

Splošni pogoji prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja

1. člen: Uvodne določbe

Splošni pogoji prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju pogoji) urejajo razmerja med zavarovalnico ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d. (v nadaljevanju zavarovalnica), zavarovalcem in zavarovancem pri nadomestnem, dodatnem ali vzporednem prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju oziroma pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju, ki vsebuje kombinacijo naštetih tipov zavarovanj, skladno z določbami Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

2. člen: Pomen izrazov

- (1) **Ponudnik** je oseba, ki želi z zavarovalnico skleniti zavarovalno pogodbo in v ta namen predloži ponudbo.
- (2) **Zavarovalec** je fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo in plačuje premijo.
- (3) **Zavarovanec** je fizična oseba, ki uveljavlja pravice iz zavarovalne pogodbe.
- (4) **Premija** je znesek, ki ga zavarovalec plača zavarovalnici po zavarovalni pogodbi.
- (5) **Zavarovalno leto** je obdobje enega leta, ki se prične z datumom začetka veljavnosti zavarovalne pogodbe. Naslednje zavarovalno leto se prične z iztekom predhodnega zavarovalnega leta.
- (6) **Zavarovalna vsota** je najvišji znesek, ki ga zavarovalnica krije v obdobju enega zavarovalnega leta.
- (7) **Kritje** je časovno omejena obveznost zavarovalnice, da ob nastopu zavarovalnega primera izpolni obveznosti iz zavarovalne pogodbe.
- (8) **Čakalna doba** ob sprejemu v zavarovanje ali karenca je obdobje, določeno v posebnih pogojih, ki se prične z datumom začetka veljavnosti zavarovalne pogodbe in v katerem zavarovanec še ne more uveljavljati pravic iz zavarovalne pogodbe.
- (9) **Zavarovalni primer** je dogodek, na podlagi katerega zavarovanec uveljavlja pravice iz zavarovanja.
- (10) **Zavarovalnina** je znesek, ki ga zavarovalnica izplača po zavarovalni pogodbi ob nastopu zavarovalnega primera.
- (11) **Izvajalec** je izvajalec zdravstvenih storitev, ki ima dovoljenje za opravljanje zdravstvene ali z zdravstvenimi storitvami povezane dejavnosti.
- (12) **Seznam izvajalcev** je lista, ki vsebuje podatke o tistih izvajalcih, ki imajo z zavarovalnico sklenjeno pogodbo o poslovnem sodelovanju.
- (13) **Upravičenec** je oseba, ki ji zavarovalnica ob smrti zavarovanca izplača zavarovalnino.
- (14) **KZZ** (kartica zdravstvenega zavarovanja) je elektronska kartica, ki izvajalcu omogoča dostop do zavarovančevih podatkov o zavarovanju. S KZZ zavarovanec uveljavlja pravice iz pogodbe pri izvajalcu, zavarovalnica pa jamči izvajalcu (doplačilo stroškov zdravstvenih storitev).

3. člen: Listine

- (1) **Ponudba** je s strani zavarovalca izpolnjen obrazec zavarovalnice, ki vsebuje podatke o zavarovalcu oziroma zavarovancu, potrebne za sklenitev zavarovalne pogodbe in izvajanje zavarovanja.
- (2) **Zavarovalna pogodba** (v nadaljevanju pogodba, zavarovanje) je pisni dogovor o medsebojnih obveznostih in pravicah med zavarovalnico, zavarovalcem in zavarovancem. Sestavni deli pogodbe so ti pogoji, posebni pogoji, ki urejajo posamezno zavarovanje, ponudba, zdravstvena dokumentacija in druge pisne izjave oziroma dogovori pogodbenih strank, določeni s temi in posebnimi pogoji.
- (3) **Polica** je lista o sklenjeni zavarovalni pogodbi, ki vsebuje podatke o zavarovalnici, zavarovalcu, zavarovancu, zavarovanih nevarnostih, začetku in prenehanju zavarovanja, vrstah zavarovanj, zavarovalnih vsotah in premiji, datum izstavitve police in podpise pogodbenih strank.

