

Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje
Specialisti z asistenco

01-ZSA-01/18





KAZALO

UVOD	3
1. Kaj je zavarovanje Specialisti z asistenco?	3
2. Kaj pomenijo nekateri izrazi?	3
SPLOŠNO O ZAVAROVANJU.....	3
3. Vaša pogodba	3
4. Kaj nam morate sporočiti ob sklenitvi in kaj se zgodi, če tega ne storite?.....	4
5. Kdo se lahko zavaruje?	4
6. Kakšno je trajanje zavarovanja, kako se podaljša in kdaj preneha?	4
7. Kdaj se začne in preneha zavarovalno kritje?	4
8. Kaj krije zavarovanje?	4
Vsebina in obseg zavarovanja - podrobneje	5
NAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE	6
9. Katere so naše obveznosti?	6
10. Kaj je podlaga in na kakšen način uveljavljate pravice iz zavarovanja?.....	6
11. Katere so omejitve naših obveznosti?	6
12. Kaj ni krito?	7
13. Katere so naše druge pravice?.....	7
VAŠE PRAVICE IN OBVEZNOSTI.....	7
14. Kako določimo višino premije?	7
15. Kako nam morate plačevati premijo?	7
16. Ali se se lahko pogodba spremeni?	8
17. Kaj in kako nam morate sporočiti, ko ste zavarovani pri nas?.....	8
OSTALO.....	8
18. Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev na vašo zahtevo?	8
19. Imate vprašanja, dvome, pritožbe?.....	8
20. Kaj v primeru nesoglasja?.....	8
21. Kako je z obdelavo vaših osebnih podatkov?.....	8
22. Končne določbe	8

UVOD

1. Kaj je zavarovanje Specialisti z asistenco?

Zavarovanje Specialisti z asistenco (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) je zdravstveno zavarovanje, ki zavarovancu omogoča hiter dostop do zdravstvenih storitev izven mreže javne zdravstvene službe ob uporabi asistenčnih storitev. Zavarovanje krije stroške specialistično ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav, operativnih posegov, drugega mnenja, fizioterapij, psihološke pomoči in zdravlil.

2. Kaj pomenijo nekateri izrazi?

Izraz	Kratka obrazložitev
Vi ali vaš	To ste vi. Najprej kot ponudnik , ki želite z nami skleniti zavarovanje in nam v ta namen predložite svojo ponudbo, nato kot zavarovalec , ko z nami tudi sklenete pogodbo. S sklenitvijo pogodbe lahko zavarujete sebe in ste s tem kot zavarovalec zavarovani za stroške zdravljenja in zdravlil po teh pogojih. Zavarujete lahko tudi drugo osebo, s čimer ta oseba postane zavarovanec .
Mi ali naš	To smo mi - Adriatic Slovenica Zavarovalna družba d. d.
Otrok	Oseba, starejša od 1. leta do dopolnjenega 21. leta.
Premija	Znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po pogodbi.
Zavarovalno leto	Obdobje enega leta. Prvo zavarovalno leto se prične z datumom začetka veljavnosti zavarovanja.
Zavarovalna vsota	Je najvišji znesek, do katerega izplačujemo zavarovalnine iz sklenjenega zavarovanja v obdobju zavarovalnega leta.
Zavarovalnina	Znesek, ki ga plačamo za opravljeno zdravstveno storitev in ki predstavlja našo obveznost za posamezni zavarovalni primer.
Beli recept	Uradni samoplačniški receptni obrazec.
Bolezen	Odsotnost zdravja, ki jo ugotovi zdravnik in ki ni posledica nezgode.
Center Zdravje AS	Naš asistenčni center, ki vam nudi informacije o zavarovanju, načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja in o izvajalcih zdravstvenih storitev, izvaja pomoč pri uveljavljanju vaših pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe, podaja predhodno odobritev in za vas organizira termin obravnave pri izbranih izvajalcih za storitve iz zavarovanja, za katere plačilo poskrbimo mi.
Nezgoda	Vsak nenaden, nepredviden, od vaše volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in hitro na vaše telo ter ima za posledico smrt, popolno ali delno invalidnost vas kot zavarovanca, začasno nesposobnost za delo ali okvaro vašega zdravja, ki zahteva zdravniško pomoč.
Zavarovalni primer	Dogodek, na podlagi katerega nastane naša obveznost iz pogodbe.
Čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja	Z naše strani določeno obdobje od začetka zavarovanja, za katerega je zavarovalec dolžan plačevati premijo in v katerem zavarovanec še ne more uveljavljati pravic iz pogodbe, razen v primeru nezgode.
Čakalna doba za obstoječa stanja	Z naše strani določeno obdobje, za katero je zavarovalec dolžan plačevati premijo in v katerem zavarovanec še ne more uveljavljati pravic iz pogodbe za obstoječa zdravstvena stanja.
Izvajalec	Izvajalec zdravstvene storitve, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvenih storitev ali z zdravstvenimi storitvami povezanih dejavnosti.
Kronična bolezen	Bolezen, stanje oziroma poškodba, ki se počasi razvija in dolgo traja, 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	Bolezen, stanje oziroma poškodba, ki nastopi po začetku veljavnosti zavarovanja oziroma lahko ob začetku veljavnosti zavarovanja sicer obstaja, vendar ni diagnosticirana oziroma zdravljena in vi kot zavarovanec zanjo niste vedeli oziroma niste mogli vedeti, ker niste imeli zdravstvenih težav, bolezenskih znakov ali simptomov.

