

I. UVOD

1.1 Zavarovanje Specialisti senior

(1) Zavarovanje Specialisti senior je zdravstveno zavarovanje, namenjeno kritju stroškov nekaterih samoplačniških zdravstvenih storitev, zlasti stroškov specialističnih zdravstvenih storitev, kot je to opredeljeno s temi Splošnimi pogoji zavarovanja Specialisti senior (v nadaljevanju pogoji). Zavarovanje vključuje tudi brezplačno asistenco zavarovalnice za lažji dostop do zdravstvenih storitev.

(2) Pogoji so sestavni del zavarovalne pogodbe. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe hkrati soglašate tudi z določili teh pogojev. Ostali sestavni deli zavarovalne pogodbe so lahko: ponudba, polica ter druge priloge in dodatki k polici.

1.2 Definicije pogosto uporabljenih terminov

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

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

(3) Ostali izrazi v teh pogojih pomenijo:

- **zavarovalec** – oseba, ki z nami sklene zavarovalno pogodbo;
- **zavarovanec** – oseba, za katero je bila zavarovalna pogodba sklenjena in je deležna pravic iz te pogodbe;
- **upravičenec** – oseba, ki smo ji dolžni izplačati zavarovalnino;
- **ponudba** – predlog za sklenitev zavarovanja, ki vsebuje vse bistvene elemente zavarovalne pogodbe;
- **premija** – dogovorjeni znesek, ki nam ga plačujete skladno z zavarovalno pogodbo;
- **čakalna doba** – doba od začetka zavarovanja, v kateri ne prevzamemo jamstva, kljub temu, da obstaja obveznost plačevanja premije;
- **začetek zavarovanja** – datum, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot datum začetka zavarovanja;
- **zavarovalna doba** – trajanje zavarovanja v letih;
- **zavarovalno leto** – obdobje enega leta, ki se prične z datumom začetka zavarovanja;
- **zavarovalni primer** – dogodek, na podlagi katerega nastane naša obveznost iz zavarovalne pogodbe;
- **bolezen** – vse spremembe zdravstvenega stanja, ki jih diagnosticira in potrdi zdravnik z uradno licenco za izvajanje takšne dejavnosti;
- **nezgoda** – je vsak nenaden, nepredviden dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančovo telo izven njegove volje, pri čemer se zavarovanec telesno poškoduje;
- **izključitve** – tisti dogodki, ki sicer ustrezajo osnovni definiciji zavarovalnega primera, a niso kriti z zavarovalno pogodbo;
- **zavarovalnina** – znesek, ki ga izplačamo za zavarovalni primer;
- **zavarovalna vsota** – znesek, ki pomeni zgornjo mejo naše obveznosti v primeru koriščenja storitev opredeljenih v teh pogojih;
- **pogodbeni partner** – pravna ali fizična oseba, s katero imamo sklenjeno pogodbo o poslovnem sodelovanju za izvajanje storitev za naše zavarovanje. Izraz pogodbeni partner zajema tudi morebitne njegove podizvajalce;
- **osebni zdravnik** – zdravnik z veljavno licenco, ki opravlja delo skladno s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- **zdravnik specialist** – zdravnik ustreznih specialnosti;
- **zdravnik cenzor** – zdravnik, pooblaščen z naše strani;
- **zasebna zdravstvena ustanova** – zdravstvena ustanova, ki izvaja samoplačniške zdravstvene storitve;
- **samoplačniško zdravljenje** – zdravljenje, katerega stroški niso kriti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (izvedeno v javni ali zasebni zdravstveni ustanovi);
- **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 ali poškodbe in je predmet študije, raziskave, testiranja ali je na katerikoli stopnji kliničnega eksperimentiranja;
- **avtorizacija** – potrditev zavarovalnice o prevzemu stroškov zdravstvenih storitev.

II. SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

2.1 Kdo se lahko zavaruje

- (1) Zavarovanec (zavarovana oseba) ste lahko vi sami ali pa zavarujete drugo osebo.
- (2) Zavarujejo se lahko državljani Republike Slovenije, v starosti od 65. leta dalje.
- (3) Če ste z zavarovanjem zavarovali drugo osebo, mora zavarovalna pogodba vsebovati tudi podpis te osebe.
- (4) Upravičenec do koriščenja storitev iz zavarovanja po teh pogojih je zavarovanec.
- (5) Starost zavarovanca ob sklenitvi zavarovalne pogodbe (pristopna starost) se določi kot razlika med letnico začetka zavarovanja in letnico rojstva zavarovanca.

