



ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

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

Produkt: Zdravstvena polica – operativni posegi

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

ZA KAKŠNO VRSTO ZAVAROVANJA GRE?

Gre za zdravstveno zavarovanje, ki omogoča hiter dostop ter kritje zdravstvenih storitev izven javne zdravstvene mreže (kritje stroškov operativnih posegov). Zavarovanje vključuje tudi brezplačno asistenco zavarovalnice za lažji dostop do storitev.



KAJ JE ZAVAROVANO?

- ✓ **Asistenčne storitve, kot so:**
 - ✓ informiranje;
 - ✓ preverjanje in potrditev upravičenosti vašega zahtevka;
 - ✓ asistenca pri koriščenju zdravstvenih storitev;
 - ✓ klepet z zdravnikom.
- ✓ **Operativni posegi zaradi posledic bolezni in nezgode** ki omogočajo hiter dostop in kritje zdravstvenih storitev izven javne zdravstvene mreže. Kriti so stroški posameznega operativnega posega, in sicer največ do višine dogovorjene zavarovalne vsote.
 - Zavarovanju se lahko priključi dodatno kritje **Paket Plus**. V primeru operativnega posega, ki bo opravljen v tujini, izplačamo dogovorjeno zavarovalno vsoto, s katero se lahko pokrijejo stroški spremljajočih storitev pri izvedbi operativnega posega v tujini (npr. stroški prevoza, namestitve, zdravil ipd.).

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



KAJ NI ZAVAROVANO?

Zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja:

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

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 epidemijo, pandemijo, onesnaženjem okolja, radioaktivnim sevanjem, neposrednim ali posrednim delovanjem jedrske energije ter naravnimi nesrečami.
- * Ostale izključitve so navedene v zavarovalnih pogojih.



ALI JE KRITJE OMEJENO?

- ! Dogovorjene zdravstvene storitve se lahko uveljavljajo tri (3) mesece po začetku zavarovanja, kar je obdobje čakalne dobe ob sklenitvi, razen če s pogodbo ni dogovorjeno drugače. Čakalna doba ob sklenitvi velja za novonastale bolezni in stanja. Če so potrebne zdravstvene storitve zaradi poškodb, ki so posledica nezgode, nastale po datumu začetka zavarovanja, te čakalne dobe ni.
- ! Za vsa obstoječa zdravstvena stanja, ki jih je zavarovanec imel do začetka zavarovanja, velja 24-mesečna čakalna doba za obstoječa stanja, šteto od dneva začetka zavarovanja.
- ! Za bolezni in zdravstvena stanja, ki so se pojavila v času čakalne dobe ob sklenitvi, velja 24-mesečna čakalna doba za obstoječa stanja, šteto od dneva, ko je zavarovanec opazil ali se zavedal simptomov bolezni oziroma se zdravil, čeprav diagnoza še ni bila postavljena.
- ! Za bolezni in prejšnjih dveh odstavkov velja, da mora biti zavarovanje veljavno najmanj 24 mesecev, v tem času pa se zavarovanec ni zdravil zaradi teh bolezni in stanj, preden se lahko za ta stanja uveljavljajo pravice iz zavarovanja. Če se v tem obdobju zavarovanec zdravi, se čakalna doba za obstoječa stanja šteje od zaključka zdravljenja.
- ! Ostale omejitve so navedene v splošnih pogojih.



KJE JE ZAVAROVANJE VELJAVNO?

- ✓ Zavarovalno kritje velja povsod po svetu.



KAKŠNE SO MOJE OBVEZNOSTI?

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



KDAJ IN KAKO PLAČAM?

Izbirate lahko med letnim, polletnim, četrletnim in mesečnim plačevanjem premije. Premija se plačuje vnaprej, in sicer do vključno zadnjega dne v mesecu pred začetkom obdobja, za katerega se premija plačuje. Prva premija zapade v plačilo ob sklenitvi zavarovalne pogodbe.



KDAJ ZAVAROVANJE ZAČNE IN KDAJ NEHA VELJATI?

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

Zavarovanje se podaljšuje in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 65 let, pri čemer se upošteva dejanska starost zavarovanca.

Zavarovanje preneha, ko je po vseh škodnih zahtevkih izplačana skupna zavarovalna vsota v znesku 120.000 EUR. V tem primeru preneha tudi dodatno kritje Paket Plus, če je priključeno zavarovanju. Drugi primeri prenehanja zavarovalne pogodbe so navedeni v splošnih pogojih.



KAKO LAHKO ODPSTOPIM OD POGODBE?

Zavarovalec lahko podaljšanje pogodbe prekliče s pisnim obvestilom, ki mora biti dano zavarovalnici najmanj šestdeset (60) dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. V tem primeru pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.

V primeru sklenitve na daljavo lahko zavarovalec odstopi od zavarovalne pogodbe v petnajstih (15) dneh od dneva sklenitve zavarovanja.

Odpoved zavarovalne pogodbe mora biti v vseh primerih pisno sporočena zavarovalnici.

