



VZAJEMNA Zdravje

Splošni pogoji za dopolnilna zdravstvena zavarovanja SPD-06

I. Splošne določbe

1. člen

- (1) Splošni pogoji za dopolnilna zdravstvena zavarovanja VzajemnaZdravje z oznako SPD-06 (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) urejajo pogodbeni odnos pri dopolnilnih zdravstvenih zavarovanjih.
- (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;
 - **polica:** listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
 - **zavarovalec:** sklenitelj zavarovalne pogodbe oziroma ponudnik, ki zavarovalnici predloži ponudbo za sklenitev zavarovalne pogodbe;
 - **zavarovanec:** oseba, katere stroški doplačil so zavarovani po zavarovalni pogodbi;
 - **premija:** znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po zavarovalni pogodbi;
 - **zavarovalnina:** znesek, ki ga zavarovalnica plača po zavarovalni pogodbi;
 - **jamstvo:** obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino;
 - **čakalna doba:** obdobje, za katerega ni možno uveljavljati zavarovalnine;
 - **izvajalec:** oseba, ki v skladu s pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije opravlja storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
 - **kartica zdravstvenega zavarovanja:** dokument za uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
 - **zakon:** zakon, ki ureja dopolnilna zdravstvena zavarovanja.

3. člen

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

II. Sklenitev zavarovalne pogodbe

4. člen

- (1) Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko zavarovalec in zavarovalnica podpišeta polico. Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora zavarovalna pogodba vsebovati tudi podpis zavarovanca.

5. člen

- (1) Zavarovalna pogodba se lahko sklene tudi na podlagi pisne ponudbe, ki vsebuje bistvene sestavine zavarovalne pogodbe. Podpisana ponudba je sestavni del zavarovalne pogodbe.
- (2) Podpis ponudnika na ponudbi nadomešča zavarovalec 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, izstavi zavarovalnica polico s podatki, skladnimi s ponudbo, zavarovalcu v enem izvodu.
- (3) Če se polica bistveno razlikuje od ponudbe in drugih pisnih izjav zavarovalca, lahko zavarovalec takim razlikam pisno ugovarja v enem mesecu po prejemu police. Če tega ne stori, velja vsebina police.

III. Predmet zavarovanja

7. člen

- (1) Predmet zavarovanja so doplačila. Doplačilo je znesek razlike med vrednostjo zdravstvenih storitev 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 medicinsko-tehničnih pripomočkov, kot to določa zakon.

IV. Trajanje zavarovanja in jamstva

8. člen

- (1) Zavarovanje traja najmanj eno leto, razen v primeru zavarovanja oseb, katerih status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju je časovno omejen.
- (2) Začetek in trajanje zavarovanja sta opredeljena na polici.
- (3) Zavarovanje se lahko sklene samo tako, da začne veljati prvi dan v mesecu. Jamstvo se začne ob 0:00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, vendar ne pred potekom čakalne dobe.
- (4) Jamstvo zavarovalnice 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.

10. člen

- (1) Zavarovalna pogodba za posameznega zavarovanca preneha pred potekom časa, za katerega je bila sklenjena:
 1. v primeru smrti zavarovanca, z dnem smrti;
 2. 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;
 3. v primeru neplačevanja premije po 14. členu teh splošnih pogojev.

- (2) Če je po zavarovalni pogodbi zavarovanih več zavarovancev in gre za primere iz 1. ali 2. točke prvega odstavka tega člena, zavarovalna pogodba ne preneha, temveč preneha zavarovanje za zavarovanca.

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.

V. Obdobje mirovanja zavarovanja

12. člen

- (1) Obdobje mirovanja zavarovanja je obdobje, za katerega v času trajanja zavarovanja preneha jamstvo zavarovalnice.
- (2) Zavarovalnica lahko na pisno zahtevo zavarovalca in ob predložitvi kartice zdravstvenega zavarovanja odobri obdobje mirovanja zavarovanja za čas, ko zavarovanec ni zavezan za plačilo doplačil (npr. če pridobi status študenta, služi vojaški rok, prestaja zaporno kazen ter v drugih primerih, ki jih določi zavarovalnica).
- (3) Obdobje mirovanja se lahko prične samo ob 0:00 uri prvega dne naslednjega meseca, ko je zavarovalnica odobrila obdobje mirovanja, in se konča ob 24:00 uri zadnjega dne v mesecu, do katerega je bilo odobreno obdobje mirovanja.
- (4) Za obdobje mirovanja zavarovanja se premija ne obračuna.

VI. Premija in posledice neplačila premije

13. člen

- (1) Višina premije je določena na polici in je enaka za vse zavarovance zavarovalnice, razen če zavarovalnica odobri popust zaradi skupinskega načina sklepanja in izvajanja zavarovanj ali v drugih primerih 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.
- (3) Premija se v skladu z drugim odstavkom tega člena obračuna na podlagi potrdirila o skupni dobi po 1. 1. 2006, ko je bil zavarovanec zavezan plačevati doplačila, pa ni imel veljavnega zavarovanja, ki ga zavarovalnici predloži zavarovalec.

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 dogovorjeno.
- (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 zavarovancu, ki je hkrati zavarovalec, odtegne vse zapadle neplačane premije.
- (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 jamstva in razdoru zavarovalne pogodbe.
- (5) V primeru neplačila premije je zavarovalec dolžan zavarovalnici povrniti celotne stroške opominjanja in druge stroške, potrebne za izterjavo dolga.

