



Splošni pogoji zavarovanja specialistično ambulantnega zdravljenja

Uvodne določbe

1. člen: Zavarovanje specialistično ambulantnega zdravljenja

[1] Zavarovanje specialistično ambulantnega zdravljenja (v nadaljevanju: zavarovanje) je prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki zavarovancu na podlagi medicinsko utemeljene indikacije v primeru novonastale bolezni, stanja ali poškodbe in v obsegu, na način in pod pogoji, dogovorjenimi z zavarovalno pogodbo, krije stroške opravljenih storitev specialistične obravnave, zahtevnih diagnostičnih postopkov, posegov in ambulantne rehabilitacije ter izdanih zdravil v lekarni.

2. člen: Zdravstvena točka®

- [1] Zdravstvena točka® je asistenčni center zavarovalnice, ki zavarovancu nudi informacije o zavarovanju in izvajalcih, organizira termin zdravstvene obravnave, daje soglasje in zagotavlja pomoč pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja.
- [2] Zavarovalnica ima kontakte Zdravstvene točke® objavljene na svoji spletni strani.

3. člen: Opredelitev izrazov

- [1] V Splošnih pogojih veljajo v moškem spolu uporabljeni izrazi za osebe ženskega in moškega spola.
- [2] Izrazi v Splošnih pogojih pomenijo:
- ambulantna rehabilitacija** je eno od kritij po teh Splošnih pogojih in je opredeljena v 9. členu teh Splošnih pogojev;
 - beli recept** je uradni samoplačniški receptni obrazec;
 - bolezen** je odsotnost zdravja, ki jo ugotovi zdravnik, in ni posledica nezgode;
 - delovni nalog** je listina obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katero zdravnik (izbrani osebni zdravnik ali napotni zdravnik z ustreznim pooblastilom) naroča laboratorijske, patohistološke in druge preiskave in storitve s področja fizioterapije ter delovne in govorne terapije;
 - dnevna obravnava** obsega zdravstvene storitve, opravljene znotraj zaporednih 24 ur;
 - izvajalec zdravstvenih storitev** je oseba, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvene ali z zdravstvenimi storitvami povezane dejavnosti oziroma dovoljenje za samostojno delo zdravnika in je priznana s strani zavarovalnice (v nadaljevanju **izvajalec**);
 - karenca** je s strani zavarovalnice določeno obdobje od začetka zavarovanja, za katerega je zavarovalec dolžan plačevati zavarovalno premijo, zavarovalnica pa ne zagotavlja zavarovalnega jamstva;
 - kronično stanje** je bolezen, stanje ali poškodba, ki:
 - se razvija počasi in dolgo traja ali
 - se ponavlja ali je verjetno, da se bo ponavljala, ali
 - povzroča trajne zdravstvene posledice ali
 - potrebuje stalen medicinski nadzor, lajšanje simptomov, zdravljenje, rehabilitacijo oziroma zdravstveno nego.Za kronično stanje se štejejo tudi zapleti zaradi te bolezni, stanja oziroma poškodbe;
 - letna zavarovalna vsota** je najvišji skupni znesek zavarovalnin, do katerega jamči zavarovalnica v obdobju 1 zavarovalnega leta;
 - mirovanje zavarovanja** je obdobje, za katerega zavarovalec nima obveznosti plačevanja zavarovalne premije, zavarovalnica pa ne zagotavlja zavarovalnega jamstva;
 - napotitev na nadaljnjo obravnavo** obsega ugotovitev medicinsko utemeljene indikacije na daljavo, ki jo lahko poda zdravnik družinske medicine, ki je v pogodbenem razmerju z zavarovalnico. Napotitev na nadaljnjo obravnavo je lahko podlaga za uveljavljanje kritija specialistične obravnave;

- napotnica** je listina obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katero zdravnik (izbrani osebni zdravnik ali napotni zdravnik z ustreznim pooblastilom) prenaša pooblastila na druge zdravnike in napoti zavarovanca na nadaljnjo obravnavo;
- naročilnica** je listina zavarovalnice, s katero je določen obseg zdravstvenih storitev, ki jih lahko v breme zavarovalnice opravi izvajalec;
- nezgoda** je nenaden, nepredviden in od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo; zlasti povozitev, trčenje, prometna nesreča, udarec s predmetom ali ob kakšen predmet, udarec električnega toka ali strele, padec, zdrs, ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali z eksplozivnimi snovmi, vbod s kakšnim predmetom, ugriz živali;
- novonastalo stanje** je bolezen, stanje oziroma poškodba, ki nastopi po začetku zavarovanja v času zavarovalnega jamstva oziroma ki ob začetku zavarovanja sicer obstoji, vendar ni diagnosticirana oziroma zdravljena in zavarovanec zanjo ni vedel oziroma ni mogel vedeti, ker ni imel zdravstvenih težav, bolezenskih znakov ali simptomov;
- obrnava** je specialistična obravnava, zahtevni diagnostični postopek, poseg ali ambulantna rehabilitacija;
- otrok** je oseba, mlajša od 18 let;
- ponudnik** je oseba, ki želi skleniti zavarovalno pogodbo in v ta namen zavarovalnici predloži ponudbo;
- poseg** je eno od kritij po teh Splošnih pogojih in je opredeljen v 8. členu teh Splošnih pogojev;
- poškodba** je sprememba ali prizadetost tkiva, organa oziroma organizma, ki nastopi kot posledica nezgode in ne vsebuje elementov bolezni ali degenerativnega procesa, ki povečuje nagnjenost k poškodbam;
- predhodno stanje** je bolezen, stanje oziroma poškodba, vključno z zdravstvenimi težavami, bolezenskimi znaki ali simptomi, ki je nastopilo pred začetkom zavarovanja oziroma ki ob začetku zavarovanja obstoji, ne glede na to, ali je bilo diagnosticirano oziroma zdravljeno, in je zavarovancu znano ali mu ni moglo ostati neznano;
- prirojena napaka** je stanje ali bolezen, ki obstoji ob rojstvu zaradi dednih faktorjev oziroma okoliščin, ki se razvijejo med nosečnostjo, in je odkrita ob rojstvu ali kadar koli kasneje;
- razlog obravnave** je zdravstvena težava, bolezenski znaki ali simptomi, zaradi katerih zavarovanec uveljavlja pravico iz zavarovanja;
- soudeležba** je delež stroškov zdravstvenih storitev in zdravil, ki jih pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja zavarovanec krije sam;
- specialistična obravnava** je eno od kritij po teh Splošnih pogojih in je opredeljena v 6. členu teh Splošnih pogojev;
- Splošni pogoji** so Splošni pogoji zavarovanja specialistično ambulantnega zdravljenja;
- starost zavarovanca** je razlika med letnico začetka zavarovalnega leta in letnico rojstva zavarovanca;
- zahtevni diagnostični postopek** je eno od kritij po teh Splošnih pogojih in je opredeljen v 7. členu teh Splošnih pogojev;
- zavarovalec** je oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo;
- zavarovalna premija** je pogodbeni znesek, ki ga zavarovalec plača zavarovalnici;
- zavarovalni primer** je dogodek, na podlagi katerega nastane obveznost zavarovalnice iz zavarovalne pogodbe;
- zavarovalnica** je Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.;
- zavarovalnina** je znesek, ki ga zavarovalnica plača ob nastopu zavarovalnega primera za zdravstvene storitve in zdravila;