Splošni pogoji za Zdravstveno polico SP-ZP-21













VARUH ZDRAVJA
VZAJEMNA












UVOD

1. Kaj je Zdravstvena polica?

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

2. Definicije pogosto uporabljenih terminov

TERMIN	KRATKA DEFINICIJA
 Vi / Vaš	Se nanaša na vas kot na: <ul style="list-style-type: none"> • ponudnika, želi z nami skleniti zavarovanje in nam v ta namen predloži ponudbo, • zavarovalca, ko z nami sklenete pogodbo, • zavarovanca, ko s sklenitvijo pogodbe zavarujete sebe, • upravičenca, ko vam skladno s temi pogoji izplačamo dogovorjeno zavarovalnino oziroma zagotovimo dogovorjeno kritje.
 Mi / Naš	To smo mi, Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana.
 Zavarovanec	Je oseba, za katero je bila polica izdana in je tudi deležna pravic iz pogodbe. To ste lahko vi, lahko pa zavarujete tudi drugo osebo, s čimer ta oseba postane zavarovanec.
 Polica	Listina, s katero potrjujemo obstoj vašega zavarovanja iz sklenjene pogodbe.
 Premija	Je znesek, ki nam ga plačujete skladno s pogodbo.
 Zavarovalno leto	Obdobje enega leta od začetka ali obnovitve zavarovanja.
 Zavarovalna vsota	Je najvišji znesek naše obveznosti iz sklenjenega zavarovanja.
 Zavarovalnina	To je denarni znesek, ki ga skladno s pogodbo izplačamo za posamezni zavarovalni primer – vam ali pa izvajalcu.
 Čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja	To je določeno časovno obdobje, od začetka zavarovanja, za katerega ste nam dolžni plačevati premijo in v katerem še ne morete uveljavljati pravic iz pogodbe, razen če se vam pripeti nezgoda.
 Čakalna doba za obstoječa zdravstvena stanja	To je določeno časovno obdobje, od začetka zavarovanja, za katerega ste nam dolžni plačevati premijo, vendar še ne boste mogli uveljavljati pravic iz pogodbe za morebitna obstoječa zdravstvena stanja.

TERMIN	KRATKA DEFINICIJA
 Bolezen	Odsotnost zdravja, ki jo ugotovi zdravnik in ki ni posledica nezgode.
 Nezgoda	Je vsak nenaden, nepredviden dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo, neodvisno od njegove volje, in pri katerem se zavarovanec telesno poškoduje.
 Kronična bolezen	To je bolezen, stanje ali poškodba, ki se razvija počasi, je dolgotrajna in se ponavlja ali je verjetno, da se bo ponavljala, povzroča trajne zdravstvene posledice, potrebuje stalen medicinski nadzor, lajšanje simptomov, zdravljenje in rehabilitacijo oziroma zdravstveno nego. Sem spadajo tudi nepričakovani zapleti kronične bolezni.
 Novonastala bolezen	Je bolezen, stanje ali poškodba, ki nastopi v času zavarovalnega kritja.
 Obstoječe zdravstveno stanje	Je bolezen, stanje ali poškodba, ki je nastala pred začetkom zavarovanja
 Zavarovalni primer	Je dogodek, zaradi katerega potrebujete našo pomoč in na podlagi katerega nastane naša obveznost iz pogodbe.
 Zahtevak	Z njim nam na dogovorjeni način sporočite, da potrebujete zdravstveno storitev iz zavarovanja ali pa ste jo, po naši predhodni odobritvi, že opravili in želite povračilo stroškov zdravstvenih storitev.
 Potrditev upravičenosti zahtevka	Pomeni, da smo na podlagi vašega zahtevka preverili ali ste upravičeni do storitve, ki jo od nas potrebujete in jo bomo zagotovili skladno z našimi pogodbenimi obveznostmi.
 Izvajalec	Je izvajalec zdravstvene storitve, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvenih storitev ali z zdravstvenimi storitvami povezane dejavnosti (npr. zdravnik specialist).
 Pooblaščen zdravnik	Zdravnik, ki je pooblaščen z naše strani za pregled in presojo zdravstvene dokumentacije ipd.
 Eksperimentalno zdravljenje	Zdravljenje, postopek, potek zdravljenja, oprema, zdravstveni ali farmacevtski izdelek, namenjen medicinski ali kirurški uporabi, ki ni sprejeto kot varno, učinkovito in ustrežno za zdravljenje bolezni, stanja ali poškodbe in je predmet študije, raziskave, testiranja ali je na katerikoli stopnji kliničnega eksperimentiranja.



