



I. UVOD

1. Kaj je zavarovanje specialističnih zdravstvenih storitev

- 1.1 Zavarovanje specialističnih zdravstvenih storitev (zavarovanje) je zdravstveno zavarovanje, s katerim 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. Zavarovanju se lahko doda tudi kritje zdravil ali kritje za tveganje raka.
 - 1.2 Z »vi« je v teh splošnih pogojih naslovljen zavarovalec (sklenitelj zavarovanja), če ni izrecno določeno drugače. Z »mi« oziroma »zavarovalnica« je v teh splošnih pogojih imenovana Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.
- ### 2. Kaj so ti splošni pogoji
- 2.1 Splošni pogoji predstavljajo sestavni del zavarovalne pogodbe. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe tako hkrati soglašate z določili teh splošnih pogojev.
 - 2.2 Sestavni del zavarovalne pogodbe je tudi zdravstveni vprašalnik, če zavarovanje zajema tudi kritje za tveganje raka.

II. SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

3. Kdo in kako se lahko zavaruje po teh splošnih pogojih

- 3.1 Zavarovanec (zavarovana oseba) ste lahko vi sami ali pa zavarujete druge osebe.
 - 3.2 Če ste z zavarovanjem zavarovali drugo osebo, mora zavarovalna pogodba vsebovati tudi podpis te osebe.
 - 3.3 Zavarujejo se lahko osebe od dopolnjenega 16. do dopolnjenega 65. leta starosti, razen v primeru kritja za tveganje raka, ko se lahko zavarujejo le osebe od dopolnjenega 16. do dopolnjenega 59. leta starosti.
 - 3.4 Zavarovalno pogodbo lahko sklenete z določenim trajanjem zavarovanja, praviloma kot desetletno zavarovanje, ali pa z nedoločenim trajanjem zavarovanja (dolgoročno zavarovanje).
 - 3.5 Zavarovalno pogodbo lahko sklenete samo tako, da se zavarovanje prične ob 0:00 uri prvega koledarskega dne v mesecu (začetek prvega zavarovalnega leta), ta dan pa je na polici naveden kot začetek zavarovanja.
- ### 4. Kdaj je zavarovanje sklenjeno
- 4.1 Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko se z nami dogovorite o bistvenih elementih zavarovalne pogodbe, kot so določitev obsega kritja, premije, zavarovalne dobe in zavarovalne vsote, to je zneska, do katerega nosimo obveznost za izplačilo zavarovalnine.
 - 4.2 Zavarovalno pogodbo lahko sklenete tako, da nam posredujete podpisano pristopnico na našem obrazcu. Po sklenitvi zavarovalne pogodbe na podlagi podatkov iz pristopnice vam izdamo polico. Za pristopnico se smiselno uporabljajo določila zakona RS, ki ureja obligacijska razmerja, o pisni ponudbi zavarovalnici za sklenitev zavarovalne pogodbe. Zavarovalno pogodbo lahko sklenete tudi tako, da podpišete polico.
 - 4.3 Pri zavarovalnih pogodbah, sklenjenih na daljavo, lahko vaš podpis, če tako določimo, nadomesti plačilo prve premije.

III. TRAJANJE ZAVAROVALNEGA KRITJA

5. Začetek zavarovalnega kritja

- 5.1 Zavarovalno kritje se prične tri mesece po začetku zavarovanja (potek čakalne dobe), če ste do začetka zavarovanja plačali prvo premijo.
- 5.2 Če prve premije do začetka zavarovanja niste plačali, se zavarovalno kritje prične tri mesece od dneva plačila prve premije, če so bile do tedaj plačane tudi ostale do tedaj zapadle premije.

6. Kdaj zavarovalno kritje preneha

- 6.1 Zavarovalno kritje preneha ob 24:00 uri dneva prenehanja zavarovanja, ki je naveden na polici.
- 6.2 Ne glede na predhodno točko zavarovanje in zavarovalno kritje prenehata ob zaključku zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 70 let.
- 6.3 Zavarovanje in zavarovalno kritje prenehata pred potekom dogovorjenega trajanja tudi v drugih primerih, določenih z zavarovalno pogodbo ali z zakonom.
- 6.4 Zavarovalno kritje za tveganje raka preneha tudi ob ugotovitvi upravičenosti do izplačila enkratnega denarnega nadomestila za tveganje raka oziroma ob zaključku zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 60 let.

