

Splošni pogoji za dopolnilno zdravstveno zavarovanje Vzajemna Zdravje SPD-13

I. UVOD

1. člen

- (1) Splošni pogoji za dopolnilno zdravstveno zavarovanje Vzajemna Zdravje z oznako SPD-13 (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) urejajo pogodbeni odnos pri dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju.
- (2) Splošni pogoji so sestavni del pogodbe o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju, sklenjene med zavarovalcem in Vzajemno zdravstveno zavarovalnico, d.v.z. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).

2. člen

- (1) Izrazi, uporabljeni v splošnih pogojih, pomenijo:
 - **zavarovalna pogodba:** pogodba o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju;
 - **zavarovanje:** dopolnilno zdravstveno zavarovanje, kot poseben tip prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja;
 - **zavarovalec:** sklenitelj zavarovalne pogodbe oziroma ponudnik, ki zavarovalnici predloži ponudbo za sklenitev zavarovalne pogodbe;
 - **zavarovanec:** oseba, katere stroški doplačil so zavarovani po zavarovalni pogodbi;
 - **polica:** listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
 - **ponudba:** listina na obrazcu zavarovalnice, ki vsebuje podatke o zavarovalcu in zavarovancu ter druge podatke, potrebne za sklenitev in izvajanje zavarovalne pogodbe;
 - **premija:** znesek, ki ga mora skladno z dogovorjeno dinamiko zavarovalec plačati po zavarovalni pogodbi za obdobje od dneva začetka zavarovanja do dneva prenehanja zavarovanja;
 - **zavarovalnina:** znesek doplačil, ki ga zavarovalnica plača po zavarovalni pogodbi;
 - **zavarovalno kritje:** obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino;
 - **čakalna doba:** obdobje, za katerega ni možno uveljavljati zavarovalnine, premijo za to obdobje pa je treba plačevati;
 - **izvajalec:** oseba, ki je na podlagi pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZS) vključena v javno zdravstveno mrežo in opravlja pogodbeno določene storitve, ki so pravica v obveznem zdravstvenem zavarovanju;
 - **kartica zdravstvenega zavarovanja:** dokument za uveljavljanje pravic iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji (v nadaljnjem besedilu: RS);
 - **KZZ online:** informacijski sistem za neposreden dostop do podatkov o obveznem in prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju zavarovanca;
 - **zakon:** zakonodaja RS, ki ureja zavarovanje;
 - **obvezno zdravstveno zavarovanje:** pravice in obveznosti, ki jih imajo zavarovane osebe iz obveznega zdravstvenega zavarovanja po zakonu in splošnih aktih ZZS.

II. KDO IN KAKO SE LAHKO ZAVARUJE PO TEH SPLOŠNIH POGOJIH

3. člen

- (1) Po splošnih pogojih se lahko zavaruje samo osebo, ki ima status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju v RS.

4. člen

- (1) Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko zavarovalec in zavarovalnica podpišeta polico oziroma ko je plačana prva premija, če je tako določeno v primeru sklenitve na daljavo.
- (2) Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora zavarovalna pogodba vsebovati tudi podpis zavarovanca. Če je zavarovalna pogodba sklenjena s plačilom prve premije, podpis zavarovalca in zavarovanca nadomešča plačilo prve premije.

5. člen

- (1) Zavarovalna pogodba se lahko sklene tudi na podlagi pisne ponudbe. Podpisana ponudba je sestavni del zavarovalne pogodbe.
- (2) Podpis ponudnika na ponudbi nadomešča zavarovalčev podpis na polici. Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora ponudba vsebovati tudi podpis zavarovanca.
- (3) Ponudba veže ponudnika 8 dni od dneva, ko je prispela k zavarovalnici. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih se sklepa zavarovanje, se šteje, da je ponudbo sprejela in da je zavarovalna pogodba sklenjena. V tem primeru se šteje zavarovalna pogodba za sklenjeno od trenutka, ko je ponudba prispela k zavarovalnici.