SPLOŠNO O ZAVAROVANJU

3. O vaši pogodbi

- 3.1. Pogodba, ki ste jo kot zavarovalec sklenili z nami, je praviloma sestavljena iz ponudbe, police, pogojev, morebitnih posebnih pisnih izjav pogodbenih strank, klavzul ter drugih prilog in dodatkov k polici.
- 3.2. Pogodba je sklenjena, ko se z nami dogovorite o njenih bistvenih elementih, kot so določitev kritij, premije, začetka zavarovanja in zavarovalnih vsot oziroma ob plačilu prve premije, če se tako dogovorimo.
- 3.3. Pogodbo lahko sklenete na podlagi pisne ponudbe ali na drug način potrdite, da se strinjate o bistvenih elementih pogodbe. Izpolnjeno in podpisano ponudbo nam morate predložiti v pisni ali elektronski obliki na našem obrazcu in predstavlja predlog za sklenitev pogodbe. V ponudbi morajo biti navedena vsa dejstva, bistvena za sklenitev pogodbe. Sestavni del ponudbe je lahko tudi Vprašalnik o zdravstvenem stanju.
- 3.4. Podpis ponudnika na ponudbi šteje za podpis zavarovalca na zavarovalni polici. Če zavarovalec ni hkrati tudi zavarovanec, je za veljavnost pogodbe potreben tudi podpis zavarovanca. S podpisom pogodbe izjavljate, da ste bili pred sklenitvijo pogodbe seznanjeni s pogoji sklepanja in izvajanja zavarovanja ter da so pogodbeni določila skladna z dogovorjenim.
- 3.5. Podpisana ponudba za sklenitev pogodbe, ki nam je bila predložena, obvezuje ponudnika osem (8) dni od dneva, ko je k nam prispela, če je potreben zdravniški pregled zavarovanca pa trideset (30) dni. Če v tem roku ne odklonimo vaše ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, se šteje, da je vaša ponudba z naše strani sprejeta in da je pogodba sklenjena tistega dne, ko je ponudba prispela k nam.
- 3.6. Za sklenitev pogodbe je lahko potreben zdravniški pregled, ki ga za vas organiziramo mi.
- 3.7. Če vam v odgovoru na ponudbo predlagamo dopolnitev, določimo doplačilo ali izključitev, se šteje, da smo ponudbo zavrnil in vam posredovali nasprotno ponudbo. Nasprotna ponudba je sprejeta, ko prejmemo vašo izjavo, da se z njo strinjate.
- 3.8. Če v roku petnajstih (15) dni po izstavitvi nasprotne ponudbe ne prejmemo vaše izjave o sprejemu nasprotne ponudbe, se šteje, da pogodba ni bila sklenjena. V tem primeru smo vam dolžni vrniti morebitno plačano premijo, oziroma vse, kar smo od vas prejeli. Pri tem si lahko poračunamo morebitne stroške, ki smo jih imeli z zdravniškim pregledom.
- 3.9. Vašo ponudbo za sklenitev pogodbe lahko zavrnemo brez obrazložitve.
- 3.10. Po sprejemu vaše ponudbe vam bomo na podlagi podatkov iz ponudbe izdali polico. Polica predstavlja dokazilo o sklenjeni pogodbi in vsebuje poleg podatkov iz ponudbe tudi druge podatke v skladu z veljavno zakonodajo.
- 3.11. Če se kakšno določilo na polici razlikuje od ponudbe oziroma vaših drugih izjav, lahko na vsebino police pisno ugovarjate v tridesetih (30) dneh od prejema police. Če tega ne storite, velja vsebina police.
- 3.12. Pri pogodbah sklenjenih na daljavo lahko vaš podpis, če je tako dogovorjeno, nadomesti plačilo prve premije. Šteje se, da je pogodba v tem primeru sklenjena, ko plačate prvo premijo. V primeru sklenitve zavarovanja na daljavo imate v skladu z zakonom, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da odstopite od pogodbe. To lahko storite, brez obrazložitve, v roku petnajstih (15) dni od dneva sklenitve zavarovanja.
- 3.13. S pogodbo se obvezujete, da nam boste plačevali premijo na način in v obliki, kot je dogovorjeno, mi pa se obvezujemo, da bomo ob nastanku zavarovalnega primera izpolnili svoje obveznosti, kot so določene v pogodbi.
- 3.14. Vsi zahtevki in izjave, ki jih bomo predložili drug drugemu, morajo biti v pisni obliki. Za pisno sporočanje šteje pisno sporočanje po pošti ali preko elektronske poti. Za vse dokumente velja, da so predloženi tistega dne, ko jih naslovnik prejme.

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

- 4.1. Ob sklenitvi pogodbe ste nam dolžni prijaviti vse okoliščine, ki so vam znane ali vam niso mogle ostati 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, ki ste ga izpolnili.
- 4.2. Če ste namenoma neresnično prijavili ali namenoma zamolčali kakšno okoliščino take narave, da ne bi sklenili zavarovalne pogodbe z nami, če bi vedeli za resnično stanje stvari, lahko zahtevamo razveljavitve 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 razveljavitve 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 razdrtjem 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 razdrtje pogodbe.