4. člen: Vsebina in obseg zavarovanja

Predmet zavarovanja so skladno s posebnimi pogoji priznani stroški zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki (v nadaljevanju storitve) ter dogovorjena denarna izplačila v primeru poškodbe, bolezni ali posebnega zdravstvenega stanja, ko:

- storitve in denarna izplačila niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- zavarovanci storitve uveljavljajo po drugačnih postopkih in ob drugih pogojih, kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje in stroški storitev niso predmet dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja;
- so storitve in denarna izplačila namenjena osebam, ki po predpisih Republike Slovenije ne morejo biti obvezno zdravstveno zavarovane.

5. člen: Sklenitev pogodbe

- (1) Pogodbo je mogoče skleniti na podlagi ponudbe.
- (2) Pogodba je sklenjena, ko pogodbeniki podpišejo polico. Kadar zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora pogodba vsebovati tudi podpis zavarovanca.

- (3) Pogodba se šteje za sklenjeno tudi na podlagi podpisane ponudbe zavarovalca zavarovalnici, če se le-ta ne odmika od pogojev, po katerih se sklepa predlagano zavarovanje, in jih zavarovalec sprejema, ponudbe pa zavarovalnica v roku 8 dni od njenega prejema ne odkloni. Zavarovalec mora ponudbi priložiti dokumentacijo v zvezi z ugotavljanjem zdravstvenega stanja in/ali druge podatke, če tako določajo posebni pogoji za posamezno zavarovanje.
- (4) Šteje se, da je ponudnik odstopil od ponudbe, če na dodatne zahteve zavarovalnice ni pristal v 15 dneh od prejema priporočenega obvestila zavarovalnice.
- (5) Zavarovalnica lahko ponudbo zavrne brez navedbe razlogov.
- (6) Prve pogodbe ni mogoče skleniti pred dopolnjenim 18. letom ali po dopolnjenem 65. letu starosti, razen če posebni pogoji za posamezno zavarovanje določajo drugače.
- (7) Za prvo sklenitev pogodbe se ne šteje obnovitev pogodbe v roku 30 dni od poteka veljavnosti predhodne zavarovalne pogodbe.
- (8) Zavarovalnica ima pravico razdreti pogodbo in zahtevati vračilo stroškov skladno s petim odstavkom 15. člena pogojev, če ugotovi, da je zavarovanec ob sklenitvi pogodbe zamolčal ali prikriklj okolščine, ki so bistvene za sklenitev.

6. člen: Trajanje pogodbe in kritja

- (1) Pogodba začne veljati ob uri 00:00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja.
- (2) Hkrati z veljavnostjo pogodbe začne veljati tudi kritje, vendar ne preden:
 - poteče čakalna doba, pri čemer začne kritje veljati ob uri 00:00 naslednjega dne, ko čakalna doba poteče,
 - skladno s pogodbo ni plačana premija ali njen prvi obrok, razen v primerih, ko je plačevanje premije s pogodbo ali dogovorom drugače urejeno.
- (3) Pogodba in kritje prenehata ob uri 24:00 tistega dne, ki je na polici naveden kot dan prenehanja zavarovanja.
- (4) Pogodba traja najmanj eno zavarovalno leto, razen če posebni pogoji za posamezno zavarovanje določajo drugače.

7. člen: Obnovitev pogodbe

- (1) Pogodba se ob izteku dogovorjene dobe vsakokrat obnovi za enako časovno obdobje, za katerega je bila sklenjena, razen če zavarovalec takšnega dogovora ne prekliche s pisnim obvestilom, ki mora biti dano zavarovalnici najmanj 60 dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. Navedeno ne velja za primere, ko je tovrstno podaljševanje pogodbe na polici izrecno izključeno. V primeru preklica v navedenem roku pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega obdobja.
- (2) Če zavarovalec ponovno sklene (obnovi) pogodbo v roku enega meseca po preteku pogodbe, zavarovanje nima čakalne dobe, zavarovancu pa ni potrebno izpolniti izjave o zdravstvenem stanju ali dostaviti drugih listin v zvezi z zdravstvenim stanjem. Kritje se nadaljuje brez prekinitve pod pogojem, da so plačane vse zapadle premije skupaj z zamudnimi obrestmi in stroški izterjave.

