

Splošni pogoji za kolektivno zavarovanje Oskrba na domu z asistenco

01-KOS-01/26



KAZALO

UVOD 3

1. Kakšno je kolektivno zavarovanje
»Oskrba na domu z asistenco«? 3
2. Kaj pomenijo nekateri izrazi? 3

SPLOŠNO O ZAVAROVANJU 4

3. Kdo se lahko zavaruje? 4
4. Vaša sklenitev zavarovanja ter polica 4
5. Kdaj ste zavarovani ter kdaj začne in
preneha zavarovalno kritje? 4
6. Katera kritja zajema zavarovanje? 5
7. Vsebina in obseg zavarovanja – podrobneje 5

NAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE 6

8. Katere so naše obveznosti? 6
9. Kaj je podlaga in na kakšen način uveljavljate
pravice iz zavarovanja? 7
10. Katere so omejitve naših obveznosti? 7
11. Kaj ni krito v nobenem primeru? 7

VAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE 8

12. Obveznosti zavarovalca oziroma zavarovanca
ob sklenitvi oziroma vključitvi v zavarovanje 8
13. Kako določimo višino premije? 8
14. Kako nam mora zavarovalec oziroma
zavarovanec plačevati premijo? 8
15. Ali se lahko pogodba spremeni? 9
16. Kaj in kako nam mora zavarovalec oziroma zavarovanec
sporočiti v času trajanja zavarovanja? 9

OSTALO 9

17. Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev? 9
18. Imate vprašanja, dvome? 9

ZAKONODAJA IN PRAVNA OBVESTILA 9

19. Kaj v primeru nesoglasja? 9
20. Davki in dajatve 9
21. Informacije o obdelavi vaših osebnih podatkov 9
22. Preprečevanje korupcije 10
23. Sankcijska klavzula 10

UVOD

1 Kakšno je kolektivno zavarovanje »Oskrba na domu z asistenco«?

- 1.1 Kolektivno zavarovanje »Oskrba na domu z asistenco« (v nadaljevanju: zavarovanje) je zdravstveno zavarovanje, ki ga zavarovalec sklene za člane svojega kolektiva in ki skladno s temi splošnimi pogoji v primeru nastopa zavarovalnega primera zavarovancu zagotavlja organizacijo, izvedbo in plačilo stroškov storitev oskrbe na območju Republike Slovenije.
- 1.2 Zavarovanje krije naslednje storitve:
- Asistenčne storitve (storitve Asistence zdravja),
 - pomoč na domu, druženje in socialno aktivacijo, pomoč pri ohranjanju gibljivosti/vitalnosti,
 - prevoze in spremstva na kontrolne preglede, kemoterapije oziroma obsevanja, druge dogovorjene preglede ter
 - povračilo stroškov nakupa ali najema pripomočkov za nego oz. gibanje.
- 1.3 Ti Splošni pogoji za zavarovanje (v nadaljevanju: pogoji) so sestavni del pogodbe o zdravstvenem zavarovanju, ki je sklenjena med zavarovalcem in zavarovalnico. S sklenitvijo te zavarovalne pogodbe zavarovalec soglaša z določili teh pogojev in jih v celoti sprejema.
- 1.4 Poleg teh pogojev so sestavni deli zavarovalne pogodbe tudi: ponudba, polica, pristopna izjava, morebitne pisne izjave zavarovalca, zavarovanca in zavarovalnice ter druge priloge in dodatki k polici.

2 Kaj pomenijo nekateri izrazi?

S strani zavarovanca pooblaščen oseba, ki sodeluje pri uveljavljanju zahtevka v imenu zavarovanca.

