

SPLOŠNI POGOJI DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA 01-DZZ-01/19

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

Splošni pogoji dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju pogoji) urejajo razmerja med zavarovalnico, zavarovalcem in zavarovancem pri zavarovanju plačila razlike med vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, za katerega je zagotovljeno plačilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, oziroma dela te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravlil s seznama medsebojno zamenljivih zdravlil in medicinsko-tehničnih pripomočkov skladno z določbami Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju Zakon).

2. člen: POMEN IZRAZOV

Izraz	Kratka obrazložitev
Zavarovalec	Fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo, s katero se zaveže zavarovalnici plačevati premijo.
Zavarovanec	Fizična oseba, ki lahko uveljavlja pravice iz zavarovalne pogodbe.
Pogodba	Pogodba o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju je dogovor o medsebojnih obveznostih in pravicah med zavarovalnico, zavarovalcem in zavarovancem. Sestavni del pogodbe so ti pogoji, ponudba in druge morebitne pisne izjave pogodbenih strank.
Ponudba	Zavarovalnici dan predlog za sklenitev pogodbe, ki vsebuje vse bistvene sestavine pogodbe.
Polica	Listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi.
Premija	Znesek, ki ga zavarovalec plača zavarovalnici po zavarovalni pogodbi.
Čakalna doba	Obdobje, ki se prične z začetkom veljavnosti pogodbe in v katerem zavarovanec še nima kritja.
Kritje	Zaveza zavarovalnice zavarovancu, da bo ob nastanku zavarovalnega primera izpolnila svoje obveznosti do njega, določene v pogodbi.
Izvajalec	Izvajalec zdravstvenih storitev je oseba, ki po pogodbi z nosilcem obveznega zdravstvenega zavarovanja opravlja storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
Jamstvo	Zaveza zavarovalnice izvajalcu, da mu bo iz naslova sklenjene pogodbe namesto zavarovanca plačala stroške zdravstvenih storitev v deležu, kot bi mu jih sicer moral plačati zavarovanec. Jamstvo se pri izvajalcu izkazuje z elektronsko kartico zdravstvenega zavarovanja, ki izvajalcu omogoča dostop do zavarovančevih podatkov o zavarovanju. S to kartico lahko zavarovanec uveljavlja svoje pravice iz pogodbe pri izvajalcu.

3. člen: VSEBINA IN OBSEG ZAVAROVANJA

- Predmet zavarovanja so doplačila, ki jih mora plačati zavarovanec izvajalcu pri uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev in ki predstavljajo razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, za katerega je zagotovljeno plačilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v skladu z določbami 23. člena Zakona, oziroma razliko med najvišjo priznano vrednostjo in deležem te vrednosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju.
- Obseg, vsebina, pogoji in načini uresničevanja pravic morajo biti skladni s predpisi iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

4. člen: SKLENITEV POGODBE

- Zavarovanec je lahko samo oseba, ki ima po Zakonu status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju in je zavezanec za doplačila.
- Pogodba je sklenjena, ko pogodbeniki podpišejo polico. Pogodba se šteje za sklenjeno tudi na podlagi podpisane ponudbe zavarovalca, če se ne odmika od pogojev, po katerih zavarovalnica sklepa predlagano zavarovanje in jih zavarovalec sprejema, ponudbe pa zavarovalnica v roku 8 dni od prejema ne odkloni. V tem primeru se šteje pogodba za sklenjeno od trenutka, ko ponudba prispe k zavarovalnici. Ponudba je za zavarovalca zavezujoča.
- Zavarovalec ima pravico, da v primeru sklenitve pogodbe na daljavo (pogodba, sklenjena prek interneta, telefona, pošte in podobno) v roku 14 dni od dneva sklenitve zavarovanja odstopi od pogodbe. Odstop mora biti pisen in vložen na zavarovalnico do izteka roka, pri čemer se šteje, da je vložen v roku, če je do izteka roka priporočeno oddan na pošti. Zavarovalnica je v tem primeru upravičena obdržati premijo za vsak dan, ko je nudila kritje.
- Kadar zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora pogodba vsebovati tudi podpis zavarovanca.
- S sklenitvijo pogodbe zavarovalec oziroma zavarovanec sprejme vse pravice in obveznosti, ki so določene v pogodbi.