8. člen: Prenehanje pogodbe in kritja

- (1) Kritje preneha v primeru, če stranke ne obnovijo pogodbe.
- (2) Pogodba in kritje predčasno prenehata:
 - v primeru smrti zavarovanca, in sicer z dnem smrti;
 - v primeru spremembe statusa zavarovanca kot zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju, če je zavarovanje vezano na status, in sicer s prvim dnem v mesecu po prejemu obvestila, s katerim je zavarovalec oziroma zavarovanec zavarovalnico obvestil o spremembi statusa oziroma z dnem spremembe statusa, če je zavarovalec poslal obvestilo zavarovalnici vnaprej;
 - v primerih iz 10. člena in četrtega odstavka 15. člena teh pogojev;
 - v drugih primerih, če tako določajo posebni pogoji za posamezno zavarovanje oziroma pisni dogovori med pogodbenimi strankami.
- (3) Pogodbo lahko zaradi neplačevanja premije odpove zavarovalnica skladno z 10. členom teh pogojev.
- (4) V primeru sklenitve pogodbe na daljavo lahko zavarovalec odpove pogodbo v roku 14 dni od sklenitve, pri čemer ima zavarovalnica pravico do zneska enomesečne premije, ki predstavlja nadomestilo za sorazmerni del premije za zavarovalno kritje do odpovedi ter stroške obdelave pogodbe. Za pogodbe, sklenjene na daljavo, štejejo pogodbe, do katerih sklenitve je prišlo s komunikacijo preko pisemskih pošilk ali drugih tiskovnih, katalogov, telefonskih pogovorov, faksimilne naprave, elektronske pošte, interneta in podobno.
- (5) Zavarovalnica ima v primerih iz drugega in tretjega odstavka tega člena pravico obračunati premijo za celo tekoče zavarovalno leto za tistega zavarovanca, ki je v tem letu imel zavarovalni primer.
- (6) Zavarovalnica lahko zahteva razveljavitev zavarovanja za zavarovanca ali odkloni izplačilo zavarovalnine, če je zavarovanec namerno neresnično prijavil ali zamolčal kakršnekoli podatke, predvsem tiste v zvezi z zdravstvenim stanjem zavarovanca

ali tiste, zaradi katerih zavarovalnica zavarovanca ne bi vključila v zavarovanje, če bi zanje vedela.

- (7) Če je bilo zavarovanje razveljavljeno iz razlogov, navedenih v prejšnjem odstavku, obdrži zavarovalnica že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za čas do konca zavarovalnega obdobja, v katerem je zahtevala razveljavitev zavarovanja.
- (8) V primeru predčasne prenehanja pogodbe pred potekom desetih let je zavarovalec dolžan poravnati tudi morebitne davščine, ki jih je potrebno zaradi tega plačati.

9. člen: Premija

- (1) Premija je določena v cenikih zavarovalnice in se oblikuje v skladu z zakonsko določenimi pravili, temi pogoji in posebnimi pogoji za posamezno zavarovanje.
- (2) Višina premije za posamezno zavarovanje je lahko odvisna od pristopne starosti zavarovanca, višine zavarovalne vsote ali drugih meril, določenih s posebnimi pogoji zavarovanja. Za pristopno starost se šteje starost zavarovanca, ki jo dopolni v koledarskem letu sklenitve pogodbe.
- (3) Če se skladno s cenikom višina premije v zavarovalnem obdobju prilagaja starosti zavarovanca, se ob prehodu v višji starostni razred premija za naslednje zavarovalno leto prilagodi ob izteku zavarovalnega leta.
- (4) Obdavčenje premije se izvaja po veljavnih predpisih.
- (5) Premija je letna. Plačuje se vnaprej v enkratnem znesku ali v dogovorjenih obrokih in zapade v plačilo do začetka obdobja, za katerega se plačuje, razen če ni dogovorjeno drugače.
- (6) Zavarovalnica lahko na premijo obračuna popuste ali doplačila. Vrsta in višina popustov je določena v premijskem sistemu zavarovalnice ter je zapisana na ponudbi/polici. Popusti veljajo za čas obstoja okoliščin, na katere je vezano obračunavanje popusta. Ob spremembi ali ukinitvi popusta zavarovalnica obvesti zavarovalca o novi višini premije.
- (7) Če je dogovorjeno, da je premijo treba plačati na podlagi terjatvenega dokumenta, zavarovalno kritje velja od dne, ki je navedeno na polici pod pogojem, da zavarovalec plača premijo v roku, ki je naveden na terjatvenem dokumentu. Če premija ni plačana v tem roku, velja kritje (ob upoštevanju drugih določb teh pogojev) od naslednjega dne po plačilu zavarovalne premije.

