

Splošni pogoji za kolektivno zdravstveno polico SP-KZP-20















VARUH ZDRAVJA
VZAJEMNA











UVOD

1. Kaj je kolektivna zdravstvena polica?

- 1.1. Kolektivna zdravstvena polica je zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju zavarovanje), ki vašim zaposlenim, če pride do nastopa zavarovalnega primera, s pomočjo naše asistencije, omogoča hiter dostop ter kritje zdravstvenih storitev izven javne zdravstvene mreže.
- 1.2. Zavarovanje je praviloma namenjeno zaposlenim v podjetju.
- 1.3. Zavarovanje zagotavlja organizacijo in kritje stroškov specialistično-ambulantnih storitev, enostavnih in zahtevnih diagnostičnih preiskav, fizioterapij, zobozdravstvenih storitev, operativnih posegov ter pridobitev drugega mnenja. Iz vaše zavarovalne pogodbe oziroma police je razvidno, katera kritija ste izbrali za zaposlene.
- 1.4. Splošni pogoji za kolektivno zdravstveno polico (v nadaljevanju pogoji), skupaj s Seznamom Operativnih posegov I, so sestavni del zavarovalne pogodbe (v nadaljevanju pogodba). S sklenitvijo pogodbe soglašate z določili teh pogojev in jih v celoti sprejemate.

2. Definicije pogosto uporabljenih terminov

TERMIN	KRATKA DEFINICIJA
 Vi / Vaš	Se nanaša na vas kot na: <ul style="list-style-type: none"> • ponudnika, ki želi z nami skleniti zavarovanje in nam v ta namen predloži ponudbo, • zavarovalca, ko z nami sklenete pogodbo.
 Mi / Naš	To smo mi, Vzajemna, zdravstvena zavarovalnica d.v.z., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana.
 Zavarovanec	Je oseba, ki je vključena v zavarovanje in je tudi deležna pravic iz pogodbe.
 Pristopna izjava	Pisna ponudba, ki jo praviloma podpiše zavarovanec in predstavlja pisno soglasje za pristop k zavarovanju.
 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 – zavarovancu 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 zavarovanec še ne more uveljavljati pravic iz pogodbe, razen če se mu pripeti nezgoda.
 Čakalna doba za obstoječa zdravstvena stanja	To je določeno časovno obdobje od začetka zavarovanja, za katerega ste nam dolžni plačevati premijo, vendar zavarovanec še ne bo mogel uveljavljati pravic iz pogodbe za morebitna obstoječa zdravstvena stanja.
 Bolezen	Odsotnost zdravja, ki jo ugotovi zdravnik in ki ni posledica nezgode.

TERMIN	KRATKA DEFINICIJA
 Nezgoda	Je vsak nenaden, nepredviden dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančovo 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 ali stanje, ki nastopi v času zavarovalnega kritja.
 Obstoječe zdravstveno stanje	Je bolezen, stanje ali poškodba, ki je nastala pred začetkom zavarovanja.
 Zavarovalni primer	Je dogodek na podlagi katerega nastane naša obveznost iz pogodbe.
 Zahtevek	Z njim nam zavarovanec na dogovorjen način sporoči, da potrebuje zdravstveno storitev iz zavarovanja ali pa jo je, po naši predhodni odobritvi, že opravil in želi povračilo stroškov zdravstvenih storitev in/ali izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote.
 Potrditev upravičenosti zahtevka	Pomeni, da smo na podlagi zahtevka preverili upravičenost do storitve, ki jo zavarovanec od potrebuje 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 z naše strani pooblaščen za pregled in presojo zdravstvene dokumentacije ipd.
 Seznam operativnih posegov	Če ste specialističnim zdravstvenim storitvam priključili tudi kritje za Operativne posege I, boste v Seznamu operativnih posegov I, ki je sestavni del teh pogojev, našli vse tiste operativne posege, ki jih zavarovanje krije.
 Eksperimentalno zdravljenje	Zdravljenje, postopek, potek zdravljenja, oprema, zdravstveni ali farmacevtski izdelek, namenjen medicinski ali kirurški uporabi, ki ni sprejeto kot varno, učinkovito in ustrezno za zdravljenje bolezni, stanja ali poškodbe in je predmet študije, raziskave, testiranja ali je na katerikoli stopnji kliničnega eksperimentiranja.

SPLOŠNO O ZAVAROVANJU

3. O vaši pogodbi

- 3.1. Pogodba, ki ste jo kot zavarovalec sklenili z nami, je praviloma sestavljena iz ponudbe, police, pogojev, morebitnih posebnih pisnih izjav pogodbenih strank, klavzul ter drugih prilog in dodatkov k polici.
- 3.2. Pogodba je sklenjena, ko se z nami dogovorite o njenih bistvenih elementih, kot so določitev kritij, premije, začetka zavarovanja in zavarovalnih vsot oziroma ob plačilu prve premije, če se tako dogovorimo.