IV. NAŠE OBVEZNOSTI

7. Kdaj nastopi zavarovalni primer

- 7.1 Zavarovalni primer nastopi:
 - ko zavarovanec v času zavarovalnega kritja potrebuje in uveljavlja zdravstvene storitve oziroma povračilo stroškov zdravil, zavarovanih z v zavarovalni pogodbi dogovorjenimi kritji, zaradi vsake novo nastale bolezni, stanja ali poškodbe, opredeljene s temi splošnimi pogoji;
 - ko zavarovanec v času zavarovalnega kritja za tveganje raka prvič zbolí za rakom na prsni, zunanem spolovilu, nožnici, materničnem vratu, materničnem

telesu, jajcevodu, jajčniku, prostati, modih ali penisu, opredeljenim s temi splošnimi pogoji, in po tem preživi vsaj 30 dni.

- 7.2 Novo nastala bolezen, stanje ali poškodba je vsaka poškodba ali vsaka akutna bolezen ali stanje, nastalo v času zavarovalnega kritja, oziroma akutne bolezni ali stanja, ki so morebiti obstajala že pred začetkom zavarovalnega kritja, vendar niso bila diagnosticirana in zavarovanec zanje ni vedel oziroma ni mogel vedeti, ker ni imel zdravstvenih težav ali znakov, ki so pokazatelj bolezni ali stanja. Kot novo nastale bolezni, stanja ali poškodbe se štejejo tudi poškodbe, bolezni ali stanja, s katerimi zavarovanec pet zaporednih let, od tega vsaj dve leti v času po začetku zavarovanja, ni imel ponovnih težav.
 - 7.3 Ko postane novo nastala bolezen, stanje ali poškodba ponavljajoča se ali ko je novo nastala bolezen oziroma stanje diagnosticirano kot kronično, nimamo več obveznosti izplačila zavarovalnine v zvezi s to boleznijo, stanjem ali poškodbo.
 - 7.4 Akutna bolezen ali stanje je bolezen ali stanje, ki nastopi nenadoma in se hitro odzove na zdravljenje, katerega namen je popolna ozdravitev oziroma vzpostavitev zdravstvenega stanja, kot je bilo pred izbruhom bolezni ali stanja, ter nima značaja kronične ali ponavljajoče se bolezni.
 - 7.5 Ponavljajoča se bolezen, stanje ali poškodba je bolezen, stanje ali poškodba, ki se ponavlja z vmesnimi remisijskimi obdobji, z izmenjavo boljšega in slabšega zdravstvenega stanja. Šteje se, da je bolezen, stanje ali poškodba ponavljajoča se, ko je to medicinsko ugotovljeno oziroma ko zavarovanec opravi več kot sedem ambulantnih pregledov ali ambulantno opravljenih diagnostičnih ali terapevtskih postopkov zaradi istega vzroka.
 - 7.6 Kronična bolezen ali stanje je bolezen ali stanje, ki ima eno ali več sledečih 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 štejejo tudi pričakovani zapleti te bolezni.
 - 7.7 Rak po teh splošnih pogojih pomeni prisotnost malignega tumorja, za katerega je značilna napredujoča nenadzorovana rast, širitev malignih celic ter invazija in uničenje zdravih in dotikajočih se tkiv. Za zdravljenje je potrebna obsežna invazivna terapija, obsežna operacija ali pa mora biti začeta paliativna oskrba.
- ### 8. Kaj zavarovanje obsega
- 8.1 Zavarovanje obsega osnovno (obvezno) in dodatni (izbirni) kritji.
 - 8.2 Osnovno kritje obsega plačilo stroškov naslednjih zdravstvenih storitev, opravljenih pri naših pogodbenih izvajalcih:
 - ambulantni pregledi,
 - ambulantno opravljeni diagnostični ali terapevtski postopki ter
 - ambulantno opravljene protibolečinske terapije,in sicer vseh skupaj največ do višine letne zavarovalne vsote, opredeljene na polici.