10. člen: Posledice neplačila premije

- (1) Če katera od zapadlih premij ni plačana v roku, je zavarovalnica dolžna obvestiti zavarovalca o neplačilu premije s priporočenim obvestilom na zadnji naslov, ki ga je zavarovalec sporočil zavarovalnici.
- (2) Če premija do zapadlosti ni bila plačana, lahko zavarovalnica preko sistema KZZ sproži postopek spremembe zapisa o zavarovalnem kritju za ukinitve jamstva plačila izvajalcu. Z dnem plačila premije zavarovalnica sproži ponovno vzpostavitev jamstva.
- (3) V primeru, da premija iz prvega odstavka ni plačana niti v 30 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno obvestilo o zapadlosti premije, zavarovalna pogodba in z njo zavarovalno kritje po polici preneha.
- (4) Pri plačevanju premije se v primeru zaostanka plačila najprej poravnajo stroški opominjanja, nato zamudne obresti in končno zapadli obroki premije.

11. člen: Mirovanje pogodbe

- (1) Obdobje mirovanja pogodbe je obdobje, v katerem na podlagi sporazuma zavarovalnice z zavarovalcem oziroma zavarovancem ni možno uveljavljati pravic iz pogodbe in v katerem ni obveznosti plačila premije.
- (2) Zavarovalnica lahko na pisno zahtevo zavarovalca oziroma zavarovanca odobri mirovanje pogodbe v primerih, ko zavarovanec začasno nima statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju, v primeru začasnega bivanja v tujini oziroma v drugih primerih, če tako določajo posebni pogoji za posamezno zavarovanje.
- (3) Zavarovalnica odobri mirovanje pogodbe samo ob predložitvi pisnega dokazila zavarovalca oziroma zavarovanca zavarovalnici.
- (4) Mirovanje prične ob 00.00 uri prvega dne naslednjega meseca po datumu, ko je zavarovalnica na podlagi dokazil odobrila mirovanje pogodbe, in preneha ob 24.00 uri tistega dne, do katerega je bilo mirovanje odobreno.

12. člen: Uveljavljanje pravic iz pogodbe

- (1) Postopki za uveljavljanje pravic iz pogodbe so urejeni s posebnimi pogoji za posamezno zavarovanje.
- (2) Zavarovanec uveljavlja pravice iz pogodbe pri izvajalcu s KZZ ali stroške pri izvajalcu poravnava sam. Če zavarovanec stroške poravnava sam, zavarovalnica zavarovancu povrne stroške v obsegu, določenem v pogodbi.
- (3) Če tako določajo posebni pogoji za posamezno zavarovanje, mora zavarovanec pred uveljavljanjem pravic iz pogodbe pridobiti pisno soglasje zavarovalnice.
- (4) Povračilo stroškov zdravstvenih storitev se lahko v posameznem zavarovalnem letu uveljavlja največ do višine zavarovalne vsote.
- (5) Po porabljeni zavarovalni vsoti zavarovanec do izteka tekočega zavarovalnega leta nima več kritja. Zavarovanec je dolžan spremljati porabo zavarovalne vsote. Če zavarovanec v zavarovalnem letu prekorači zavarovalno vsoto, mora znesek prekoračene zavarovalne vsote zavarovalnici povrniti najkasneje v 8 dneh od dneva prejema poziva zavarovalnice za vračilo.
- (6) Neizkoriščene zavarovalne vsote iz tekočega zavarovalnega leta ni možno prenesti v naslednje zavarovalno leto.