6. člen

- (1) Zavarovalec in zavarovalnica prejmeta vsak po en izvod police.
- (2) Če je zavarovalna pogodba sklenjena na podlagi pisne ponudbe oziroma s plačilom prve premije, izstavi zavarovalnica zavarovalcu en izvod police s podatki, skladnimi s ponudbo in podatki iz KZZ online.
- (3) Če se polica bistveno razlikuje od ponudbe in drugih pisnih izjav zavarovalca, lahko zavarovalec takim razlikam pisno ugovarja v 15 dneh od dneva sklenitve zavarovalne pogodbe. Če tega ne stori, velja vsebina police.

III. KAJ ZAVAROVANJE OBSEGA

7. člen

- (1) Predmet zavarovanja so doplačila. Doplačilo je znesek razlike med vrednostjo zdravstvenih storitev, ki so po zakonu pravica v obveznem zdravstvenem zavarovanju, in deležem te vrednosti, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oziroma del te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravlil s seznama medsebojno zamenljivih zdravlil in medicinskih pripomočkov, kot to določa zakon.

IV. TRAJANJE ZAVAROVANJA IN ZAVAROVALNEGA KRITJA

8. člen

- (1) Zavarovanje se prične ob 0:00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja. Zavarovalno kritje se začne ob 0:00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, vendar ne pred potekom čakalne dobe.
- (2) Datum prenehanja zavarovanja je opredeljen na polici. Zavarovanje traja najmanj eno leto, razen v primeru zavarovanja oseb, katerih status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju je časovno omejen.
- (3) Zavarovanje se po poteku dogovorjene dobe samodejno podaljšuje vsakokrat za čas, določen na polici, razen če zavarovalec samodejno podaljševanje pisno prekliče vsaj tri mesece pred iztekom trajanja zavarovanja. V primeru pravočasnega preklica samodejnega podaljševanja zavarovanja, zavarovanje preneha s potekom tekočega zavarovalnega obdobja. Zavarovanje preneha s potekom dobe, za katero je bilo sklenjeno, če je vsakokratno samodejno podaljševanje zavarovanja na polici izrecno izključeno.
- (4) Zavarovalno kritje preneha ob 24:00 uri dneva prenehanja zavarovanja.

9. člen

- (1) Čakalna doba se začne z dnem začetka zavarovanja in traja tri mesece, razen za osebe, ki postanejo zavezane plačevati doplačila in je od začetka te obveznosti potekel največ en mesec, kakor tudi v primerih sklenitve zavarovanja, ko je od prenehanja predhodnega zavarovanja potekel največ en mesec.
- (2) Čakalna doba je določena s klavzulo na polici.

10. člen

- (1) Zavarovalna pogodba za posameznega zavarovanca preneha pred potekom časa, za katerega je bila sklenjena:
 - v primeru smrti zavarovanca, z dnem smrti;
 - v primeru prenehanja statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju, z dnem izgube statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju, razen če je bilo dogovorjeno mirovanje zavarovanja po 12. členu teh splošnih pogojev;
 - v primeru neplačevanja premije po 14. členu teh splošnih pogojev.
- (2) V primeru smrti zavarovalca, ki ni hkrati zavarovanec, zavarovalna pogodba ne preneha, pač pa zavarovanec prevzame obveznosti prejšnjega zavarovalca iz zavarovalne pogodbe.

11. člen

- (1) Zavarovalec lahko odpove zavarovalno pogodbo po poteku enega leta od začetka veljavnosti zavarovanja s trimesečnim odpovednim rokom, pred tem rokom pa v primerih, ko zavarovancu preneha status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Pod enakimi pogoji lahko svoje soglasje k zavarovalni pogodbi prekliče tudi zavarovanec.
- (2) Zavarovalna pogodba preneha z iztekom odpovednega roka.