Izraz	Kratka obrazložitev								
Obstoječe stanje	Bolezen, stanje ali poškodba, zaradi katere je bila opravljena diagnostična preiskava ali pridobljen zdravniški nasvet ali je bila zdravljena oziroma so se pojavili simptomi, četudi ni bila zanje postavljena diagnoza pred začetkom veljavnosti zavarovanja, in ki ni »kronična bolezen«.								
Napotnica	Listina obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na druge zdravnike, v skladu s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.								
Predhodna odobritev	Pozitiven zaključek našega odločanja o upravičenosti vašega zahtevka kot zahtevka zavarovanca za uveljavljanje pravic iz sklenjenega zavarovanja.								
Zahtevek	Prijava ali najava potrebe po zdravstveni storitvi iz zavarovanja, ki je posledica vaše bolezni ali nezgode, oziroma zahtevek za povračilo stroškov zdravlil.								
Zdravstvene storitve	Strokovno doktrinirano priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji, ki se izvajajo pri pogodbenih ali nepogodbenih izvajalcih.								
Ožji družinski član	Vaš zakonec, zunajzakonski partner, partner istospolne partnerske skupnosti, otroci do dopolnjenega 21. leta in vaši starši.								
Resna zdravstvena stanja in okoliščine	<table><tbody><tr><td>Bolezni srca in ožija</td><td>- miokardni infarkt - operacija obkroga koronarne arterije (by - pass) - operacija srčnih zaklopk - operacija aorte - možganska kap - koronarna angioplastika</td></tr><tr><td>Rakasta obolenja</td><td>- rak - benigni možganski tumor</td></tr><tr><td>Težke poškodbe in bolezni</td><td>- slepota - večje opekline - paraliza - poškodba glave - izguba okončin</td></tr><tr><td>Bolezni s trajnimi posledicami</td><td>- ledvična odpoved - presaditev glavnih organov - multipla skleroza - koma - HIV - Alzheimerjeva bolezen - Parkinsonova bolezen - akutni virusni encefalitis - bakterijski meningitis</td></tr></tbody></table>	Bolezni srca in ožija	- miokardni infarkt - operacija obkroga koronarne arterije (by - pass) - operacija srčnih zaklopk - operacija aorte - možganska kap - koronarna angioplastika	Rakasta obolenja	- rak - benigni možganski tumor	Težke poškodbe in bolezni	- slepota - večje opekline - paraliza - poškodba glave - izguba okončin	Bolezni s trajnimi posledicami	- ledvična odpoved - presaditev glavnih organov - multipla skleroza - koma - HIV - Alzheimerjeva bolezen - Parkinsonova bolezen - akutni virusni encefalitis - bakterijski meningitis
Bolezni srca in ožija	- miokardni infarkt - operacija obkroga koronarne arterije (by - pass) - operacija srčnih zaklopk - operacija aorte - možganska kap - koronarna angioplastika								
Rakasta obolenja	- rak - benigni možganski tumor								
Težke poškodbe in bolezni	- slepota - večje opekline - paraliza - poškodba glave - izguba okončin								
Bolezni s trajnimi posledicami	- ledvična odpoved - presaditev glavnih organov - multipla skleroza - koma - HIV - Alzheimerjeva bolezen - Parkinsonova bolezen - akutni virusni encefalitis - bakterijski meningitis								
Medicinsko utemeljena indikacija	Bolezniški znaki in okoliščine, ki nakazujejo upravičeno odločitev za zdravstveno storitev oziroma zdravlilo, ki ga skladno z medicinsko doktrino predpiše pristojni zdravnik.								
Soudeležba	Vaša udeležba pri plačilu stroškov zdravstvenih storitev in zdravlil, ki je mi ne plačamo ali povrnemo.								

SPLOŠNO O ZAVAROVANJU

3. Vaša pogodba

- Pogodba, ki ste jo kot zavarovalec sklenili z nami, je sestavljena iz ponudbe, police, pogojev, posebnih pisnih izjav ter drugih prilog in dodatkov k polici.
- Pogodba je sklenjena, ko ste se z nami dogovorili o njenih bistvenih elementih, kot so določitev kritij, premije in zavarovalnih vsot.
- Pogodbo lahko sklenete tako, da nam posredujete vašo podpisano ponudbo v pisni ali elektronski obliki na našem obrazcu. V ponudbi morajo biti navedena vsa dejstva, bistvena za sklenitev pogodbe. Sestavni del ponudbe je tudi vprašalnik o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu zavarovanca. Če zavarovalec ni hkrati tudi zavarovanec, je za veljavnost pogodbe potreben tudi podpis zavarovanca.
- Za sklenitev pogodbe je lahko potreben zdravniški pregled. Za zdravniški pregled šteje izpolnitev vprašalnika o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu zavarovanca ali osebni pregled zavarovanca pri našem pooblaščenem zdravniku, če tako določimo. Če je za sklenitev zavarovanja potrebna dodatna medicinska dokumentacija, nam jo na našo zahtevo posredujete v roku 14 dni. Če je potreben osebni pregled pri zdravniku, vam bomo to sporočili. Če odklonimo vašo ponudbo, vam bomo to pisno sporočili najkasneje 30 dni od dneva prejema vaše ponudbe.

- 3.5 Podpisana ponudba za sklenitev pogodbe, ki nam je bila predložena, obvezuje ponudnika 8 dni od dneva, ko je k nam prispela, če je potreben zdravniški pregled pa 30 dni. Če v tem roku ne odklonimo vaše ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepamo tovrstna zavarovanja, se šteje, da je vaša ponudba z naše strani sprejeta in da je pogodba sklenjena tistega dne, ko je ponudba k nam prispela.
- 3.6 Vašo ponudbo za sklenitev pogodbe lahko tudi zavrremo brez obrazložitve.
- 3.7 Ob predložitvi vaše ponudbe lahko plačate predplačilo v višini dogovorjene premije. To predplačilo šteje za plačilo prve premije, če pogodba začne veljati, v nasprotnem primeru pa vam jo v celoti vrnemo.
- 3.8 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.
- 3.9 Po prejemu police nam lahko v roku 30 dni sporočite, da odstopate od pogodbe. Že plačano premijo vam v tem primeru vrnemo. Od pogodbe ne morete odstopiti, če je v tem obdobju že prišlo do zavarovalnega primera. Če v zgoraj navedenem roku ne prejmemo vašega sporočila o odstopu, se upošteva, da je pogodba sklenjena, kot izhaja iz police.
- 3.10 S pogodbo se obvezujete, da nam boste plačevali premijo na način in v obliki, kot je dogovorjeno na polici, mi pa se obvezujemo, da bomo ob nastanku zavarovalnega primera izpolnili naše obveznosti, kot določene v pogodbi.
- 3.11 Vsi zahtevki in izjave, ki jih bomo predložili drug drugemu, morajo biti v pisni obliki. Za pisno sporočanje šteje pisno sporočanje po pošti ali po elektronski poti, zlasti preko elektronske pošte ali našega spletnega portala. Za vse dokumente velja, da so predloženi tistega dne, ko jih naslovnik prejme. Če se pošiljajo po (elektronski) pošti, se kot dan prejema šteje dan, ko je bilo priporočeno pismo oddano na pošti (elektronska pošta odposlana).