Izraz	Kratka obrazložitev
Mi ali naš ali zavarovalnica	To smo mi, GENERALI zavarovalnica d. d.
Zavarovanec	Fizična oseba, ki je vključena v zavarovanje in lahko uveljavlja pravice iz zavarovanja. Zavarovanec je lahko član kolektiva, v zavarovanje pa se lahko vključijo tudi družinski člani zavarovanca, ki imajo po teh pogojih enake pravice in obveznosti, kot je določeno za zavarovanca.
Zavarovalec	Oseba, ki z nami sklene zavarovalno pogodbo.
Kolektiv	Skupina oseb, ki jih povezuje skupno delo ali interesi, npr. zaposleni ali pogodbeni sodelavci (s. p. ali pravne osebe) pri zavarovalcu kot delodajalcu, društvu ali kot drugi osebi civilnega prava. Zavarovanci so lahko le člani iz posameznega kolektiva.
Družinski član	Zakonski ali zunajzakonski partner, otroci in posvojenci zavarovanca do dopolnjenega 27. leta starosti.
Ponudba	Pisni predlog za sklenitev ali spremembo zavarovalne pogodbe.
Pogodba	Pogodba, s katero se zavarovalec zavezuje, da nam bo plačal zavarovalno premijo, mi pa se zavezujemo, da bomo, če se zgodi zavarovalni primer, izpolnili svoje obveznosti.
Krovna polica	Listina o sklenjeni pogodbi med nami in zavarovalcem, na kateri so navedene vse bistvene sestavine zavarovanja. Na podlagi Krovne police zavarovanci izpolnjujejo pristopne izjave, mi pa izdajamo police kot potrdila o sklenjenem zavarovanju.
Pristopna izjava	Pisna izjava zavarovanca in družinskega člana za pristop k zavarovanju z navedenimi podatki o dogovorjenih kritjih in zavarovalnih vsotah ter drugimi lastnostmi zavarovanja.
Polica	Listina o sklenjeni pogodbi, s katero potrjujemo obstoj zavarovanja za posameznega zavarovanca iz sklenjene pogodbe. Obseg zavarovalnega kritja po polici je določen s Krovno polico.

Premija	Dogovorjeni znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po sklenjeni pogodbi.
Zavarovalno leto	Enoletno obdobje od začetka zavarovanja ali od obletnice začetka zavarovanja.
Zavarovalna vsota	Najvišji znesek naše obveznosti iz sklenjenega zavarovanja za nastali zavarovalni primer.
Minimalni delež vključenosti	Število zavarovancev, ki še zagotavlja obravnavo kolektivne oblike zavarovanja v skladu z našimi veljavnimi pravili sklepanja za zavarovanje. Če je delež zavarovancev nižji od minimalno določenega v našem ceniku, se obračuna ustrezna premija po naših veljavnih pravilih sklepanja za individualno zavarovanje.
Bolezen	Odsotnost zdravja, ki ga ugotovi zdravnik in ki ni posledica nezgode.
Nezgoda	Vsak nenaden, nepredviden dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na telo zavarovanca, neodvisno od njegove volje, in pri katerem se zavarovanec telesno poškoduje in potrebuje zdravljenje.
Kronično stanje	Bolezen, stanje oziroma poškodba, ki se počasi razvija in dolgo traja, se ponavlja ali je verjetno, da se bo ponavljala, povzroča trajne zdravstvene posledice, potrebuje stalen medicinski nadzor (npr. redne obdobje pregledov), lajšanje simptomov, zdravljenje in rehabilitacijo oziroma zdravstveno nego. Sem spadajo tudi nepričakovani zapleti in poslabšanje kronične bolezni.
Novonastalo stanje	Bolezen oziroma poškodba, ki nastopi po začetku veljavnosti zavarovanja ali novega kritja, po poteku čakalne dobe (za bolezen) oziroma lahko ob začetku veljavnosti zavarovanja sicer obstaja, vendar ni diagnosticirana oziroma zdravljena in vi kot zavarovanec ob vključitvi v zavarovanje zanj niste vedeli oziroma niste mogli vedeti, ker niste imeli zdravstvenih težav, bolezenskih znakov ali simptomov.
Zavarovalni primer	V času trajanja zavarovanja nastala potreba po storitvah oskrbe, ki nastane kot posledica novonastalega stanja (bolezni ali poškodbe) in zaradi katerega nastane obveznost zavarovalnice po teh pogojih.
Čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja	Z naše strani določeno obdobje od začetka zavarovanja oziroma novega kritja, za katerega je zavarovalec dolžan plačevati premijo in v katerem vi kot zavarovanec še ne morete uveljavljati pravic iz pogodbe. Čakalna doba ne velja v primeru nezgode.
Asistenca zdravje	Naš asistenčni center, ki vam nudi informacije o zavarovanju, načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja in o izvajalcih storitev oskrbe, podaja predhodno odobritev storitev in za vas organizira storitve oskrbe pri izbranih izvajalcih, za katere plačilo poskrbimo mi.
Zahtevek	Prijava ali najava potrebe po storitvi iz zavarovanja, ki je posledica vaše bolezni ali nezgode.
Predhodna odobritev	Pozitiven zaključek našega odločanja o upravičenosti vašega zahtevka kot zahtevka zavarovanca za uveljavljanje pravic iz zavarovanja.
Izvajalec storitev oskrbe	Izvajalec zavarovalnice, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje storitev oskrbe in ima z nami sklenjeno pogodbo o poslovnem sodelovanju.
Pooblaščenec	S strani zavarovanca pooblaščen oseba, ki sodeluje pri uveljavljanju zahtevka v imenu zavarovanca.
Medicinsko utemeljena indikacija	Bolezniški znaki in okoliščine, ki nakazujejo upravičeno odločitev za storitev iz zavarovanja.