5. Kdo se lahko zavaruje?

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

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

- 6.1. Zavarovanje začne veljati ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja, in preneha ob 24.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot datum prenehanja zavarovanja.
- 6.2. Zavarovanje se sklene za obdobje najmanj enega leta in se ob izteku dogovorjene dobe vsakokrat podaljša za enako časovno obdobje, za katerega je bilo sklenjeno, pri čemer se podaljšanje izvede molče. Zavarovalec lahko podaljšanje preklic s pisnim obvestilom, ki nam mora biti dano najmanj šestdeset (60) dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. V primeru preklica v navedenem roku pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 6.3. Ob podaljšanju zavarovanja se premija določi za naslednje zavarovalno leto skladno s točko 17 teh pogojev.
- 6.4. Od podaljšanja zavarovanja lahko odstopimo tudi mi, če prenehamo z izvajanjem takšnega zavarovanja, če je zavarovalec oziroma zavarovanec ravnal v nasprotju s pogodbo ali če so nastale okoliščine, zaradi katerih pogodbe ne moremo več imeti v veljavi. V tem primeru vas bomo obvestili vsaj šestdeset (60) dni pred iztekom tekočega zavarovalnega leta. Pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 6.5. Zavarovanje se podaljšuje in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem boste dopolnili starost 65 let oziroma 26 let, v primeru Zdravstvene police za otroka, pri čemer se upošteva dejanska starost zavarovanca.
- 6.6. Pogodba predčasno preneha z dnem smrti zavarovanca, z dnem, ko zavarovanec postane poslovno nesposoben ali z razdrtjem pogodbe.
- 6.7. Asistenčne storitve klepet z zdravnikom po teh pogojih ni mogoče podaljšati, če pogodbeni partner bistveno spremeni pogoje sodelovanja ali odpove sodelovanje z nami. O tem vas bomo pisno obvestili vsaj tri (3) mesece pred iztekom zavarovalnega leta. V tem primeru bo navedena asistenčna storitev prenehala z iztekom tekočega zavarovalnega leta.

7. Kako je z zavarovalnim kritjem?

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



PODROBNO O ZAVAROVANJU

8. Kaj krije zavarovanje?

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

ASISTENČNE STORITVE - STORITVE	
Informiranje	V asistenčnem centru lahko dobite naslednje informacije: <ul style="list-style-type: none"> v zvezi z vašim zavarovanjem in obsegom kritij, o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja, o izvajalcih zdravstvenih storitev iz zavarovanja, splošne informacije o naših produktih ter zdravstvenem sistemu.
Preverjanje in potrditev upravičenosti vašega zahtevka	V asistenčnem centru se preveri in potrdi upravičenost vašega zahtevka za uveljavljanje zdravstvenih storitev, skladno s sklenjeno pogodbo.
Asistenca pri koriščenju zdravstvenih storitev	Da boste lahko hitro prišli do potrebne zdravstvene storitve, v asistenčnem centru poskrbijo za: <ul style="list-style-type: none"> organizacijo zdravstvene storitve, ki jo potrebujete, organizacijo pomoči na domu, pripravo vseh potrebnih informacij glede hitrega in enostavnega uveljavljanja zdravstvene storitve za vas, ureditev plačila ali povračila stroškov zdravstvenih storitev skladno s pogoji.
Klepzet z zdravnikom	V času trajanja zavarovanja vam bo na voljo klepzet z zdravnikom preko različnih klepetalnikov 24 ur na dan in vse dni v letu.
SPECIALISTIČNE ZDRAVSTVENE STORITVE – KRITJA IN IZPLAČILA	
Zdravstvene storitve na primarni ravni	Z zavarovanjem boste imeli zagotovljen dostop do zdravnika splošne in družinske medicine.
Specialistične zdravstvene storitve	Z zavarovanjem boste lahko hitro dostopali ter imeli zagotovljeno kritje za: <ul style="list-style-type: none"> specialistične ambulantne storitve, zahtevne diagnostične preiskave, drugo mnenje specialista, za vas in za vaše družinske člane.
Fizioterapija	Fizioterapija obsega ambulantno fizioterapijo, kot nadaljevanje specialistične obravnave ali operativnega posega.
Dental Nezgoda	Kritje obsega zobozdravstvene storitve, ki so potrebne zaradi posledic nezgode.
Zdravila	Kritje zagotavlja plačilo stroškov zdravil izdanih na beli recept, ki jih zavarovancu predpiše zdravnik specialist.
Specialistično ambulantni operativni posegi	Zavarovanje zagotavlja kritje stroškov specialistično ambulantnega posega.
Operativni posegi zaradi posledic nezgode	Zavarovanje zagotavlja kritje stroškov operativnih posegov, ki so potrebni zaradi posledic nezgode.
Pomoč na domu	Zavarovanje zagotavlja kritje storitev pomoči na domu.
Sladkorna bolezen	Kritje zagotavlja izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote, v primeru, da otrok zbolí za sladkorno boleznijo tipa 1.
OPERATIVNI POSEGI – KRITJA IN IZPLAČILA	
Operativni posegi zaradi posledic bolezní ali nezgode	Če zavarovanec potrebuje operativni poseg zaradi bolezní ali nezgode, krijemo stroške samoplačniškega operativnega posega do višine dogovorjene zavarovalne vsote.
Paket Plus	Če za vas organiziramo operativni poseg v tujini, izplačamo pripadajočo zavarovalnino, s katero lahko pokrijete dodatne stroške, ki nastanejo zaradi potovanja v tujino.