2.2 Postopek sklenitve zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovalno pogodbo lahko sklenete na podlagi pisne ponudbe ali na drug način potrdite, da se strinjate o bistvenih elementih zavarovalne pogodbe.
- (2) Izpolnjeno in podpisano ponudbo nam morate predložiti v pisni ali elektronski obliki, na našem obrazcu, in predstavljati predlog za sklenitev zavarovalne

pogodbe. Ponudba vsebuje vse bistvene elemente zavarovalne pogodbe. Podpis ponudnika na ponudbi nadomesti podpis zavarovalca na zavarovalni polici.

(3) Ponudnik s podpisom ponudbe izjavlja, da je bil pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe seznanjen s pogoji sklepanja in izvajanja zavarovanja in da so pogodbeno določila skladna z dogovorom pogodbenih strank.

(4) Ponudba, ki nam je bila predložena, obvezuje ponudnika osem (8) dni od dneva, ko smo jo prejeli, če ponudnik ni določil krajšega roka.

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

(6) Če vam v odgovoru na ponudbo predlagamo dopolnitev ponudbe, se šteje, da smo ponudbo zavrnil in vam posredovali nasprotno ponudbo. Nasprotna ponudba je sprejeta, ko prejmemo vašo izjavo, da se strinjate z nasprotno ponudbo, ali ko prejmemo plačilo premije na podlagi nasprotne ponudbe.

(7) Če v roku petnajst (15) dni po izstavitvi nasprotne ponudbe ne prejmemo vaše izjave o sprejemu ponudbe ali na naš račun ne nakažete premije na podlagi nasprotne ponudbe, se šteje, da zavarovalna pogodba ni bila sklenjena. V tem primeru smo vam dolžni vrniti morebitno plačano premijo oziroma vse, kar smo od vas prejeli.

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

(9) Pri zavarovalnih pogodbah sklenjenih na daljavo, lahko vaš podpis, če je tako dogovorjeno, nadomesti plačilo prve premije. Šteje se, da je zavarovalna pogodba v tem primeru sklenjena, ko plačate prvo premijo.

(10) Na podlagi sklenjene zavarovalne pogodbe vam lahko izdamo polico. Če se kakšno določilo na polici razlikuje od ponudbe oziroma vaših drugih izjav, velja vsebina police.

2.3 Začetek in trajanje zavarovanja ter začetek jamstva

(1) Zavarovanje se začne ob 00.00 uri tistega dne, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot datum začetka zavarovanja.

(2) Zavarovanje velja za obdobje enega leta, če ni drugače dogovorjeno. Pravico imate do vsakokratnega podaljšanja zavarovanja za eno leto pod enakimi pogoji, pri čemer se podaljšanje izvede molče razen, če samodejnega podaljšanja zavarovanja pisno ne preključite vsaj tri (3) mesece pred iztekom zavarovalnega leta ter v primerih iz točke 2.4 teh pogojev.

(3) Če je do začetka zavarovanja plačana premija, začne jamstvo veljati šest (6) mesecev po datumu, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot datum začetka zavarovanja (potek čakalne dobe).

(4) Če premija do začetka zavarovanja ni plačana, jamstvo prične po poteku čakalne dobe, šteto od dneva plačila vseh do tedaj zapadlih premij.

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

2.4 Kdaj zavarovanja ni mogoče podaljšati

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

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

2.5 Kdaj zavarovanje preneha

(1) Zavarovanje preneha ob 24. uri tistega dne, ko zavarovanec umre.

(2) Zavarovanje lahko predčasno preneha skladno s temi pogoji tudi:

1. v primeru odpovedi zavarovalne pogodbe;
2. v primeru razdrta zavarovalne pogodbe zaradi neplačila premije;
3. v drugih primerih, skladno s temi pogoji in zakonom.

(3) Če umre zavarovalec, ki ni hkrati zavarovanec, zavarovalna pogodba ne preneha, pač pa zavarovanec prevzame obveznosti prejšnjega zavarovalca iz zavarovalne pogodbe. Če se zavarovanec s tem ne strinja, nas mora o tem pisno obvestiti.

2.6 Vaše obveznosti ob sklenitvi zavarovalne pogodbe in posledice neizpolnjevanja teh obveznosti

(1) Ob sklenitvi zavarovalne pogodbe ste nam dolžni prijaviti vse okoliščine, ki so pomembne za oceno nevarnosti in so vam bile znane oziroma vam niso mogle ostati neznanne.

(2) Če ste namenoma neresnično prijavili ali namenoma zamolčali kakšno okoliščino take narave, da ne bi sklenili zavarovalne pogodbe z vami, če bi vedeli za resnično stanje stvari, lahko zahtevamo razveljavitev zavarovalne pogodbe ali odklonimo izplačilo zavarovalnine, če je bolezen nastala, preden smo izvedeli za tako okoliščino. Če je bila zavarovalna pogodba razveljavljena, obdržimo že plačane premije in imamo pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri smo zahtevali razveljavitev zavarovalne pogodbe.