Kontrolni pregled	Zdravniški pregled, ki ga potrebujete in je njegova upravičenost razvidna iz vaše medicinske dokumentacije.
Storitve oskrbe	Vključujejo: asistenčne storitve, pomoč na domu (pri temeljnih in podpornih dnevni opravilih), druženje in socialno aktivacijo, pomoč pri ohranjanju gibljivosti/vitalnosti, prevoze in spremstva na kontrolne preglede, kemoterapije oziroma obsevanja, druge dogovorjene preglede ter povračilo stroškov nakupa ali najema pripomočkov za nego oziroma gibanje.
Temeljna dnevna opravila	Aktivnosti za ohranjanje in vzdrževanje življenjskih funkcij: prehranjevanje in pitje, osebna higiena, oblačenje in slačenje, izločanje blata in odvajanje urina ter gibanje.
Podporna dnevna opravila	Opravila, ki vam omogočajo živeti samostojno v domačem ali drugem okolju, in sicer: - pomoč pri pripravi in kuhanje obrokov hrane ali dostava hrane in serviranje, - pospravljanje oz. pomoč v gospodinjstvu: vzdrževanje osnovne higiene v bivalnih prostorih (brisanje prahu, sesanje, higiena tal), zračenje bivalnih prostorov, menjava perila in urejanje ležišča, skrb za čistočo osebnega perila (pranje, obešanje, zlaganje, likanje), pomivanje posode po obroku, odnašanje smeti, - nakup prehranskih izdelkov, - pomoč pri plačilu položnic in prevzemu pošte, - dostava zdravil, predpisanih na recept, iz lekarne, - pomoč pri varstvu zavarovančevih otrok in pripravi hrane, ki je povezano z zavarovančevo potrebo po storitvah oskrbe in se izvaja na naslovu zavarovanca.