 - 8.3 Dodatni kritji obsegata
 - kritje zdravil: povračilo stroškov zdravil največ do višine letne zavarovalne vsote za zdravila, opredeljene na polici;
 - kritje za tveganje raka: izplačilo enkratnega denarnega nadomestila za primer pojava raka, v višini, opredeljeni na polici.
 - 8.4 Z zavarovalno pogodbo je določeno, katera od naštetih kritij so vključena v vaše zavarovanje. Dodatno kritje je lahko vključeno samo skupaj z osnovnim kritjem in zanj smiselno veljajo določbe teh splošnih pogojev.
- ### 9. Kaj obsega plačilo stroškov ambulantnih pregledov
- 9.1 Osnovno kritje plačila stroškov ambulantnih pregledov obsega:
 - največ tri ambulantne preglede pri zdravniku skrbniku (specialist družinske medicine, specialist medicine dela ali specialist internist) v zavarovalnem letu,
 - ambulantne preglede pri zdravniku specialistu na sekundarni ravni, in sicer v vseh dejavnostih, razen v dejavnostih, ki so izrecno opredeljene v točki 14.3 teh splošnih pogojev,če je zavarovanca na zdravstvene storitve napotil zdravnik skrbnik oziroma zdravnik v skladu s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- ### 10. Kaj obsega plačilo stroškov ambulantno opravljenih diagnostičnih ali terapevtskih postopkov
- 10.1 Osnovno kritje plačila stroškov ambulantno opravljenih diagnostičnih ali terapevtskih postopkov obsega:
 - diagnostične postopke,
 - največ en zahtevni diagnostični postopek v zavarovalnem letu,
 - terapevtske postopke,če je zavarovanca na zdravstvene storitve napotil zdravnik skrbnik oziroma zdravnik v skladu s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.
 - 10.2 Diagnostični postopki po teh splošnih pogojih so slikovne in laboratorijske preiskave in meritve (zlasti RTG, laboratorijske preiskave, ultrazvok, scintigrafija, artrografija, EKG, Holter monitoring, spirometrija, EMG, EEG), ki ne presegajo cene 300 evrov.
 - 10.3 Zahtevni diagnostični postopki po teh splošnih pogojih so magnetna rezonanca (MRI), računalniška tomografija (CT) in pozitronska emisijska tomografija (PET). Seznam lahko razširimo z novimi zahtevnimi diagnostičnimi postopki tako, da razširjen seznam objavimo na svojih spletnih straneh.
 - 10.4 Terapevtski postopek po teh splošnih pogojih je poseg, ki je opravljen ambulantno brez bivanja v bolnišnici, in 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 nekrekotiranega tkiva, ekscizija ciste vagine, biopsija jajčnika ali testisa, urinska kateterizacija, operacija katarakte ali veke, odstranitev tujka v očesu, blokada živčnega pleteža in perifernega živca, epiduralni blok, kirurška oskrba malih ran, odstranitev kožnih izrastkov, operacija trebušna kile, meniskusa, diagnostična in terapevtska artroskopija ter sklerozacija varic.

11. Kaj obsega plačilo stroškov ambulantno opravljenih protibolečinskih terapij

11.1 Osnovno kritje plačila stroškov ambulantno opravljenih protibolečinskih terapij obsega največ petnajst ambulantno opravljenih protibolečinskih terapij v zavarovalnem letu, če je zavarovanca na zdravstvene storitve napotil zdravnik skrbnik oziroma zdravnik v skladu s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.