34. **zavarovalno jamstvo** je zaveza zavarovalnice, da ob zavarovalno pogodbo dogovorjenih pogojih izpolni obveznosti iz zavarovalne pogodbe;
35. **zavarovalno leto** je obdobje 1 leta, ki prične z dnevom in mesecem začetka zavarovanja ali od obletnice začetka zavarovanja;
36. **zavarovanec** je fizična oseba, katere interes je zavarovan z zavarovalno pogodbo;
37. **zdravilo** je eno od kritij po teh Splošnih pogojih in je opredeljeno v 10. členu teh Splošnih pogojev;
38. **zdravstvena storitev** je v Republiki Sloveniji strokovno doktrinarno priznana medicinska storitev, ki jo opravlja zdravstveni delavec v okviru zdravstvene oskrbe pacienta, in se izvaja pri izvajalcih.

Kdo se lahko zavaruje

4. člen: Osebe, ki se lahko zavarujejo

- [1] Zavaruje se lahko oseba, ki ima prebivališče v Republiki Sloveniji.
- [2] Starost zavarovanca ob začetku zavarovanja je največ 63 let, razen če je v zavarovalni pogodbi dogovorjeno drugače.

Vsebina in obseg zavarovanja

5. člen: Vsebina zavarovanja

- [1] Zavarovanje glede na izbrana kritja v zavarovalni pogodbi krije stroške obravnave novonastalega stanja, ki na podlagi medicinsko utemeljene indikacije nastanejo pri izvajalcu zaradi opravljenih zdravstvenih storitev specialistične obravnave, zahtevnega diagnostičnega postopka, posega, ambulantne rehabilitacije in izdanih zdravil v lekarni.
- [2] Medicinsko utemeljena indikacija po Splošnih pogojih pomeni, da sta obravnava oziroma zdravilo upravičena, ker ju je skladno z diagnozo in medicinsko doktrino predpisal pristojni zdravnik in sta primerna glede na zdravstveno stanje zavarovanca.
- [3] Medicinsko utemeljena indikacija je razvidna z napotnice, delovnega naloga, izvida zdravnika specialista izvajalca ali iz druge pisne zdravstvene dokumentacije, za katero zavarovalnica presodi, da je ustrezna.

6. člen: Specialistična obravnava

- [1] Specialistična obravnava obsega zdravstvene storitve specialistične ambulantne dejavnosti, ki so potrebne za diagnosticiranje in zdravljenje novonastalega stanja in so dostopne na trgu samoplačniških specialistično ambulantnih storitev.
- [2] Specialistična obravnava zajema:
 1. specialistični pregled,
 2. pripadajoče enostavne diagnostične preiskave (osnovne slikovne, funkcionalne in laboratorijske preiskave in meritve) in
 3. pripadajoče enostavne ambulantne posege.
- [3] Pripadajoča enostavna diagnostična preiskava je zlasti RTG, UZ, EKG, EMG, EEG, VEP, OCT in laboratorijska preiskava.
- [4] Pripadajoči enostavni ambulantni poseg je zlasti parenteralna aplikacija zdravila, aplikacija blokade, punkcija, oskrba rane, odstranitev tujka, odstranitev manjšega kožnega izrastka, biopsija in sklerozacija varic.
- [5] Specialistična obravnava se lahko izvede na daljavo, če je to po mnenju zdravnika specialista izvajalca ustrezno in se zavarovanec s tem strinja. O pogojih in navodilih za izvedbo specialistične obravnave na daljavo zavarovalnica obvesti zavarovanca.

7. člen: Zahtevni diagnostični postopek

- [1] Zahtevni diagnostični postopek obsega zahtevne diagnostične preiskave, ki so nadaljevanje specialistične obravnave, in so potrebne za postavitev diagnoze novonastalega stanja ter so navedene v Seznamu zahtevnih diagnostičnih postopkov. Vsakokrat veljavni Seznam zahtevnih diagnostičnih postopkov z morebitno omejitvijo cen je objavljen na spletni strani zavarovalnice.

8. člen: Poseg

- [1] Poseg obsega diagnostične in terapevtske posege v sklopu dnevne obravnave, ki so nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevnega diagnostičnega postopka in so potrebni za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastalega stanja ter so navedeni v Seznamu posegov. Vsakokrat veljavni Seznam posegov z morebitno omejitvijo cen je objavljen na spletni strani zavarovalnice.

9. člen: Ambulantna rehabilitacija

- [1] Ambulantna rehabilitacija obsega storitve ambulantne fizioterapije, protibolečinske akupunkture, delovne terapije oziroma govorne terapije, ki so nadaljevanje specialistične obravnave, zahtevnega diagnostičnega postopka ali posega in so potrebne za zdravljenje novonastalega stanja.

10. člen: Zdravila

- [1] Zavarovanje krije stroške izdanih zdravil, ki so ob izvedbi obravnave skladno z diagnozo, medicinsko doktrino in zdravstvenimi smernicami potrebna za zdravljenje novonastalega stanja in so predpisana na beli recept oziroma v izvidu zdravnika specialista ter v skladu z navodili, ki veljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Zdravila se izdajo v lekarni in morajo imeti dovoljenje za promet v Republiki Sloveniji oziroma v državi EU, kjer so izdana in kupljena.
- [2] Za zdravila ni določen poseben režim predpisovanja. Izjema so zdravila, ki jih lahko predpisuje le zdravnik specialist ustreznega področja medicine ali od njega pooblaščen zdravnik.

11. člen: Obseg zavarovanja

- [1] Zavarovanje ima letno zavarovalno vsoto in letne zavarovalne vsote za posamezna kritja določene v zavarovalni pogodbi.
- [2] V zavarovalnem letu se zaradi enakega razloga obravnave krijejo stroški:
 1. zdravstvenih storitev v obsegu 3 specialističnih obravnav, 2 zahtevnih diagnostičnih postopkov in 2 posegov;
 2. prve izdaje zdravila v količini, ki je potrebno za zdravljenje novonastalega stanja, vendar največ za 30 dni.
- [3] Zavarovanje krije stroške ambulantne rehabilitacije v obsegu, ki je določen v zavarovalni pogodbi, zaradi enakega razloga obravnave le ob prvi pojavitvi novonastalega stanja.