SPLOŠNO O ZAVAROVANJU

3 Kdo se lahko zavaruje?

- 3.1 Zavarovanec je lahko oseba, ki je član kolektiva in je ob pristopu v zavarovanje dopolnila 16 let oziroma največ 70 let. Pod posebnimi pogoji se lahko zavarujejo tudi mlajši člani kolektiva.
- 3.2 Če je tako dogovorjeno s pogodbo, se lahko zavarujejo tudi družinski člani zavarovanca, ki so ob pristopu v zavarovanje dopolnili 16 let oziroma največ 70 let. V tem primeru imajo po teh pogojih enake pravice in obveznosti kot zavarovanec.
- 3.3 Zavarovanci, ki so navedeni v točkah 3.1 in 3.2, se lahko zavarujejo ne glede na njihovo zdravstveno stanje.
- 3.4 V zavarovanje se ne morejo vključiti tiste osebe, ki so v času vključitve v zavarovanje v bolniškem staležu na podlagi odločbe Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Omejitev velja do dneva njihove vrnitve na delo.
- 3.5 Zavarovalec v zavarovanje ne more vključiti oseb, ki v zavarovanje ne želijo pristopiti ali niso člani kolektiva oziroma niso družinski člani zavarovanca.

4 Vaša sklenitev zavarovanja ter polica

- 4.1 Pogodba se sklene s podpisom pogodbe z naše strani in s strani zavarovalca.
- 4.2 S pogodbo se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačal dogovorjeno premijo, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo, ko bo nastopil zavarovalni primer, izpolnila s pogodbo določene obveznosti.
- 4.3 Zavarovalec lahko v zavarovanje vključi osebe na osnovi seznama, kjer so kot zavarovanci poimensko navedeni, in je le-ta priložen k pogodbi.
- 4.4 Družinski člani se lahko vključijo v zavarovanje le s podpisano pristopno izjavo.
- 4.5 Podpisano pristopno izjavo zavarovanec izroči zavarovalcu, ki jo skladno z določili teh pogojev posreduje nam.

- 4.6 Ob vključitvi zavarovanca v zavarovanje lahko zahtevamo, da izpolni in podpiše pristopno izjavo, ki lahko vsebuje Vprašalnik o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu zavarovanca.
- 4.7 Vključitev posameznega zavarovanca v zavarovanje na osnovi pristopne izjave lahko zavrnemo brez navajanja razlogov v roku 8 dni od dneva prejema pristopne izjave. Če v tem roku vključitve zavarovanca prek pristopne izjave ne zavrnemo, se šteje, da smo pristopno izjavo sprejeli in da so v pristopni izjavi navedeni zavarovanci skladno z določili teh pogojev vključeni v zavarovanje.
- 4.8 Po sklenitvi zavarovanja vsakemu zavarovancu izdamo polico, ki jo zavarovanec prejme na svoj naslov. Obseg zavarovalnega kritja po polici je dogovorjen z zavarovalcem po krovni polici, zato podpisovanje posamezne police s strani zavarovanca ni potrebno.
- 4.9 Polico izdamo tudi vsakemu družinskemu članu, ki je vključen v zavarovanje.
- 4.10 Zavarovalec nam je dolžan omogočiti vpogled v svoje evidence, iz katerih je razvidno številčno in poimensko stanje vseh zavarovancev.