9. Kaj vse obsegajo asistenčne storitve?

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

10. Kaj obsega zavarovanje za specialistične zdravstvene storitve?

- 10.1. Zavarovanje za specialistične storitve lahko sklenete kot samostojno zavarovanje. Osnovnim kritjem lahko poljubno dodate še izbirna kritja. Če boste zaradi bolezní ali nezgode potrebovali specialistično storitev ali druge zdravstvene storitve opredeljene v tem poglavju, bomo poravnali stroške, ki bodo pri tem nastali, in sicer največ v višini zavarovalne vsote, ki smo jo določili v pogodbi. Dogovorjeno zdravstveno storitev za vas organiziramo mi, razen če se predhodno ne dogovorimo drugače.
- 10.2. Storitve, opisane v tej točki, je lahko organizirana tudi v obliki telefonskega ali video posveta. Področja specialnosti, pri katerih je tovrstna storitev omogočena, so objavljena na naši spletni strani.
- 10.3. V okviru zavarovanja imate zagotovljene tri (3) obiske pri zdravniku **splošne in družinske medicine** v posameznem zavarovalnem letu.



- 10.4. Z zavarovanjem boste imeli enostaven dostop ter kritje za naslednje specialistične zdravstvene storitve:
- **specialističnih ambulantnih storitev** kamor spadajo storitve, ki so potrebne za zdravljenje novonastale bolezni, stanja ali poškodbe. Storitve vključujejo specialistični pregled, pripadajoče osnovne preiskave in meritve (slikovne, funkcionalne, laboratorijske kot so EKG, RTG, EMG, UZ, spirometrija ipd.) ter enostavne pripadajoče ambulantne posege, ki se lahko izvedejo v okviru specialističnega pregleda (npr. aplikacija blokade, punkcija, odstranitev kožnih izrastkov ipd.). Koriščenje specialistično ambulantnih storitev je v posameznem zavarovalnem letu omejeno pri specialistu revmatologije na največ dva (2) obiska ter pri psihiatru/psihologu na največ dva (2) obiska.
 - **zahtevnih diagnostičnih preiskav**, ki obsegajo storitve, katere praviloma predstavljajo nadaljevanje specialističnih pregledov ter so navadno potrebne za postavitve diagnoze pri novonastali bolezni, stanju ali poškodbi. To so magnetno resonančna novonastala angiografija (MR, MRA), angiografija izvedena z računalniško tomografijo (CT, CTA), pozitronska emisijska tomografija (PET), scintigrafija, irigografija, UZ vodena biopsija notranjih organov, arthrografija, endoskopski UZ, gastrokopija, kolonoskopija ter morebitni odvzem tkiva;
 - **drugo mnenje specialista**, ki vam in vašim ožjim družinskim članom, enkrat letno zagotavlja dostop do ponovne specialistične obravnave v naši mreži pogodbenih izvajalcev. Kritje velja za novonastala in obstoječa zdravstvena stanja brez čakalne dobe.
- 10.5. **Fizioterapija**
K izbranemu paketu zavarovanja za specialistične zdravstvene storitve, lahko priključite še dodatno kritje Fizioterapija. Zdravstvene storitve so zagotovljene zaradi posledic nezgode, lahko pa tudi zaradi posledic bolezni, odvisno od izbranega dodatnega kritja. Vključuje storitve ambulantne fizioterapije, ki predstavljajo nadaljevanje specialistične obravnave ali operativnega posega in so potrebne za zdravljenje novonastale bolezni, stanja ali poškodbe, če je tako dogovorjeno v pogodbi. Stroški fizioterapije so kriti za stanja po opravljenem operativnem posegu, po zlomu kosti ali po delnem ali popolnem izpahu sklepa oziroma po delni ali popolni raztrganini mišic, tetiv in/ali vezi, ki mora biti dokazana z ustrezno slikovno diagnostiko (npr. UZ, MRI).
Fizioterapija se lahko koristi največ eno (1) leto po novonastali bolezni, stanju ali poškodbi oziroma se obdobje enega (1) leta začne upoštevati po tistem, ko ste na podlagi medicinske indikacije sposobni za izvedbo fizioterapije, razen v primeru poškodovanih živcev, kjer je ta rok dve (2) leti.
- 10.6. **Dental Nezgoda**
K izbranemu paketu zavarovanja za specialistične zdravstvene storitve, lahko priključite še dodatno kritje Dental Nezgoda. To obsega kritje stroškov zobozdravstvenih storitev, ki nastanejo zaradi zdravljenja zob (zdravljenje, nadomeščanje ter konzervativna in protetična oskrba) kot posledica nezgode, če je tako dogovorjeno v pogodbi. Kritje je samodejno vključeno v zavarovanje za otroke (Junior in Junior Plus), ki je opisano v nadaljevanju.
- 10.7. **Zdravila**