12. člen

- (1) Zavarovalnica lahko na pisno zahtevo zavarovalca ali pooblaščenih tretjih oseb odobri obdobje mirovanja zavarovanja, tj. obdobje, za katerega v času trajanja zavarovanja začasno preneha zavarovalno kritje.
- (2) Obdobje mirovanja se lahko odobri, če zavarovanec začasno ni zavezan za plačilo doplačil (npr. če pridobi status študenta, služi vojaški rok, prestaja zaporno kazen) oziroma nima statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju, ter v drugih primerih, ki jih določi zavarovalnica.
- (3) Obdobje mirovanja se praviloma prične naslednji dan po dnevu, ko je zavarovalnica ugodila zahtevi iz prvega odstavka tega člena, in se konča ob 24:00 uri dne, do katerega je bilo odobreno obdobje mirovanja.
- (4) Za obdobje mirovanja zavarovanja se premija ne obračuna.

V. KAKO SE OBRAČUNA IN PLAČUJE PREMIJA

13. člen

- (1) Višina premije je določena na polici in je enaka za vse zavarovance zavarovalnice, razen če zavarovalnica odobri popust zaradi nižjih administrativnih stroškov.
- (2) Ne glede na prejšnji odstavek tega člena je v skladu z zakonom za zavarovanca, za katerega se sklene zavarovanje po preteku enega leta od dne, ko postane zavezan plačevati doplačila, premija za vsako polno nezavarovano leto tri odstotke višja (doplačilo na premijo).
- (3) Za zavarovanca, ki mu je zavarovanje prenehalo, se ob ponovni vključitvi v zavarovanje premija poveča tako, kot to določa prejšnji odstavek.

14. člen

- (1) Premija se lahko plačuje mesečno, četrtno, polletno ali letno, kot je opredeljeno na polici. Plačilo mora biti izvedeno tako, da lahko zavarovalnica nedvoumno ugotovi, na katero polico se plačilo nanaša. Premija se plačuje vnaprej, in sicer do zadnjega dne v mesecu pred začetkom obdobja, za katerega se premija plačuje, če ni drugače določeno.
- (2) Premijo je dolžan plačati zavarovalec, vendar pa je zavarovalnica dolžna sprejeti premijo od vsakogar, ki ima za plačilo pravni interes.
- (3) Zavarovalnica ima pravico, da ob kakršnemkoli izplačilu iz zavarovanja odtegne vse zapadle neplačane premije po zavarovalni pogodbi.
- (4) Če premija do zapadlosti ni plačana, lahko zavarovalnica razdre zavarovalno pogodbo po 60 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, prenehanju zavarovalnega kritja in razdoru zavarovalne pogodbe.
- (5) V primeru zamude oziroma neplačila premije je zavarovalec dolžan zavarovalnici povrniti celotne stroške opominjanja in druge stroške, potrebne za izterjavo dolga.

15. člen

- (1) Zavarovalnica lahko med trajanjem zavarovanja spremeni višino premije v primeru spremembe zakona ali drugih predpisov oziroma izvedbenih aktov, ki urejajo zavarovanje, če sprememba vpliva na višino obveznosti zavarovalnice (npr. sprememba odstotkov doplačil oziroma sprememba vsebine, obsega, strukture ali standarda pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja). Zavarovalnica lahko spremeni višino premije tudi v primeru sprememb stroškov zdravstvenih ali z njimi povezanih storitev, stroškov zdravil ali medicinskih pripomočkov oziroma drugih nevarnostnih, ekonomskih ali drugih okoliščin, ki vplivajo na višino obveznosti zavarovalnice oziroma na njeno poslovanje.
- (2) V primeru spremembe premije se spremenjena premija obračuna za obdobje od datuma začetka veljavnosti spremembe naprej. Pri dogovoru o letni, polletni ali četrtni premiji se obračuna sorazmerni del razlike med spremenjeno premijo in premijo pred spremembo. Sorazmerni del se določi glede na število mesecev trajanja zavarovanja od meseca začetka veljavnosti spremembe do zapadlosti naslednje premije v plačilo.
- (3) O nameravanem povišanju premije zavarovalnica obvesti zavarovalca najpozneje pred predvidenim povišanjem. Zavarovalec lahko v primeru nestrinjanja s povišano premijo v roku 30 dni od dneva povišanja zavarovalno pogodbo odpove s trimesečnim odpovednim rokom.