5 Kdaj ste zavarovani ter kdaj začne in preneha zavarovalno kritje?

- 5.1 Zavarovalno kritje (v nadaljevanju kritje) začne veljati tistega dne, ki je na polici določen kot začetek zavarovanja. Kritje začne veljati po poteku **čakalne dobe ob sklenitvi zavarovanja** oziroma **novega kritja**, v skladu z določili pogojev oziroma dogovorov v pogodbi.
- 5.2 Za člana kolektiva ali družinskega člana, ki se vključi v zavarovanje po datumu, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja, začne kritje veljati prvega dne v naslednjem mesecu po dnevu prejema pristopne izjave, razen če smo pristopno izjavo skladno s točko 4.7 teh pogojev zavrnili.
- 5.3 Po nastopu zavarovalnega primera, ki je posledica bolezni ali nezgode, se z dnem začetka izvajanja storitev začne **obdobje omejitve kritja** storitev oskrbe. V tem obdobju krijemo le zavarovalne primere, ki so posledica novonastale nezgode, ki se je zgodila v obdobju omejitve kritja. Določeno obdobje omejitve kritja se upošteva, tudi če je bila sklenjena nova pogodba.
- 5.4 Zavarovanje je sklenjeno za zavarovalno dobo, ki je določena na polici.
- 5.5 Zavarovanje se po krovni polici sklene najmanj za obdobje enega leta.
- 5.6 Pogodba se ob izteku dogovorjene dobe vsakokrat avtomatično podaljša za enako časovno obdobje, za katerega je bila sklenjena, razen če zavarovalec takšnega dogovora ne prekliče s pisnim obvestilom, ki nam ga mora posredovati najmanj 30 dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. V primeru preklica v navedenem roku pogodba in z njo kritje po vseh posameznih policah preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 5.7 Ob podaljšanju zavarovanja se premija določi za naslednje zavarovalno leto skladno s točko 13 teh pogojev.
- 5.8 Od pogodbe lahko pred potekom zavarovalnega leta odstopimo tudi mi, če prenehamo z izvajanjem takšnega zavarovanja, če je zavarovalec oziroma zavarovanec ravnal v nasprotju s pogodbo ali če so nastale okoliščine, zaradi katerih takšne pogodbe ne moremo več imeti v veljavi. V primeru odstopa vas bomo o tem obvestili vsaj tri mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 5.9 Kritje po polici za posamičnega zavarovanca lahko prekinemo, če so nastale okoliščine, zaradi katerih zavarovanja ne moremo več imeti v veljavi. V tem primeru bomo zavarovanca obvestili vsaj tri mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 5.10 Zavarovanje za posameznega zavarovanca se podaljšuje v okviru veljavnosti krovne police in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni starost 75 let.

- 5.11 Kritje za posameznega zavarovanca in vse družinske člane, ki so se v zavarovanje vključili na podlagi pristopnih izjav, s katerimi jih je ta zavarovanec vključil v zavarovanje, v vsakem primeru preneha, ne glede na to, kako je bilo dogovorjeno trajanje na polici, tistega dne, ko:
- nastopi smrt zavarovanca;
 - zavarovanec ni več član kolektiva (preneha mu pravno razmerje z zavarovalcem);
 - preneha veljati pogodba iz kakršnega koli razloga;
 - poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec dopolnil 75 let,
 - ob koncu zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec postal trajno nesposoben samostojno opravljati enega od temeljnih dnevnih opravil v skladu s 3. alinejo točke 7.4,
 - zaradi neplačila premije v skladu s točko 14 teh pogojev.
- 5.12 V primeru prenehanja kritja za posameznega zavarovanca in družinskega člana po drugi alineji prejšnje točke ima zavarovanec pravico, da pri nas sam sklene pogodbo z enakim obsegom zavarovalnega kritja, kot je zanj veljalo po zavarovalni pogodbi kolektivnega zavarovanja. Zavarovanec lahko svojo pravico izkoristi v roku 30 dni po prenehanju zavarovalnega kritja, pri čemer upoštevamo določila veljavnih pravil sklepanja in pogoje za tovrstno zavarovanje. V novi pogodbi lahko ukinemo ugodnosti, ki so bile pridobljene v okviru zavarovanja po pogodbi. Če zavarovanec sklene pogodbo v predhodno navedenem roku, zavarovanje nima čakalne dobe.
- 5.13 Za zavarovance, ki ne želijo biti več zavarovani in nam med trajanjem zavarovanja predložijo odstopno izjavo, preneha kritje zadnjega dne v koledarskem mesecu, v katerem prejmemo odstopno izjavo. V tem primeru preneha kritje za vse družinske člane, ki so se v zavarovanje vključili na podlagi pristopnih izjav, s katerimi jih je zavarovanec vključil v zavarovanje. Če je zavarovanec uveljavljal zavarovalni primer, nam pripada celoletna premija za njegovo zavarovanje za tekoče zavarovalno leto.
- 5.14 Če je zavarovanec v zavarovalnem letu, ko je prenehal biti član kolektiva, uveljavljal zavarovalni primer, je obveznost zavarovalca, da plača premijo za tega zavarovanca v višini premije za celo zavarovalno leto.
- 5.15 Zavarovalno kritje velja za posamezni zavarovalni primer, do porabe celotne zavarovalne vsote. Storitve oskrbe izvajamo, dokler oseba v skladu s temi pogoji, medicinsko dokumentacijo in strokovnim mnenjem našega pooblaščenega zdravnika ali izvajalca oskrbe te storitve potrebuje.
- 5.16 Če boste uveljavljali pravice iz naslova zavarovanja po teh pogojih **trikrat za isto bolezen ali poškodbo**, potem za to bolezen ali poškodbo nimamo več obveznosti kritja po teh pogojih.

