



I. UVOD

1.1 Kolektivna zdravstvena polica

- (1) Kolektivna zdravstvena polica je zdravstveno zavarovanje, namenjeno zaposlenim v podjetju, ki lahko vključuje naslednja kritja:
- plačilo stroškov specialističnih zdravstvenih storitev,
 - plačilo stroškov operativnih posegov,
 - plačilo stroškov pridobitve Drugega mnenja.
- Zavarovanje vključuje tudi brezplačno asistenco zavarovalnice za lažji dostop do storitev.

- (2) Ti dodatni pogoji, skupaj s Splošnimi pogoji za Zdravstveno polico in/ali Splošnimi pogoji za drugo mnenje (v nadaljevanju splošni pogoji), predstavljajo sestavni del zavarovalne pogodbe. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe hkrati soglašate z določili splošnih in dodatnih pogojev. Ostali sestavni deli zavarovalne pogodbe so: ponudba, pristopna izjava, morebitni zdravstveni vprašalnik, polica, morebitne posebne pisne izjave pogodbenih strank, klavzule ter druge priloge in dodatki k zavarovalni pogodbi.

1.2 Definicije pogosto uporabljenih terminov

- (1) Definicije pogosto uporabljenih terminov so navedene v splošnih pogojih za Zdravstveno polico in Drugo mnenje. Ostali izrazi v dodatnih pogojih pomenijo:
- Zavarovalec – delodajalec, ki z nami sklene zavarovalno pogodbo za svoje zaposlene.
 - Pristopna izjava – pisna ponudba, ki jo praviloma podpiše zavarovanec in predstavlja pisno soglasje za pristop h kolektivni zdravstveni polici.
 - Akutna bolezen – 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.
 - Kronična bolezen, stanje ali poškodba – bolezen, stanje ali poškodba, ki ima eno ali več naslednjih lastnosti: je običajno dolgotrajna in ponavljajoča, 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.
 - Ponavljajoča se bolezen, stanje ali poškodba – bolezen, stanje ali poškodba, ki se ponavlja, z izmenjavo boljšega in slabšega zdravstvenega stanja. Šteje se, da je bolezen, stanje ali poškodba ponavljajoča, ko je to medicinsko ugotovljeno oziroma ko zavarovanec zaradi tega opravi več kot sedem ambulantnih pregledov ali ambulantno opravljenih diagnostičnih ali terapevtskih postopkov zaradi istega vzroka.
 - Novonastala bolezen, stanje ali poškodba – vsaka akutna bolezen, stanje ali poškodba, ki je nastala v času zavarovalnega jamstva in ni posledica predobstoječega zdravstvenega stanja.
 - Predobstoječe zdravstveno stanje – bolezen ali poškodba (vključno z zdravstvenimi težavami, bolezenskimi znaki ali simptomi), katero ste pred datumom vključitve v zavarovanje ter pred potekom čakalne dobe opazili in se zavedali simptomov oziroma ste se zdravili, prejeli zdravlila ali poiskali zdravniško pomoč, in sicer tudi če diagnoza ni bila postavljena.