(3) Če ste kaj neresnično prijavili ali opustili dolžno obvestilo, pa tega niste storili namenoma, lahko po svoji izbiri v enem (1) mesecu od dneva, ko smo izvedeli za neresničnost ali nepopolnost prijave, izjavimo, da prekinjamo zavarovalno pogodbo ali predlagamo povečanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha zavarovalna pogodba po izteku štirinajstih (14) dni od dneva, ko smo vam sporočili, da prekinjamo pogodbo. Če predlagamo zvišanje premije, je zavarovalna pogodba po samem zakonu prekinjena, če predloga ne sprejmete v štirinajstih (14) dneh od dneva, ko ste ga prejeli.



- (4) Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost oziroma nepopolnost prijave ali pozneje, vendar pred razdrtjem zavarovalne 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.

III. KAJ KRIJE ZAVAROVANJE

3.1 Asistenčne storitve

- (1) Skladno s temi pogoji vam preko našega asistenčnega centra zagotavljamo storitve asistenc, ki zajemajo:
- podajanje informacij v zvezi z vašim zavarovanjem in obsegom kritij,
 - avtorizacijo upravičenosti do kritij skladno s temi pogoji,
 - podajanje informacij o zdravstvenih centrih, bolnišnicah in klinikah, kjer je mogoče opraviti specialistične zdravstvene storitve,
 - organizacijo najustreznejše specialistične zdravstvene storitve,
 - podajanje splošnih informacij (o novostih pri produktih in storitvah, ki jih nudimo, čakalnih dobah, o vaših pravicah iz obveznega in drugih prostovoljnih zdravstvenih in nezgodnih zavarovanjih, ipd.).
- (2) Ob klicu v naš asistenčni center bomo potrebovali vaše naslednje podatke:
- ime in priimek, naslov ter vaše kontaktne podatke,
 - številko police,
 - informacijo o vrsti asistenčne storitve, ki jo potrebujete,
 - ostale informacije, potrebne za izvedbo asistenčne storitve, skladno s temi pogoji.
- (3) Če bodo dejanski stroški preseglji zavarovalno vsoto, kot je dogovorjena s polico ter skladno s temi pogoji, boste morebitno razliko poravnali sami.
- (4) Če po vaši pisni potrditvi odstopite ali želite brez našega predhodnega soglasja spremeniti dogovorjeno storitev, ste dolžni poravnati vse do tedaj že nastale stroške (npr. stroški pridobitve ponudb, stroški prevodov ipd.). Če bo naknadno ugotovljeno, da do avtoriziranih storitev skladno s pogoji niste upravičeni, imamo pravico od vas terjati povračilo stroškov, ki smo jih že plačali izvajalcu zdravstvenih storitev.

3.2 Kritije specialističnih zdravstvenih storitev

3.2.1 Uvod

- (1) Poleg asistenčnih storitev, ki so podrobneje opredeljene v točki 3.1 teh pogojev, zavarovanje Specialisti senior vključuje tudi kritije specialističnih zdravstvenih storitev. Obseg kritija je odvisen od izbranega paketa, ki je opredeljen na polici.
- (2) S kritjem specialističnih zdravstvenih storitev si v primeru novo nastale bolezni, stanja ali poškodbe s pomočjo našega asistenčnega centra zagotovite hiter in enostaven dostop do ambulantnih specialističnih zdravstvenih storitev pri naših pogodbenih izvajalcih.
- (3) Novo nastala bolezen, stanje ali poškodba je vsaka akutna bolezen, stanje ali poškodba, ki je nastala v času zavarovalnega jamstva in ni posledica predobstoječega zdravstvenega stanja v skladu s točko 4.1 teh pogojev.
- (4) Akutna bolezen je bolezen, ki nastopi nenadoma in se hitro odzove na zdravljenje, katerega namen je popolna ozdravitev oziroma vzpostavitev zdravstvenega stanja, kot je bilo pred izbruhom bolezni, ter nima značaja kronične ali ponavljajoče se bolezni.

3.2.2 Kaj obsega kritje specialističnih zdravstvenih storitev

- (1) Kritje obsega plačilo stroškov naslednjih specialističnih zdravstvenih storitev, opravljenih v času jamstva zavarovanja pri naših pogodbenih izvajalcih, razen če ni dogovorjeno drugače:
- ambulantni pregledi,
 - ambulantno opravljeni diagnostični ali terapevtski postopki ter
 - ambulantno opravljene protibolečinske terapije.
- (2) V posameznem zavarovalnem letu izplačamo stroške specialističnih zdravstvenih storitev, skladno s temi pogoji, skupno največ do višine zavarovalne vsote, navedene na polici.