- 3.3. V zavarovalni pogodbi, ki jo boste sklenili z nami na predhodno dogovorjen način, bomo upoštevali število vključenih zaposlenih in njihovo povprečno starost, lahko pa tudi dejavnost zavarovalca in vrsto del, ki jih opravljajo zaposleni.
 - 3.4. Pogodbo lahko sklenete na podlagi pisne ponudbe ali na drug način potrdite, da se strinjate o bistvenih elementih zavarovalne 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.
 - 3.5. Podpis ponudnika na ponudbi šteje za podpis zavarovalca na zavarovalni polici. Ob vključitvi zavarovanca v zavarovanje lahko zahtevamo, da izpolni in podpiše pristopno izjavo, ki lahko vsebuje vprašalnik o zdravstvenem stanju. S podpisom pogodbe izjavljate, da ste bili pred sklenitvijo pogodbe seznanjeni s pogoji sklepanja in izvajanja zavarovanja ter da so pogodbena določila skladna z dogovorjenim.
 - 3.6. 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.
 - 3.7. Za sklenitev pogodbe je lahko potreben zdravniški pregled, ki ga za zavarovanca organiziramo mi.
 - 3.8. Če vam v odgovoru na ponudbo predlagamo dopolnitev, določimo doplačilo ali izključitev, se šteje, da smo ponudbo zavrnili in vam posredovali nasprotno ponudbo. Nasprotna ponudba je sprejeta, ko prejmemo vašo izjavo, da se z njo strinjate.
 - 3.9. 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.
 - 3.10. Vašo ponudbo za sklenitev pogodbe lahko zavrnemo brez obrazložitve.
 - 3.11. 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.
 - 3.12. 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.
 - 3.13. 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 v roku 15 dni od dneva sklenitve zavarovanja brez obrazložitve odstopite od pogodbe.
 - 3.14. 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.
 - 3.15. 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 vi in posamezni zavarovanec 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 ga izpolni zavarovanec.
 - 4.2. Če je namenoma neresnično prijavljena ali namenoma zamolčana kakšna okoliščina take narave, da ne bi sklenili zavarovalne pogodbe, če bi vedeli za resnično stanje stvari, lahko zahtevamo razveljavitev pogodbe ali odklonimo izplačilo zavarovalnine, če je zavarovalni primer nastal, preden smo izvedeli za takšno okoliščino. Če je bila pogodba razveljavljena, obdržimo že plačane premije in imamo pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri smo zahtevali razveljavitev pogodbe.
 - 4.3. Če je kaj neresnično prijavljeno ali pa ste vi ali zavarovanec 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 razdrtem pogodbe oziroma pred dosegom sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.
 - 4.5. V primeru prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca oziroma zavarovanca lahko razdremo pogodbo brez odpovednega roka in zahtevamo vračilo izplačane zavarovalnine, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi ter s tem nastalo škodo in stroški, pri čemer obdržimo že plačane premije in imamo pravico zahtevati plačilo premije za dobo, v kateri smo zahtevali razdrte zavarovalne pogodbe.
- 5. Kdo se lahko zavaruje?**
- 5.1. Praviloma se lahko zavarujejo državljani Republike Slovenije, ki so zaposleni pri vas, stari od vključno 18. do vključno 74. leta. Starost zavarovanca ob sklenitvi pogodbe se določi kot razlika med letnico začetka zavarovanja in letnico njegovega rojstva.
 - 5.2. V zavarovanje se lahko vključijo osebe, ki so v bolniškem staležu na podlagi odločbe Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
 - 5.3. Ponudba, ki nam je bila predložena, obvezuje ponudnika osem (8) dni od dneva, ko smo jo prejeli, če ponudnik ni določil krajšega roka. Če je potreben zdravniški pregled, je ta rok trideset (30) dni.
 - 5.4. Novo zaposleni in osebe, navedene v prejšnjem odstavku te točke, se lahko vključijo v zavarovanje, če to storijo v roku trideset (30) dni od začetka zaposlitve oziroma vrnitve na delo.
 - 5.5. Zaposleni, ki ni pristopil k zavarovanju ob sklenitvi pogodbe oziroma ni izpolnil pogojev, opredeljenih v točki 5.2, 5.3 in 5.4, želi pa to storiti kasneje, mora izpolniti Vprašalnik o zdravstvenem stanju. O sprejemu zaposlenega v zavarovanje presojava skladno s točko 3. teh pogojev.
- 6. Ali se lahko v zavarovanje vključijo tudi družinski člani zaposlenih?**
- 6.1. Če je tako dogovorjeno, se lahko poleg zaposlenega zavarujejo tudi njegovi družinski člani, in sicer zakonec ali izven zakonski partner ter njuni otroci.
 - 6.2. V zavarovanje se lahko vključijo zakonec ali izven zakonski partner od vključno 18. do vključno 74. leta starosti.
 - 6.3. V zavarovanje se lahko vključijo tudi otroci zavarovanca od vključno 18. do dopolnjenega 25. leta starosti.
 - 6.4. Družinski člani se v zavarovanje lahko vključijo samo ob pogoju, da je v zavarovanje vključen tudi zaposleni. Če se v zavarovanje vključijo istočasno kot zaposleni, to lahko storijo tako, da izpolnijo in podpišejo pristopno izjavo, ki lahko vsebuje vprašalnik o zdravstvenem stanju.
 - 6.5. Družinski član, ki ni pristopil k zavarovanju istočasno kot zaposleni, želi pa to storiti kasneje, to lahko stori tako, da izpolni in podpiše pristopno izjavo, ki vsebuje vprašalnik o zdravstvenem stanju. O sprejemu družinskega člana v zavarovanje presojava skladno z določili točke 3. teh pogojev.
- 7. Kdaj se zavarovanje začne, kako se podaljša in kdaj preneha?**
- 7.1. 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.
 - 7.2. 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, če ni dogovorjeno drugače.
 - 7.3. 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. Podaljšanje lahko prekličete 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.
 - 7.4. 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 take 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.
 - 7.5. Zavarovanje se podaljšuje in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni starost 75 let, pri čemer se upošteva dejanska starost zavarovanca.
 - 7.6. Zavarovanje za posameznega zavarovanca predčasno preneha z dnem smrti zavarovanca, z dnem, ko zavarovanec postane poslovno nesposoben, z dnem prenehanja delovnega razmerja, razen če ni drugače dogovorjeno, ali z razdrtem pogodbe.