OPIS KRITIJ

6 Katera kritja zajema zavarovanje?

- 6.1 Zavarovanje zajema kritja, ki veljajo v primeru **bolezni in nezgode**. Kritja izberete v skladu s pravili, ki veljajo pri zavarovalnici.
- 6.2 Vsa kritja vam za boljše preglednost na kratko predstavljamo v spodnji tabeli, podrobneje pa so opisane v razdelku **Vsebina in obseg zavarovanja - podrobneje**.

Asistenčne storitve	
Informiranje	• O zavarovanju • O pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja • O izvajalcih oskrbe v Sloveniji
Odločanje o upravičenosti in organiziranje	• Odločanje o upravičenosti • Organizacija storitev iz zavarovanja
Strokovna pomoč	• Strokovno svetovanje na področju oskrbe • Strokovno svetovanje na področju oskrbe ter praktičen prikaz rokovanja • Svetovanje za urejanje statusov v primeru trajnih posledic

Storitve pomoči na domu	
Pomoč na domu	• Storitve, namenjene pomoči pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil ter morebitno varstvo zavarovančevih otrok, ki je povezano z zavarovančevo potrebo po storitvah oskrbe.
Druženje in socialna aktivacija	• Storitve, namenjene ohranjanju kognitivnih sposobnosti in socialne vključenosti zavarovanca.
Pomoč pri ohranjanju gibljivosti/vitalnosti	• Storitve, namenjene krepitevi in ohranjanju samostojnosti.
Storitve prevozov	
Prevoz na kontrolne preglede	• Prevoz in spremstvo zavarovanca na kontrolne preglede ter prevoz zavarovanca na dom po njegovem odpustu iz bolnišnice.
Prevoz na kemoterapije	• Prevoz in spremstvo zavarovanca na kemoterapije ali obsevanja.
Prevoz na drugi dogovorjeni pregled	• Prevoz in spremstvo na druge preglede, ki so nujno potrebni za ohranjanje zdravja zavarovanca ali so bili dogovorjeni pred nastankom zavarovalnega primera.
Nakup/najem pripomočkov za nego ali gibanje	
Nakup/najem pripomočkov za nego ali gibanje	• Stroški nakupa ali najema pripomočkov za nego ali gibanje.

