na podlagi pridobljene zdravstvene dokumentacije.
- 17.8. Asistenčni partner bo praviloma v petnajstih (15) delovnih dneh po tem, ko bo izbrana zdravstvena ustanova prejela celotno zdravstveno dokumentacijo, za vas pridobil in vam posredoval drugo zdravniško mnenje, ki bo zajemalo komentarje glede diagnoze in/ali postopka zdravljenja ter morebitna priporočila.
- 17.9. Posvetovalni obisk pri našem pogodbenem zdravniku, vam organiziramo najkasneje v treh (3) delovnih dneh od dneva avtorizacije. Za posvetovalni obisk se lahko dogovorite pred izdelanim drugim zdravniškim mnenjem ali po prejemu drugega zdravniškega mnenja, in sicer po predhodno pridobljeni avtorizaciji z naše strani.
- 17.10. V primeru, da bomo ob uveljavljanju vašega zahtevka ugotovili, da niste poravnali vseh tekočih obveznosti iz zavarovanja t.j. plačila premije, bomo naše obveznosti izpolnili po poravnavi vaših obveznosti.

18. Katere so omejitve naših obveznosti?

- 18.1. Dogovorjene zdravstvene storitve boste lahko uveljavljali tri (3) mesece po začetku zavarovanja, kar je obdobje čakalne dobe ob sklenitvi, razen če s pogodbo ni drugače dogovorjeno. Čakalna doba ob sklenitvi velja za novonastale bolezni in stanja. Če boste potrebovali zdravstvene storitve zaradi poškodb, ki so posledica nezgode nastale po datumu sklenitve zavarovanja, te čakalne dobe ni.
- 18.2. Za vsa obstoječa zdravstvena stanja, ki ste jih imeli do začetka zavarovanja, velja 24-mesečna čakalna doba za obstoječa stanja, šteto od dneva začetka zavarovanja.
- 18.3. Za bolezni in zdravstvena stanja, ki so se pojavila v času čakalne dobe ob sklenitvi, velja 24-mesečna čakalna doba za obstoječa stanja, šteto od dneva, ko ste opazili ali se zavedali simptomov bolezni oziroma ste se že zdravili, čeprav diagnoza še ni bila postavljena.
- 18.4. Za bolezni in stanja, ki so navedena v točkah 18.2. in 18.3. velja, da morate imeti veljavno zavarovanje najmanj 24 mesecev, v tem času pa se niste zdravili zaradi teh bolezni in stanj, preden boste lahko za njih uveljavljali pravice iz zavarovanja. Če se v tem obdobju zdravite, se čakalna doba za obstoječa stanja šteje od zadnjega zdravljenja.

19. Kaj ni krivo?

- 19.1. Iz zavarovanja so izključene 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, sabotažo, terorističnim dejanjem, izgredom, vstajo, revolucijo ipd.,
 - z epidemijo, pandemijo, onesnaženjem okolja, radioaktivnim sevanjem, neposrednim ali posrednim delovanjem jedrske energije ter naravnimi nesrečami,
 - s pripravo, poskusom ali izvršitvijo kazniviga dejanja, kakor tudi zaradi pobega 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, plovnihih objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.
- 19.2. Izključene so tudi naše obveznosti v primeru ugotovitve, da ste nam podali neresnične podatke ali v primeru zamolčanja, prevare, ponaredbe ali zlorabe z vaše strani.
- 19.3. Zavarovanje ne krije stroškov pridobitve Drugega mnenja ter posvetovalnega obiska, in sicer za:
 - težje bolezni in operativne posege, ki niso izrecno predvideni s temi pogoji,
 - tiste kronične bolezni, stanja ali poškodbe, ki so nastale ali so bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v času čakalne dobe,
 - operativne posege, ki so potrebni zaradi prirojenih anomalij in razvojnih zaostankov, ali so potrebni za odpravo oziroma popravilo telesnih okvar, ki so obstajale pred sklenitvijo zavarovanja,
 - plastične ali estetske operativne posege (vključno z zdravljenjem posledic estetskih operacij ali posledic nesreč), spremembe spola, tudi iz psiholoških ali religioznih vzrokov,
 - zobozdravstvene in zobno-protetične storitve,
 - stanja povezana z nosečnostjo, rojstvom, splavom, neplodnostjo, posegi za preprečitev zanositve ipd.;
 - spolno prenosljive bolezni, okužb s HIV in bolezni, ki jih povzroča HIV,
 - duševne in poklicne bolezni zavarovanca,
 - genetske preiskave, doniranja organov, tkiv, kostnega mozga, matičnih celic ter s tem povezanega zdravljenja,
 - kakršnihkoli posledic na zdravju, ki so nastale zaradi delovanja alkohola, drog, zdravil ali psihoaktivnih snovi. V primeru prometne nesreče se šteje, da je le-ta nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca kot udeleženca v cestnem prometu, če stopnja alkohola v krvi zavarovanca presega dovoljeno mejo alkohola, kot velja za udeleženca prometa v skladu z veljavno slovensko zakonodajo.