11.2 Protibolečinske terapije po teh splošnih pogojih so naslednje ambulantno opravljene terapije za odpravljanje bolečine: elektroterapije, terapije s protibolečinskim laserjem, interferenčnimi tokovi oziroma diadinamskimi tokovi, protibolečinske akupunkturo, vacuumed, iontoforeze, magnetoterapije, galvanske kopeli ter ultrazvočne protibolečinske terapije. Seznam lahko razširimo z novimi protibolečinskimi terapijami tako, da razširjen seznam objavimo na svojih spletnih straneh.

12. Kaj obsega kritje zdravil

12.1 Dodatno kritje zdravil obsega plačilo stroškov zdravil, ki jih predpiše zdravnik, ki je naš pogodbeni izvajalec, ob pregledu, postopku ali terapiji, ki jih krije osnovno kritje. Zdravila po teh splošnih pogojih so zdravila na recept, ki imajo dovoljenje za promet v RS, so razvrščena na pozitivno ali vmesno listo in se predpisujejo v skladu z navodili, kot veljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju. V primeru zamenljivih zdravil krijemo celotno vrednost originalnega zdravila, če tako predpiše zdravnik.

13. Kaj obsega kritje za tveganje raka

13.1 Dodatno kritje za tveganje raka obsega izplačilo enkratnega denarnega nadomestila za tveganje raka, če zavarovanec prvič zboli za eno od oblik raka, opredeljenih s temi splošnimi pogoji. Šteje se, da je zavarovanec zbolel za rakom, ko je bolezen potrjena:

- z izvidi lečečih zdravnikov ustrezne specialnosti, registriranih v RS – lečeči zdravnik ne sme biti sorodnik zavarovanca in
- s potrditvenimi preiskavami, ki vključujejo klinične, radiološke, histološke in laboratorijske preiskave in dokaze ter druge preiskave.

14. Izključitve in omejitve zavarovanja

14.1 Zavarovanje ne krije stroškov medicinsko-tehničnih pripomočkov, zobnoprostetičnih pripomočkov in nadomestkov, stroškov patronažne zdravstvene nege, reševalnih prevozov, bioloških zdravil in živil za posebne zdravstvene namene.

14.2 Zavarovanje ne krije stroškov protibolečinskih terapij, opravljenih zaradi posledic poškodb ali stanj, nastalih v času aktivnega športnega udeleževanja na tekmovanjih, prireditvah ali treningih oziroma pripravah, ki jih organizirajo športne zveze ali društva.

14.3 Izključene so vse naše obveznosti v primeru zdravstvenih storitev:

- opravljenih pri zdravnikih v osnovnem zdravstvu ali pri izbranem osebem ginekologu;
- v fizioterapiji, razen tistih, za katere je izrecno določeno, da jih krije zavarovanje po teh splošnih pogojih;
- v urgentni in intenzivni medicini;
- preventivnega značaja;
- v bolnišnici ali zdravilišču s hospitalizacijo;
- v zobozdravstvu;
- pri specialistu psihiatru;
- genetskih boleznih in preiskav;
- zdravljenja malignih boleznih;
- za zdravljenje spolno prenosljivih boleznih, vključno z okužbo s HIV;
- v zvezi z nosečnostjo, prekinitvijo ali načrtovanjem nosečnosti in sterilizacijo;
- v lepotni kirurgiji;
- zaradi posledic delovanja alkohola, mamil, narkotikov ali odtegnitvenega sindroma na zavarovanca. V primeru prometne nesreče se šteje, da je slednja nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca ob prometni nesreči, če stopnja alkohola v krvi zavarovanca presega dovoljeno mejo alkohola v krvi za udeležence v prometu v skladu z veljavno slovensko zakonodajo;
- za zdravljenje debelosti;
- za zdravljenje posledic epidemij;
- zdravljenja dioptrije z operativno korekcijo;
- ki niso strokovno doktrinarno priznana medicinska metoda v RS ali pa so eksperimentalne narave, in v drugih primerih, določenih s temi splošnimi pogoji.