3.2.2.1 Ambulantni pregledi

- (1) Skladno s temi pogoji in do višine dogovorjene zavarovalne vsote lahko uveljavljate:
- v primeru nezgode največ tri (3) ambulantne preglede v posameznem zavarovalnem letu, in sicer pri zdravniku družinske medicine, medicine dela ali internistu,
 - v primeru bolezni ambulantne preglede pri zdravniku specialistu na sekundarni ravni, in sicer iz področij, ki so opredeljena v točki 3.2.3,
 - v primeru nezgode ambulantne preglede pri zdravniku specialistu na sekundarni ravni, razen v dejavnostih, ki so izključene po teh pogojih.
- (2) Kritje iz druge in tretje alineje prejšnjega odstavka velja le, če je zavarovanca na zdravstvene storitve napotil zdravnik.

3.2.2.2 Ambulantno opravljeni diagnostični ali terapevtski postopki

- (1) Skladno s temi pogoji in do višine dogovorjene zavarovalne vsote lahko uveljavljate:
- diagnostične postopke,
 - največ en (1) zahtevni diagnostični postopek v zavarovalnem letu,
 - terapevtske postopke,
- če vas je na zdravstvene storitve napotil zdravnik.
- (2) Diagnostični postopki po teh pogojih so slikovne in laboratorijske preiskave in meritve (zlasti RTG, laboratorijske preiskave, ultrazvok, scintigrafija, artrografija, EKG, Holter monitoring, spirometrija, EMG, EEG).

- (3) Zahtevni diagnostični postopki po teh pogojih so magnetna resonanca (MRI), računalniška tomografija (CT) in pozitronska emisijska tomografija (PET).
- (4) Terapevtski postopek po teh pogojih je poseg, ki je opravljen ambulantno, brez bivanja v bolnišnici, pri čemer zavarovanec po posegu zapusti ambulanto, ker ne potrebuje daljšega opazovanja ali zdravljenja. Ambulantno opravljeni terapevtski postopki so zlasti: aplikacija ampuliranega zdravila, toaleta ali čiščenje rane, odstranitev kožnih izrastkov, terapevtska in protibolečinska blokada sklepov ter obklesnih mehkih tkiv.
- (5) Postopke, naštete v drugem, tretjem in četrtem odstavku te točke, lahko v času trajanja zavarovanja razširimo z novimi postopki, in sicer z objavo na svoji spletni strani.

3.2.2.3 Ambulantno opravljene protibolečinske terapije

- (1) Skladno s temi pogoji in do višine dogovorjene zavarovalne vsote lahko v primeru nezgode uveljavljate največ deset (10) ambulantno opravljenih protibolečinskih terapij v zavarovalnem letu, če vas je na navedene zdravstvene storitve napotil zdravnik.
- (2) Protibolečinske terapije po teh pogojih so naslednje ambulantno opravljene terapije za odpravljanje bolečin: elektroterapije, terapije s protibolečinskim laserjem, interferenčnimi tokovi oziroma diadinamskimi tokovi, protibolečinske akupunkturo, vacuumed, iontoforeze, magnetoterapije, galvanske kopeli ter ultrazvočne protibolečinske terapije.
- (3) Postopke, naštete v drugem odstavku te točke, lahko v času trajanja zavarovanja razširimo z novimi postopki, in sicer z objavo na svoji spletni strani.

3.2.3 Paketi kritij

- (1) Zavarovanje Specialisti senior je oblikovano v treh paketih (paket A, B in C). Obseg kritja specialističnih zdravstvenih storitev je odvisen od posameznega paketa, kot je to razvidno iz teh pogojev in tabele v nadaljevanju

	Paket A	Paket B	Paket C
Obseg kritja posameznega paketa	Specialisti Nezgoda Kritje vseh specialističnih storitev skladno s temi pogoji, ki so potrebne zaradi zdravljenja posledic nezgode.	Specialisti Nezgoda Kritje vseh specialističnih storitev skladno s temi pogoji, ki so potrebne zaradi zdravljenja posledic nezgode. Specialisti Bolezen Kritje naslednjih specialističnih storitev skladno s temi pogoji, ki so potrebne zaradi zdravljenja bolezni: • pregledi pri zdravniku specialistu na sekundarni ravni, • diagnostični postopki, • terapevtski postopki (razen artroskopije).	Specialisti Nezgoda Kritje vseh specialističnih storitev skladno s temi pogoji, ki so potrebne zaradi zdravljenja posledic nezgode. Specialisti Bolezen Plus Kritje naslednjih specialističnih storitev skladno s temi pogoji, ki so potrebne zaradi zdravljenja bolezni: • pregledi pri zdravniku specialistu na sekundarni ravni, • diagnostični postopki, • zahtevni diagnostični postopki, • terapevtski postopki (razen artroskopije).
Specialistične storitve, krite iz naslova bolezni, za navedena področja		• revmatologija • gastroenterologija • dermatologija	• revmatologija • gastroenterologija • dermatologija • ortopedija • endokrinologija • diabetologija
Koriščenje specialističnih storitev iz naslova bolezni		Kritje največ dveh zavarovalnih primerov v posameznem zavarovalnem letu, pri čemer lahko za posamezno področje uveljavljate le en zavarovalni primer znotraj zavarovalnega leta.	Kritje največ treh zavarovalnih primerov v posameznem zavarovalnem letu, pri čemer lahko za posamezno področje uveljavljate le en zavarovalni primer znotraj zavarovalnega leta.