PREMIJA

20. Kako je določena višina premije?

- 20.1. Premija za zavarovanje se določi skladno z našim veljavnim premijskim cenikom in je enotna za vse osebe, ki se vključijo v zavarovanje.

21. Kako nam morate plačevati premijo?

- 21.1. 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.
- 21.2. Če ste premijo plačali preko banke ali druge organizacije za plačilni promet se šteje, da je premija plačana z dnem, ko ste banki ali drugi organizaciji za plačilni promet dali nalog za izvedbo plačila. V primeru zamude pri plačilu vam lahko zaračunamo zakonite zamudne obresti in stroške.
- 21.3. Poleg dogovorjene premije ste dolžni plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec predpisal v času trajanja pogodbe.
- 21.4. 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.
- 21.5. 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.



22. Ali se lahko pogodba med trajanjem spremeni?

- 22.1. Če zavarovanje traja več let, se lahko zgodi, da se v času veljavnosti pogodbe zelo spremenijo okoliščine, kot so na pogoji sodelovanja z asistenčnim partnerjem in z njim povezane storitve, zakonodaja ipd. V takšnih primerih lahko spremenimo pogoje ali višino premije.
- 22.2. Če pride do sprememb, vas o tem pisno obvestimo vsaj en (1) mesec pred uveljavitvijo spremembe. Če se s spremembo ne boste strinjali, imate pravico, da v tridesetih (30) dneh po obvestilu pisno odpoveste pogodbo, pri čemer odstop učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če pogodbe ne boste odpovedali, bomo šteli, da se s spremembami strinjate.
- 22.3. V času trajanja zavarovanja lahko zaprosite za spremembo načina plačevanja premije in spremembo dodatnih kritij. Spremembe praviloma začnejo veljati s prvim dnevom naslednjem mesecu.

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

- 23.1. 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.
- 23.2. 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

24. Osební podatki

- 24.1. 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. 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.
- 24.2. Ob koriščenju asistenčne storitve si bomo vaše kontaktne osebne podatke izmenjali z enim od naših pogodbenih izvajalcev zdravstvenih storitev oziroma asistenčnim partnerjem, in sicer za namen pridobitve drugega mnenja oziroma najave oziroma rezervacije termina pri pogodbenem zdravniku. 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.
- 24.3. 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.

25. Postopek pritožbe

- 25.1. V primeru spora v zvezi z zavarovalno pogodbo se spor lahko rešuje v izvensodnem postopku z vložitvijo pritožbe. Pritožbo vložite ustno ali pisno na naši poslovni enoti, preko spletne strani www.vzajemna.si ali po elektronski pošti reklamacije@vzajemna.si.
- 25.2. 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.
- 25.3. 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.

26. Končne določbe

- 26.1. Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo določila zakona RS, ki ureja obligacijska razmerja.
- 26.2. V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče Republike Slovenije, krajevno pa sodišče v Ljubljani.
- 26.3. 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.
- 26.4. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice se objavi na spletni strani www.vzajemna.si
- 26.5. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- 26.6. Ti pogoji se uporabljajo od 14. 9. 2021.

Redakcijski popravek, julij 2025 (sprememba pravnoorganizacijske oblike)