K izbranemu paketu zavarovanja za specialistične zdravstvene storitve, lahko priključite še dodatno kritje Zdravila. Vključuje kritje stroškov zdravil izdanih na beli recept, ki jih predpiše zdravnik specialist, ob izvedbi specialistične obravnave, zahtevne diagnostične preiskave oziroma operativnega posega, kar smo vam avtorizirali iz naslova tega zavarovanja, in sicer do višine letne zavarovalne vsote. Zdravila morajo biti predpisana skladno z diagnozo, medicinsko doktrino in zdravstvenimi smernicami ter navedena v medicinski dokumentaciji. V zavarovalnem letu se za novonastalo bolezen krijejo le stroški prve izdaje zdravila v količini, ki je potrebna za zdravljenje novonastale bolezni, vendar največ za trideset (30) dni. Zdravilo mora biti predpisano na beli recept po navodilih, ki veljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, ter izdano v lekarni. Izključena so zdravila, za katera je določen poseben režim predpisovanja, z izjemo zdravil, ki jih lahko predpisuje zdravnik specialist.
- 10.8. **Pomoč na domu**
Kritje Pomoč na domu je samodejno vključeno v izbrani paket specialističnih zdravstvenih storitev (navedeno kritje ni vključeno v paketih za otroke Junior/Junior Plus). Zavarovancu zagotavlja dostop do storitev pomoči na domu, kar urejajo ločeni Splošni pogoji za zavarovanje Pomoč na domu ter v obsegu, kot je dogovorjeno s pogodbo.
- 10.9. **Specialistično ambulantni operativni posegi**
Specialistično ambulantni operativni posegi so kritje, ki se lahko opcijsko priključi specialističnim zdravstvenim storitvam, in sicer paketu Specialisti Bolezen. Do višine dogovorjene zavarovalne vsote je zagotovljeno kritje samoplačniških diagnostičnih in/ali terapevtskih specialistično ambulantnih posegov znotraj dnevne obravnave. Poseg je nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave in je potreben za postavitve diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni ali nezgode.
- 10.10. **Operativni posegi zaradi posledic nezgode**
Operativni posegi zaradi posledic nezgode so kritje, ki se lahko opcijsko priključi specialističnim zdravstvenim storitvam, in sicer paketu Specialisti Nezgoda. Do višine dogovorjene zavarovalne vsote je zagotovljeno kritje samoplačniških operativnih posegov. Poseg je nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave in je potreben za postavitve diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale nezgode.
- 10.11. **Sladkorna bolezen**
Kritje Sladkorna bolezen je samodejno vključeno v zavarovanje za otroke (Junior in Junior Plus), ki je opisano v nadaljevanju. Zagotavlja izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote, če zavarovani otrok v času trajanja zavarovanja zbolijo za sladkorno boleznijo tipa 1.
- 10.12. **Drugo mnenje**
Kritje Drugo mnenje je samodejno vključeno v zavarovanje za otroke Junior Plus. Urejajo ga ločeni Splošni pogoji za Drugo mnenje, veljavni ob sklenitvi pogodbe. Zagotavlja kritje stroškov pridobitve drugega zdravniškega mnenja v primeru medicinsko ugotovljene potrebe po operativnem posegu ali nastopa ene izmed težjih bolezni (maligni rak, srčni infarkt, možganska kap), ter kritje stroškov posvetovalnega obiska pri našem pogodbenemu zdravniku, vse skladno z opredelitvijo v pogojih za Drugo mnenje.
11. **Med katerima paketoma zavarovanj za specialistične storitve lahko izbirate?**
- 11.1. Pri zavarovanju za specialistične zdravstvene storitve sta na voljo dva paketa: Specialisti Nezgoda in Specialisti Bolezen. Paket Specialisti Bolezen, se za zavarovanca lahko sklene samo če ima pri nas sklenjene tudi specialistične zdravstvene storitve, ki zagotavljajo kritje za nezgodo. Za boljši pregled je v spodnji tabeli prikazan obseg kritikj po posameznem paketu. Vaša izbrana kritja so navedena na vaši polici oziroma pogodbi. Zavarovalne vsote in ostale podrobnosti so določene v pogodbi in teh pogojih.

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

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

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



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

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

OPERATIVNI POSEGI ZARADI POSLEDIC BOLEZNI ALI NEZGODE

Osnovno kritje:

✓ kritje stroškov samoplačniškega operativnega posega

Izbirno kritje:

• Paket Plus

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

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

12.4. Paket Plus

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

NAŠE OBVEZNOSTI IN VAŠE PRAVICE

13. Katere so naše obveznosti?

- 13.1. Obvezujemo se, da bomo ob nastanku posameznega zavarovalnega primera izpolnili vse s pogodbo določene obveznosti.
- 13.2. Za vas bomo organizirali dogovorjene zdravstvene storitve in vas vodili skozi proces uveljavljanja le-teh. Stroške opravljenih storitev, ki so opredeljeni v naši pogodbi, bomo poravnali direktno pogodbenemu izvajalcu ali pa vam, če se tako predhodno dogovorimo.