Pogoji in način uveljavljanja pravic iz zavarovanja

12. člen: Uporaba Zdravstvene točke®

- [1] Zavarovanec uveljavlja pravice iz zavarovanja prek Zdravstvene točke®.

13. člen: Podlaga za uveljavljanje pravic iz zavarovanja in najava obravnave

- [1] Pravico do prejema obravnave ali zdravila po teh Splošnih pogojih zavarovanec izkazuje z medicinsko utemeljeno indikacijo, ki izhaja:
 1. za specialistično obravnavo z napotnice izbranega osebnega ali napotnega zdravnika, iz izvida zdravnika specialista izvajalca ali druge pisne zdravstvene dokumentacije, za katero zavarovalnica presodi, da je ustrezna;
 2. za zahtevni diagnostični postopek in poseg iz izvida zdravnika specialista izvajalca;
 3. za ambulantno rehabilitacijo iz delovnega naloga ali izvida zdravnika specialista izvajalca;
 4. za zdravilo iz izvida ali belega recepta zdravnika specialista izvajalca.
- [2] Zavarovanec obravnavo predhodno najavi zavarovalnici prek Zdravstvene točke® in ji pri tem posreduje listine iz prvega odstavka tega člena.
- [3] Zavarovanec lahko pravico do prejema specialistične obravnave po teh Splošnih pogojih izkazuje tudi z napotitvijo na nadaljnjo obravnavo, kot je opredeljena v 3. členu teh Splošnih pogojev.
- [4] Na podlagi dokumentacije iz prvega ali tretjega odstavka tega člena zavarovalnica preveri, ali je najavljena obravnava del zavarovanja, in o tem obvesti zavarovanca. Potreba po zdravstveni storitvi v okviru obravnave, ki izhaja iz dokumentacije iz prvega odstavka tega člena, mora biti ugotovljena v času zavarovalnega jamstva. Predhodna najava ne pomeni upravičenosti do kritja stroškov opravljene zdravstvene storitve.
- [5] Zavarovanec na svoje stroške pridobi in predloži zavarovalnici vse informacije in dokumentacijo iz tega poglavja ter na zahtevo zavarovalnice drugo dokumentacijo za ugotovitev obveznosti iz zavarovalne pogodbe.
- [6] Zavarovalnica lahko podatke, ki so potrebni za ugotovitev obveznosti iz zavarovalne pogodbe v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov in zavarovalništvo pridobi tudi od drugih upravljavcev zbirk osebnih podatkov.

14. člen: Način uveljavljanja pravice iz zavarovanja do obravnave

- [1] Zavarovanec storitve predhodni najavi prek Zdravstvene točke® prejme zdravstvene storitve obravnave pri pogodbenem ali nepogodbenem izvajalcu.
- [2] Zavarovanec uveljavlja pravico iz zavarovanja do obravnave pri izvajalcu:
 1. na podlagi zavarovancu izdanega predhodnega soglasja zavarovalnice, pri čemer stroške opravljenih zdravstvenih storitev, zmanjšanih za soudeležbo zavarovanca, izvajalcu plača zavarovalnica skladno z zavarovalno pogodbo na podlagi njemu izdane naročilnice, ali

2. na podlagi zahtevka za povrnitev stroškov opravljenih storitev, pri čemer stroške opravljenih zdravstvenih storitev zavarovanec izvajalcu plača sam neposredno, zavarovalnica pa mu povrne stroške, zmanjšane za soudeležbo zavarovanca, skladno z zavarovalno pogodbo.

15. člen: Organizacija termina obravnave

- [1] Zavarovanec izbere pogodbenega izvajalca in termin obravnave v dogovoru z zavarovalnico. Zavarovalnica mu izda predhodno soglasje za izvedbo obravnave.
- [2] Termin obravnave pri nepogodbenem izvajalcu v Sloveniji lahko na željo zavarovanca organizira zavarovalnica.

16. člen: Odpoved ali sprememba dogovorjenega termina obravnave

- [1] Zavarovanec lahko dogovorjeni termin obravnave pri pogodbenem izvajalcu odpove ali predlaga njegovo spremembo najkasneje 3 dni pred dogovorjenim terminom in le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati, preprečiti ali se jim izogniti, o čemer zavarovanec zavarovalnico nemudoma obvesti in predloži dokazila.
- [2] V primeru, da zavarovanec dogovorjenega termina obravnave, za katerega je predhodno pridobil soglasje zavarovalnice, pravočasno ne odpove in se ga ne udeleži, v zvezi s tem pa zavarovalnici nastanejo stroški, šteje, da je bila obravnava zavarovanca pri izvajalcu opravljena. Znesek razpoložljive zavarovalne vsote pripadajočega kritja se zavarovancu v tem primeru zmanjša največ v višini zneska obravnave po ceniku izvajalca.
- [3] V primerih iz drugega odstavka tega člena se ponovna organizacija termina obravnave šteje kot enak razlog obravnave in zanjo veljajo določila iz 11. člena teh Splošnih pogojev.
- [4] V primeru odpovedi dogovorjenega termina obravnave pri pogodbenem izvajalcu s strani zavarovalnice, zavarovalnica omogoči zavarovancu nadomestni termin čim prej, praviloma v 8 delovnih dneh po dogovorjenem terminu.

17. člen: Zahtevek za povrnitev stroškov za obravnavo

- [1] Po opravljeni in s strani zavarovanca plačani najavljeni zdravstveni storitvi zavarovanec čim prej odda zahtevek za povrnitev stroškov prek Zdravstvene točke®.
- [2] Zahtevku za povrnitev stroškov morajo biti priloženi: kopija in številka napotnice osebnega zdravnika ali kopija izvida zdravnika specialista izvajalca, kopija izvida obravnave in izvornik računa izvajalca s specifikacijo opravljenih zdravstvenih storitev.
- [3] Zavarovalnica na podlagi popolnega zahtevka in zahtevanih prilog v 15 dneh odloči o upravičenosti do povrnitve stroškov in o odločitvi obvesti zavarovanca.
- [4] V primeru upravičenosti do povrnitve stroškov zavarovalnica v 8 dneh povrne zavarovancu strošek opravljenih zdravstvenih storitev pri izvajalcu, zmanjšan za soudeležbo zavarovanca, na račun, ki ga zavarovanec navede v zahtevku za povrnitev stroškov ali ga posreduje zavarovalnici na drug način v pisni obliki.