- 7.7. 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.
- 8. Kako je z zavarovalnim kritjem?**
- 8.1. 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 zavarovanec potrebuje zdravstvene storitve za obstoječa zdravstvena stanja, pa bo imel zavarovalno kritje po poteku čakalne dobe za obstoječa zdravstvena stanja, razen za kronične bolezni, ki so nastale ali so bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v času čakalne dobe.
- 8.2. Če prva premija do začetka zavarovanja ni plačana, se zavarovalno kritje prične po izteku dogovorjene čakalne dobe, šteto od dneva prvega plačila premije, če so do tedaj plačane tudi ostale zapadle premije.
- 8.3. Če je v zavarovalnem letu že izkoriščena celotna letna zavarovalna vsota, se zavarovalno kritje ponovno vzpostavi z začetkom naslednjega zavarovalnega leta.
- 8.4. Zavarovanje za Operativne posege bolezni in nezgoda preneha, če je bila po vseh škodnih zahtevkih izplačana dogovorjena skupna zavarovalna vsota. V tem primeru preneha tudi kritje za Paket Plus, če je priključeno zavarovanju.
- 9. Kaj krije zavarovanje?**
- Zavarovanje zagotavlja asistenčne storitve ter zdravstvene storitve, skladno s sklenjeno zavarovalno pogodbo.



Ko zbolite ali se poškodujete,



pokličete naš asistenčni center
080 20 60 ali nam pišete na
info@vzajemna.si.



Skupaj z vami se dogovorimo o obravnavi
pri izvajalcih zdravstvenih storitev.
Organiziramo obisk ter krijemo stroške
diagnostike in zdravljenja.

Nabor vseh možnih kritij vam na kratko predstavljamo v spodnji tabeli, podrobneje pa so kritja opisana v naslednjih poglavjih. Kritja, ki ste jih izbrali so navedena na vaši polici.

ASISTENČNE STORITVE - STORITVE	
Informiranje	Se nanaša na vas kot na: <ul style="list-style-type: none"> ponudnika, ki želi z nami skleniti zavarovanje in nam v ta namen predloži ponudbo, zavarovalca, ko z nami sklenete pogodbo.
Preverjanje in potrditev upravičenosti vašega zahtevka	V asistenčnem centru preverijo in potrdijo upravičenost zahtevka za uveljavljanje zdravstvenih storitev, skladno s sklenjeno zavarovalno pogodbo.
Asistenca pri koriščenju zdravstvenih storitev	Da bo zavarovanec lahko hitro prišel do potrebne zdravstvene storitve, v asistenčnem centru poskrbijo za: <ul style="list-style-type: none"> organizacijo zdravstvene storitve, ki jo zavarovanec potrebuje, pripravo vseh potrebnih informacij glede hitrega in enostavnega uveljavljanja zdravstvene storitve, plačilo stroškov zdravstvenih storitev izvajalcu ali zavarovancu, če se predhodno tako dogovorimo.
Klepet z zdravnikom	V času trajanja zavarovanja bo zavarovancu na voljo klepet 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	Zavarovanje zavarovancu omogoča dostop do zdravnika splošne in družinske medicine.
Specialistične zdravstvene storitve	Z zavarovanjem za specialistične storitve bo zavarovanec lahko hitro dostopal do: <ul style="list-style-type: none"> specialističnih ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav.
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.
Drugo mnenje specialista	Drugo mnenje specialista zavarovancu ter njegovim družinskim članom zagotavlja dostop do ponovne specialistične obravnave.
Težje obolenje epidemije/pandemije	Kritje zagotavlja izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote, če zavarovanec zboli za težjo obliko bolezenskega stanja, ki je posledica okužbe s povzročiteljem epidemije/pandemije.
Operativni posegi I	Zavarovanje zagotavlja kritje stroškov operativnega posega v dnevni ambulanti, skladno s Seznamom operativnih posegov I.
OPERATIVNI POSEGI – KRITJA IN IZPLAČILA	
Operativni posegi v primeru bolezni in nezgode	Če zavarovanec potrebuje operativni poseg zaradi bolezni ali nezgode, krijemo stroške samoplačniškega operativnega posega do višine dogovorjene zavarovalne vsote.
Operativni posegi v primeru nezgode	Če zavarovanec potrebuje operativni poseg zaradi posledic nezgode, krijemo stroške samoplačniškega operativnega posega do višine dogovorjene zavarovalne vsote.
Paket Plus	Če za zavarovanca organiziramo operativni poseg v tujini, izplačamo pripadajočo zavarovalnino, s katero lahko pokrije dodatne stroške, ki nastanejo zaradi potovanja v tujino.



DRUGO MNENJE – KRITJA IZ IZPLAČILA

Drugo mnenje	Kritje zagotavlja pridobitev drugega zdravniškega mnenja za zavarovanca ter posvetovalnega obiska pri našem pogodbenem zdravniku.
---------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10. Kaj vse obsegajo asistenčne storitve?

- 10.1. **Informiranje** je naša asistenčna storitev. S 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 drugo.
- 10.2. **Preverjanje in potrditev upravičenosti zahtevka** je naša presoja glede upravičenosti do storitev iz zavarovanja. Na podlagi posredovanih podatkov in posredovane dokumentacije, bomo preverili veljavnost zavarovanja in zavarovalna kritja ter se z zavarovancem dogovorili glede organizacije storitve pri našem izbranem izvajalcu.
- 10.3. **Asistenca pri koriščenju zdravstvenih storitev** je organizacija zdravstvene storitve, potem, ko preverimo in potrdimo upravičenost zahtevka. Po dogovoru z zavarovancem bomo uredili vse potrebno za hiter in enostaven dostop do zdravstvene storitve, ki jo potrebuje.
- 10.4. **Klepzet z zdravnikom** je asistenčna storitev našega pogodbenega partnerja, ki jo lahko zavarovanec koristi v času trajanja zavarovanja skladno s pogoji uporabe storitve. Če bo zavarovanec zaradi nenujnih zdravstvenih težav potreboval nasvet zdravnika, mu bo omogočen klepzet z zdravnikom preko različnih klepzetnikov, in sicer 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.