4. Kaj nam morate sporočiti ob sklenitvi in kaj se zgodi, če tega ne storite?

- 4.1 Ob sklenitvi pogodbe ste nam dolžni prijaviti vse okoliščine, ki so vam znane ali vam niso mogle ostati neznane in so pomembne za oceno tveganja, ki ga prevzemamo s sklenitvijo zavarovanja. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, ki so bile navedene v vaši ponudbi in vprašalniku, ki ste ga izpolnili.
- 4.2 Če ste namerno neresnično navedli ali zamolčali kakršnekoli podatke o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu ali take podatke, zaradi katerih mi ne bi sklenili pogodbe, če bi zanje vedeli, lahko zahtevamo razveljavitev pogodbe oziroma zavrremo naše plačilo.
- 4.3 Če razveljavimo pogodbo zaradi razlogov, ki so navedeni v prejšnjem odstavku, zadržimo plačano premijo, pripada pa nam tudi premija do konca zavarovalnega leta, v katerem je bila pogodba razveljavljena.
- 4.4 Pravica do razveljavitve pogodbe preneha, če vam v 3 mesecih od dneva, ko smo izvedeli za neresnično ali zamolčano prijavo, ne izjavimo, da nameravamo uporabiti to pravico.
- 4.5 Če ste navedli netočne ali nepopolne podatke ali ste opustili dolžno obvestilo, lahko v roku 1 meseca od dneva, ko smo izvedeli za neresničnost ali nepopolnost prijave, izjavimo, da razdiramo pogodbo ali predlagamo povišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo.
- 4.6 V primeru iz prejšnjega odstavka pogodba preneha veljati po izteku 14 dni od dneva, ko smo vam sporočili, da razveljavljamo pogodbo; če predlagamo povišanje premije, je pogodba po samem zakonu razdrta, če predloga ne sprejmete v roku 14 dni od dneva, ko ste ga prejeli.
- 4.7 Če je zavarovalni primer nastal prej, kot je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razdrtem pogodbe oziroma pred doseženim sporazumom o povišanju premije, se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med plačanimi premijami in premijami, ki bi morale biti plačane glede na povečano nevarnost. Če je zavarovalnina že bila izplačana izvajalcu zdravstvene storitve, bomo ugotovljeno zmanjšanje zavarovalnine uveljavljali neposredno od vas, kot povračilo neupravičeno prejete zavarovalnine.
- 4.8 Če so nam bile ob sklenitvi pogodbe znane ali nam niso mogle ostati neznane okoliščine, pomembne za ocenitev nevarnosti, vi pa ste jih netočno prijavili ali zamolčali, se ne moremo sklicevati na netočnost prijave ali zamolčanje.

- 4.9 V primeru sklenitve zavarovanja na daljavo imate v skladu z zakonom, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da v roku 14 dni od dneva sklenitve zavarovanja brez obrazložitve odstopite od pogodbe.

5. Kdo se lahko zavaruje?

- 5.1 Ob sklenitvi zavarovanja morate biti stari med 1 in 70 let. Osebe, stare 71 let in več, se lahko zavarujejo po posebnih pogojih.
- 5.2 Otrok se lahko zavaruje le, če zavarovanje sklene eden od staršev.

6. Kakšno je trajanje zavarovanja, kako se podaljša in kdaj preneha?

- 6.1 Zavarovanje začne veljati ob 00:00 uri tistega dne, ki je na polici določen kot datum začetka zavarovanja, in preneha ob 24:00 uri tistega dne, ki je na polici določen kot datum prenehanja zavarovanja.
- 6.2 Zavarovanje se sklene za obdobje najmanj enega leta.
- 6.3 Pogodba se ob izteku dogovorjene dobe vsakokrat podaljša za enako časovno obdobje, za katerega je bila sklenjena, razen če zavarovalec takšnega dogovora ne prekliče s pisnim obvestilom, ki nam mora biti dano najmanj 30 dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. V primeru preklica v navedenem roku pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 6.4 Ob podaljšanju zavarovanja se premija določi za naslednje zavarovalno leto skladno s točko 14 teh pogojev.
- 6.5 Od podaljšanja zavarovanja lahko odstopimo tudi mi, če prenehamo z izvajanjem takšnega zavarovanja, če je zavarovalec oziroma zavarovanec ravnal v nasprotju z pogodbo ali če so nastale okoliščine, zaradi katerih pogodbe ne moremo imeti več v veljavi. V tem primeru vas bomo obvestili vsaj 3 mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 6.6 Zavarovanje se podaljšuje in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni starost 75 let. Po izteku tega zavarovalnega leta zavarovanje preneha in se ne podaljša.
- 6.7 Pogodba predčasno preneha s smrtjo zavarovanca, z njeno odpovedjo ali razdrtem.

7. Kdaj se začne in preneha zavarovalno kritje?

- 7.1 Zavarovalno kritje začne z datumom začetka zavarovanja, po poteku čakalne dobe ob sklenitvi zavarovanja, oziroma po poteku čakalne dobe za obstoječa stanja, če je za zavarovanje v celoti plačana zapadla premija, v skladu z določili pogodbe.
- 7.2 Če zapadla premija med trajanjem zavarovanja ni v celoti plačana, zavarovalno kritje miruje od dneva, ki sledi dnevu zapadlosti premije. V času mirovanja ne morete uveljavljati vaših pravic iz zavarovalne pogodbe. Vaše pravice lahko ponovno uveljavljate šele naslednji dan po dnevu plačila celotne zapadle premije.
- 7.3 Če je zavarovanec v zavarovalnem letu že izkoristil celotno zavarovalno vsoto, se zavarovalno kritje ponovno vzpostavi šele z začetkom naslednjega zavarovalnega leta.
- 7.4 Zavarovalno kritje preneha s prenehanjem zavarovanja in miruje, v času, ko zapadla premija ni plačana.

8. Kaj krije zavarovanje?

Zavarovanje vam nudi **Asistenčne storitve Centra Zdravje AS** (asistenčne storitve), **Zdravstvene storitve** (kritje stroškov zdravstvenih storitev) in **Zdravila** (kritje stroškov zdravil). Zaradi boljše preglednosti vam vsa kritja na kratko predstavljamo v spodnji tabeli, podrobneje pa so ta opisana v razdelku **Vsebina in obseg - podrobneje**.

Asistenčne storitve Centra Zdravje AS	
Informiranje	- o zavarovanju - o izvajalcih zdravstvenih storitev - o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja - o uveljavljanju pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe v Sloveniji
Odločanje o upravičenosti do pravic iz zavarovanja in organiziranje	- izvedbe zdravstvenih storitev iz zavarovanja - izdelave načrta zdravljenja v primeru poškodb zaradi nezgode - izvedbe strokovnega posveta v zvezi z zdravstvenim stanjem - izdelave drugega mnenja

Zdravstvene storitve	
Specialistična obravnava	- specialistični pregledi - enostavne diagnostične preiskave - enostavni ambulantni posegi
Zahtevna diagnostična preiskava	- preiskava, ki je nadaljevanje specialistične obravnave in je v nekaterih primerih potrebna za postavitev diagnoze
Operativni poseg	- diagnostični ali terapevtski poseg, potreben za diagnosticiranje ali zdravljenje postavljene diagnoze iz specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave
Fizioterapija	- kot nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega
Psihološka pomoč	- storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije
Načrt zdravljenja	- v primeru poškodbe zaradi nezgode, pri kateri je bila potrebna hospitalizacija
Strokovni posvet	- posvet v zvezi z obstoječim zdravstvenim stanjem ali kroničnimi boleznimi zavarovanca - posvet v prvem mesecu po rojstvu otroka
Drugo mnenje	- mnenje zdravnika iz tujine v zvezi s postavljeno diagnozo ali/in priporočenim zdravljenjem
Zdravila	
Zdravila na beli recept	- predpisana ob izvedbi specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega

Vsebina in obseg zavarovanja - podrobneje

8.1 **Informiranje** je asistenčna storitev Centra Zdravje AS, ki zavarovancu nudi informacije o zavarovanju, o izvajalcih zdravstvenih storitev ter o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja pri uveljavljanju pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe v Sloveniji.