18. člen: Zahtevek za povrnitev stroškov za zdravlilo

- [1] Zdravilo mora biti zavarovancu izdano v lekarni. Zavarovanec stroške prejetih zdravil plača sam neposredno, zavarovalnica pa mu na podlagi zahtevka za povrnitev stroškov povrne stroške skladno z zavarovalno pogodbo.
- [2] Zahtevku za povrnitev stroškov morajo biti priloženi kopija izvida obravnave ali kopija belega recepta in izvornik računa lekarne.
- [3] Zavarovalnica na podlagi popolnega zahtevka in zahtevanih prilog v 15 dneh odloči o upravičenosti do povrnitve stroškov ter o odločitvi obvesti zavarovanca.
- [4] V primeru upravičenosti do povrnitve stroškov zavarovalnica v 8 dneh povrne zavarovancu strošek v lekarni izdanega zdravila, zmanjšan za soudeležbo zavarovanca, na račun, ki ga navede v zahtevku za povrnitev stroškov za zdravlilo.

19. člen: Obveznosti zavarovanca ob izvedbi obravnave

- [1] Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila za izvedbo obravnave, ki sta mu jih predhodno posredovala zavarovalnica oziroma izvajalec, in ob izvedbi obravnave predložiti medicinsko dokumentacijo skladno s temi navodili.

Omejitve in izključitve zavarovanja

20. člen: Karenc

- [1] Za zavarovanje velja karenca 3 mesece. V primeru poškodbe, ki je nastala po začetku zavarovanja, karence ni.
- [2] Karenc
- [3] Če zavarovanec sklene zavarovanje v 14 dneh po poteku kolektivne, družinske ali individualne oblike zavarovanja, se za vsako kritje po-

teklega zavarovanja, ki je tudi kritje sklenjenega zavarovanja, karenca skrajša za že pretečeni del karence iz poteklega zavarovanja oziroma karence ni, če je med veljavnostjo poteklega zavarovanja karenca pri tem kritju že potekla.

21. člen: Soudeležba zavarovanca

- [1] Pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja je določena soudeležba zavarovanca, če je to dogovorjeno v zavarovalni pogodbi.

22. člen: Omejitve obveznosti zavarovalnice

- [1] Ko se novonastalo stanje opredeli kot kronično stanje, zavarovalnica v zvezi s to boleznijo, stanjem oziroma poškodbo nima več obveznosti iz zavarovalne pogodbe.
- [2] Zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev in zdravil, ki nastanejo v zavarovalnem letu, največ do višine letne zavarovalne vsote.
- [3] Prenos neizkoriščene letne zavarovalne vsote iz preteklega zavarovalnega leta ni mogoč.

23. člen: Izključitve obveznosti zavarovalnice

- [1] Če zavarovanec uveljavlja pravico do obravnave brez predhodne najave zavarovalnici, zavarovalnica nima obveznosti iz zavarovalne pogodbe.
- [2] Zavarovalnica nima obveznosti:
1. zaradi ali v povezavi s predhodnimi stanji, razen če so bile ob sklenitvi zavarovanja zavarovalnici prijavljene in jih je zavarovalnica sprejela;
 2. v povezavi z zdravstvenimi storitvami, ki so v vzročni zvezi s predhodnim stanjem;
 3. v povezavi s kroničnimi stanji;
 4. v povezavi z boleznijo ali stanjem, ki je nastalo v času karence;
 5. v povezavi z boleznijo, stanjem oziroma poškodbo, ki je v zavarovalni pogodbi določena med izključitvami obveznosti zavarovalnice;
 6. zaradi razlogov obravnave, ki niso medicinsko utemeljeno indicirani ali so zaradi posledic zdravniške napake ali so zaradi izboljšanja psihofizičnega stanja zavarovanca;
 7. za zdravstvene storitve, opravljene na primarni ravni zdravstvene dejavnosti po zakonu, ki ureja zdravstveno dejavnost.
- [3] Zavarovalnica nima obveznosti v primeru stroškov, povezanih:
1. s transplantacijami, okvarami in zapleti ob oziroma po operativnih posegih;
 2. z matičnimi celicami in krvnimi pripravki;
 3. z odstranitvijo notranjega ali zunanega osteosintetskega materiala, če je bil vstavljen pred sklenitvijo zavarovanja;
 4. s prirojenimi napakami in poklicnimi boleznimi;
 5. s sindromom pridobljene imunske pomanjkljivosti, infekcijo s HIV, spolno prenosljivimi boleznimi, epilepsijo in paralizo;
 6. z duševnimi boleznimi, duševnimi motnjami ali odvisnostjo;
 7. z nosečnostjo, neplodnostjo, (raz)sterilizacijo, umetno oploditvijo, umetno prekinitevijo nosečnosti, spontanim splavom in porodom;
 8. z refrakcijskimi okvarami očesa (kratkovidnost, daljnovidnost, astigmatizem), razen če so posledica poškodbe ali je drugače dogovorjeno z zavarovalno pogodbo;
 9. z rekonstrukcijskimi operacijami lokomotornega sistema, razen če je drugače dogovorjeno z zavarovalno pogodbo;
 10. s prekomernim uživanjem alkohola oziroma drugih psihoaktivnih snovi;
 11. z zdravniškimi mnenji, kot so ugotavljanje delazmožnosti ali stopnje invalidnosti;
 12. s spremembo spola;
 13. z zdravstvenimi storitvami, opravljenimi iz estetskih razlogov;
 14. s kurjimi očesi, žulji, odebeljenimi oziroma vraščenimi nohti;
 15. z zdravstvenimi storitvami v področju revmatologije, klinične psihologije, infektologije;
 16. s storitvami v dejavnosti dietetike;
 17. s storitvami na področju psihoterapije;
 18. z zdravljenjem rakavih obolenj, debelosti in smrčanja;
 19. z zdravstvenimi storitvami v področju psihiatrije za osebe mlajše od 18. let;
 20. z dejavnostjo klinične mikrobiologije in patologije, razen v primerih laboratorijskih preiskav, ki so opravljene znotraj obravnave;
 21. z zdravljenjem zob in obzobnega tkiva, vključno s storitvami čeljustne kirurgije in ortodontije.
- [4] Zavarovalnica nima obveznosti v primerih diagnosticiranja oziroma zdravljenja osebe, mlajše od 18 let, zaradi:
1. stanj, ki izvirajo iz obporodnega obdobja;
 2. gripe in akutnih infekcij zgornjih dihal;