11. Kaj obsega zavarovanje za specialistične zdravstvene storitve?

- 11.1. Zavarovanje za specialistične zdravstvene storitve se lahko sklene kot samostojno zavarovanje. Zavarovanju se lahko dodajo tudi izbirna kritja (opcijsko). Če bo zavarovanec zaradi bolezni ali nezgode potreboval specialistično zdravstveno storitev ali druge zdravstvene storitve opredeljene v točki 11., bomo poravnali stroške, ki bodo pri tem nastali in sicer največ v višini zavarovalne vsote, ki smo jo določili v pogodbi. Dogovorjeno zdravstveno storitev organiziramo mi, razen če se predhodno ne dogovorimo drugače. Storitve opisane v tej točki, je lahko organizirana tudi v obliki video posveta.
- 11.2. V okviru zavarovanja je zagotovljen en (1) obisk pri zdravniku **splošne in družinske medicine** v posameznem zavarovalnem letu.
- 11.3. Z zavarovanjem bo zavarovanec imel enostaven dostop do naslednjih **specialističnih zdravstvenih storitev**:
- **specialističnih ambulantnih storitev** kamor sodijo 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.). V zavarovalnem letu krijemo dva (2) obiska pri psihiatru oziroma kliničnem psihologu in dva (2) obiska pri specialistu revmatologije;
 - **zahtevnih diagnostičnih preiskav**, ki obsegajo storitve, ki praviloma predstavljajo nadaljevanje specialističnih pregledov ter so navadno potrebne za postavitev diagnoze pri novonastali bolezni, stanju ali poškodbi. To so magnetno resonančna angiografija (MR, MRA), angiografija izvedena z računalniško tomografijo (CT, CTA), pozitronska emisijska tomografija (PET), scintigrafija, irigografija, UZ vodena biopsija notranjih organov, arthrografija, endoskopski UZ, gastroscopija, kolonoskopija ter morebitni odvzem tkiva.
- 11.4. K izbranemu paketu zavarovanja za specialistične zdravstvene storitve se lahko priključi dodatno kritje **Fizioterapija**. To je samodejno že vključeno pri paketu Specialisti Nezgoda, kot je to predstavljeno v nadaljevanju teh pogojev. Fizioterapija 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 posegu iz Seznama Operativnih posegov I, 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 je zavarovanec na podlagi medicinske indikacije sposoben za izvedbo fizioterapije, razen v primeru poškodovanih živcev, kjer je ta rok dve (2) leti.
- 11.5. K izbranemu paketu zavarovanja za specialistične zdravstvene storitve se lahko priključi 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. Za nezgodo ne štejejo posledice namernega ugriza v trd predmet, ki ima za posledico odlom ali izgubo zobnega tkiva, plombiranega materiala ali zoba.
- 11.6. Kritje **Zdravila** je samodejno vključeno v paketu Specialisti Nezgoda, lahko pa se priključi tudi paketu Specialisti. 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 organizirali 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 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.
- 11.7. Kritje **Drugo mnenje specialista** je samodejno vključeno v izbrani paket specialističnih zdravstvenih storitev. Enkrat letno zavarovancu zagotavlja dostop do ponovne specialistične obravnave v naši mreži pogodbenih izvajalcev. Do storitev so poleg zavarovanca upravičeni tudi njegovi ožji družinski člani (zakonec ali izven zakonski partner ter njeni otroci), če je to dogovorjeno v pogodbi.
- 11.8. Dodatno kritje za **težje oblike obolenj v času pandemije/epidemije** zagotavlja enkratno izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote, v kolikor zavarovanec dokazano zbolil ter je hospitaliziran in intenzivno zdravljen zaradi bolezenskega stanja, ki je posledica okužbe s povzročiteljem epidemije/pandemije. Zavarovalna vsota se izplača, v kolikor je hospitalizacija vključevala tudi zdravljenje v enotah intenzivne terapije.
- 11.9. **Operativni posegi I** so kritje, ki se lahko priključi izbranemu paketu za specialistične zdravstvene storitve. Do višine dogovorjene zavarovalne vsote je zagotovljeno kritje diagnostičnih in/ali terapevtskih specialistično ambulantnih posegov skladno s Seznamom operativnih posegov I. Poseg je nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave in je potreben za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni ali nezgode.

12. Med katerimi paketi zavarovanj za specialistične zdravstvene storitve lahko izbirate?

- 12.1. Pri zavarovanju za specialistične zdravstvene storitve lahko izbirate med dvema paketoma, in sicer Specialisti in Specialisti Nezgoda. Za boljši pregled je v spodnji tabeli prikazan obseg kritij po posameznem paketu. Zavarovalne vsote ter obseg kritja, ki je izbran pri posamezni zavarovalni pogodbi, pa je določeno ter prikazano na zavarovalni polici oziroma pogodbi.

	Specialisti	Specialisti Nezgoda
Kritje iz naslova nezgode	✓	✓
Kritje iz naslova bolezni	✓	
Nabor vseh možnih kritij za posamezni paket.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zdravstvene storitve na primarni ravni ✓ Specialistične zdravstvene storitve ✓ Drugo mnenje specialista 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zdravstvene storitve na primarni ravni ✓ Specialistične zdravstvene storitve ✓ Drugo mnenje specialista
Kritja, ki so avtomatsko vključena v paket so označena z ✓, opcijška kritja pa so označena z •.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Težje oblike obolenj v času pandemije/epidemije • Fizioterapija • Operativni posegi I • Zdravila • Dental Nezgoda 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Težje oblike obolenj v času pandemije/epidemije ✓ Fizioterapija ✓ Zdravila • Operativni posegi I • Dental Nezgoda
Vaša izbrana kritja so navedena na vaši polici oziroma pogodbi.		