3.2.4 Uveljavljanje kritja specialističnih zdravstvenih storitev

- (1) Zavarovanec je dolžan pred uveljavljanjem vsake od zdravstvenih storitev, navedenih v točki 3.2.2 teh pogojev, obvestiti naš asistenčni center. Če zavarovanec našega asistenčnega centra predhodno ne obvesti, nimamo obveznosti izplačila zavarovalnine.
- (2) Stroške opravljenih zdravstvenih storitev po teh pogojih plačamo neposredno našemu pogodbenemu izvajalcu, če ni drugače dogovorjeno.
- (3) Če strošek posameznega specialističnega pregleda presega omejitve, navedene v točki 3.2.5, morate razliko do polne vrednosti opravljene storitve poravnati sami.
- (4) Zavarovanec lahko neposredno od nas zahteva izplačilo zavarovalnine za stroške opravljenih zdravstvenih storitev le, če se je pred tem z nami posebej dogovoril, da bo uveljavljal pravice iz zavarovanja pri nepogodbenem izvajalcu, ter je stroške opravljenih zdravstvenih storitev po teh pogojih plačal sam. V tem primeru izplačamo zavarovancu zavarovalnino, in sicer največ do



višine stroškov zdravstvenih storitev, kot so dogovorjeni z našimi pogodbenimi izvajalci, ter največ do zneska zavarovalne vsote, ki je navedena na polici.

3.2.5 Omejitve kritja specialističnih zdravstvenih storitev

- (1) Diagnostični postopki se povrnejo z omejitvijo do 200,00 EUR za posamezen postopek in v okviru zavarovalne vsote, ki je navedena na polici.
- (2) V primeru bolezni so specialistične storitve, kot jih zagotavlja izbrani paket, krite največ do skupno 200,00 EUR za posamezen primer. Omejitev ne velja za zahtevni diagnostični postopek, če je le ta krit z izbranim paketom.
- (3) Ko postane novo nastala bolezen, stanje ali poškodba ponavljajoča ali ko je novo nastala bolezen oziroma stanje diagnosticirano kot kronično, nimamo več obveznosti stroškov specialističnih zdravstvenih storitev v zvezi s to boleznijo, stanjem ali poškodbo.
- (4) Ponavljajoča se bolezen, stanje ali poškodba je bolezen, stanje ali poškodba, ki se ponavlja z vmesnimi remisijami 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 opravi več kot sedem (7) ambulantnih pregledov ali ambulantno opravljenih diagnostičnih ali terapevtskih postopkov zaradi istega vzroka.
- (5) Kronična bolezen ali stanje ima eno ali več naslednjih lastnosti: je običajno dolgotrajna in ponavljajoča se, večinoma povzroči trajne zdravstvene posledice, bolnik potrebuje posebno usposabljanje in rehabilitacijo, da živi z njo, potrebuje dolgotrajno opazovanje, zdravljenje, nadzor in nego. Za kronično bolezen se štejejo tudi pričakovani zapleti te bolezni.

IV. OMEJITVE IN IZKLUČITVE

4.1 Predobstoječe zdravstveno stanje

- (1) Skladno s temi pogoji v obdobju prvih 24 mesecev od začetka zavarovanja, ni zavarovalnega jamstva za vsa vaša predobstoječa zdravstvena stanja ali stanja povezana z le-tem. To je t.i. obdobje pogojne čakalne dobe.
- (2) Predobstoječe zdravstveno stanje je bolezen ali poškodba, za katero ste v obdobju petih (5) let pred datumom začetka zavarovanja opazili in se zavedali simptomov oziroma ste se zdravili, prejeli zdravila ali poiskali zdravniško pomoč, tudi če diagnoza ni bila postavljena.
- (3) Jamstvo po teh pogojih za zavarovalne dogodke, ki so posledica predobstoječega zdravstvenega stanja in povezanih stanj, bomo prevzeli po poteku obdobja pogojne čakalne dobe, v kolikor se v tem obdobju za tovrstno zdravstveno stanje niste zdravili, prejeli zdravila ali poiskali zdravniške pomoči in nasveta.
- (4) Če ste se v obdobju pogojne čakalne dobe zdravili, prejeli zdravila ali poiskali zdravniško pomoč in nasvet za predobstoječe zdravstveno stanje, se bo nova pogojna čakalna doba štela od zadnje prejete zdravniške pomoči ali nasveta, predpisanega zdravila ali zdravljenja.