8.2 **Odločanje o upravičenosti do pravic iz zavarovanja in organiziranje** je odločanje Centra Zdravje AS o upravičenosti do storitev iz zavarovanja, organiziranje termina obravnave pri izbranih izvajalcih za zavarovanca, organiziranje izdelave načrta zdravljenja, izvedbe strokovnega posveta in izdelave drugega mnenja.

8.3 **Specialistična obravnava** so specialistično ambulantne storitve, ki so potrebne za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni in vključujejo specialistični pregled, pripadajoče osnovne slikovne, funkcionalne in laboratorijske preiskave in meritve (npr. UZ, RTG, EKG, EMG, laboratorijske preiskave, patohistološke preiskave) ter pripadajoče enostavne ambulantne posege (npr. aplikacija blokade, punkcija, odstranitev izrastka), ki se lahko izvedejo v okviru specialističnega pregleda.

8.4 **Zahtevna diagnostična preiskava** je nadaljevanje specialistične obravnave in je navadno potrebna za postavitev diagnoze pri novonastali bolezni. To je računalniška tomografija (CT, CTA), magnetna resonanca (MR, MRA), pozitronska emisijska tomografija (PET), scintigrafija, irigografija, UZ vodena biopsija notranjih organov, endoskopski UZ, artrografija, gastroskopija in kolonoskopija.

8.5 **Operativni poseg** vključuje diagnostične in/ali terapevtske posege, ki so nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave in so potrebni za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni. To so:

- poseg na očesu (ptorigij, pinguekula, xantalazma, entropij),
- poseg na solznih žlezah in solzevodih,
- posegi na nosu (endoskopska operacija nosu in obnosnih votlin, klasična ali endoskopska mukotomija, endoskopska ablacija polipov),
- poseg na roki (artroskopija zapestja zaradi poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles, operacija karpalnega kanala, sprožilnega prsta),
- poseg na komolcu (artroskopija komolca kot posledica poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles, operativni posegi, ki vključujejo oskrbo poškodovanih vezi, tetiv ali žilcev),
- poseg na ramenskem sklepu (artroskopska oskrba poškodovane tetive dolge glave bicepsa, rekonstrukcija rotatorne manšete, stabilizacija ramenskega sklepa zaradi izpahov po poškodbi),

- poseg na hrbtenici (dekompresija stenoze spinalnega kanala s stabilizacijo ali brez stabilizacije, operacija hernije diski, vertebroplastika),
- poseg na kolku (artroskopija zaradi poškodbe labruma, utesnitve ali prostih teles dokazanih z MR preiskavo),
- poseg na kolenskem sklepu (artroskopija kolena kot posledica poškodbe meniskusa, hrustanca, odstranitev prostega telesa, rekonstrukcija ali fiksacija vezi kolenskega sklepa),
- poseg na gležnju (artroskopija gležnja kot posledica poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles dokazanih z MR preiskavo, stabilizacija gležnja po zvinu gležnja, šivanje - rekonstrukcija Ahilove tetive),
- poseg na stopalu v primeru poškodbe ali v primeru odstranitve novonastalih mehko tkivnih ali kostnih sprememb,
- operativno zdravljenje krčnih žil,
- koronarografija, perkutana transluminalna angioplastika (PTA),
- UZ razbijanje ledvičnih kamnov,
- ERCP (Endoskopska - Retrogradna - Holangio - Pankreatikografija),
- hidrokela, spermatokele ali varikokela,
- rektoskopski poseg, polipektomija, endoskopska operacija v zadnjem delu širokega črevesa, operacija hemoroidov, incizija analne fisure,
- večja ekscizija izrastkov kože, brazgotin in mehkih delov ter elektrokoagulacija kožnih tvorbo, če je odstranitev predpisana s strani zdravnika specialista.

8.6 **Fizioterapija** vključuje storitve ambulantne fizioterapije, ki so nadaljevanje specialistične obravnave, zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega in so potrebne za zdravljenje novonastale bolezni, če je tako dogovorjeno v pogodbi. Stroški fizioterapije so kriti za stanja po opravljenem operativnem posegu, po zlomu kosti, 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), ter po carskem rezu. Fizioterapija se lahko koristi največ 1 leto po novonastali bolezni ali poškodbi, oziroma se obdobje 1 leta začne upoštevati po tistem, ko je bil zavarovanec na podlagi medicinske indikacije sposoben za izvedbo fizioterapije, razen v primeru poškodovanih žilcev, kjer je ta rok 2 leti. V primeru potrebe po dodatni fizioterapiji zaradi posledic iste poškodbe ali bolezni odločamo o vrsti in številu potrebne dodatne fizioterapije mi, na podlagi medicinske dokumentacije in strokovnega mnenja našega pooblaščenega zdravnika ali fizioterapevta.

8.7 **Psihološka pomoč** vključuje storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije v primeru diagnosticiranega resnega zdravstvenega stanja in okoliščin iz tabele opredelitve izrazov, popolne izgube delovne zmožnosti opravljanja lastnega ali kateregakoli drugega poklica, poporodne depresije, ki jo ugotovi izbrani osebni zdravnik, ter v primeru smrti otroka, zakonca, zunajzakonskega partnerja, partnerja istospolne partnerske skupnosti zavarovanca, če je tako dogovorjeno v pogodbi. Zavarovalnica krije zavarovancu stroške psihološke pomoči do 10 individualnih obravnav (seans) za posamezen zavarovalni primer iz tega odstavka. Po seriji 4 individualnih obravnav je treba za nadaljevanje zdravljenja pridobiti odobritev našega pooblaščenega zdravnika na podlagi poročila izvajalca psihološke pomoči.

8.8 **Načrt zdravljenja** vključuje svetovanje našega pooblaščenega zdravnika o nadaljnjem zdravljenju poškodbe zaradi nezgode, za katero je bila potrebna hospitalizacija za dosego optimalnega poteka zdravljenja in rehabilitacije. Načrt zdravljenja se pripravi na podlagi osebnega pregleda zavarovanca, pregleda medicinske dokumentacije poškodbe ter osnovne slikovne diagnostike po oceni našega pooblaščenega zdravnika.