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

- 14.1. Če potrebujete zdravstveno storitev, najprej pokličite naš asistenčni center na telefonsko številko 080 20 60 ali nam pišite na info@vzajemna.si. Tam bomo preverili upravičenost vašega zahtevka, in sicer bomo za to potrebovali vaša dokazila, iz katerih je razvidno, da potrebujete zdravstveno storitev (npr. izdana napotnica zdravnika, izvid zdravnika specialista ipd.).
- 14.2. Od vas bomo lahko zahtevali tudi dodatna dokazila, če jih bomo potrebovali, da bi ugotovili pomembne okoliščine v zvezi z reševanjem zahtevka. Pooblaščate nas tudi, da za ugotovitev okoliščin povezanih z zavarovalnim primerom, pridobimo vse druge potrebne podatke in pojasnila (npr. od vašega osebnega zdravnika ipd.). Če bi v tem primeru nastali dodatni stroški, jih poravnate vi.
- 14.3. Po preverbi upravičenosti vašega zahtevka, se bomo z vami dogovorili o izbiri izvajalca zdravstvene storitve in terminu izvedbe. Postopek za organizacijo zdravstvene storitve praviloma poteka hitro, in sicer ne več kot tri (3) delovne dni za specialistične zdravstvene storitve in največ petnajst (15) delovnih dni za operativne posege.
- 14.4. Če se predhodno tako dogovorite z nami, si zdravstveno storitev lahko organizirate sami. V tem primeru vam bomo povrnili stroške oziroma izplačali zavarovalno vsoto, na podlagi medicinske dokumentacije, ki nam jo boste predložili, in sicer za specialistične zdravstvene storitve, zobozdravstvene storitve ter operativne posege največ v višini kot bi jo plačali izvajalcu v naši pogodbeni mreži.
- 14.5. Če bomo ob uveljavljanju vašega zahtevka ugotovili, da niste poravnali vseh tekočih obveznosti iz zavarovanja t.j. plačila premije, bomo naše obveznosti pobotali z izplačilom oziroma jih bomo izpolnili po poravnavi vaših obveznosti.
- 14.6. Izvajalec zdravstvene storitve v celoti odgovarja za njeno kakovostno izvedbo, zato je izrecno izključena kakršnakoli naša odškodninska odgovornost, ki se nanaša na zdravstvene storitve, opravljene skladno s pravicami iz sklenjene pogodbe.
- 14.7. Če vam bomo organizirali zdravstveno storitev s pomočjo našega asistenčnega partnerja (predvsem v primeru organizacije storitev v tujini), se boste pred tem seznanili in sprejeli njegove pogoje poslovanja.
- 14.8. Če boste potrebovali nasvet zdravnika, se boste z njim lahko povezali preko različnih klepetalnikov. Pred prvim klepetom z zdravnikom boste potrdili pogoje uporabe storitve našega pogodbenega partnerja. Pogodbeni partner v celoti odgovarja za kakovostno izvedbo storitve, zato je izrecno izključena kakršnakoli naša odškodninska odgovornost, ki se nanaša na izvedbo te storitve.

15. Katere so omejitve naših obveznosti?

- 15.1. Dogovorjene zdravstvene storitve boste lahko uveljavljali tri (3) mesece po začetku zavarovanja, kar je obdobje čakalne dobe ob sklenitvi, razen če s pogodbo ni drugače dogovorjeno. Čakalna doba ob sklenitvi velja za novonastale bolezni in stanja. Če boste potrebovali zdravstvene storitve zaradi poškodb, ki so posledica nezgode, nastale po datumu začetka zavarovanja, te čakalne dobe ni.
- 15.2. Za vsa obstoječa zdravstvena stanja, ki ste jih imeli do začetka zavarovanja, velja 24-mesečna čakalna doba za obstoječa stanja, šteto od dneva začetka zavarovanja.
- 15.3. Za bolezni in zdravstvena stanja, ki so se pojavila v času čakalne dobe ob sklenitvi, velja 24-mesečna čakalna doba za obstoječa stanja, šteto od dneva, ko ste opazili ali se zavedali simptomov bolezni oziroma ste se že zdravili, čeprav diagnoza še ni bila postavljena.
- 15.4. Za bolezni in stanja, ki so navedena v točkah 15.2. in 15.3. velja, da morate imeti veljavno zavarovanje najmanj 24 mesecev, v tem času pa se niste zdravili zaradi teh bolezni in stanj, preden boste lahko za njih uveljavljali pravice iz zavarovanja. Če se v tem obdobju zdravite, se čakalna doba za obstoječa stanja šteje od zaključka zadnjega zdravljenja.
- 15.5. Če se bolezen, stanje ali poškodba med trajanjem zavarovanja medicinsko opredeli kot kronična, krijemo zdravstvene storitve še za obdobje šestih (6) mesecev od tega datuma. Po tem obdobju ne krijemo več stroškov zdravstvenih storitev v zvezi s to boleznijo, stanjem ali poškodbo.
- 15.6. Organizacija zdravstvenih storitev skladno s temi pogoji je zagotovljena za storitve, ki so dostopne samoplačniško.