4.2 Omejitve in izključitve naših obveznosti

- (1) V primeru, da zavarovalni primer nastopi zaradi posledic osteoporoze, krijemo samo prvi zavarovalni primer. Nadaljnji zavarovalni primeri, ki bi nastopili zaradi posledic osteoporoze, pa niso kriti.
- (2) Izključene so vse naše obveznosti za naslednje primere:
 - posledice nezgod pri alpinizmu, smučanju in deskanju izven urejenih smučišč, avto-moto športih, globinskem potapljanju (globlje od 30 m), uporabi strelnega orožja ali ukvarjanja s tveganimi športi, kot so borilni športi, rafting, kanjoning, jamarstvo in podobno;
 - pri upravljanju letal in zračnih plovil vseh vrst in pri vožnji z njimi, razen za potnike v javnem letalskem prometu;
 - pri upravljanju z vozilom, delovnim strojem ali drugo napravo, ki za obratovanje in/ali za uporabo v prometu (tudi na neprometnih površinah) ni imelo veljavnega predpisanega dovoljenja;
 - posledice opravljanja posebno nevarnih opravil, kot je na primer ravnanje z eksplozivnimi sredstvi;
 - posledice vseh oblik žarčenja, višinske in potapljaške bolezni, kot tudi izpostavljenosti svetlobi, sončnim žarkom in spremembi temperature, razen v primeru reševanja tujega življenja;
 - posledice radioaktivnega sevanja, onesnaženja okolja ali naravnih nesreč;
 - posledice poškodb zaradi državljanske vojne ali vojne s tujo državo, nemirov, stavk, demonstracij, terorističnih dejanj, sabotaž ali poskusov umora;
 - posledice poškodb zaradi namerne povzročitve nezgode s strani zavarovalca, zavarovanca ali upravičenca; če je upravičenec več, nimamo nobene obveznosti do tistega upravičenca, ki je namerno povzročil nezgodo;
 - posledice poškodb zaradi sodelovanja pri pripravi, poskusu ali izvršitvi naklepne kaznivega dejanja, kakor tudi pri pobegu po takšnem dejanju, ter sodelovanja pri pretepu ali fizičnem obračunavanju, razen v primeru dokazane samoobrambe;
 - posledice samomora oziroma nezgod, nastalih zaradi poskusa samomora;
 - posledice delovanja alkohola, drog, zdravil ali psihoaktivnih snovi s strani zavarovanca, razen tistih pod nadzorom usposobljenega zdravnika,

predpisanih za zdravljenje, vendar ne za zdravljenje odvisnosti ali odtegnitvenega sindroma. V primeru prometne nesreče se šteje, da je nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca, če stopnja alkohola v krvi zavarovanca presega dovoljeno mejo alkohola v krvi za udeležence v prometu skladno z veljavno slovensko zakonodajo, v primeru vseh drugih nezgod pa, da so nastale zaradi delovanja alkohola na zavarovanca, če stopnja alkohola v krvi zavarovanca presega dvakratnik dovoljene meje alkohola v krvi za udeležence v prometu skladno z veljavno slovensko zakonodajo;

- malomarnega ravnanja zavarovanca;
 - ravnanja zavarovanca, ki ni pravočasno poiskal medicinske pomoči, se ni zdravil ali ni upošteval nasveta zdravnika;
 - prav tako so izključene naše obveznosti, če se zavaruje oseba, ki se po teh pogojih ne more zavarovati; v takem primeru zavarovalcu vrnemo že plačano premijo.
 - okužbe z virusom HIV ali AIDS;
 - prirojene anomalije in vse iz tega izhajajoče spremembe;
 - pandemije, ki jo razglasi Svetovna zdravstvena organizacija;
 - spolno prenosljive, duševne in poklicne bolezni zavarovanca.
- (3) Če zbolite v času čakalne dobe, so izključene vse naše obveznosti povezane s to boleznijo.
 - (4) Zavarovanje ne krije stroškov medicinsko-tehničnih pripomočkov, zobno-protetičnih pripomočkov in nadomestkov, stroškov patronažne zdravstvene nege, reševalnih prevozov, bioloških zdravil in živil za posebne zdravstvene namene.
 - (5) Izključene so vse naše obveznosti v primeru zdravstvenih storitev, če so potrebne zaradi posledic nezgode:
 - pri ginekologu na primarni ravni;
 - pri fizioterapiji, razen tistih, za katere je izrecno določeno, da jih krije zavarovanje po teh pogojih;
 - v urgentni in intenzivni medicini;
 - v zobozdravstvu;
 - pri specialistu psihiatru;
 - v lepotni kirurgiji;
 - ki niso strokovno doktrinarno priznana medicinska metoda v Republiki Sloveniji ali pa so eksperimentalne narave.