8.9 **Strokovni posvet** vključuje enkrat letno posvet po telefonu z našim pooblaščenim zdravnikom v zvezi z obstoječim zdravstvenim stanjem znotraj čakalne dobe za obstoječa stanja in kronično bolezen, če je to kritje dogovorjeno v pogodbi. Strokovni posvet vključuje tudi enkratno svetovanje zavarovancu o negi otoka v prvem mesecu starosti otroka oziroma za novonastalo bolezen.

8.10 **Drugo mnenje** vključuje storitev zdravnika koordinatorja iz Slovenije in izdelavo strokovnih mnenj zdravstvenih timov iz tujine, s katerimi se preveri ustreznost že postavljene diagnoze ali priporočenega zdravljenja. Do storitev drugega mnenja so, poleg zavarovanca, upravičeni tudi njegovi ožji družinski člani, če je to dogovorjeno v pogodbi.

- 8.11 **Zdravila na beli recept** vključuje stroške zdravil, ki jih predpiše zdravnik specialist na beli recept ob izvedbi specialistične obravnave, zahtevne diagnostične preiskave oziroma operativnega posega iz tega zavarovanja. Zdravila morajo biti predpisana skladno z diagnozo, medicinsko doktrino in zdravstvenimi smernicami ter zapisana v medicinski dokumentaciji. V zavarovalnem letu se za novonastalo bolezen krijejo stroški le 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.
- 8.12 Zavarovanje krije otroku stroške zdravstvenih storitev in zdravil v obsegu, ki je določen v pogodbi.
- 8.13 Zavarovanje ima zavarovalno vsoto, ki je določena v pogodbi. Za posamezno zavarovalno kritje iz tega člena je lahko določena zavarovalna vsota, ki je navedena v pogodbi.
- 8.14 Zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev in zdravil, ki nastanejo v zavarovalnem letu največ do višine letne zavarovalne vsote. Neizkoriščena zavarovalna vsota iz predhodnega zavarovalnega leta se ne prenaša.
- 8.15 Če zavarovanec v zavarovalnem letu prekorači zavarovalno vsoto, nam mora prekoračeni znesek zavarovalne vsote povrniti najkasneje v roku 8 dni od dneva prejema našega poziva.

NAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE

9. Katere so naše obveznosti?

- 9.1 Obvezujemo se, da bomo ob nastanku posameznega zavarovalnega primera izpolnili s pogodbo določene obveznosti.
- 9.2 Plačali bomo stroške opravljenih storitev iz posameznega kritja tistim izvajalcem, ki imajo z nami sklenjeno pogodbo o poslovnem sodelovanju. Če z izvajalcem nimamo sklenjene pogodbe, izplačamo oziroma povrnemo stroške opravljenih storitev iz posameznega kritja neposredno vam, kot zavarovancu.

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

- 10.1 Zavarovanec ali druga pooblaščen oseba zavarovanca lahko uveljavlja pravice iz zavarovanja izključno preko Centra Zdravje AS na naslednje načine - telefonski klic, (elektronska) pošta, preko našega e-portala ali preko druge spletne prijave. Le potreba zavarovanca, ki je s tem zavarovanjem zajeta v zavarovalno kritje in ki se uveljavlja preko Centra Zdravje AS, predstavlja nastanek zavarovalnega primera. V primeru, če se zahtevek iz zavarovanja ne uveljavlja preko Centra Zdravje AS, se z vidika sklenjene pogodbe šteje, da zavarovalni primer ni nastal, zato bomo takšne zahtevke odklonili. Zavarovanec uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev iz zavarovanja (ob upoštevanju prejšnjega odstavka) na podlagi zahtevka, ki mu predloži dokazila o potrebi po zdravstveni storitvi (napotnica osebnega zdravnika, izvid zdravnika specialista oz. našega pooblaščenega zdravnika ali druga dokumentacija), ki so pomembna za ugotovitev naše obveznosti iz pogodbe.
- 10.2 Od zavarovanca ali druge pravne ali fizične osebe lahko zahtevamo dodatna dokazila, da bi ugotovili pomembne okoliščine v zvezi z reševanjem zahtevka.
- 10.3 Na podlagi popolnega zahtevka odločamo o tem, do katerih kritij je zavarovanec upravičen, in ga o tem obvestimo z izdajo predhodne odobritve, ki predstavlja našo potrditev, da je po sklenjenem zavarovanju nastal zavarovalni primer in s tem naša obveznost, ki vam jo bomo izpolnili skladno s sklenjeno pogodbo. Zavarovanca obvestimo tudi v primeru zavrnitve zahtevka.
- 10.4 V primeru predhodne odobritve bomo skupaj z zavarovancem izbrali izvajalca in dogovorili termin odobrenih storitev.
- 10.5 Termin se dogovori praviloma v roku 10 dni od izdaje predhodne odobritve. Navedeni rok je v posameznih primerih lahko daljši, če obstajajo za to utemeljeni razlogi s strani izvajalca, pri čemer zavarovanca o tem obvestimo. Če se zavarovanec s predlaganim terminom ne strinja, skupaj z nami dogovori nov termin.
- 10.6 Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila za izvedbo obravnave, ki smo mu jih predhodno posredovali mi ali izvajalec.

- 10.7 Zavarovanec lahko dogovorjeni termin obravnave pri pogodbenem izvajalcu odpove ali predlaga njegovo spremembo le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati, preprečiti ali se jim izogniti, o čemer nas mora nemudoma obvestiti in nam predložiti dokazila. Spremembe so možne le v obdobju najmanj 3 dni pred dogovorjenim terminom.
- 10.8 Če zavarovanec ne odpove ali spremeni termina na način in v rokih iz prejšnjega odstavka, se šteje, da je zavarovanec svoje pravice izkoristil in da smo mi iz naslova tega zavarovalnega primera svojo obveznost v celoti izpolnili, zato nadaljnje uveljavljanje zahtevkov iz tega naslova ni več možno. V primeru odpovedi dogovorjenega termina pri pogodbenem izvajalcu z naše strani, bomo omogočili zavarovancu nadomestni termin.
- 10.9 Pogodbenemu izvajalcu bomo izplačali strošek opravljenih zdravstvenih storitev, zmanjšan za soudeležbo zavarovanca, če je tako dogovorjeno v pogodbi.
- 10.10 Zavarovanec lahko v primeru predhodne odobritve izjemoma, ob obveznem predhodnem soglasju z nami, uveljavlja storitve iz zavarovanja tudi pri nepogodbenem izvajalcu, pri čemer termin storitve iz zavarovanja organizira sam.
- 10.11 Stroške opravljenih zdravstvenih storitev pri nepogodbenih izvajalcih, ki nastanejo na podlagi predhodne odobritve, plača zavarovanec sam neposredno pri izbranem izvajalcu.
- 10.12 Zavarovancu bomo povrnili strošek, zmanjšan za soudeležbo zavarovanca, če je ta dogovorjena v pogodbi, na podlagi zahtevka zavarovanca na našem obrazcu za povračilo stroškov:
- plačanih zdravstvenih storitev v višini računa izvajalca, vendar največ v obsegu in v višini cene storitve, ki bi jo plačalali mi pri našem pogodbenem izvajalcu,
 - opravljenih fizioterapij, vendar za posamezen primer največ v obsegu 4 fizioterapevtskih obravnav oziroma do zneska, navedenega v pogodbi,
 - zdravil, izdanih v lekarni.
- 10.13 Zahtevku za povračilo stroškov je treba predložiti račun s specifikacijo opravljenih storitev in izvid, ter na našo zahtevo tudi drugo dokumentacijo.
- 10.14 Zavarovancu povrnemo strošek opravljenih zdravstvenih storitev najkasneje v roku 14 dni od dneva, ko nam je bila predložena popolna dokumentacija.
- 10.15 Če ob predložitvi zahtevka zavarovanca zapadla premija s pripadajočimi obrestmi in stroški ni bila poravnana, povrnemo strošek opravljenih zdravstvenih storitev in zdravil po poravnavi vseh zapadlih obveznosti do nas.
- 10.16 Zavarovanec v procesu uveljavljanja pravic iz zavarovanja mora na svoje stroške pridobiti in nam predložiti vse podatke in dokumentacijo, povezano z uveljavljanjem zahtevkov iz zavarovanja.