13. Kaj obsega zavarovanje za operativne posege?

- 13.1. Pri zavarovanju za operativne posege lahko izbirate med dvema paketoma, in sicer Operativni posegi v primeru bolezni in nezgode in Operativni posegi v primeru nezgode. Za boljši pregled je v spodnji tabeli prikazan obseg kritij po posameznem paketu. Zavarovalne vsote ter obseg kritija, ki je izbran pri posamezni zavarovalni pogodbi, pa je določeno ter prikazano na zavarovalni polici oziroma pogodbi.

	Operativni posegi v primeru bolezni in nezgode	Operativni posegi v primeru nezgode
Kritje iz naslova nezgode	✓	✓
Kritje iz naslova bolezni	✓	
Nabor vseh možnih kritij za posamezni paket. Kritija, ki so avtomatsko vključena v paket so označena z ✓, opcijska kritija pa so označena z •. Vaša izbrana kritija so navedena na vaši polici oziroma pogodbi.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kritje stroškov samoplačniškega operativnega posega do višine dogovorjene zavarovalne vsote za posamezni operativni poseg. • Paket Plus 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kritje stroškov samoplačniškega operativnega posega, in sicer največ do višine dogovorjene zavarovalne vsote v posameznem letu. • Paket Plus

- 13.2. **Zavarovanje za Operativne posege v primeru bolezni in 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.
- 13.3. Tudi **zavarovanje za Operativne posege v primeru nezgode** lahko sklenete kot samostojno zavarovanje. V tem primeru vam bomo krili stroške samoplačniškega operativnega posega, ki ga potrebujete zaradi posledic nezgode, in sicer do višine dogovorjene letne zavarovalne vsote.
- 13.4. 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.
- 13.5. Operativni poseg za vas organiziramo mi, razen če se predhodno ne dogovorimo drugače.
- 13.6. **Paket Plus** je izbirno kritje, ki ga lahko dodate zavarovanju za Operativne posege v primeru bolezni in nezgode in zavarovanju za Operativne posege v primeru nezgode. Kritje zagotavlja pomoč pri organizaciji operativnega posega v tujini in izplačilo zavarovalne vsote, s katero si bo zavarovanec pokrili stroške spremljajočih storitev pri izvedbi operativnega posega v tujini (npr. stroške prevoza, namestitve, zdravlil ipd.). Zavarovalna vsota znaša 20 % od izplačane zavarovalnine za samoplačniški operativni poseg in se izplača neposredno zavarovancu.
- 14. Kaj obsega zavarovanje za Drugo mnenje?**
- 14.1. **Drugo mnenje** je izbirno kritje, ki skladno s temi pogoji krije pridobitev drugega zdravniškega mnenja za zavarovanca v primeru medicinsko ugotovljene potrebe po operativnem posegu ali nastopa težje bolezni, skladno z opredelitvijo v točki 14.3. teh pogojev. Obsega komentar postavljene diagnoze bolezni, komentar postopka zdravljenja in morebitna priporočila za nadaljnje zdravljenje. Mnenje zavarovanec prejme v pisni obliki v slovenskem jeziku. Namen mnenja je, da se na podlagi le-tega preveri ustreznost načrtovanega ali opravljenega operativnega posega oziroma odpravijo dvomi v primeru zdravljenja težje bolezni.
- 14.2. Če je zavarovanec upravičen do pridobitve drugega mnenja, se z nami lahko dogovori tudi za en posvetovalni obisk pri našem pogodbenemu zdravniku, ki bo zavarovancu podal dodatna pojasnila. Posvetovalni obisk organiziramo mi, v nasprotnem primeru nimamo obveznosti do plačila le-tega.
- 14.3. Drugo mnenje zavarovanec lahko uveljavlja v primeru medicinsko ugotovljene potrebe po operativnem posegu, ki je oziroma bo opravljen, in sicer skladno s temi pogoji, ali če je bil zavarovancu v času zavarovalnega kritja prvič diagnosticiran maligni rak, možganska kap ali srčni infarkt skladno s to točko. Drugo mnenje lahko zavarovanec uveljavlja za posamezen operativni poseg ali bolezen samo enkrat v času trajanja zavarovalne pogodbe. Diagnoza maligni rak skladno s temi pogoji pomeni prisotnost napredujoče nenadzorovane rasti in širitve malignih celic z invazijo v zdrava tkiva. Rak mora biti potrjen s histopatološkim izvidom. V kritje so vključene levkemije, maligni limfomi vključno s kožnimi limfomi, Hodgkinova bolezen, maligni kostni tumorji in sarkomi. Diagnoza srčni infarkt skladno s temi pogoji pomeni zanesljivo diagnozo odmrtega dela srčne mišice, ki izhaja iz nezadostnega dotoka krvi v ustreznem delu srca. Diagnoza mora biti potrjena z značilno spremembo nivoja markerjev, specifičnih za srčni infarkt (kot Troponin I, Troponin T, CK-MB), z 99 % preseganjem zgornje meje normalne vrednosti vsaj enega markerja, pri čemer mora biti izpolnjen še vsaj eden od naslednjih kriterijev: tipična centralna bolečina v prsih, ki nakazuje na srčni infarkt ali sveže spremembe v EKG, značilne za infarkt (ST elevacija ali depresija, T inverzija, patološki Q val, levokračni blok). Diagnoza možganska kap skladno s temi pogoji je odmrte dela možganskega tkiva zaradi nezadostne oskrbe s krvjo ali krvavitve in ima za posledico nastop nevrološkega deficita kot posledico možganske kapi.
- 14.4. Drugo mnenje je pripravljeno izključno na podlagi pridobljene zdravniške dokumentacije in ne vključuje zdravstvenih pregledov, preiskav ali morebitnega zdravljenja. Če zaradi nepopolne medicinske dokumentacije izdelava mnenja ni mogoča oziroma če je zaradi slednjega izdelano mnenje vsebinsko nepopolno, za to ne odgovarjamo.
- 14.5. Mnenje izvajajo podizvajalci naših asistenčnih partnerjev, ki so priznane zdravstvene ustanove doma in v tujini. Seznan teh ustanov se nenehno dopolnjuje in je objavljen na naši spletni strani. Odgovornost za vsebino mnenja prevzema posamezni podizvajalec, ki je mnenje pripravil. Odgovornost za organizacijsko izvedbo pa prevzemajo naši asistenčni partnerji.
- 14.6. Zavarovalnica ne odgovarja za vsebino mnenja.