V. SPREMEMBE NA VAŠI POLICI

- (1) V času trajanja zavarovanja, na obstoječi zavarovalni polici ne morete spreminjati izbranega paketa (oziroma kritij znotraj paketa). Obstoječo zavarovalno pogodbo lahko v tem primeru odpoveste in sklenete novo.

VI. PREMIJA

- (1) Premija, ki jo je potrebno plačevati po zavarovalni pogodbi, je odvisna od izbranega paketa in je navedena na polici.
- (2) Premija je enaka, ne glede na starost zavarovanca.
- (3) Premija se plačuje vnaprej, do zadnjega dne pred obdobjem, na katerega se nanaša. Prva premija zapade v plačilo ob sklenitvi zavarovalne pogodbe, če ni na polici dogovorjeno drugače.
- (4) Izbirate lahko med letnim, polletnim, četrletnim oziroma mesečnim plačevanjem premije.
- (5) Šteje se, da je premija plačana na dan, ko prejmemo plačilo na naš transakcijski račun. Če zamudite s plačilom, lahko zaračunamo zakonite zamudne obresti in stroške, skladno z veljavnim cenikom.
- (6) Dolžni ste nam plačevati premijo, mi pa smo jo dolžni sprejeti od vsake osebe, ki ima pravni interes, da je premija plačana.
- (7) Prav tako ste dolžni plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.

6.1 Do kdaj se premija plačuje

- (1) Premija se plačuje do poteka ali prekinitve zavarovanja oziroma do smrti zavarovanca.
- (2) Pripada nam premija do konca meseca, v katerem pride do prenehanja zavarovalne pogodbe po teh pogojih.

6.2 Kaj se zgodi, če zapadle premije ne plačate

- (1) Če premije do zapadlosti niste plačali, lahko prekinemo zavarovalno pogodbo po tridesetih (30) dneh od dneva, ko vam je bilo vročeno priporočeno pismo z obvestilom o zapadlosti premije, prenehanju jamstva in prekinitvi zavarovalne pogodbe, vendar ne prej kot v tridesetih (30) dneh od zapadlosti premije.
- (2) Če je zavarovalna pogodba prekinjena zaradi neplačila, vam nismo dolžni povrniti nobene plačane premije, lahko pa terjamo ali pobotamo vse premije do konca meseca, v katerem je bilo zavarovanje prekinjeno.

6.3 Vračilo premije

- (1) Če se zavarovanje prekine ali odpove pred koncem zavarovalnega leta in plačujete premijo letno, polletno ali četrletno, vam bomo vrnili sorazmerni del plačane premije.



VII. UVELJAVLJANJE STORITEV PO TEH POGOJIH

7.1 Uvod

- (1) Storitve, ki so predmet teh pogojev, uveljavljate izključno preko našega asistenčnega centra na telefonski številki 080 20 60, ki vas bo usmerjal pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja.

7.2 Postopek uveljavljanja

- (1) Če želite uveljavljati pravico do specialistične zdravstvene storitve, morate poklicati naš asistenčni center. Ob klicu boste asistenčnemu centru posredovali podatke za prijavo zavarovalnega primera, vključno z zdravniškim napotilom za specialistični pregled.
- (2) Naš asistenčni center bo najkasneje v roku treh (3) delovnih dni od dneva avtorizacije za vas pridobil datum obiska in uredil plačilo stroškov zdravnika specialista, ki je del naše mreže pogodbenih izvajalcev.
- (3) Če ste se po predhodnem dogovoru z nami odločili uveljavljati pravico do specialistične zdravstvene storitve pri nepogodbenih izvajalcih, boste stroške opravljenih storitev izvajalcu poravnali sami, na podlagi predložene ustrezne dokumentacije pa uveljavljali povračilo stroškov skladno s točko 3.2.4 teh pogojev.

7.3 Obravnava vašega zavarovalnega primera

- (1) Z obravnavo vašega zavarovalnega primera bomo začeli na podlagi najave primera ob klicu v asistenčni center ter na podlagi z vaše strani predložene medicinske dokumentacije.
- (2) Če bomo v času obravnave vašega zavarovalnega primera potrebovali kakršnekoli dodatne informacije za uveljavljanje storitev glede vašega preteklega in sedanjega zdravstvenega stanja, ste nam dolžni le te posredovati. Morebitne stroške za pridobitev informacij nosite sami.
- (3) Pooblaščate nas, da za ugotovitev pomembnih okoliščin, povezanih z zavarovalnim primerom, pridobimo vse potrebne podatke in pojasnila.
- (4) Če bomo potrebovali dodatna dokazila za obravnavo primera, vas lahko na naše stroške pošljemo na pregled ali preiskave k medicinskim izvedencem, ki jih sami določimo.
- (5) Če ne boste ravnali v skladu z drugim in četrtnim odstavkom te točke, nimamo obveznosti iz sklenjene pogodbe.