11. Katere so omejitve naših obveznosti?

- 11.1 Ob prvi sklenitvi zavarovanja velja čakalna doba 3 mesecev za novonastalo bolezen ali stanje, razen za poškodbe, ki so posledica nezgode, do katere je prišlo po začetku zavarovanja.
- 11.2 Za vsa ob sklenitvi že obstoječa zdravstvena stanja velja 24 mesečna čakalna doba. Zavarovanec mora torej imeti zavarovalno kritje najmanj 24 mesecev, preden začne veljati zavarovalno kritje za ta stanja.
- 11.3 Obveznosti iz pogodbe za obstoječa zdravstvena stanja bomo prevzeli šele po poteku obdobja iz prejšnjega odstavka, če se v tem obdobju zavarovanec ni zdravil za ta zdravstvena stanja.
- 11.4 Če se je v obdobju čakalne dobe iz drugega odstavka tega člena zavarovanec zdravil, se bo čakalna doba za obstoječa zdravstvena stanja štela od zaključka zdravljenja.
- 11.5 Ko se bolezen med trajanjem zavarovanja medicinsko opredeli kot kronična bolezen, krijemo zdravstvene storitve v obdobju 6 mesecev po datumu postavitve diagnoze kronične bolezni. Po tem obdobju ne krijemo več stroškov zdravstvenih storitev v zvezi s to boleznijo, stanjem oziroma poškodbo, je pa zavarovanec v zvezi z njo upravičen do strokovnega posveta, skladno s temi pogoji.
- 11.6 Zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja bolezni in poškodb, ki nastanejo kot rezultat izvajanja katerekoli športne aktivnosti, za katero zavarovanec prejme posredno ali neposredno plačilo, razen če je s pogodbo dogovorjeno drugače.
- 11.7 Pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja je določena soudeležba zavarovanca, če je to dogovorjeno v pogodbi.

12. Kaj ni krito?

12.1 V nobenem primeru ne krijemo stroškov zdravstvenih storitev in zdravil, za katera se uveljavljanje pravic ni pričelo preko Centra Zdravje AS in za kar nismo podali predhodne odobritve.

12.2 Zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja:

- kroničnih bolezni, ki so nastale in/ali so bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti zavarovanja,
- v dejavnostih intenzivne in urgentne medicine ter preventive, ginekologije na primarni ravni in revmatologije,
- v dejavnosti psihiatrije in klinične psihologije, razen za primere, določene s temi pogoji,
- fobij, demence, motenj, povezanih z ADHD, motenj hranjenja in Tourettevega sindroma ter drugih duševnih bolezni, duševnih motenj in splošnih psihičnih težav,
- debelosti ter operacij in zdravljenj, do katerih pride zaradi zdravljenja debelosti,
- spolno prenosljivih bolezni, okužb s HIV in bolezni, ki jih povzročata HIV, presaditev organov, darovanja organov in zdravljenj s kronično dializo,
- v zvezi z nosečnostjo, rojstvom, spontanim splavom, splavom, plodnostjo in neplodnostjo, ter s tem povezanimi bolečinami in boleznimi. Ne krijemo stroškov nobenih oblik kontracepcije, vključno s stroški sterilizacije in drugimi metodami preprečevanja zanositve,
- s krvnimi pripravki in matičnimi celicami (npr. zdravljenje s trombocitno plazmo),
- refrakcijskih okvar očesa,
- težav s sluhom, ki so povezane s stopnjo gluhosti,
- zob, vključno z zobozdravstvenimi storitvami in zobno kirurgijo vseh vrst ter čeljustne kirurgije,

12.3 Zavarovanje ne krije stroškov:

- povezanih s pregledi ali zdravljenji pri splošnem ali družinskem zdravniku, zdravstvenih storitev, opravljenih iz estetskih razlogov,
- storitev alternativnega, komplementarnega ali eksperimentalnega zdravljenja, če ni s pogodbo določeno drugače,
- protonskih terapij, s sončenjem povezane poškodbe kože (aktinična keratoza) ter zdravljenja smrčanja,
- storitev, povezanih s kurjimi očesi, žulji, odeljenimi oziroma vraščenimi nohti ali bradavicami,
- genetskih preiskav,
- dialize,
- storitev, povezanih s spremembo spola,
- svetovanja parom,
- medicinskih pripomočkov ali implantatov, razen če so potrebni pri izvedbi posega po teh pogojih in jih predhodno odobri naš pooblaščen zdravnik,
- spremljevalca zavarovanca, potnih stroškov, stroškov nastanitve in prehrane ter stroškov komunikacijskih storitev, ki nastanejo ob uveljavljanju pravic iz zavarovanja,
- reševalnih prevozov,
- zdravstvenih storitev za ugotavljanje delazmožnosti v postopkih za invalidsko komisijo.

12.4 Ne krijemo stroškov fizioterapije:

- zaradi bolečin po poškodbah in drugih vzrokih, pri katerih ni medicinsko dokazanih svežih poškodb mišic, vezi in/ali tetiv,
- zaradi pretreniranosti in čezmernih naporov oziroma zaradi intenzivnosti udejstvovanja pri športu in drugih aktivnostih;
- če iz medicinskih razlogov fizioterapija ni priporočljiva ali je odsvetovana (npr. v primeru kroničnih tendinopatij, miopatij, utrujenosti, pretreniranosti...).