15. člen

- (1) Obveznosti zavarovalnice iz zavarovanja se lahko v času trajanja zavarovanja spremenijo zaradi naraščanja stroškov zdravljenja, dosežkov na področju medicine, spremembe zakonodaje, ki ureja obveznosti za posamezno zavarovanje, in drugih dejavnikov, ki vplivajo na višino obveznosti zavarovalnice. Zavarovalnica lahko zaradi spremenjenih obveznosti med trajanjem zavarovanja spremeni višino premije.
- (2) V primeru spremembe premije se spremenjena premija obračuna za obdobje od datuma začetka veljavnosti spremembe naprej. Pri dogovoru o letni, polletni ali četrtletni premiji zapade sorazmerni del razlike med spremenjeno premijo in premijo pred spremembo v plačilo dan pred začetkom veljavnosti spremembe. Sorazmerni del se določi glede na število mesecev trajanja zavarovanja od meseca začetka veljavnosti spremembe do zapadlosti naslednje premije v plačilo.

VII. Uveljavljanje pravic 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 (oz. zahtevka) za opravljene zdravstvene storitve izvajalcu te storitve.
- (3) Zavarovalnica lahko izplača zavarovalnino tudi neposredno zavarovancu, ki mora zavarovalnici predložiti dokazila o plačilu zdravstvenih storitev izvajalcu, iz katerih so razvidni podatki o zavarovancu ter vrsta in cena opravljene storitve zanj.
- (4) Zavarovalnica zavarovalnino iz prejšnjega odstavka tega člena izplača v dogovorjenem roku, ki ne sme biti daljši od štirinajst dni, šteto od dneva, ko je zavarovalnica od zavarovanca prejela dokazila 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 predujem.
- (5) Zavarovalnica lahko uveljavlja pravico do povračila zavarovalnine, kadar je bila le-ta izplačana brez pravnega temelja.
- (6) Zahtevki iz zavarovalne pogodbe zastarajo po določilih zakona, ki ureja obligacijska razmerja.

VIII. Dolžnost obveščanja**17. člen**

- (1) Zavarovalec in zavarovanec sta dolžna zavarovalnici v osmih dneh od spremembe pisno sporočiti vsako spremembo osebnih podatkov iz zavarovalne pogodbe, prenehanje statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju 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.

IX. Sprememba zavarovalnih pogojev**18. člen**

- (1) Zavarovalnica lahko v času trajanja zavarovanja spremeni splošne pogoje.
- (2) Zavarovalnica mora na pisni ali na drug primeren način o spremembi obvestiti zavarovalca najmanj 60 dni pred začetkom veljavnosti novih splošnih pogojev.
- (3) Zavarovalec lahko v roku 60 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, ko zapade v plačilo prva naslednja premija po dnevu, ko je zavarovalnica prejela odpoved zavarovalca.

X. Vodenje, posredovanje in uporaba osebnih podatkov**19. člen**

- (1) Zavarovalec in zavarovanec pooblašata zavarovalnico, da lahko zbira, preverja, obdeluje, shranjuje, posreduje in uporablja osebne podatke, potrebne za sklepanje zavarovalnih pogodb, izvajanje zavarovanj, reševanje škod in oblikovanje zavarovalno-tehničnih statistik od lečečih zdravnikov, zdravstvenih ustanov ter drugih fizičnih in pravnih oseb, ki razpolagajo s podatki.
- (2) Zavarovalec in zavarovanec dovoljujeta, da zbirko osebnih podatkov, ki jo vzpostavi, vodi in vzdržuje zavarovalnica, uporabljajo tudi z zavarovalnico kapitalsko povezana ter pooblaščena podjetja za zastopanje in posredovanje zavarovanj. Podatki iz te zbirke podatkov se bodo uporabljali za obveščanje zavarovalca in zavarovanca.
- (3) Zavarovalnica se zavezuje, da bo osebne podatke iz tega člena varovala v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov.

XI. Uveljavljanje regresnih zahtevkov**20. člen**

- (1) Zavarovalec in zavarovanec pooblašata 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.

XII. Končne določbe**21. člen**

- (1) Vsi dogovori med pogodbenima strankama veljajo le, če so sklenjeni pisno. Vsi dokumenti in izjave, ki jih zavarovalnica ali zavarovalec predloži 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) Pogodbeni stranki urejata vse spore sporazumno v skladu s shemo izvensodnega reševanja sporov, in sicer z internim postopkom zavarovalnice, s postopkom pred varuhom pravic s področja zavarovalništva ter postopkom, ki ga vodi mediacijski center pri Slovenskem zavarovalnem združenju.
- (3) Morebitne sodne spore rešuje sodišče v Ljubljani.
- (4) Za odnose med pogodbenima strankama, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se uporablja veljavna zakonodaja, ki ureja obligacijska razmerja, zdravstveno zavarovanje in zavarovalništvo.
- (5) Nadzor nad zavarovalnico izvaja Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (6) Ti splošni pogoji se uporabljajo od 1. 12. 2005 za vsa zavarovanja, ki se začno s 1. 3. 2006 ali pozneje, vključno z zavarovanji, preoblikovanimi z dnem 1. 3. 2006 v skladu z zakonom.