7.4 Izjava zavarovanca

- (1) Skladno s temi pogoji ste dolžni pred uveljavljanjem kritij iz teh pogojev podpisati izjavo, na podlagi katere potrdite, da ste seznanjeni, da zavarovalnica ne odgovarja za kakovostno izvedbo storitve pri zdravniku specialistu ter da je izrecno izključena kakršnakoli odškodninska odgovornost zavarovalnice, ki se nanaša na opravljene specialistično zdravstvene storitve.
- (2) Asistenčni partner jamči za kvalitetno in v danih rokih opravljeno storitev asistencije, skladno s temi pogoji in njegovimi pogoji poslovanja. Skladno s temi pogoji ste dolžni pred izvedbo storitve sprejeti pogoje poslovanja izbranega asistenčnega partnerja.

7.5 Plačilo zavarovalnine

- (1) Če uveljavljate storitve pri naših pogodbenih izvajalcih, plačamo strošek storitve (specialistične zdravstvene storitve) neposredno izvajalcu, razen če ni drugače dogovorjeno.
- (2) Če uveljavljate storitve pri nepogodbenih izvajalcih, vam stroške opravljenih storitev povrnemo na podlagi popolne predložene medicinske dokumentacije, praviloma v roku štirinajst (14) dni, šteto od dneva prejema le-te. Zahtevki iz zavarovanja zastarajo po določitih zakona Republike Slovenije, ki ureja obilgacijska razmerja.
- (3) Pridržujemo si pravico pobotati ob izplačilu zavarovalnine vse neplačane zapadle premije iz te zavarovalne pogodbe.

VIII. OSTALE DOLOČBE

8.1 Odpoved zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovalec in zavarovalnica lahko zavarovalno pogodbo brez razloga odpove pisno po preteku enega leta od datuma začetka zavarovanja. Zavarovanje v tem primeru preneha ob 24.00 uri zadnjega dne v naslednjem mesecu po prejemu pisne odpovedi.
- (2) Ne glede na določbe prejšnjega odstavka, lahko zavarovalec in zavarovalnica zavarovalno pogodbo kadarkoli sporazumno prekineta.
- (3) Če ste sklenili zavarovalno pogodbo na daljavo, imate skladno z zakonom Republike Slovenije, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da odstopite od zavarovalne pogodbe. Odstopite lahko tako, da nam to pisno sporočite v petnajstih (15) dneh od dneva sklenitve zavarovalne pogodbe. V tem primeru smo vam dolžni vrniti plačane premije.

8.2 Osebni podatki

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec sem seznanjen, da je Politika zasebnosti Vzajemne, kjer lahko prejmem vse informacije o obdelavi osebnih podatkov, dostopna na www.vzajemna.si.
- (2) Zavarovanec sem seznanjen, da posredovane osebne podatke, vključno z zdravstvenimi podatki, obdelujeta in si izmenjujeta zavarovalnica in pogodbeni partner, za namen izvajanja te zavarovalne pogodbe in koriščenja morebitnih pripadajočih ugodnosti, ki so del zavarovanja.
- (3) Kot zavarovanec oziroma zavarovalec ste nas dolžni pisno obvestiti o spremembi osebnih podatkov in drugih, za zavarovanje relevantnih okoliščinah, in sicer v roku osem (8) dni od dneva spremembe.

8.3 Postopek pritožbe

- (1) V primeru spora v zvezi z zavarovalno pogodbo se spor lahko rešuje v izvensodnem postopku z vložitvijo pritožbe. Pritožbo vložite ustno ali pisno na naši poslovni enoti, preko spletne strani www.vzajemna.si ali po elektronski pošti reklamacije@vzajemna.si.
- (2) Pritožbo obravnava naš pristojni organ skladno s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek. Interni pritožbeni postopek je organiziran na dveh stopnjah. Odločitev pritožbene komisije na drugi stopnji je dokončna.
- (3) Če se z odločitvijo pritožbene komisije ne boste strinjali ali če zavarovalnica o pritožbi ne bo odločila v tridesetih (30) dneh po prejemu, lahko postopek za izvensodno reševanje 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.

8.4 Končne določbe

- (1) Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo določila slovenske zakonodaje, ki urejajo obilgacijska razmerja.
- (2) V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče Republike Slovenije, krajevno pa sodišče v Ljubljani.
- (3) Veljavni statut Vzajemne, d.v.z. je na vpogled na sedežu Vzajemne, d.v.z. in na sklepalnih mestih PE ter na spletni strani www.vzajemna.si, kjer bo omogočen tudi vpogled v njegove nadaljnje spremembe.
- (4) Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice se objavi na spletni strani www.vzajemna.si.
- (5) Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (6) Ti pogoji se uporabljajo od 1. 11. 2018.