2 SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

2.1 Kdo se lahko zavaruje

- (1) Zavarujejo se lahko državljani Republike Slovenije, ki so redno zaposleni pri zavarovalcu za nedoločen čas, od vključno 18. do 64. leta starosti, in z delovnim časom vsaj 30 ur na teden, če ni drugače dogovorjeno. V zavarovanje se lahko vključijo tudi osebe, ki so pri zavarovalcu zaposlene za krajši delovni čas, če v času sklepanja zavarovalne pogodbe, koristijo pravice iz zakona, ki ureja starševsko varstvo.
- (2) V kolektivno zavarovanje se praviloma ne morejo vključiti osebe, ki so v času sklepanja zavarovalne pogodbe v bolniškem staležu na podlagi odločbe Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- (3) Osebe, ki so v času sklenitve kolektivnega zavarovanja v bolniškem staležu brez odločbe Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ali na porodniškem dopustu, se lahko vključijo v zavarovanje po vrnitvi na delo, vendar jamstvo za te osebe prične po izteku treh (3) mesecev od dneva vključitve v kolektivno zavarovanje.
- (4) Novo zaposleni in osebe, navedene v prejšnjem odstavku, se lahko vključijo v zavarovanje, če to storijo v roku trideset (30) dni od začetka zaposlitve oziroma vrnitve na delo. Zavarovalnica lahko ob vključitvi v kolektivno zavarovanje, od teh oseb zahteva izpolnitev zdravstvenega vprašalnika.
- (5) Zaposleni, ki ni pristopil k zavarovanju ob sklenitvi zavarovalne pogodbe oziroma ni izpolnil pogojev, opredeljenih v tretjem in četrtem odstavku te točke, želi pa to storiti kasneje, mora izpolniti pristopno izjavo skupaj z vprašalnikom o zdravstvenem stanju. O sprejemu zaposlenega v zavarovanje presojamo skladno z določili točke 2.2. teh dodatnih pogojev in točke 2.3 Splošnih pogojev za Zdravstveno polico.
- (6) Če je tako dogovorjeno, se lahko zavarujejo tudi družinski člani: partner ali otrok zaposlenega skladno s točkama 2.1 in 2.2 Splošnih pogojev za Zdravstveno polico.

2.2 Kakšen je postopek sklenitve zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovalna pogodba se sklene na podlagi pisne ponudbe, ki jo zavarovalnica pripravi za zavarovalca glede na njegovo dejavnost in vrsto del, ki jih opravljajo zaposleni.
- (2) Zavarovanec ob pristopu h kolektivnemu zavarovanju podpiše pristopno izjavo, ki lahko vsebuje vprašalnik o zdravstvenem stanju. Če pristopna izjava vsebuje vprašalnik o zdravstvenem stanju, se pristopna izjava šteje kot ponudba, ki veže osebo, ki želi pristopiti k zavarovanju. Če zavarovalnica potrebuje dodatne podatke o zdravstvenem stanju zavarovanca, lahko od zavarovanca zahteva izpolnitev dodatnih vprašalnikov o zdravstvenem stanju.

2.3 Trajanje zavarovanja in začetek jamstva

- (1) Če se zaposleni ali njegov družinski član, ki izpolnjuje potrebne pogoje za vstop v zavarovanje, vključi v zavarovanje med trajanjem zavarovalne pogodbe, začne zavarovanje zanj veljati ob 00.00 uri prvega (1.) dne v naslednjem mesecu po datumu sprejema v kolektivno zavarovanje.
- (2) Jamstvo za zavarovanca, ki se vključi v kolektivno zavarovanje, se začne ob 00.00 uri dneva po poteku treh (3) mesecev od dneva začetka zavarovanja (čakalna doba). Čakalne dobe ni, če je zavarovalni primer posledica nezgode.

3 PREMIJA

3.1 Višina premije

- (1) Višina premije je odvisna od:
- števila oseb, ki pristopijo h kolektivnemu zavarovanju,
 - starostne strukture teh oseb,
 - dela, ki ga opravljajo ter
 - dejavnosti delodajalca.
- Višina premije je lahko odvisna tudi od drugih dejavnikov, določenih s strani zavarovalnice, npr. zdravstveno stanje zavarovancev, delež vključenih oseb, škodno dogajanje v preteklosti itd. Premija je enotna za vse zaposlene in njihove partnerje, vključene v kolektivno zavarovanje. Za otroke je oblikovan poseben paket kritij, skladno s točko 4.2 teh dodatnih pogojev, s fiksno premijo.
- (2) Ob koncu posameznega zavarovalnega leta lahko zavarovalnica zaradi spremembe dejavnikov, ki vplivajo na določitev zavarovalne premije, za naslednje zavarovalno leto določi novo višino premije.
- (3) O spremenjenih pogojih iz prejšnjega odstavka bomo pisno obvestili zavarovalca oz. zavarovanca najkasneje v roku trideset (30) dni pred začetkom novega zavarovalnega leta. Če se s spremenjenimi pogoji ne bo strinjal, ima pravico, da v tridesetih (30) dneh po prejemu obvestila, z izjavo odstopi od zavarovalne pogodbe, pri čemer odstop od zavarovalne pogodbe učinkuje s potekom zavarovalnega leta, v katerem smo poslali obvestilo o spremenjenih pogojih. Če v tem roku ne bo odstopil od zavarovalne pogodbe, se šteje, da se s spremembami strinja.