5. člen: ZAČETEK, TRAJANJE IN PRENEHANJE POGODBE TER KRITJA

- Pogodba se sklene za najmanj eno leto.
- Pogodba se lahko izjemoma sklene za manj kot eno leto za zavarovanje oseb, katerih status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju je časovno omejen.
- Pogodba začne veljati ob 00.00 tistega dne v mesecu, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja.
- Hkrati z veljavnostjo pogodbe začne veljati tudi kritje, vendar ne pred potekom čakalne dobe, pri čemer začne kritje veljati ob 00.00 naslednjega dne, ko čakalna doba poteče.
- V pogodbi je določena čakalna doba treh mesecev za osebe, ki so zavezane k plačilu doplačil iz prvega odstavka 3. člena, in je od začetka te obveznosti do sklenitve pogodbe potekel več kot en mesec, kakor tudi za osebe, za katere je od prenehanja pogodbe pri drugi zavarovalnici do sklenitve pogodbe potekel več kot en mesec.
- Pogodba in kritje prenehata veljati ob 24.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot dan prenehanja zavarovanja.
- 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 mora biti poslano zavarovalnici najmanj 60 dni pred potekom tekočega obdobja. Navedeno ne velja za primere, ko je tovrstno podaljšanje pogodbe na polici izrecno izključeno. V primeru preklica pogodba preneha z iztekom tekočega obdobja.
- V primeru podaljšanja pogodbe po prejšnjem odstavku se šteje, da je bila podaljšana obstoječa pogodba in ne, da je bila sklenjena nova. Določilo prejšnjega odstavka ne posega v pravico zavarovalca, da odpove pogodbo skladno z devetim odstavkom tega člena.
- Zavarovalec lahko odpove pogodbo po poteku enega leta od začetka veljavnosti pogodbe. Odpovedni rok je tri mesece.
- Zavarovalec lahko odpove pogodbo tudi pred potekom enega leta v primeru prenehanja statusa zavarovanca kot zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju ali ko zavarovanec ni več zavezanec za doplačila. Pogodba preneha z naslednjim dnevom po prejemu obvestila, s katerim je zavarovalec zavarovalnico obvestil o spremembi statusa oziroma z dnem spremembe statusa, če je zavarovalec poslal obvestilo zavarovalnici vnaprej.

- (11) Pogodba se lahko predčasno enostransko odpove s strani zavarovalnice samo v primeru razdrtja pogodbe zaradi neplačila po devetem odstavku 6. člena, s strani zavarovalca pa le v primeru odpovedi po devetem ali desetem odstavku tega člena, v primeru sprememb pa tudi po četrtem odstavku 6. člena in tretjem odstavku 11. člena.
- (12) V primeru smrti zavarovanca pogodba preneha z dnem smrti.
- (13) Ob razdrtju pogodbe ima zavarovalnica pravico zahtevati plačilo premije do konca meseca, v katerem je nastopil dan prenehanja pogodbe.
- (14) Zavarovalnica lahko pred sklenitvijo pogodbe od zavarovalca, ki ni izpolnjeval obveznosti iz predhodno sklenjene pogodbe dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, zahteva poravnavo vseh zapadlih obveznosti z zakonskimi zamudnimi obrestmi in stroški.