3. črevesnih infekcijskih bolezni in zoonoz;
 4. težav pri razvoju (disleksija, učne težave, nizka rast in motnje pozornosti s hiperaktivnostjo).
- [5] Zavarovanje ne krije stroškov:
1. zdravstvenih storitev, opravljenih brez izrecne predhodne odobritve zavarovalnice pri izvajalcih, ki so ožji družinski člani zavarovanca oziroma živijo v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem;
 2. drugega mnenja;
 3. storitev alternativnega, komplementarnega ali eksperimentalnega zdravljenja;
 4. medicinskih pripomočkov ali implantatov, razen če so sestavni del posega;
 5. reševalnih prevozov, nujne medicinske pomoči, intenzivne medicine, nujnega zdravljenja in neodložljivih zdravstvenih storitev, preventive in zdravstvene nege;
 6. dialize;
 7. cepljenja;
 8. genetskih preiskav;
 9. hialuronske kisline;
 10. spremljevalca zavarovanca, potnih stroškov, stroškov nastanitve in prehrane ter stroškov komunikacijskih storitev.
- [6] Zavarovanje ne krije stroškov:
1. ponovne izdaje zdravila z enako učinkovino zaradi enakega razloga obravnave;
 2. zdravil, ki se lahko izdajajo tudi brez recepta;
 3. zdravil, predpisanih na recept v preventivne namene;
 4. zdravil za zdravljenje erektilne disfunkcije, zdravil za odpravljanje prekomerne teže, zdravil za odpravljanje androgene alopecije in kontraceptivov, razen ob hormonskem zdravljenju;
 5. zdravil, ki so predpisana zaradi dietetičnih, dezinfekcijskih, negovalnih in kozmetičnih učinkov;
 6. bioloških zdravil.
- [7] Izključene so obveznosti zavarovalnice, kadar do bolezni, stanja oziroma poškodbe pride zaradi ali v povezavi z:
1. vojno ali vojni podobnimi dogodki, sabotažo, terorističnim dejanjem, izgredom, vstajo, revolucijo ipd. ne glede na to, ali je zavarovanec v njih sodeloval;
 2. epidemijo, pandemijo, onesnaženjem okolja, radioaktivnim sevanjem, neposrednim ali posrednim delovanjem jedrske energije ter naravnimi nesrečami;
 3. pripravo, poskusom ali izvršitvijo kaznivega dejanja, kakor tudi zaradi pobega po takšnem dejanju;
 4. fizičnim obračunavanjem, razen v primeru uradno dokazane samoobrambe, kar zavarovanec dokazuje sam;
 5. samopoškodbo ali poskusom samomora;
 6. upravljanjem vozil, zračnih plovil, plovnih objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.
- [8] Obveznost izplačila zavarovalnine je izključena v primeru:
1. neodgovornega ravnanja oziroma opustitve potrebnega ravnanja zavarovanca ter v primeru, če se zavarovanec ne drži navodil lečečega zdravnika;
 2. dajanja neresničnih podatkov, zamolčanja, prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca oziroma zavarovanca.
- [9] Zavarovalnica tudi ne krije stroškov:
1. 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, in
 2. stroškov pravnega oziroma drugega zastopanja zavarovanca v postopku reševanja zavarovalnega primera.

24. člen: Krajevna veljavnost zavarovanja

- [1] Zavarovanje velja v Republiki Sloveniji in državah Evropske unije.
- [2] Če predpisano zdravilo ni v prometu v Republiki Sloveniji, zavarovalnica povrne stroške tega zdravila, izdanega v tujini.

Sklenitev, trajanje in prenehanje zavarovanja

25. člen: Sklenitev zavarovalne pogodbe in zavarovanja

- [1] Zavarovalna pogodba se sklene na podlagi ponudbe in je sklenjena, ko jo podpišeta obe pogodbeni stranki. Podpis ponudnika na ponudbi šteje za podpis zavarovalca v zavarovalni polici.
- [2] Ponudnik s podpisom ponudbe izjavlja, da je bil pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe seznanjen s pogoji sklepanja in izvajanja zavarovanja in da so pogodbena določila skladna z dogovorom pogodbenih strank.

- [3] Zavarovanec ob sklenitvi zavarovalne pogodbe izpolni in podpiše vprašalnik o zdravstvenem stanju, če je sestavni del ponudbe. Na podlagi vprašalnika o zdravstvenem stanju lahko zavarovalnica v zavarovalni pogodbi določi zavarovancu doplačilo zavarovalne premije oziroma izključitve svojih obveznosti, povezane z zdravstvenim stanjem zavarovanca ob sklenitvi. Če se novorojeni otrok zavaruje v 14 dneh po rojstvu, izpolnitev vprašalnika o zdravstvenem stanju ni potrebna. Zavarovanec, razen novorojeni otrok iz predhodnega stavka, se lahko vključi v zavarovanje ob preteku zavarovalnega leta z izpolnitvijo vprašalnika o zdravstvenem stanju. Če se zavarovanec zavaruje v 14 dneh po poteku kolektivnega zavarovanja specialistično ambulantnega zdravljenja, izpolnitev vprašalnika o zdravstvenem stanju ni potrebna.
- [4] Če je za sklenitev zavarovanja potreben zdravniški pregled, ga zavarovanec na zahtevo zavarovalnice opravi v 14 dneh. Če je za sklenitev zavarovanja potrebna dodatna zdravstvena dokumentacija, jo zavarovanec posreduje zavarovalnici na njeno zahtevo v 14 dneh.
- [5] Podpisana ponudba za sklenitev zavarovalne pogodbe, ki je bila predložena zavarovalnici, obvezuje ponudnika 8 dni od dneva, ko je prispela v zavarovalnico, če je potreben zdravniški pregled, pa 30 dni. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa zavarovanje, se šteje, da je ponudba sprejeta in da je zavarovalna pogodba sklenjena tistega dne, ko je ponudba prispela k zavarovalnici.
- [6] Če je zavarovalnica pripravljena ponudbo sprejeti samo pod posebnimi ali spremenjenimi pogoji, je zavarovalna pogodba sklenjena šele s tistim dnem, ko zavarovalec na te pogoje pristane s podpisom. Šteje se, da je ponudnik odstopil od ponudbe, če na posebne ali spremenjene pogoje zavarovalnice ni pristal s podpisom v 8 dneh od dneva prejema obvestila zavarovalnice.
- [7] Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora ponudba vsebovati pisno soglasje zavarovanca za sklenitev zavarovanja.
- [8] Zavarovalnica lahko ponudbo za sklenitev zavarovalne pogodbe zavrne brez obrazložitve.

26. člen: Trajanje zavarovanja

- [1] Zavarovanje se začne ob 00.00 uri tistega dne, katerega datum je v zavarovalni polici določen kot datum začetka zavarovanja, in poteče ob 00.00 uri tistega dne, katerega datum je v zavarovalni polici določen kot datum poteka zavarovanja.
- [2] Zavarovanje se sklene za obdobje najmanj enega 1 leta.
- [3] Zavarovanje traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni starost 65 let, razen če je dogovorjeno drugače v zavarovalni pogodbi.