3.2 Plačilo premije

- (1) Zavarovalec, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo, se zavezuje plačati zavarovalno premijo iz svojih sredstev ali iz sredstev zavarovancev.
- (2) Zavarovalec je dolžan plačati zavarovalno premijo za vse zavarovance in za ves čas trajanja kolektivnega zavarovanja.
- (3) Če zavarovancu, ki je vključen v kolektivno zavarovanje, preneha pogodba o zaposlitvi, je zavarovalnica upravičena do zavarovalne premije do konca meseca, v katerem je nastopilo prenehanje pogodbe o zaposlitvi.
- (4) Če pride do razdrtja pogodbe oziroma prenehanja zavarovalnega kritja za posameznega zavarovanca, ne vračamo že plačanih premij.

4 DODATNA DOLOČILA GLEDE KRITIJ

4.1 Kaj obsega kritje stroškov operativnih posegov

- (1) V primeru sklenitve kolektivnega zavarovanja, so zavarovalne vsote po posameznih razredih operativnih posegov (opredeljeni v Seznamu operativnih posegov z razredi) v Splošnih pogojih za Zdravstveno polico naslednje:

Razred	Zavarovalna vsota samoplačniško	Zavarovalna vsota skladno s pravili OZZ
1	20.000 EUR	4.000 EUR
2	14.000 EUR	2.800 EUR
3	10.000 EUR	2.000 EUR
4	8.000 EUR	1.600 EUR
5	4.800 EUR	960 EUR
6	3.600 EUR	720 EUR
7	2.800 EUR	560 EUR
8	2.000 EUR	400 EUR
9	1.200 EUR	240 EUR
10	680 EUR	140 EUR



- (2) Zavarovanec lahko v obdobju 24 zaporednih mesecev vloži največ tri (3) zahtevke za operativne posege. Za operativne posege v tem obdobju skupno izplačamo največ 40.000,00 EUR.

4.2 Kaj obsega zavarovanje za otroka

- (1) Če so v zavarovanje vključeni otroci, zavarovanje po teh pogojih obsega naslednja kritja:
- plačilo stroškov operativnih posegov in
 - plačilo stroškov pridobitve Drugega mnenja.
- Zavarovanje vključuje tudi brezplačno asistenco zavarovalnice za lažji dostop do storitev.

5 OMEJITVE IN IZKLJUČITVE

5.1 Predobstoječe zdravstveno stanje

- (1) Skladno s temi dodatnimi pogoji ni zavarovalnega kritja za vsa vaša predobstoječa zdravstvena stanja ali z njimi povezana stanja.
- (2) Ko novonastala bolezen, stanje ali poškodba postane ponavljajoča ali ko je novonastala bolezen, stanje ali poškodba diagnosticirana kot kronična, nimamo več obveznosti izplačila zavarovalnine v zvezi s to boleznijo, stanjem ali poškodbo.

6 PRENEHANJE ZAVAROVANJA IN ZAVAROVALNEGA KRITJA

- (1) Zavarovanje preneha v naslednjih primerih:
- v primeru odstopa od zavarovalne pogodbe skladno s tretjim odstavkom točke 3.1 teh dodatnih pogojev.
 - ob poteku pogodbe kolektivnega zavarovanja;
 - z dnem prenehanja delovnega razmerja zavarovanca pri zavarovalcu;
 - ko zavarovanec izstopi iz kolektivnega zavarovanja, pri čemer zavarovanje praviloma velja do konca tekočega meseca.
- (2) Če preneha zavarovanja za zaposlenega, preneha zavarovanje tudi za njegove družinske člane.
- (3) Ko skupna izplačana zavarovalnina za posameznega zavarovanca iz naslova kritja stroškov operativnih posegov doseže vrednost 80.000,00 EUR, to kritje preneha.

7 OSTALE DOLOČBE

7.1 Končne določbe

- (1) Dodatni pogoji veljajo poleg splošnih pogojev. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo določila dodatnih pogojev.
- (2) Ti dodatni pogoji se uporabljajo od 1. 1. 2018.