13. člen: Obveznosti zavarovalnice

- (1) Zavarovalnica ob zavrnitvi ponudbe povrne morebiti že vplačano premijo.
- (2) Zavarovalnica po sklenitvi pogodbe povrne morebitne stroške dokumentacije, ki jo je zahtevala ob sklenitvi, v obsegu, določenem s ceniki zavarovalnice.
- (3) Zavarovalnica se obvezuje, da bo ob nastanku posameznega zavarovalnega primera izpolnila s pogodbo določene obveznosti.
- (4) Zavarovalnica izplačuje stroške opravljenih storitev iz posameznega zavarovanja tistim izvajalcem, ki imajo z zavarovalnico sklenjeno pogodbo o poslovnem sodelovanju. Če zavarovalnica z izvajalcem nima sklenjene pogodbe, izplačuje stroške opravljenih storitev iz posameznega zavarovanja neposredno zavarovancu.
- (5) Zavarovalnica ima pravico zahtevati dodatna dokazila od zavarovalca, zavarovanca ali druge pravne ali fizične osebe, da bi ugotovila pomembne okoliščine v zvezi z reševanjem zavarovalnega primera.
- (6) Zavarovalnica izplača zavarovanca zavarovalnino najkasneje v 14 dneh od dneva, ko je bila zavarovalnici predložena popolna dokumentacija s priloženim izkazom o plačilu storitev izvajalcu za zavarovanca oziroma druga ustrezna dokazila, če tako določajo posebni pogoji za posamezno zavarovanje.
- (7) Če ob predložitvi dokumentacije iz prejšnjega odstavka zapadla premija s pripadajočimi obrestmi in stroški ni bila poravnana, zavarovalnica izplača zavarovalnino po poravnavi zapadlih obveznosti iz naslova neplačane premije.
- (8) Če zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto nekomu, ki bi imel do nje pravico, če zavarovanec ne bi bil določil upravičenca, je prosta obveznosti iz pogodbe, če ob izplačilu ni vedela in tudi ni mogla vedeti, da je dejanski upravičenec določen v oporoki ali v kakšnem drugem aktu, ki ji ni bil poslan, dejanski upravičenec pa ima pravico zahtevati povračilo od tistega, ki je prejel zavarovalno vsoto. To velja tudi ob spremembi upravičenca.

14. člen: Omejitve in izključitve obveznosti zavarovalnice

- (1) Obveznost zavarovalnice za izplačilo zavarovalnine je izključena:
 - pri uveljavljanju pravic iz pogodbe, ki so v nasprotju s temi pogoji ali s posebnimi pogoji za posamezno zavarovanje;
 - za storitve, ki so dokazljivo posledica bolezni, posebnega stanja ali poškodbe, ki so že obstajali ob sklenitvi pogodbe ali pred njo;
 - za storitve, ki so bile opravljene pred sklenitvijo, po poteku ali prekinitvi pogodbe oziroma kritja ali v času mirovanja pogodbe;
 - v drugih primerih, če tako določajo posebni pogoji za posamezno zavarovanje.
- (2) Če je zavarovalnica kljub izključitvi obveznosti storitve iz prejšnjega odstavka že plačala, ima pravico od zavarovanca zahtevati povračilo teh stroškov z regresnim zahtevkom, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi od dneva plačila dalje.

15. člen: Obveznosti zavarovalca in zavarovanca

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan ob sklenitvi pogodbe prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, pomembne za ocenitev nevarnosti, ki so mu znane, oziroma mu niso mogle biti neznane, skladno s posebnimi pogoji za posamezno zavarovanje.
- (2) Zavarovalec je dolžan plačevati premijo na način in v rokih, določenih v pogodbi.
- (3) Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan zavarovalnico sproti pisno obveščati o vseh spremembah, ki so pomembne za izvajanje pogodbe, in priložiti ustrezna dokazila. Med take spremembe se šteje tudi sprememba osebnih podatkov iz pogodbe.
- (4) Zavarovalnica lahko v zakonsko določenem roku razrdi pogodbo in zahteva povračilo zavarovalnine, 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 zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi zanje vedela.
- (5) Zavarovalnica ima ob razdrtju pogodbe pravico zahtevati vračilo stroškov sklenitve pogodbe, popustov in drugih ugodnosti, ki izhajajo iz trajanja pogodbe, ter plačilo nadomestila drugih stroškov po cenikih zavarovalnice.

16. člen: Sprememba pogodbe

- (1) V času veljavnosti pogodbe lahko pride zaradi sprememb okoliščin, pod katerimi je bilo sklenjeno in se izvaja zavarovanje (sprememba stroškov zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, davčne obveznosti v zvezi z obdavčitvijo prometa zavarovalnih poslov, zakonodaja ter drugi dejavniki izven volje pogodbenih strank, ki vplivajo na izpolnjevanje obveznosti zavarovalnice), do sprememb pogojev, višine premije oziroma premijskega sistema. O tem pisno obvesti zavarovalca vsaj 30 dni pred uveljavitvijo spremembe.
- (2) Spremembe veljajo z nastopom naslednjega zavarovalnega leta.
- (3) Zavarovalec ima pravico, da v 30 dneh 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. člen: Medsebojno obveščanje

- (1) Vse prijave, izjave in zahtevke v zvezi z izvajanjem pogodbenega razmerja, ki jih pogodbeni stranki predložijo druga drugi, morajo biti v pisni obliki in veljajo od trenutka, ko jih naslovnik prejme. Za pisno obliko šteje tudi elektronska oblika.
- (2) Šteje se, da je prejemnik priporočeno pisno pošiljko prejel po izteku tridnevnega roka po oddaji pošiljke, če jo je pošiljatelj poslal na zadnji naslov, ki ga je sporočil prejemnik.