NAŠE OBVEZNOSTI IN VAŠE PRAVICE

15. Katere so naše obveznosti?

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

16. Kaj je podlaga in na kakšen način zavarovanec uveljavlja pravice iz zavarovanja?

- 16.1. Če zavarovanec potrebujete zdravstveno storitev, najprej pokličite v naš asistenčni center na telefonsko številko 080 20 60 ali nam piše na info@vzajemna.si. Preverili bomo upravičenost zahtevka, in sicer na podlagi dokazil iz katerega bo razvidno, da zavarovanec potrebuje zdravstveno storitev (npr. izdana napatnica zdravnika, izvid zdravnika specialista ipd.).
- 16.2. Lahko bomo zahtevali tudi dodatna dokazila, če jih bomo potrebovali, da bi ugotovili pomembne okoliščine v zvezi z reševanjem zahtevka. Zavarovanec nas pooblašča, 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 poravnava zavarovanec.
- 16.3. Po preverbi upravičenosti zahtevka, se bomo z zavarovancem dogovorili o izbiri izvajalca zdravstvene storitve, o načinu 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.
- 16.4. Če se predhodno tako dogovorimo, si zdravstveno storitev lahko zavarovanec organizira tudi sam. V tem primeru bomo povrnili stroške oziroma izplačali zavarovalno vsoto, in sicer na podlagi predložene medicinske dokumentacije in računa ter največ v višini, kot bi jo za posamezno zdravstveno storitev plačali izvajalcu v naši pogodbeni mreži.



- 16.5. Če bomo ob uveljavljanju zahtevka ugotovili, da niso poravnane vse tekoče obveznosti iz zavarovanja t.j. plačilo premije, bomo naše obveznosti pobotali z izplačilom oziroma naše obveznosti izpolnili po poravnavi vseh obveznosti.
- 16.6. Izvajalec zdravstvene storitve v celoti odgovarja za kakovostno izvedbo storitve, zato je izrecno izključena kakršnakoli naša odškodninska odgovornost, ki se nanaša na zdravstvene storitve, opravljene skladno s pravicami iz sklenjene pogodbe.
- 16.7. Če bomo organizirali zdravstveno storitev s pomočjo našega asistenčnega partnerja (predvsem v primeru organizacije storitev v tujini), se bo zavarovanec pred tem seznanil in sprejel njegove pogoje poslovanja.
- 16.8. Če bo zavarovanec potreboval nasvet zdravnika, se bo z njim lahko povezal preko različnih klepetalnikov. Pred prvim klepetom z zdravnikom bo potrdil 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.
- 17. Katere so naše obveznosti?**
- 17.1. Dogovorjene zdravstvene storitve bo zavarovanec lahko uveljavljal 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 bo zavarovanec potreboval zdravstvene storitve zaradi poškodb, ki so posledica nezgode nastale po sklenitvi, te čakalne dobe ni.
- 17.2. 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.
- 17.3. 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 je zavarovanec opazil ali se zavedal simptomov bolezni oziroma se je zdravil, čeprav diagnoza še ni bila postavljena.
- 17.4. Za bolezni in stanja, ki so navedena v točkah 17.2. in 17.3. velja, da mora biti zavarovanje veljavno najmanj 24 mesecev, v tem času pa se zavarovanec ni zdravil zaradi teh bolezni in stanj, preden bo lahko za njih uveljavljal pravice iz zavarovanja. Če se v tem obdobju zavarovanec zdravi, se čakalna doba za obstoječa stanja šteje od zadnjega zdravljenja.
- 17.5. Če se bolezni, 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.
- 18. Kaj ni krito?**
- 18.1. 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,
 - obolenja krčnih žil v primeru, da ima zavarovanec pred sklenitvijo zavarovanja kronično popuščanje povrhnjega venskega sistema ali že izražene krčne žile premera več kot 3 mm in/tali težave v obliki pekočih bolečin, otekanja, nočnih krčev in srbečice v nogah,
 - v dejavnostih intenzivne in urgentne medicine, vseh preventivnih pregledov, ginekologije na primarni ravni,
 - debelosti,
 - spolno prenosljivih bolezni, okužb s HIV in bolezni, ki jih povzročata 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,
 - prirojenih anomalij in iz njih izhajajočih sprememb,
 - odstranitve tvorbe in znamenj, ki so izvedena s kemičnim pilingom, laserjem, elektrokoagulacijo, radiofrekvenco ali z zamrznitvijo tkiva, razen če je tkivo poslano na patohistologijo,
 - 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 RS ali pa so eksperimentalne narave, če nismo s pogodbo določili drugače.
- 18.2. 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 zoboprotetičnih pripomočkov in nadomestkov, razen če nismo s pogodbo drugače dogovorjeni.
- 18.3. 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, razen za kritje dogovorjene zavarovalne vsote pri kritju za težje oblike obolenj v primeru pandemije/epidemije,
 - z onesnaženjem okolja, radioaktivnim sevanjem, neposrednim ali posrednim delovanjem jedrske energije ter naravnimi nesrečami,
 - s pripravo, poskusom ali izvršitvijo kaznivega dejanja, kakor tudi zaradi pobeга po takšnem dejanju,
 - s fizičnim obračunavanjem, razen v primeru dokazane samoobrambe, kar je dolžan dokazati zavarovanec sam,
 - s samopoškodbo ali poskusom samomora,
 - z upravljanjem vozil, zračnih plovil, plovnih objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.
- 18.4. Če imate izbrano kritje Dental Nezgoda, je naša obveznost do kritja zobozdravstvenih storitev izključena, in sicer za:
- pred sklenitvijo zavarovanja manjkajoče zobe,
 - zobozdravstveni material iz zlitin zlata ali drugih žlahtnih kovin,
 - zobozdravstvene storitve, povezane s paradontološkim ali ortodontskimi specialističnimi obravnavami, z izjemo zobozdravstvenih storitev za vstavitve implantata,
 - lepotne zobozdravstvene storitve, ki niso medicinsko utemeljeno indicirane in katerih namen je izboljšati izgled zobovja, kot npr. zunanje in notranje beljenje zob, izdelavo estetskih zalivk, prevlek ali (direktnih in indirektnih) lusk,
 - storitve alternativnega, komplementarnega, eksperimentalnega ali laserskega zdravljenja,
 - zobozdravstvene storitve, povezane s stanji, poškodbami ali boleznimi, nastalimi zaradi prekomernega uživanja alkohola oziroma drugih psihoaktivnih snovi,
 - pridobitev drugega mnenja,
 - nudenje nujne medicinske pomoči,
 - zdravila, ki niso uporabljena pri izvedbi zobozdravstvene storitve in protibolečinskih zdravil, ki niso utemeljeno medicinsko indicirana.
- 18.5. Izključene so tudi naše obveznosti če ugotovimo, da ste nam vi ali zavarovanec podali neresnične podatke ali v primeru zamolčanja, prevare, ponaredbe ali zlorabe z vaše strani ali strani zavarovanca.