12.5 Ne krijemo stroškov zdravil:

- ki se lahko izdajo brez recepta oziroma bioloških zdravil,
- predpisanih na recept v preventivne namene,
- za zdravljenje erektilne disfunkcije,
- za odpravljanje prekomerne teže,

- za odpravljanje androgene alopecije ter kontraceptivov,
- za odpravljanje kajenja,
- predpisanih zaradi dietetičnih, dezinfekcijskih, negovalnih in kozmetičnih učinkov.

12.6 Izključene so tudi naše obveznosti, kadar do bolezni, stanja oziroma poškodbe pride zaradi ali v povezavi:

- z vojno ali vojni podobnimi dogodki, sabotažo, terorističnim dejanjem, izgredom, vstajo, revolucijo ipd, ne glede na to, ali je zavarovanec v njih sodeloval,
- z epidemijo, pandemijo, onesnaženjem okolja, radioaktivnim sevanjem, neposrednim ali posrednim delovanjem jedrske energije ter naravnimi nesrečami,
- s pripravo, poskusom ali izvršitvijo kaznivega dejanja, kakor tudi zaradi pobega po takšnem dejanju,
- s fizičnim obračunavanjem, razen v primeru dokazane samoobrambe, kar zavarovanec dokazuje sam,
- s samopoškodbo ali poskusom samomora;
- z upravljanjem vozil, zračnih plovil, plovnihih objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.

12.7 Izključene so tudi naše obveznosti v primeru dajanja neresničnih podatkov, zamolčanja, prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca in zavarovanca.

12.8 Prav tako ne krijemo stroškov medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, vključno s prevodi ter kopijami te dokumentacije, ki jih je zavarovanec dolžan predložiti kot dokazila o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, ter stroškov pravnega oziroma drugega zastopanja zavarovanca v postopku reševanja zavarovalnega primera.

12.9 Če se bo ugotovilo, da smo zaradi izključitve naše obveznosti storitev oziroma zavarovalnino plačali neutemeljeno, imamo pravico od zavarovanca zahtevati povračilo teh stroškov, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi od dneva plačila dalje.

13. Katere so naše druge pravice?

13.1 V zakonsko določenem roku lahko razdremo pogodbo in zahtevamo povračilo plačanih stroškov opravljenih storitev, če je zavarovalec oziroma zavarovanec neresnično ali nepopolno prijavil oziroma zamolčal bistvene podatke, pomembne za izvajanje pogodbe, predvsem tiste v zvezi z zdravstvenim stanjem zavarovanca ali tiste, zaradi katerih ne bi sklenili pogodbe, če bi zanje vedeli.

13.2 Ob razdrtu pogodbe imamo pravico zahtevati vračilo stroškov sklenitve pogodbe, popustov in drugih ugodnosti, ki izhajajo iz trajanja pogodbe, ter plačilo nadomestila drugih stroškov po naših cenikih.

VAŠE PRAVICE IN OBVEZNOSTI

14. Kako določimo višino premije?

14.1 Premija za zavarovanje se določi skladno z našim veljavnim premijskim cenikom za vsako zavarovalno leto posebej in ob upoštevanju starostih razredov. Če se z določeno premijo za naslednje zavarovalno leto ne boste strinjali, lahko zavarovanje odpoveste v roku 30 dni od prejema našega obvestila.

14.2 Ob sklenitvi zavarovanja se premija za prvo zavarovalno leto določi na podlagi odgovorov iz vprašalnika o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu. Na podlagi teh lahko določimo višjo premijo oziroma določimo izključitve naših posameznih obveznosti, povezanih z zdravstvenim stanjem zavarovanca.

15. Kako nam morate plačevati premijo?

15.1 Premija je letna. Plačuje se vnaprej z dinamiko plačevanja, ki je določena v pogodbi. Premija je razvidna iz našega veljavnega premijskega cenika.

15.2 V primeru zaostankov pri plačilu premije se obveznosti poravnajo po vrstnem redu zapadlosti.

15.3 Če premija ni plačana do dneva zapadlosti, lahko zavarovalca pozovemo, da nam jo plača. Če premija ni plačana v roku, ki ga postavimo v pozivu in ni krajši od 30 dni, bomo razdrli pogodbo z iztekom tega roka, če do izteka premija še vedno ne bo plačana. V primeru razdrta pogodbe zaradi neplačila, nam pripada premija do dneva razdrta pogodbe oziroma za celotno tekoče zavarovalno leto, v primeru, če je do razdrta pogodbe nastal zavarovalni primer.

15.4 V primeru zamude pri plačilu premije lahko zavarovalnica od zavarovalca zahtevamo povračilo stroškov, ki so nam bili zaradi zamude povzročeni skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi.

15.5 Zavarovalec z neplačilom premije ne more enostransko razdreti zavarovanja.

15.6 Poleg dogovorjene premije ste dolžni plačevati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani v času trajanja pogodbe. Če se med trajanjem pogodbe spremenijo ali uvedejo nove dajatve (nova taksa, sprememba davčne stopnje ipd.), te spremembe vplivajo na višino dogovorjene premije.

15.7 Premija mora biti plačana do konca zavarovalnega leta, v katerem je nastal zavarovalni primer.

16. Ali se se lahko pogodba spremeni?

16.1 Če je zavarovanje sklenjeno za obdobje več let, lahko v času veljavnosti pogodbe pride zaradi sprememb okoliščin, pod katerimi je bilo sklenjeno in se izvaja zavarovanje (sprememba stroškov zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, zakonodaje ter drugi dejavniki izven volje pogodbenih strank, ki vplivajo na izpolnjevanje obveznosti zavarovalnice), do sprememb pogojev, višine premije oziroma spremembe našega premijskega cenika.

16.2 O spremembi bomo pisno obvestili zavarovalca vsaj 30 dni pred uveljavitvijo spremembe. Spremembe veljajo z nastopom naslednjega zavarovalnega leta.

16.3 Zavarovalec ima pravico, da v roku 30 dni po prejemu obvestila odpove pogodbo. Pogodba preneha veljati z iztekom tekočega zavarovalnega leta. V primeru, če zavarovalec od pogodbe v tem roku ne odstopi, se šteje, da se s spremembami strinja, zato pogodba od izteka tega roka dalje velja z upoštevanimi spremembami.

17. Kaj in kako nam morate sporočiti, ko ste zavarovani pri nas?

17.1 Zavarovalec oziroma zavarovanec nas je dolžan sproti pisno obveščati o vseh spremembah, ki so pomembne za izvajanje pogodbe, in priložiti ustreza dokazila. Med take spremembe se šteje tudi sprememba osebnih podatkov iz pogodbe.

17.2 Vse prijave, izjave in zahtevke v zvezi z izvajanjem pogodbenega razmerja, ki si jih predložimo eden drugemu, morajo biti v pisni obliki in veljajo od trenutka, ko jih naslovnik prejme. Za pisno obliko šteje tudi elektronska oblika.