VI. KAKO SE UVELJAVLJAJO PRAVICE IZ ZAVAROVANJA**16. člen**

- (1) Zavarovanec praviloma uveljavlja pravice iz zavarovanja pri izvajalcih z veljavno kartico zdravstvenega zavarovanja.
- (2) Zavarovalnica praviloma izplača zavarovalnino na podlagi računa oziroma zahtevka za plačilo opravljene zdravstvene storitve izvajalcu te storitve.
- (3) Zavarovalnica lahko na podlagi pisnega zahtevka zavarovanca izplača zavarovalnino tudi neposredno zavarovancu, ki mora zavarovalnici predložiti izvornik računa izvajalca oziroma kopijo računa, ki je potrjena s strani ZZSZ, iz katerih so razvidni podatki o zavarovancu, vrsta, datum, cena opravljene storitve zanj ter drugi podatki skladno z zakonom. Zahtevku mora biti na zahtevku zavarovalnice predložena tudi druga dokumentacija, ki jo na lastne stroške pridobi zavarovanec.
- (4) Zavarovalnica zavarovalnino iz prejšnjega odstavka tega člena izplača v dogovorjenem roku, ki ne sme biti daljši od 14 dni, šteto od dneva, ko je zavarovalnica od zavarovanca prejela zahtevek z dokazili iz prejšnjega odstavka tega člena. Če je za ugotovitev obstoja in višine obveznosti zavarovalnice potreben daljši čas, začne teči rok iz tega odstavka od dneva, ko sta bila ugotovljena obstoj in znesek obveznosti zavarovalnice. Če znesek obveznosti zavarovalnice ni ugotovljen v roku iz tega odstavka, zavarovalnica zavarovancu na njegovo zahtevo izplača nesporni del svoje obveznosti kot predjem.
- (5) Zavarovalnica lahko uveljavlja pravico do povračila zavarovalnine, kadar je bila le-ta izplačana brez pravnega temelja.
- (6) Zahtevki iz zavarovalne pogodbe zastarajo po določenih zakona RS, ki ureja obilgacijska razmerja.

VII. DOLŽNOST OBVEŠČANJA**17. člen**

- (1) Zavarovalec in zavarovanec sta dolžna zavarovalnici v 8 dneh od spremembe pisno sporočiti vsako spremembo osebnih podatkov iz zavarovalne pogodbe, prenehanje statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju, prenehanje zavezanosti za plačilo doplačil in druge okoliščine, ki so pomembne za zavarovalno pogodbo.
- (2) Zavarovalnica ima pravico od zavarovalca in zavarovanca zahtevati pojasnila za ugotovitev resničnega in popolnega stanja v zvezi s sklenjeno zavarovalno pogodbo.

VIII. SPREMEMBA SPLOŠNIH POGOJEV**18. člen**

- (1) Zavarovalnica lahko v času trajanja zavarovanja spremeni splošne pogoje.
- (2) Zavarovalnica mora o spremembi pisno obvestiti zavarovalca najmanj 40 dni pred začetkom veljavnosti novih splošnih pogojev.
- (3) Zavarovalec lahko v roku 30 dni po dnevu, ko je bil seznanjen s spremembo, zavarovalnico obvesti, da odpoveduje zavarovalno pogodbo.
- (4) V primeru odpovedi zavarovalne pogodbe po prejšnjem odstavku tega člena preneha zavarovalna pogodba z dnem začetka veljavnosti novih splošnih pogojev.