18. člen: Nadomestilo stroškov

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec mora za vsa opravila v zvezi s pogodbo, ki jih posebej zahteva od zavarovalnice (dvojniki potrdila o zavarovanju, mirovanje in podobno), plačati nadomestilo stroškov po ceniku zavarovalnice.
- (2) Zavarovalnica ne krije stroškov medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, ki jih mora zavarovanec predložiti ob nastanku zavarovalnega primera kot dokazilo o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, kakor tudi nikakršnih stroškov odvetniškega in drugega zastopanja v postopku reševanja zavarovalnega primera.

19. člen: Varovanje in uporaba osebnih podatkov

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec do preklica dovoljuje zavarovalnici, da v svoji zbirki shranjuje, obdeluje in uporablja njegove osebne podatke, ki so potrebni za izvajanje zavarovanja in za namene obveščanja zavarovalca o novostih in ponudbah s področja finančnih produktov.
- (2) Zavarovanec s podpisom ponudbe zavarovalnici in njenemu pooblaščenцу dovoljuje in ju pooblašča, da v njegovem imenu vpogledujeta v zdravstveno dokumentacijo ter drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotavljanje okoliščin za sklenitev zavarovanja in pri ugotavljanju obveznosti zavarovalnice.
- (3) Zavarovalec oziroma zavarovanec pooblašča zavarovalnico za opravljanje poizvedb o njegovih osebnih podatkih pri upravljalcih zbirk podatkov, če so ti podatki potrebni za izvajanje pogodbe.
- (4) Zavarovalec oziroma zavarovanec obenem soglaša, da zavarovalnica posreduje nekatere osebne podatke in sicer: ime in priimek, naslov stalnega ali začasnega prebivališča, telefonsko številko, naslov elektronske pošte ter številko telefaksa tudi drugim družbam, ki so z zavarovalnico v kapitalskih povezavah - t.j. vsem družbam, vključenih v KD Group ter drugih z zavarovalnico povezanih odvisnih ali obvladujočih družb. Le-te lahko podatke uporabijo samo za namen obveščanja zavarovalca oziroma zavarovanca o novostih in ponudbah novih produktov.
- (5) Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko kadarkoli zahteva, da se preneha z uporabo njegovih osebnih podatkov za namen obveščanja po prejšnjem odstavku. Zavarovalnica se obvezuje, da bo najkasneje v 15 dneh preprečila uporabo osebnih podatkov, za katero je bilo dano dovoljenje po prejšnjem odstavku tega člena.
- (6) Zavarovalnica se obvezuje, da bo vse osebne podatke zavarovalca skrbno varovala v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov.

20. člen: Končne določbe

- (1) Zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec lahko v 15 dneh po prejemu pisne odločitve zavarovalnice vložijo pisno pritožbo na zavarovalnico, ki mora pritožbo obravnavati skladno z internim pravilnikom zavarovalnice. Odločitev pritožbene komisije je dokončna in nadaljnji postopki pri zavarovalnici niso možni.
- (2) V primeru nestrinjanja z dokončno odločitvijo zavarovalnice se lahko po posebnem dogovoru nadaljuje postopek za izvensodno rešitev spora pri Mediacijskem centru, ki deluje v okviru Slovenskega zavarovalnega združenja, iz določenih razlogov pa tudi pred varuhom pravic s področja zavarovalništva.
- (3) Za razmerja med zavarovalcem, zavarovancem in zavarovalnico, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.
- (4) Za razmerja iz pogodbe se uporablja slovensko pravo, za morebitne sodne spore z zavarovalnico pa je pristojno sodišče v Kopru.
- (5) Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (6) Ti pogoji se uporabljajo od 1. 1. 2011 dalje.