PREMIJA

19. Kako je določena višina premije?

- 19.1. Premija za zavarovanje se določi skladno z našim veljavnim premijskim cenikom. Premija je odvisna od števila oseb, ki pristopajo h kolektivnemu zavarovanju ter starostne strukture. Višina premije je lahko odvisna tudi od drugih dejavnikov, določenih z naše strani, npr. zdravstveno stanje zavarovancev, delež vključenih oseb, škodno dogajanje v preteklosti itd. Premija je enotna za vse zaposlene in njihove družinske člane.
- 19.2. Ob koncu posameznega zavarovalnega leta lahko zaradi spremembe dejavnikov, ki vplivajo na določitev zavarovalne premije, za naslednje zavarovalno leto določimo novo višino premije.



- 19.3. O spremenjenih pogojih iz točke 19. 2. vas bomo pisno obvestili najkasneje v roku trideset (30) dni pred začetkom novega zavarovalnega leta. Če se s spremenjenimi pogoji ne boste strinjali, imate pravico, da v tridesetih (30) dneh po prejemu obvestila, z izjavo odstopite 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 boste odstopili od zavarovalne pogodbe, se šteje, da se s spremembami strinjate.
- 20. Kako nam morate plačevati premijo?**
- 20.1. Premija se plačuje z dinamiko plačevanja, ki je določena v zavarovalni 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 zavarovalne pogodbe, razen, če se nismo drugače dogovorili.
- 20.2. 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.
- 20.3. Poleg dogovorjene premije ste dolžni plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.
- 20.4. 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.
- 20.5. Premijo plačujete do poteka ali prekinitve zavarovanja. Če pride do razdrta pogodbe skladno s temi pogoji, nam pripada premija do konca meseca, v katerem se pogodba razdre.
- 20.6. Če zavarovancu, ki je vključen v kolektivno zavarovanje, preneha pogodba o zaposlitvi, smo upravičeni do zavarovalne premije do konca meseca, v katerem je nastopilo prenehanje pogodbe o zaposlitvi.
- 21. Ali se lahko pogodba med trajanjem spremeni?**
- 21.1. 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.
- 21.2. Če pride do sprememb, vas o tem pisno obvestimo vsaj en (1) mesec pred uveljavitvijo spremembe. Če se s spremembo ne boste strinjali, imate pravico, da v tridesetih (30) dneh po obvestilu pisno odpoveste pogodbo, pri čemer odstop učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če pogodbe ne boste odpovedali, bomo šteli, da se s spremembami strinjate.
- 21.3. 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.
- 22. Kakšne informacije potrebujemo z vaše strani v času trajanja zavarovanja?**
- 22.1. Med trajanjem zavarovanja nas morate obvestiti o spremembah pomembnih za izvajanje pogodbe. Pri tem nam predložite tudi ustrezna dokazila o spremembi. Vsa naša medsebojna komunikacija se izvaja v pisni ali elektronski obliki.
- 22.2. 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