14.4 Izključene so vse naše obveznosti zaradi boleznih, stanj ali poškodb, nastalih:

- pri opravljanju posebno nevarnih opravil, kot je na primer ravnanje z eksplozivnimi sredstvi ali orožjem;
- pri izvajanju vrhunskih športnih aktivnosti;

- pri ukvarjanju s tveganimi športi, kot so alpinizem, smučanje in deskanje izven urejenih smučišč, potapljanje, borilni športi, rafting, kanjoning, jamarstvo, avto moto športi in podobno;
 - pri upravljanju in vožnji z letali in zračnimi plovili vseh vrst, razen za potnike v javnem prometu;
 - kot posledica radioaktivnega sevanja, onesnaženja okolja, potresa, drugih naravnih nesreč, vojnih operacij, uporov, terorizma ali aktivne udeležbe v oboroženih akcijah in nemirih;
 - kot posledica priprave, poskusa ali izvršitve kaznivega dejanja, kakor tudi pobega po takšnem dejanju;
 - kot posledica sodelovanja zavarovanca pri fizičnem obračunavanju;
 - pri poskusu samomora, namerne samopoškodbe, samozlorabe.
- 14.5 Izključena je naša obveznost do izplačila enkratnega denarnega nadomestila za tveganje raka, če so laboratorijski izvidi ali preiskave nanj nakazovali pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe ali je zavarovanec zanje tedaj vedel oziroma bi moral vedeti, ker je imel zdravstvene težave ali znake, ki so pokazatelj bolezni. Naša obveznost izplačila enkratnega denarnega nadomestila za tveganje raka je izključena tudi v primeru, če je bilo zavarovancu po tem zavarovanju že izplačano enkratno denarno nadomestilo za tveganje raka.
- 14.6 Izključena je naša obveznost do izplačila enkratnega denarnega nadomestila za tveganje raka v naslednjih primerih:
- tumorji, ki kažejo maligne spremembe karcinoma in situ (kot so CIN, VAIN, VIN) ali ki so histološko opredeljeni kot prekanceroze;
 - življenje neogrožujoči rak, ki se histološko po klasifikaciji TNM opredeljuje kot T1(a) ali T1(b) ali druge enakovredne ali nižje klasifikacije;
 - katerikoli maligni tumor ob prisotnosti virusa imunske deficiencie (HIV).

V. VAŠE PRAVICE IN OBVEZNOSTI

15. Plačilo premije

15.1 Višino premije ob sklenitvi zavarovalne pogodbe določimo glede na starost zavarovanca ob začetku zavarovanja in glede na zavarovalno pogodbo dogovorjena kritja. Kot starost zavarovanca se šteje razlika med letnico začetka zavarovanja in letnico rojstva zavarovanca.

15.2 Na našo zahtevo je treba predložiti dokazilo o starosti zavarovanca.

15.3 Vse nadaljnje premije določimo glede na doseženo starost zavarovanca ob začetku vsakega zavarovalnega leta za to zavarovalno leto. V tem primeru starost določimo kot razliko med letnico začetka vsakega zavarovalnega leta in letnico rojstva zavarovanca.

15.4 Premija je določena glede na starostni razred zavarovanca, in sicer: od 16. do 29. leta, od 30. do 39. leta, od 40. do 49. leta, od 50. do 59. leta in od 60. do 70. leta. Premija se ob prehodu v višji starostni razred poveša v skladu z veljavnim cenikom.

15.5 V primeru spreminjanja z zavarovalno pogodbo dogovorjenih kritij, se premija spremeni v skladu z veljavnim cenikom.

15.6 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.

15.7 Šteje se, da je premija plačana na dan, ko prejmemo plačilo na naš transakcijski račun. V primeru zamude pri plačilu lahko zaračunamo zakonite zamudne obresti in stroške v skladu z veljavnim cenikom.

15.8 Med trajanjem zavarovanja lahko spremenimo višino premije za posamezni starostni razred, in sicer v primeru medicinske inflacije, sprememb zakonodaje, dosežkov na področju medicine in drugih dejavnikov, ki vplivajo na naše obveznosti oziroma druge stroške.