27. člen: Podaljšanje zavarovanja

- [1] Zavarovanje se ob poteku upošteva 31. člen Splošnih pogojev molče podaljša za enak čas trajanja, razen če zavarovalec oziroma zavarovanec najkasneje 1 mesec pred potekom zavarovanja izjavi drugače. V primeru pravočasnega preklica zavarovanje preneha z datumom poteka zavarovanja iz 1 odstavka 26. člena Splošnih pogojev.
- [2] Zavarovanje se ne podaljša, če je zavarovalnica z izvajanjem zavarovanja prenehala, če je zavarovalec oziroma zavarovanec ravnal v nasprotju z zavarovalno pogodbo ali če so nastale okoliščine, zaradi katerih zavarovalnica zavarovalne pogodbe ne bi sklenila. Zavarovalnica o tem obvesti zavarovalca v 8 dneh pred datumom poteka zavarovanja.

28. člen: Prenehanje zavarovalne pogodbe in zavarovanja

- [1] Zavarovalec med trajanjem zavarovanja zavarovalne pogodbe ne more enostransko razdreti. Razdrtje je mogoče dogovoriti samo sporazumno in če za to obstajajo utemeljeni razlogi.
- [2] V primeru sklenitve zavarovanja na daljavo ima zavarovalec skladno z zakonom, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da v 15 dneh od dneva sklenitve zavarovanja brez obrazložitve odstopi od zavarovalne pogodbe.
- [3] Če je zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot 5 let, sme vsaka pogodbena stranka po poteku tega časa z odpovednim rokom 6 mesecev z izjavo odstopiti od zavarovalne pogodbe.
- [4] Zavarovalna pogodba ne glede na določbo 1. odstavka 26. člena ter določbi 27. člena Splošnih pogojev preneha ob 00.00 uri tistega dne, ko:
 1. poteče zavarovalno leto, v katerem zavarovanec dopolni starost 65 let, razen, če je v zavarovalni pogodbi dogovorjeno drugače;
 2. je zavarovanje razdrt ali razveljavljeno.
- [5] Zavarovanje predčasno preneha s smrtjo zavarovanca.

Zavarovalno jamstvo

29. člen: Zavarovalno jamstvo

- [1] Zavarovalno jamstvo se začne se začne ob 00.00 uri na dan začetka zavarovanja, če zavarovanje ni v karenci.
- [2] Če je zavarovanec v zavarovalnem letu že izkoristil letno zavarovalno vsoto, zavarovanje do začetka naslednjega zavarovalnega leta nima zavarovalnega jamstva.
- [3] Zavarovalno jamstvo preneha s prenehanjem zavarovanja.

30. člen: Mirovanje zavarovanja

- [1] Mirovanja zavarovanja ni mogoče dogovoriti.

Zavarovalna premija

31. člen: Zavarovalna premija

- [1] Zavarovalna premija je letna. Plačuje se vnaprej z dinamiko plačila, ki je določena v zavarovalni pogodbi, razen če je z zavarovalno pogodbo drugače dogovorjeno.
- [2] Zavarovalna premija je določena po starostnih razredih. Ob sklenitvi zavarovanja je razvidna iz ponudbe zavarovanja. Na podlagi vprašalnika o zdravstvenem stanju lahko zavarovalnica v zavarovalni pogodbi določi zavarovancu doplačilo zavarovalne premije oziroma izključitve svojih obveznosti, povezane z zdravstvenim stanjem zavarovanca. V primeru prehoda v višji starostni razred se ob začetku novega zavarovalnega leta višina zavarovalne premije za naslednje zavarovalno leto uskladi z veljavnim premijskim cenikom zavarovanja.
- [3] Če je zavarovanje sklenjeno za obdobje več let, si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti zavarovalno premijo vsako novo zavarovalno leto.
- [4] Skladno z zakonskimi določbami se na zavarovalno premijo obračunajo davki.
- [5] V primeru zaostankov pri plačilu zavarovalne premije se obveznosti poravnajo po vrstnem redu zapadlosti.

32. člen: Posledice neplačila zavarovalne premije

- [1] Obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, preneha v primeru, če zavarovalec do zapadlosti ne plača zavarovalne premije, ki je zapadla po sklenitvi pogodbe, in tega tudi ne stori kdo drug, ki je za to zainteresiran, po 30 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa se ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče 30 dni od zapadlosti premije.
- [2] Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prejšnjega odstavka, če je zavarovalec v zamudi s plačilom premije, ki jo je treba plačati po sklenitvi pogodbe, oziroma druge in naslednjih premij, razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka. Razdrtje zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in o prenehanju zavarovalnega kritja.
- [3] Če zavarovalec plača premijo po izteku roka iz 1. odstavka se obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, ponovno vzpostavi naslednji dan po dnevu plačila celotne zapadle zavarovalne premije.
- [4] V primeru zamude pri plačilu zavarovalne premije lahko zavarovalnica od zavarovalca zahteva povračilo stroškov, ki so ji bili z zamudo povzročeni, in zakonske zamudne obresti.
- [5] Zavarovalec z neplačilom zavarovalne premije ne more enostransko razdreti zavarovanja.

Osebnih podatki

33. člen: Obdelava in varstvo osebnih podatkov

- [1] Zavarovalnica v zbirkah podatkov, ki jih vzpostavi, vodi in vzdržuje v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov in zavarovalništvo, obdeluje naslednje osebne podatke svojih strank:
 1. podatke, navedene v zavarovalni pogodbi (tj. ponudbi za sklenitev zavarovanja oziroma pristopni izjavi z dopolnili in izjavami, zavarovalni polici, posebnih pisnih izjavah), na prilogah in dodatkih k zavarovalni pogodbi, vključno z vprašalniki (npr. o zdravstvenem stanju);
 2. podatke o zavarovalnih primerih ter za presojo zavarovalnega kritja in višine odškodnine oziroma zavarovalnine;
 3. podatke, ki jih zavarovalnica pridobi v drugih komunikacijah z zavarovalcem, zavarovancem ali tretjimi osebami (npr. pri nagradnih igrah, dogodkih, ki jih organizira zavarovalnica, registraciji in uporabi mobilnih in spletnih aplikacij zavarovalnice ipd.);