17.3 V primeru medsebojne komunikacije prek priporočene pošte 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.

17.4 Da bi bila komunikacija z vami čim hitrejša in točna, vas prosimo, da nam v času trajanja pogodbe sporočate spremembe svoje kontaktnih podatkov (naslov, elektronski naslov, GSM številka).

17.5 Na nas se lahko obrnete preko našega spletnega portala Moj AS, telefonske številke 080 11 10, lahko pa nam tudi pišete po elektronski pošti na info@as.si ali po pošti na naslov: Adriatic Slovenica d.d., Ljubljanska cesta 3a, 6503 Koper.

Če ste zaradi nezgode nastanjeni in se zdravite v bolnišnici, nam morate takoj po končanem zdravljenju predložiti originalno odpustnico iz bolnišnice, ki mora vsebovati vaše ime, priimek in naslov, rojstni datum, datum sprejema in odpusta iz bolnišnice, diagnozo in potek zdravljenja.

Kaj nam morate sporočiti?	Kaj nam lahko sporočite?
Spremembo stalnega naslova	Spremembo nam lahko sporočite preko spletnega portala Moj AS ali nas pokličite na 080 11 10 oziroma nam pišete po elektronski pošti na info@as.si ali po pošti na naslov: Adriatic Slovenica d. d., Ljubljanska cesta 3a, 6503 Koper
Spremembo drugih kontaktnih podatkov (npr. naslov elektronske pošte, začasni naslov, GSM številko)	
Potrebo po zdravstveni storitvi ali asistenčni storitvi	Potrebo obvezno sporočite v Center Zdravje AS s klicem na 080 81 10 oziroma pišete na elektronski naslov: zdravje@as.si ali preko spletnega portala Moj AS

17.6 Če nam spremembe naslova ali drugih kontaktnih podatkov ne boste sporočili, bomo naša obvestila še naprej pošiljali na naslov, ki ste nam ga sporočili nazadnje, pri čemer se bo upoštevalo, da je bilo obvestilo naslovljeno na pravi naslov in da vam je bilo pravilno vročeno. Zato bodo nastale tudi pravne posledice.

OSTALO

18. Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev na vašo zahtevo?

18.1 Za vse storitve, ki jih posebej zahtevate od nas (npr. izdelava dvojnika police, odpoved zavarovanja ipd.), morate plačati nadomestilo stroškov po našem ceniku, ki je javno objavljen na naši spletni strani www.as.si.

18.2 Ne krijemo stroškov medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, ki jo morate vi ali upravičenec predložiti ob nastanku zavarovalnega primera kot dokazilo o njegovem nastanku in obstoju.

19. Imate vprašanja, dvome, pritožbe?

Če imate dodatna vprašanja glede zavarovanja ali naših drugih zavarovanj oziroma ste v kakršnih koli drugih dvomih, bomo storili vse, kar je v naši moči, da zadeve skupaj razjasnimo. Izberite možnost, ki vam najbolj ustreza:

- VPRAŠAJTE SVOJEGA ZAVAROVALNEGA ZASTOPNIKA;
- POKLIČITE NAS na našo brezplačno telefonsko številko 080 11 10;
- PIŠITE NAM na spletnem portalu Moj AS ali na info@as.si ali z navadno pošto na naslov Adriatic Slovenica d. d. Koper, Ljubljanska cesta 3a, 6503 Koper.

20. Kaj v primeru nesoglasja?

20.1 Če z našo storitvijo niste zadovoljni, nas o tem takoj obvestite preko ene od predhodno naštetih možnosti, vendar najkasneje v roku 15 dni po prejemu pisne odločitve z naše strani.

20.2 Za reševanje pritožb imamo vzpostavljeno shemo izvensodnega reševanja sporov in prizadevali si bomo, da bomo morebitna nesoglasja rešili po mirni poti.

20.3 Prejem pritožbe vam bomo pisno potrdili najkasneje v roku 8 dni od prejema. Naša pritožbena komisija bo najkasneje v roku 30 dni vašo pritožbo obravnavala skladno z našim internim pravilnikom in vam nanjo pisno odgovorila. Odločitev pritožbene komisije je dokončna in nadaljnji postopki pri nas niso možni.

20.4 Če ne boste zadovoljni z našim odgovorom oziroma odločitvijo naše pritožbene komisije, imate kot potrošnik pravico dati tudi pobudo za začetek postopka mediacije pred našim izbranim izvajalcem izvensodnega reševanja potrošniških sporov – Mediacijskim centrom Slovenskega zavarovalnega združenja, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon: 01/300 93 81, elektronski naslov: irps@zav-zdruzenje.si, spletni naslov: www.zav-zdruzenje.si. Več informacij o pritožbenih postopkih je dostopnih na <https://www.adriatic-slovenica.si/pritozbeni-postopki> ali preko telefona 080 11 10.

21. Kako je z obdelavo vaših osebnih podatkov?

21.1 S sklenitvijo te pogodbe nas pooblašate, da kadarkoli in od kateregakoli zdravnika, zdravstvene oziroma druge ustanove pridobimo vse podatke o vašem zdravstvenem stanju ali poteku zdravljenja oziroma podatke, ki bi vplivali na oceno nevarnosti ali ki so pomembni za ugotavljanje naših obveznosti iz zavarovanja.

21.2 Dovoljujete nam, da v naših zbirkah shranjujemo, obdelujemo in uporabljamo vaše osebne podatke, ki so potrebni za izvajanje zavarovanja in za vašo obveščenoost o novostih in ponudbah s področja zavarovalnih in finančnih storitev, vse do vašega preklica.

21.3 Obenem soglašate, da posredujemo nekatere zbrane osebne podatke (osebno ime, naslov stalnega in/ali začasnega prebivališča, telefonsko številko, naslov elektronske pošte in številko telefaksa) tudi drugim družbam, ki so z nami v kapitalskih povezavah, ter drugim z nami povezanim odvisnim ali obvladujočim družbam. Le-te lahko podatke uporabijo do preklica izključno za vašo obveščenoost o novostih in ponudbah s področja finančnih storitev.

21.4 Če vas takšna obveščenoost moti, lahko kadarkoli zahtevate, da prenehamo uporabljati vaše podatke za namene neposrednega trženja. V tem primeru bomo najkasneje v roku 15 dni preprečili uporabo vaših osebnih podatkov za te namene. Hkrati se obvezujemo, da bomo vse vaše osebne podatke varovali skladno z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov.

22. Končne določbe

22.1 Za razmerja iz pogodbe se uporablja slovensko pravo. V primeru morebitnih sporov iz te pogodbe si bomo prizadevali najti sporazumno rešitev z vami.

22.2 Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.

22.3 Poročilo o solventnosti in našem finančnem položaju je dostopno na <https://www.as-skupina.si/financno-sredisce/letna-porcila>.