16. Uveljavljanje zavarovalnine

16.1 Če nastopi zavarovalni primer iz prve alineje točke 7.1 teh splošnih pogojev, zavarovanec uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev oziroma zdravil iz zavarovanja s polico in na podlagi:

- predhodne najave zavarovalnega primera v našem asistenčnem centru ter
- medicinske indikacije, ki jo mora zavarovanec izkazati z napotilom, če ni s temi splošnimi pogoji drugače določeno.

16.2 Zavarovanec je dolžan obvestiti naš asistenčni center pred uveljavljanjem vsake od zdravstvenih storitev. Če zavarovanec našega asistenčnega centra ne obvesti, nimamo obveznosti izplačila zavarovalnine.

16.3 Asistenčni center nudi zavarovancu informacije o naših pogodbenih izvajalcih, pomoč pri organizaciji uveljavljanja zdravstvenih storitev pri naših pogodbenih izvajalcih in daje avtorizacijo.

16.4 Stroške opravljenih zdravstvenih storitev po teh splošnih pogojih plačamo neposredno našemu pogodbenemu izvajalcu, stroške zdravil pa neposredno zavarovancu, če ni drugače dogovorjeno.

16.5 Če smo s plačilom stroškov opravljenih zdravstvenih storitev oziroma stroškov zdravil presegle letno zavarovalno vsoto, določeno na polici, lahko neposredno od zavarovanca zahtevamo povrnitev plačila presežka.

16.6 Zavarovanec lahko zahteva izplačilo zavarovalnine za stroške opravljenih zdravstvenih storitev in ob tem predpisanih zdravil neposredno od nas le v primeru, če se je pred tem z nami posebej dogovoril, da bo uveljavljal



- pravice iz zavarovanja pri nepogodbenem izvajalcu, ter je stroške opravljenih zdravstvenih storitev in ob tem predpisanih zdravil po teh splošnih pogojih plačal sam. V tem primeru izplačamo zavarovancu zavarovalnino, ki je enaka vrednosti plačanih zdravstvenih storitev oziroma stroškov zdravil, vendar največ do zneska, ki je naveden na polici.
- 16.7 Ob uveljavljanju zavarovalnine neposredno od zavarovalnice, nam mora zavarovavec predložiti pisni zahtevek z vso potrebno dokumentacijo o zavarovalnem primeru in nam nuditi vse informacije o zavarovalnem primeru.
- 16.8 Dokumentacija o zavarovalnem primeru obsega:
- izvornike računov o opravljenih zdravstvenih storitvah oziroma izdanih zdravilnih in medicinskih dokumentacij, iz katere je razvidno zavarovančevo ime, opis bolezni, opis opravljene zdravstvene storitve, podatki o zdravljenju, cena, datum opravljene zdravstvene storitve, podatki o izstavljalcu računa ter dokazila o zdravstvenem stanju zavarovanca pred sklenitvijo zavarovanja.
- 16.9 Če nastopi zavarovalni primer iz druge alineje točke 7.1 teh splošnih pogojev, zavarovavec uveljavlja pravico do izplačila enkratnega denarnega nadomestila za tveganje raka neposredno pri nas s polico in predložitvijo pisnega zahtevka ter dokumentacije iz točke 13.1 teh splošnih pogojev.
- 16.10 Če dokumentacija iz predhodnih točk ne zadošča za izplačilo zavarovalnine, lahko zahtevamo tudi drugo dokumentacijo, ki jo zavarovavec pridobi na lastne stroške.
- 16.11 V primeru uveljavljanja zavarovalnine neposredno pri nas, izplačamo zavarovancu zavarovalnino v dogovorjenem roku, ki ne sme biti daljši kot štirinajst dni, šteto od dneva, ko smo od zavarovanca prejeli zahtevek z vso zahtevano dokumentacijo. Rok se lahko ustrezno podaljša, če je za ugotovitev obstoja in višine obveznosti potreben daljši čas. Če zavarovalnino izplačamo preko pošte ali banke, se šteje, da je izplačilo izvršeno ob 24:00 tistega dne, ko je bilo na pošti ali banki potrjeno vplačilo. Če ne izvršimo izplačila v navedenem roku, ima zavarovavec pravico do zakonskih zamudnih obresti.
- 16.12 Zahtevki iz zavarovanja zastarajo po določenih zakona RS, ki ureja obligacijska razmerja.
- 16.13 Za ugotovitev pomembnih okoliščin, povezanih s prijavljenim zavarovalnim primerom za izplačilo zavarovalnine, nas zavarovavec pooblašča, da lahko pridobimo vse potrebne podatke in pojasnila od katere koli druge pravne ali fizične osebe.
- 19.3 V primeru nestrinjanja z odločitvijo pritožbene komisije lahko nadaljujete postopek za izvensodno rešitev spora pri mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja oziroma pri Varuhu dobrih poslovnih običajev s področja zavarovalništva.
- 20. Končne določbe**
- 20.1 Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se uporabljajo določila zakona RS, ki ureja obligacijska razmerja.
- 20.2 V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče Republike Slovenije, krajevno pa sodišče v Ljubljani.
- 20.3 Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- 20.4 Ti splošni pogoji se uporabljajo od 1. maja 2012.