23. Osební podatki

- 23.1. Vse pomembne informacije glede obdelave osebnih podatkov za namen sklenitve in izvajanja zavarovanja ter druge namene, za katere obdelujemo osebne podatke, in informacije o pravicah, ki izhajajo 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 ažurne osebne in kontaktne podatke (ime, priimek, naslov, elektronski naslov, telefonska številka), zato vas prosimo, da nam te sproti sporočate pisno na naslov Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana ali na elektronski naslov info@vzajemna.si.
- 23.2. Ob koriščenju asistenčne storitve si bomo kontaktne osebne podatke zavarovanca 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 osebne podatke zavarovanca, vključno z zdravstvenimi podatki, na podlagi sklenjene zavarovalne pogodbe in zakona, ki ureja zavarovalništvo, lahko izmenjujemo z izvajalci zdravstvenih storitev.
- 23.3. Ob sklenitvi zavarovanja bomo našemu pogodbenemu partnerju, za namen identifikacije in koriščenja storitve klepet z zdravnikom, posredovali osebne podatke zavarovanca (zlasti ime, telefonsko številko, elektronski naslov, letnico rojstva, spol, številko police). Od pogodbenega partnerja bo zavarovanec prejel povezavo, preko katere bo lahko koristili storitev klepet z zdravnikom. Pogodbeni partner nas bo za namen spremljanja izvajanja storitve seznanil s podatkom o številu koriščenj. Podrobneje se bo zavarovanec z obdelavami osebnih podatkov za namen izvajanja storitve klepet z zdravnikom seznanil pred prvim koriščenjem storitve.

24. Postopek pritožbe

- 24.1. 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.
- 24.2. 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.
- 24.3. 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.

25. Končne določbe

- 25.1. Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo določila zakona RS, ki ureja obligacijska razmerja.
- 25.2. V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče Republike Slovenije, krajevno pa sodišče v Ljubljani.
- 25.3. Veljavni statut Vzajemne, d.v.z. je na vpogled na sedežu Vzajemne, d.v.z. in na spletnih mestih PE ter na spletni strani www.vzajemna.si, kjer bo omogočen tudi vpogled v njegove nadaljnje spremembe.
- 25.4. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice se objavi na spletni strani www.vzajemna.si
- 25.5. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- 25.6. Ti pogoji se uporabljajo od 1. 10. 2020.

Seznam operativnih posegov I



VARUH ZDRAVJA
VZAJEMNA

Vrste skupin posegov	Posamezna storitev	Specialistika
Posegi na očesu	Odstranitev pterigija	Oftalmologija
	Odstranitev pinguekule	Oftalmologija
	Odstranitev ksantelazme	Oftalmologija
	Popravilo entropija	Oftalmologija
Posegi na solznih žlezah in solzevodih	Razrešitev zamašitve kanala	Oftalmologija
Posegi na nosu	Endoskopska operacija nosu in obnosnih votlin	Otorinolaringologija
	Klasična ali endoskopska mukotomija	Otorinolaringologija
	Endoskopska ablacija polipov	Otorinolaringologija
Posegi na roki	Artroskopija zapestja zaradi poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles	Ortopedija, kirurgija roke, travmatologija
	Operacija karpalnega kanala	Ortopedija, kirurgija roke
	Operacija sprožilnega prsta	Kirurgija roke
	Operacija Dupuytrenove kontrakture	Kirurgija roke
Posegi na komolcu	Artroskopija komolca kot posledica poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles	Ortopedija
	Operativni posegi, ki vključujejo oskrbo poškodovanih vezi, tetiv ali živcev	Ortopedija
Posegi na ramenskem sklepu	Artroskopska oskrba poškodovane tetive dolge glave bicepsa	Ortopedija
	Rekonstrukcija rotatorne manšete	Ortopedija
	Stabilizacija ramenskega sklepa zaradi izpahov po poškodbi	Ortopedija
Posegi na hrbtenici	Dekompresija stenoze spinalnega kanala s stabilizacijo ali brez stabilizacije	Ortopedija, nevrokirurgija
	Operacija hernije disci	Ortopedija, nevrokirurgija
	Vertebroplastika	
Posegi na kolku	Artroskopija zaradi poškodbe labruma, utesnitve ali prostih teles, dokazanih z MR preiskavo	Ortopedija
Posegi na kolenskem sklepu	Artroskopija kolena kot posledica poškodbe meniskusa, hrustanca, odstranitev prostega telesa	Ortopedija
	Rekonstrukcija ali fiksacija vezi kolenskega sklepa	Ortopedija

Posegi na gležnju	Artroskopija gležnja kot posledica poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles, dokazanih z MR preiskavo	Ortopedija
	Stabilizacija gležnja po zvinu gležnja	Ortopedija
	Šivanje - rekonstrukcija Ahilove tetive	Ortopedija
Posegi na stopalu v primeru poškodbe ali v primeru	Operacija ukrivljenega palca na nogi	Ortopedija
	Odstranitev novonastalih mehko tkivnih ali kostnih sprememb	Ortopedija
Operativno zdravljenje krčnih žil,		Kirurgija
Posegi na sečilih	UZ razbijanje ledvičnih kamnov	Urologija
	Operacija hidrokele, spermatokele in varikokele	Urologija
Operativni posegi na prebavilih	Operacija kile	Splošna kirurgija, abdominalna kirurgija
	Odstranitev žolčnika	Splošna kirurgija, abdominalna kirurgija
Proktološki operativni posegi	Operacija hemoroidov	Splošna kirurgija, abdominalna kirurgija
	Proktološki posegi na zadnjiku (analna fisura, sinus pilonidalis)	Splošna kirurgija, abdominalna kirurgija
	Endoskopski proktološki posegi na zadnjiku (zapiranje analne fistule)	Splošna kirurgija, abdominalna kirurgija
Operativni posegi odstranitve sprememb na koži	Kirurška ekscizija izrastkov kože, brazgotin in mehkih delov kože in podkožja brez histopatologije	Splošna kirurgija, plastična kirurgija
	Odstranitev tvorbov in znamenj s histopatologijo	Splošna kirurgija, plastična kirurgija