6. člen: PREMIJA IN POSLEDICE NEPLAČILA PREMIJE

- (1) Premija je mesečna in je določena v cenikih zavarovalnice.
- (2) Zavarovalnica v skladu z Zakonom za vsako polno nezavarovano leto poviša premijo za 3 odstotke. Skupno povišanje premije lahko znaša največ 80 %. Za izračun števila polnih nezavarovanih let se upoštevajo vsi dnevi po 1. 1. 2006, ko je bil zavarovanec zavezanec za plačilo doplačil, a ni imel veljavnega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.
- (3) Zavarovalnica lahko v skladu z Zakonom obračuna popuste na premijo. Vrsta in višina popustov je določena v premijskem sistemu in cenikih zavarovalnice ter je zapisana na polici. Popusti veljajo za čas obstoja okoliščin, na katere je vezano obračunavanje popusta. Ob spremembi teh okoliščin lahko zavarovalnica ukine ta popust, o čemer obvesti zavarovalca.
- (4) Zavarovalnica lahko spremeni višino premije, če se spremenita višina ali obseg doplačil, ki izhajata iz spremembe vsebine, strukture, obsega ali standarda pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju, sprememb cen zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, ali sprememb odstotkov doplačil, ki jih v skladu z Zakonom krije dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Zavarovalnica lahko spremeni višino premije tudi v primeru, če se spremenijo davčne obveznosti v zvezi z obdavčitvijo prometa zavarovalnih poslov in drugi nevarnostni dejavniki, ki vplivajo na izpolnjevanje obveznosti zavarovalnice. O nameravani spremembi premije zavarovalnica obvesti zavarovalca pred predvideno spremembo. Zavarovalec lahko v primeru nestrinjanja s spremenjeno premijo v roku 30 dni od dneva spremembe zavarovalno pogodbo odpove s trimesečnim odpovednim rokom.
- (5) Premija se plačuje vnaprej in zapade v plačilo na prvi dan obdobja, za katerega se plačuje, razen če ni drugače dogovorjeno.
- (6) V primeru spremembe premije se spremenjena premija obračuna za obdobje od datuma začetka veljavnosti spremembe za naprej. Pri dogovoru o letni, polletni ali četrletni premiji se obračuna sorazmerni del razlike med spremenjeno premijo in premijo pred spremembo. Sorazmerni del se določi glede na število mesecev trajanja zavarovanja od meseca začetka veljavnosti spremembe do zapadlosti naslednje premije v plačilo.
- (7) Če premija do zapadlosti ni plačana, preneha kritje po pogodbi po 60 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije na naslov oziroma na zadnjo spremembo naslova, ki ga je zavarovalec oziroma zavarovanec sporočil zavarovalnici. Za vročanje se uporabljajo pravila o osebnem vročanju skladno z zakonom, ki ureja upravni postopek. Šteje se, da je bila priporočena pošiljka zavarovalcu oziroma zavarovancu vročena, ne glede na to, ali je zavarovalec oziroma zavarovanec priporočeno pošiljko prevzel, če je zavarovalnica pošiljko poslala na naslov, kot je predhodno navedeno. S prenehanjem kritja preneha tudi jamstvo.
- (8) V primeru neplačevanja premije lahko zavarovalnica enostransko prekine jamstvo tudi pred prenehanjem kritja po prejšnjem odstavku. V tem primeru mora zavarovanec sam poravnati stroške pri izvajalcu, svoje pravice iz pogodbe pa uveljavljati neposredno pri zavarovalnici.
- (9) Zavarovalnica lahko po izteku roka iz sedmega odstavka tega člena razdre pogodbo brez odpovednega roka in izterja neplačane premije s pripadajočimi obrestmi. Razdrtje pogodbe in prenehanje kritja nastopi z iztekom roka iz

sedmega odstavka tega člena, če je bil zavarovalec oziroma zavarovanec v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju kritja iz sedmega odstavka tega člena o tem primerno obveščen.

7. člen: MIROVANJE POGODBE

- (1) Obdobje mirovanja pogodbe je obdobje, v katerem na podlagi sporazuma zavarovalnice z zavarovalcem oziroma zavarovancem ni mogoče 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 ali začasno ni zavezanec za plačilo doplačil v skladu z Zakonom (npr. odhod v tujino, sprememba študentskega statusa, prestanje zaporne kazni). Izjemoma lahko zavarovalnica odobri mirovanje pogodbe tudi na podlagi utemeljene zahteve v drugih primerih, lahko pa ga določi tudi enostransko v primeru, če je obveščena o navedenih okoliščinah glede statusa zavarovanca, premija po pogodbi pa ni plačana.
- (3) Zavarovalnica odobri mirovanje pogodbe samo ob predložitvi pisnega dokazila.
- (4) Mirovanje se začne ob 00.00 prvega dne naslednjega meseca po datumu, ko je zavarovalnica na podlagi dokazil odobrila mirovanje pogodbe, in preneha ob 24.00 tistega dne, do katerega je bilo mirovanje odobreno. Izjemoma lahko zavarovalnica odobri mirovanje s prvim dnem v istem mesecu, v katerem je prejela vlogo, če zavarovanec na podlagi predloženega dokazila uveljavlja mirovanje za obdobje pred datumom prejema vloge na zavarovalnico, zavarovalnica pa se s tem strinja.
- (5) Zavarovalnica lahko odobri mirovanje pogodbe tudi za obdobje, v katerem je zavarovanec sicer zavezanec za plačilo doplačil, vendar zanj doplačila skladno z Zakonom zagotavlja država iz proračuna. V tem primeru zavarovalnica lahko odobri mirovanje pogodbe na podlagi predloženega dokazila za obdobje pred datumom njegove predložitve.

8. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- (1) Zavarovalnica plača izvajalcem doplačila na podlagi računa ali zahtevka. Zavarovalnica povrne doplačila neposredno zavarovancu, če je zavarovanec doplačila pri izvajalcu plačal sam, vendar zgolj v obsegu in pod pogoji, kot bi šlo za plačilo izvajalcu.
- (2) Zavarovalnica povrne že plačana doplačila zavarovancu najpozneje v 14 dneh od dneva, ko je bila zavarovalnici predložena dokumentacija s priloženim dokazilom o plačilu zdravstvenih storitev izvajalcu.
- (3) Zavarovalnica ima pravico, da pri povračilu že plačanih doplačil iz prejšnjih dveh odstavkov odtegne vse zapadle in neplačane obveznosti zavarovalca oziroma zavarovanca do zavarovalnice iz naslova dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.
- (4) Zavarovalnica je dolžna na zahtevo zavarovalca oziroma zavarovanca brezplačno posredovati podatek o dobi kritja po sklenjenih pogodbah.



9. člen: OMEJITVE IN IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- (1) Obveznost zavarovalnice po teh pogojih je izključena:
 - pri uveljavljanju pravic, ki so v nasprotju s predpisi obveznega zdravstvenega zavarovanja ali s temi pogoji;
 - za storitve, ki so bile opravljene pred začetkom veljavnosti kritja, po poteku oziroma razdrtju pogodbe ali v obdobju mirovanja pogodbe;
 - za doktrinarno neutemeljene zdravstvene storitve;
 - za samoplačniške storitve;
 - za storitve v deležu, ki bi moral biti skladno z določbo 23. člena Zakona plačan iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- (2) Če je zavarovalnica plačila iz prvega odstavka tega člena poravnala, ima od zavarovanca pravico zahtevati povračilo teh plačil (regresni zahtevki) z zakonskimi zamudnimi obrestmi od dneva plačila.

10. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA OZIROMA ZAVAROVANCA

- (1) Zavarovalec je dolžan plačevati premijo na način in v rokih, določenih v pogodbi.
- (2) Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan zavarovalnico najpozneje v 8 dneh pisno obvestiti o vseh spremembah osebnih podatkov oziroma drugih podatkov, ki so pomembni za izvajanje pogodbe, in priložiti ustrezna dokazila. Med take spremembe se štejejo zlasti sprememba priimka, stalnega bivališča in drugih podatkov iz pogodbe ter sprememba statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju.
- (3) Zavarovalnica lahko v spornih primerih zahteva od zavarovanca pisno izjavo o vsebini in obsegu opravljenih zdravstvenih storitev.
- (4) Če zavarovalec oziroma zavarovanec neresnično ali nepopolno prijavi oziroma zamolči bistvene podatke, pomembne za sklenitev ali izvajanje pogodbe, lahko zavarovalnica zahteva povračilo škode po ceniku zavarovalnice.
- (5) Za storitve, ki jih zavarovalec oziroma zavarovanec posebej zahteva od zavarovalnice, lahko zavarovalnica zahteva plačilo nadomestila stroškov po ceniku zavarovalnice. Med take storitve spadajo na primer izdaja dvojnika ali kopije dokumenta, izpis škodne kartice in večkratna sprememba statusa mirovanja pogodbe.

11. člen: SPREMEMBA POGOJEV

- (1) V času veljavnosti pogodbe lahko pride zaradi sprememb okoliščin, pod katerimi je bilo sklenjeno in se izvaja zavarovanje, oziroma sprememb v zdravstvenem zavarovanju ali njegovi zakonodaji do sprememb pogojev.
- (2) Zavarovalnica mora o spremembi obvestiti zavarovalca pred predvidenim začetkom veljavnosti novih pogojev.
- (3) Zavarovalec lahko v primeru nestrinjanja s spremenjenimi pogoji v roku 30 dni od začetka veljavnosti novih pogojev zavarovalno pogodbo odpove s trimesečnim odpovednim rokom.