4. podatke o danih privolitvah in podatke, posredovane s strani povezane družbe v Skupini Triglav na podlagi vaše privolitve.
- [2] S soglasjem stranke lahko zavarovalnica osebne podatke obdeluje tudi za namene, za katere je bila privolitev dana.
- [3] Zavarovalnica osebne podatke stranke obdeluje tudi v skladu s svojimi zakonitimi interesi. Obdelavi osebnih podatkov na podlagi zakonitih interesov lahko stranka kadarkoli ugovarja.
- [4] Osebne podatke iz zbirk zavarovalnice obdelujejo tudi družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o obdelavi osebnih podatkov. Če se pogodbeni obdelovalci osebnih podatkov nahajajo zunaj območja držav članic Evropske unije, se zagotavlja enak standard varstva osebnih podatkov, kot če bi obdelavo izvajala zavarovalnica sama. Informacije o kategorijah uporabnikov osebnih podatkov so objavljene v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglavzdravje.si.
- [5] Zavarovalnica lahko osebne podatke obdeluje tudi za potrebe izvajanja lojalnostnih programov, tj. nudenja raznih bonov ugodnosti ter dodatnih popustov (npr. vključitev v Triglav komplet). Vključitev v lojalnostni program je prostovoljna.
- [6] Zavarovalnica osebne podatke, pridobljene na podlagi zakona ali sklenjene pogodbe, hrani do poteka zakonskega roka hrambe. Osebne podatke, ki jih obdeluje na podlagi privolitve hrani do preklica privolitve. Enako velja tudi za obdelavo teh podatkov v družbah, katerim so bili s privolitvijo osebni podatki posredovani.
- [7] Stranka lahko kadarkoli začasno ali trajno prekliče privolitve za obdelavo osebnih podatkov iz drugega odstavka tega člena oz. ugovarja obdelavi osebnih podatkov ali zahteva dostop, dopolnitev, popravek, omejitev obdelave, prenos ali izbris osebnih podatkov, ki se obdelujejo v zvezi z njo, s pisno zahtevo poslano na naslov: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Pristaniška ulica 10, 6000 Koper, ali info@triglavzdravje.si ali s pomočjo spletnega obrazca, dostopnega na spletni strani www.triglavzdravje.si. Preklic privolitve ne vpliva na zakonitost obdelave, ki se je na podlagi privolitve izvajala do njenega preklica.
- [8] Pooblaščenca oseba za varstvo podatkov v zavarovalnici je dostopna na naslovu: dpo@triglavzdravje.si.
- [9] Stranka ima pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenca, če meni, da se njeni osebni podatki obdelujejo v nasprotju z veljavnimi predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.
- [10] Več informacij o varstvu osebnih podatkov v zavarovalnici je objavljeneh v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglavzdravje.si.

Druge pravice in obveznosti pogodbenih strank

34. člen: Druge pravice in obveznosti zavarovalnice

- [1] Zavarovalnica ima s pogodbenimi izvajalci vzpostavljene poslovne odnose, potrebne za izvajanje zavarovanja.
- [2] Zavarovalnica je dolžna sprejeti zavarovalno premijo od vsake osebe, ki ima za njeno plačilo pravni interes.
- [3] Če zavarovalec oziroma zavarovanec namenoma netočno prijavi ali namenoma zamolči kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovanja, če bi vedela za resnično stanje, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev zavarovanja brez odpovednega roka in vračilo izplačane zavarovalnine, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi ter s tem nastalo škodo in stroški, pri čemer zavarovalnica lahko obdrži že plačane zavarovalne premije in ima pravico zahtevati plačilo zavarovalne premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev zavarovalne pogodbe.
- [4] Če zavarovalec oziroma zavarovanec kaj neresnično prijavi ali je opusti dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica v 1 mesecu od dneva, ko izve za neresničnost ali nepopolnost prijave, razdre zavarovanje z odpovednim rokom 14 dni ali ustrezno zviša zavarovalno premijo. Če zavarovalec na zvišanje zavarovalne premije ne pristane, ima pravico, da v 14 dneh po obvestilu z izjavo razdre zavarovanje, pri čemer zavarovalnica vrne del že plačane zavarovalne premije, ki odpada na čas do poteka zavarovanja, in ima pravico ustrezno zmanjšati zavarovalnino.
- [5] Zavarovalnica lahko v primeru prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca oziroma zavarovanca razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka in zahteva vračilo izplačane zavarovalnine, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi ter s tem nastalo škodo in stroški, pri čemer zavarovalnica lahko obdrži že plačane zavarovalne premije in ima pravico zahtevati plačilo zavarovalne premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razdrtje zavarovalne pogodbe.
- [6] Če zavarovanje preneha s smrtjo zavarovanca, je zavarovalnica upravičena do zavarovalne premije do konca meseca, v katerem je nastopila smrt, sorazmerni del vnaprej plačanega zneska zavarovalne

premije pa se v primeru, da je višji od stroška, ki ga ima zavarovalnica z vračilom sorazmernega dela, vrne v premoženje zavarovalca.

- [7] Zavarovalnica v primeru sprememb, ki so pomembne za izvajanje zavarovanja, o tem na primeren način (pisno, telefonsko, na svoji spletni strani ali prek medijev in podobno) obvesti zavarovalca oziroma zavarovanca.
- [8] Zavarovalnica ne prevzema odgovornosti za kakovost opravljene zdravstvene storitve.

35. člen: Druge pravice in obveznosti zavarovalca in zavarovanca

- [1] Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, zavarovalec z določili zavarovalne pogodbe seznanja zavarovanca. Šteje se, da je zavarovanec seznanjen s pogoji sklepanja in izvajanja zavarovanja.
- [2] Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan zavarovalnici:
1. ob sklenitvi zavarovanja prijaviti vse okoliščine, ki so nujno potrebne za ocenitev nevarnosti in so mu znane ali mu niso mogle ostati neznane. Za nujno potrebne veljajo okoliščine, brez poznavanja katerih zavarovanja ni mogoče skleniti, oziroma so takšne, da bi zavarovalnica zavarovanje sklenila pod posebnimi ali spremenjenimi pogoji oziroma da zavarovanja ne bi sklenila;
 2. med trajanjem zavarovanja ažurno posredovati osebne in druge podatke ter okoliščine in njihove spremembe, pomembne za izvajanje zavarovanja.
- [3] Zavarovalec je dolžan zagotavljati plačilo zavarovalne premije na način in v rokih, ki so določeni v zavarovalni pogodbi.
- [4] Zavarovanec je dolžan:
1. pravice iz zavarovanja uveljavljati na način in po pogojih, ki so določeni v zavarovalni pogodbi in
 2. na svoje stroške zavarovalnici predložiti vso dokumentacijo in nuditi vse informacije, potrebne za ugotovitev nastanka in obstoja zavarovalnega primera ter upravičenosti do zavarovalnine.
- [5] Če zavarovanec ne ravna v skladu z zavarovalno pogodbo, zlasti pravic iz zavarovanja ne uveljavlja na način in po pogojih, ki so določeni v zavarovalni pogodbi, ali ne upošteva navodil za izvedbo zdravstvene storitve, ki sta mu jih predhodno posredovala zavarovalnica oziroma izvajalec, povrne zavarovalnici škodo in stroške, nastale zaradi njegovega ravnanja ali opustitve.
- [6] Če zavarovanec pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja prekorači letno zavarovalno vsoto, povrne zavarovalnici znesek prekoračitve in stroške, nastale zaradi njegovega ravnanja.
- [7] Če se po uveljavljanju pravic iz zavarovanja ugotovi, da zavarovalni primer ni nastal, zavarovanec povrne zavarovalnici plačano zavarovalnino ter stroške, nastale zaradi njegovega ravnanja.
- [8] Če se po uveljavljanju pravic iz zavarovanja ugotovi, da zavarovanec ni bil upravičen do kritja stroškov opravljene obravnave oziroma izdanih zdravil, je zavarovanec dolžan vrniti zavarovalnici plačano zavarovalnino in nastale stroške.