IX. OBDELAVA OSEBNIH PODATKOV**19. člen**

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec s sklenitvijo zavarovalne pogodbe izrecno dovoljujeta, da zavarovalnica njune osebne podatke v skladu z zakonom RS, ki ureja varstvo osebnih podatkov, zbira, shranjuje, posreduje in drugače obdeluje, če je to potrebno zaradi uresničevanja pravic in obveznosti iz zavarovanja ali v zvezi z zavarovanjem, vključno z vpogledom pooblaščenega zdravnika zavarovalnice v ustrezno medicinsko dokumentacijo, ter z namenom izvajanja finančno - medicinskega nadzora. Hkrati zavarovanec zavarovalnico izrecno pooblašča, da sme v KZZ online preveriti status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju ter podatke, ki so potrebni za določitev morebitne čakalne dobe in doplačila na premijo. Zavarovalec in zavarovanec zavarovalnico pooblaščata, da sme preverjati tudi druge podatke pri ustanovah, ki razpolagajo z osebnimi podatki.
- (2) Osebne podatke iz predhodne točke, vključno s podatkom o datumu rojstva zavarovalca in zavarovanca, lahko zavarovalnica uporabi 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. Zavarovalec in zavarovanec lahko kadarkoli pisno, telefonsko ali osebno zahtevata, da zavarovalnica preneha uporabljati njune osebne podatke za namen neposrednega trženja. Zavarovalnica bo v 15 dneh ustrezno preprečila uporabo njenih osebnih podatkov za namen neposrednega trženja ter ju o tem pisno obvestila v nadaljnjih 5 dneh.
- (3) Zavarovalec in zavarovanec sta seznanjena s pravico do vpogleda, prepisa, kopiranja, dopolnitve, popravka, blokiranja in izbrisa osebnih podatkov, ki se nanašajo nanju, v skladu z zakonom RS, ki ureja varstvo osebnih podatkov.
- (4) Zavarovalnica se zavezuje, da bo osebne podatke iz tega člena varovala v skladu z zakonom RS, ki ureja varstvo osebnih podatkov.

X. UVELJAVLJANJE REGRESNIH ZAHTEVKOV**20. člen**

- (1) Zavarovalec in zavarovanec pooblaščata zavarovalnico, da lahko v njenem imenu nastopi proti katerikoli tretji osebi, ki je odgovorna za nastanek stroškov zdravstvenih storitev, ki so bili kriti po tej zavarovalni pogodbi.
- (2) Zavarovalnica lahko uveljavlja pravico do povračila zavarovalnine, če zaradi ravnanja zavarovalca ali zavarovanca zavarovalnica ne more uveljaviti svoje pravice iz prejšnjega odstavka tega člena ali izgubi možnost regresa.

XI. KONČNE DOLOČBE**21. člen**

- (1) Vsi dogovori med pogodbenima strankama veljajo le, če so sklenjeni pisno. Vsi dokumenti in izjave, ki jih zavarovalnica in zavarovalec oziroma zavarovanec predložita drug drugemu, veljajo od trenutka, ko jih prejme naslovnik. Če se pošiljajo po pošti, se kot dan prejema šteje dan, ko so bili priporočeno oddani na pošti.
- (2) Če je zavarovalna pogodba sklenjena na daljavo, lahko zavarovalec v skladu z zakonom RS, ki ureja varstvo potrošnikov, odstopi od zavarovalne pogodbe. Odstopi lahko s pisnim sporočilom zavarovalnici v 15 dneh od dneva sklenitve zavarovalne pogodbe.
- (3) Pogodbeni stranki urejata vse spore sporazumno v skladu s shemo izvensodnega reševanja sporov, in sicer z internim postopkom zavarovalnice, s postopkom pred varuhom dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu ter postopkom, ki ga vodi mediacijski center pri Slovenskem zavarovalnem združenju.
- (4) Morebitne sodne spore rešuje sodišče v Ljubljani.
- (5) Za odnose med pogodbenima strankama, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se uporablja veljavna zakonodaja RS, ki ureja obilgacijska razmerja, zdravstveno zavarovanje in zavarovalništvu.
- (6) Nadzor nad zavarovalnico izvaja Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (7) Ti splošni pogoji se uporabljajo od 1. 11. 2013.