12. člen: VAROVANJE IN OBDELAVA OSEBNIH PODATKOV

- (1) Zavarovalnica spoštuje pravico do zasebnosti zavarovalcev in zavarovancev. V ta namen je zavarovalnica pripravila celovito »Informacijo o obdelavi osebnih podatkov«, ki je dostopna na www.generalisi.si/vop. Zavarovalec in zavarovanec lahko zahtevata informacijo tudi v pisni obliki prek brezplačne telefonske številke **080 70 77** ali pooblaščenega distributerja.
- (2) Zavarovalec oziroma zavarovanec s sklenitvijo te pogodbe izrecno:
 - dovoljuje, da od zavarovalnice pooblaščen zdravnik v spornih primerih glede plačila zaračunanih storitev v dogovoru z lečečim zdravnikom vpogleda v medicinsko dokumentacijo, vezano na izvajanje zavarovanja;
 - pooblašča zavarovalnico, da lahko v zavarovančevem imenu pridobiva njegove osebne podatke pri upravljavcih zbirk podatkov, če so ti podatki potrebni za sklepanje in izvajanje pogodbe. Tak podatek je na primer sprememba statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju pri nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja, podatek o številu zavarovanih dni v dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju in podobno;
 - pooblašča zavarovalnico, da lahko v zavarovančevem imenu od nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja in zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, pridobi podatke, ki so potrebni za določitev morebitne čakalne dobe in doplačila na premijo za vsako polno nezavarovano leto skladno z Zakonom.

13. člen: MEDSEBOJNO OBVEŠČANJE

- (1) Vse prijave, izjave in zahtevki v zvezi z izvajanjem pogodbenega razmerja po polici, ki jih pogodbene stranke predložijo druga drugi, morajo biti v pisni obliki in učinkujejo proti prejemniku od tistega dne dalje, ko jih je prejel. Za pisno obliko šteje tudi elektronska oblika medsebojnega obveščanja.
- (2) Šteje se, da je prejemnik pisno pošiljko prejel osmi dan po priporočeni oddaji pošiljke, če jo je pošiljatelj poslal na naslov, ki ga je prejemnik nazadnje sporočil.
- (3) Določbe tega člena se ne nanašajo na vročanje, določeno v

sedmem odstavku 6. člena teh pogojev.



14. člen: KONČNE DOLOČBE

- (1) Če zavarovalec ali zavarovanec s storitvijo zavarovalnice ni zadovoljen, lahko o tem takoj obvesti zavarovalnico prek spletnega portala ali pokliče na **080 70 77** oziroma piše po elektronski pošti na naslov info.si@generalisi.com ali po pošti na naslov: GENERALI zavarovalnica d.d., Kržičeva ulica 3, Ljubljana, vendar najpozneje v 15 dneh po prejemu pisne odločitve s strani zavarovalnice.
- (2) Za reševanje pritožb ima zavarovalnica vzpostavljeno shemo izvensodnega reševanja sporov in si bo prizadevala, da bo morebitna nesoglasja rešila po mirni poti.
- (3) Zavarovalnica bo pritožniku prejem pritožbe pisno potrdila najpozneje v 8 dneh od prejema. Pritožbena komisija zavarovalnice bo najpozneje v roku 30 dni pritožbo obravnavala skladno z internim pravilnikom in nanjo pisno odgovorila. Odločitev pritožbene komisije je dokončna in nadaljnji postopki pri zavarovalnici niso možni.
- (4) Če pritožnik ne bo zadovoljen z odgovorom zavarovalnice oziroma odločitvijo pritožbene komisije, ima kot potrošnik pravico dati tudi pobudo za začetek postopka mediacije pred s strani zavarovalnice 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 na voljo na www.generalisi.si/pritozbeni-postopki ali prek telefona **080 70 77**.
- (5) Za razmerja iz pogodbe se uporablja slovensko pravo. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (6) Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice je dostopno na www.generalisi.si.
- (7) Zavarovalnica ima pogoje objavljene na spletni strani www.generalisi.si.
- (8) Pogoji veljajo in se uporabljajo s 1. 1. 2019, za zavarovalne pogodbe, sklenjene pred tem datumom, pa s 1. 3. 2019.