Zavarovalna pogodba

36. člen: Zavarovalna pogodba

- [1] Z zavarovalno pogodbo se zavarovalec zavezuje, da zavarovalnici plača zavarovalno premijo, zavarovalnica pa se zavezuje, da ob nastopu zavarovalnega primera in ob izpolnjenih pogojih zavarovalnega jamstva zavarovancu plača stroške opravljenih zdravstvenih storitev in izdaje zdravil v dogovorjeni višini ter nudi asistenco pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja.

37. člen: Splošni pogoji

- [1] Splošni pogoji so sestavni del zavarovalne pogodbe, s katero so urejena razmerja med zavarovalcem, zavarovancem in zavarovalnico.
- [2] Zavarovalnica ima Splošne pogoje objavljene na svoji spletni strani.

38. člen: Drugi dokumenti zavarovalne pogodbe in njihova hierarhija

- [1] Sestavni deli zavarovalne pogodbe so poleg Splošnih pogojev tudi ponudba, vprašalnik o zdravstvenem stanju, zavarovalna polica ter zdravstvena dokumentacija in druge prijave, izjave ali dokumenti pogodbenih strank, lahko pa tudi posebni pogoji oziroma klavzule zavarovalne police.
- [2] V primerih, ko so določbe posebnih pogojev v nasprotju z določbami Splošnih pogojev, veljajo posebni pogoji. V primerih, ko je klavzula zavarovalne police v nasprotju z določbami Splošnih pogojev oziroma posebnih pogojev, velja klavzula zavarovalne police.

39. člen: Oblika zavarovalne pogodbe in medsebojno obveščanje

- [1] Dokumentacija zavarovalne pogodbe in v zvezi z zavarovalno pogodbo mora biti v slovenskem jeziku in v pisni ali dogovorjeni elektronski obliki ter učinkuje na prejemnika od dneva prejema.
- [2] Kot dan prejema šteje 8 dan po dnevu priporočene oddaje pošiljke, poslana na zadnji, s strani prejemnika posredovani naslov.

40. člen: Spremembe zavarovalne pogodbe

- [1] V času trajanja zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti Splošne pogoje, višino zavarovalne premije oziroma premijskega cenika zavarovanja, višino soudeležbe in višino letne zavarovalne vsote, pri čemer spremembe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta.
- [2] Zavarovalnica o spremembah na primeren način obvesti zavarovalca, ki ima zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot 1 leto, vsaj 1 mesec pred uveljavitvijo spremembe. Če se zavarovalec s spremembo ne strinja, ima pravico, da v 30 dneh po obvestilu z izjavo odstopi od zavarovalne pogodbe, pri čemer odstop od zavarovalne pogodbe učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovalec v tem roku ne odstopi od zavarovalne pogodbe, se šteje, da se s spremembami strinja.
- [3] Zavarovalec nima pravice odstopiti od zavarovalne pogodbe, če je sprememba v njegovo oziroma zavarovančevo korist ali če se spremeni višina zavarovalne premije zaradi prehoda zavarovanca v višji starostni razred.
- [4] Druge spremembe zavarovalne pogodbe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta, razen če je z zavarovalnico dogovorjeno drugače.

41. člen: Razširitev zdravstvenih storitev in področij

- [1] Sezname zdravstvenih storitev, obravnava in področij lahko zavarovalnica razširi z objavo na svoji spletni strani.

Sklepne določbe

42. člen: Uporaba prava in zakonodaje

- [1] Za razmerja iz zavarovalne pogodbe se uporablja pravo Republike Slovenije.
- [2] Za razmerja med zavarovalnico, zavarovalcem in zavarovancem, ki niso dogovorjena z zavarovalno pogodbo, se uporablja zakonodaja, ki ureja obligacijska razmerja.

43. člen: Reševanje sporov

- [1] Zoper odločitev zavarovalnice je mogoče vložiti pritožbo, o kateri dokončno odloči pritožbeni organ zavarovalnice v internem postopku skladno s pravilnikom zavarovalnice, ki je objavljen na spletni strani zavarovalnice: www.triglavzdravje.si. V primeru nestrinjanja z odločitvijo pritožbenega organa zavarovalnice se lahko nadaljuje postopek za izvensodno reševanje sporov pri Mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja, e-naslov: irps@zav-zdruzenje.si, tel. +386 1 3009 381. Pobudo lahko vložijo, če je predhodno vložil pritožbo pri zavarovalnici, ki ji ni bilo ugodeno ali zavarovalnica o pritožbi ni odločila v 30 dneh po prejemu. Za obravnavo kršitev dobrih poslovnih običajev zavarovalnic pa je pristojen Varuh pravic s področja zavarovalništva. Oba organa delujeta pri Slovenskem zavarovalnem združenju, spletni naslov: www.zav-zdruzenje.si.

44. člen: Pobota, zastava in odstop terjatev

- [1] Zavarovalnica lahko ob izplačilu zavarovalnine pobota zapadle neplačane zavarovalne premije in druge obveznosti zavarovalca in zavarovanca, vključno s tistimi po predhodnem zavarovanju, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi ter s tem nastalo škodo in stroški.
- [2] Če prejme zavarovalec oziroma zavarovanec nadomestilo, ki se nanaša na povrnitev stroškov zdravstvenih storitev in zdravil po Splošnih pogojih, od osebe, odgovorne za škodo, lahko zavarovalnica od zavarovalnine odbije znesek tega nadomestila.
- [3] Terjatve zoper zavarovalnico zavarovalec oziroma zavarovanec ne more niti zastaviti niti odstopiti.

45. člen: Sankcijska klavzula

- [1] Ne glede na določila zavarovalne pogodbe zavarovalnica ne zagotavlja zavarovalnega kritja in nima obveznosti plačila na podlagi zavarovalnega zahtevka, če bi takšno plačilo pomenilo kršitev sankcij, prepovedi ali omejitev na podlagi resolucij Združenih narodov ali drugih gospodarskih sankcij, kršitev predpisov Evropske unije, Združenega kraljestva Velike Britanije in Severne Irske ali Združenih držav Amerike.

46. člen: Nadzor nad zavarovalnico

- [1] Nadzor nad zavarovalnico izvaja Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, 1000 Ljubljana.

47. člen: Veljavnost Splošnih pogojev

- [1] Splošni pogoji veljajo od 21.11.2022.