VI. DRUGE DOLOČBE

17. Odpoved zavarovalne pogodbe

- 17.1 Zavarovalnica ali zavarovalec lahko zavarovalno pogodbo odpove, če ni zavarovanje prenehalo iz kakšnega drugega razloga. Zavarovalno pogodbo se odpove pisno po poteku enega leta od začetka veljavnosti zavarovanja s trimesečnim odpovednim rokom. Pod enakimi pogoji lahko svoje soglasje k zavarovalni pogodbi prekliče tudi zavarovavec.
- 17.2 Če ste sklenili zavarovalno pogodbo na daljavo, imate v skladu z zakonom RS, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da odstopite od zavarovalne pogodbe. Odstopite tako, da nam to pisno sporočite v 15 dneh od dneva sklenitve zavarovalne pogodbe.
- 17.3 Če premija do zapadlosti ni plačana, lahko zavarovalno pogodbo razdremo po 30 dneh od dneva, ko vam je bilo vročeno naše priporočeno pismo z obvestilom o zapadlosti premije, prenehanju zavarovalnega kritja in razdoru zavarovalne pogodbe, vendar ne prej kot v 30 dneh od zapadlosti premije v plačilo.

18. Osebni podatki

- 18.1 Zavarovalec oziroma zavarovavec s sklenitvijo zavarovalne pogodbe izrecno dovoljete, da vaše osebne podatke v skladu z zakonom RS, ki ureja varstvo osebnih podatkov, zbiramo, shranjujemo, posredujemo in drugače obdelujemo, če je to potrebno zaradi uresničevanja pravic in obveznosti iz zavarovanja ali v zvezi z zavarovanjem, vključno z vpogledom našega pooblaščenega zdravnika v ustrezno medicinsko dokumentacijo. Hkrati nas pooblaščate, da smemo posamezne podatke tudi preverjati pri ustanovah, ki razpolagajo z osebnimi podatki.
- 18.2 Osebne podatke iz predhodne točke lahko uporabimo tudi za izvajanje neposrednega trženja in neposrednega trženja s pomočjo elektronskih komunikacij, in sicer ves čas trajanja zavarovalne pogodbe ter še največ 10 let po prenehanju zavarovalne pogodbe. Kadarkoli lahko zahtevate, da vaše osebne podatke prenehamo uporabljati za namen neposrednega trženja.
- 18.3 Kot zavarovavec oziroma zavarovalec ste nas dolžni pisno obvestiti o spremembi osebnih podatkov in drugih za zavarovanje relevantnih okoliščinah v roku 8 dni od dneva spremembe.

19. Izvensodno reševanje sporov

- 19.1 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 spletnih strani www.vzajemna.si ali po elektronski pošti reklamacije@vzajemna.si.
- 19.2 Pritožbo obravnava naš pristojni organ, v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek. Interni pritožbeni postopek je organiziran na dveh stopnjah. Odločitev pritožbene komisije na drugi stopnji je dokončna.