16. Kaj ni krivo?

- 16.1. Zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja:

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



- udeležence prometa v skladu z veljavno slovensko zakonodajo,
- storitev, ki niso strokovno doktrinarno priznana medicinska metoda v Republiki Sloveniji ali pa so eksperimentalne narave, če nismo s pogodbo določili drugače.
- 16.2. Zavarovanje ne krije stroškov medicinskih pripomočkov, stroškov patronažne zdravstvene nege, delovne terapije, optometrije, logopedije, reševalnih prevozov, bioloških zdravil in živil za posebne namene. Zavarovanje tudi ne krije stroškov zobno-protetičnih pripomočkov in nadomestkov, razen če nismo s pogodbo drugače dogovorjeni.
- 16.3. Iz zavarovanja so izključene tudi naše obveznosti, kadar do bolezni, stanja ali poškodbe pride zaradi ali v povezavi:
- z izvajanjem profesionalnih športnih aktivnosti (v času aktivnega športnega udejstvovanja na tekmovanjih, prireditvah ali treningih oziroma pripravah, ki jih organizirajo športne zveze ali društva), če nismo s pogodbo določili drugače,
 - z vojno ali vojni podobnimi dogodki, 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 kaznivnega dejanja, kakor tudi zaradi pobjega 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, plovnih objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.
- 16.4. Zavarovanje za otroke dodatno izključuje še naslednje primere:
- za stanja, ki izvirajo iz obporodnega obdobja,
 - gripe in akutnih infekcij zgornjih dihal,
 - črevesnih infekcijskih bolezni in zoonoz,
 - težav pri razvoju otroka (disleksija, učne težave, nizka rast in motnje pozornosti s hiperaktivnostjo).
- 16.5. Izključene so tudi naše obveznosti v primeru ugotovitve, da ste nam podali neresnične podatke ali v primeru zamolčanja, prevare, ponaredbe ali zlorabe z vaše strani.

PREMIJA

17. Kako je določena višina premije?

- 17.1. Premija za zavarovanje se določi skladno z našim veljavnim premijskim cenikom, ki je oblikovan po starostnih razredih, razen za nekatera dodatna kritja, kjer je premija fiksna za vse starostne razrede. V primeru prehoda v višji starostni razred, se ob začetku novega zavarovalnega leta višina zavarovalne premije uskladi s premijo, ki je za posamezen starostni razred, določena na vaši polici. Za določitev premije se upošteva dejanska starost zavarovanca ob začetku novega zavarovalnega leta.
- 17.2. Ob sklenitvi zavarovanja se premija za prvo zavarovalno leto določi na podlagi podatkov o pristopni starosti, izbranih kritjih, dogovorjeni zavarovalni vsoti in informacijah o zdravstvenem stanju zavarovanca, ki so podani na vprašalniku o zdravstvenem stanju ob sklenitvi zavarovanja. Na podlagi teh informacij ocenimo tveganje in lahko predlagamo višjo premijo oziroma izključitve posameznih naših obveznosti.

18. Kako nam morate plačevati premijo?

- 18.1. Premija se plačuje z dinamiko plačevanja, ki je določena v pogodbi (letno, polletno, 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.
- 18.2. Če ste premijo plačali preko banke ali druge organizacije za plačilni promet se šteje, da je premija plačana z dnem, ko ste banki ali drugi organizaciji za plačilni promet dali nalog za izvedbo plačila. V primeru zamude pri plačilu vam lahko zaračunamo zakonite zamudne obresti in stroške.
- 18.3. Poleg dogovorjene premije ste dolžni plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec predpisal v času trajanja pogodbe.
- 18.4. Če premija ni plačana do dneva zapadlosti, vas lahko pozovemo, da nam jo plačate. Če premije še vedno ne boste poravnali, vas bomo ponovno pozvali k plačilu s priporočenim pismom. Če premija ne bo plačana niti v roku, ki smo ga določili v priporočenem pismu, lahko pogodbo razdremo z iztekom tega roka.
- 18.5. Premijo plačujete do poteka ali prekinitve zavarovanja. Če pride do razprtja pogodbe skladno s temi pogoji, nam pripada premija do konca meseca, v katerem se pogodba razdre.

19. Ali se lahko pogodba med trajanjem spremeni?

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

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

- 20.1. Med trajanjem zavarovanja nas morate obvestiti o spremembah, ki so pomembne za izvajanje pogodbe (npr. sprememba osebnih podatkov, sprememba naslova bivališča, ipd.), in sicer v roku osmih (8) dni od spremembe. Pri tem nam predložite tudi ustrezna dokazila o spremembi. Vsa naša medsebojna komunikacija se izvaja v pisni ali elektronski obliki.
- 20.2. V primeru medsebojne komunikacije po priporočeni pošti se ob vašem neprevzemu pošiljke šteje, da ste jo kot naslovnik prevzeli, in sicer z dnem, ko smo pošiljko priporočeno oddali na pošto. Zato skladno s tem dogovorom nastanejo pravne posledice tudi, če priporočene pošte ne prevzamete.

OSTALO

21. Osebnih podatki

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

22. Postopek pritožbe

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



23. Končne določbe

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