7 Vsebina in obseg zavarovanja – podrobneje

Asistenčne storitve

- 7.1 **Informiranje** je storitev **Asistence zdravje**, ki vam nudi informacije o zavarovanju, pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja ter o izvajalcih oskrbe v Sloveniji.
- 7.2 **Odločanje o upravičenosti do pravic iz zavarovanja in organiziranje storitev** je odločanje **Asistence zdravje** o upravičenosti do storitev iz zavarovanja in organiziranje storitev pri naših izbranih izvajalcih.
- 7.3 **Strokovna pomoč** vključuje:
- strokovno svetovanje na področju oskrbe - ocena stanja in bivalnega okolja, opredelitev potreb in ustreznih pripomočkov.
 - strokovno svetovanje na področju oskrbe ter praktičen prikaz rokovanja: varnih transferjev po prostoru, obračanja, higiene, preprečevanja preležanin in organizacijo dnevne rutine. Storitve vam pripada, če ste zaradi nezgode ali bolezni začasno ali trajno nesposobni samostojno opravljati vsaj eno od temeljnih dnevnih opravil skladno s 3. alinejo 7.4 točke teh pogojev. Na zavarovalni primer pripada ena storitev praktičnega prikaza in en kontrolni obisk.
 - svetovanje za urejanje statusov v primeru trajnih posledic – izvedba ocene potreb ter svetovanje o možnostih in postopkih po veljavni zakonodaji. Storitve vam pripada, če ste zaradi nezgode ali bolezni trajno nesposobni samostojno opravljati vsaj eno od temeljnih dnevnih opravil skladno s 3. alinejo točke 7.4 teh pogojev. Na zavarovalni primer pripada eno svetovanje.

Storitve pomoči na domu

- 7.4 **Pomoč na domu** so storitve, namenjene pomoči pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil, ter morebitno varstvo zavarovančevih otrok, ki je povezano z zavarovančevo potrebo po storitvah oskrbe. Pravica do **Pomoči na domu** vam pripada:
- zaradičasne ali trajne izgube vida, ki je posledica bolezni ali nezgode;
 - če ste zaradi nezgode utrpeli poškodbe ene od glavnih kosti ali sklepa ali vezi (kolk ali medenica, lobanja, zatilnica, temenica, hrbtnica, lopatica, vretence,

črevnica, nartne kosti, mečnica, stegnenica, podlahtnica, koželjnica, golenica, nadlahtnica, ključnica, gleženj, peta/ petrica, koleno, komolec, rama) in ste bili zaradi nezgode hospitalizirani z vsaj eno nočitvijo in/ali ste bili operirani;

- če ste zaradi nezgode ali bolezni začasno ali trajno nesposobni samostojno opravljati vsaj eno od naslednjih temeljnih dnevnih opravil:
 - prehranjevanje in pitje: šteje, da niste samostojni pri prehranjevanju ali pitju, če niti z eno niti z drugo roko ne morete doseči obraza ali če se prehranujete s pripomočki (npr. nazogastična sonda, prehranjevalna gastrostoma, jejunostoma);
 - osebna higiena: šteje, da niste samostojni pri osebni higieni, če niti z eno niti z drugo roko ne morete doseči obraza, zatilja, zadnjice ali stopal;
 - oblačenje in slačenje: šteje, da niste samostojni pri oblačenju ali slačenju, če niti z eno niti z drugo roko ne morete doseči obraza, zatilja, zadnjice ali stopal;
 - izločanje in odvajanje blata in vode: šteje, da niste samostojni pri odvajanju blata ali vode, če teh potreb ne opravljate po naravni poti in brez pripomočkov (npr. urinski kateter, ileostoma, trajni kateter);
 - gibanje: šteje se, da se niste sposobni samostojno gibati, če ste nepokretni oziroma potrebujete invalidski voziček (začasno ali trajno).

Zavarovancu, glede na prejšnjo dokumentacijo, krijemo **osnovni paket v obsegu 20 ur storitev pomoči na domu za posamezni zavarovalni primer**. V primeru potrebe po dodatni pomoči na domu zaradi posledic iste poškodbe ali bolezni odločamo o številu dodatnih ur mi, na podlagi medicinske dokumentacije in strokovnega mnenja našega pooblaščenega zdravnika ali izvajalca oskrbe, vendar največ do višine zavarovalne vsote, ki je določena na polici.

7.5 **Druženje in socialna aktivacija** so storitve, namenjene ohranjanju kognitivnih sposobnosti ter socialne vključenosti zavarovanca, in vključujejo druženje, pogovor, igranje iger, sprehod in podobno. Pravico do druženja in socialne aktivacije imate:

- če ste upravičeni do **Pomoči na domu** zaradi nezgode ali bolezni, ki je povzročila, da ste začasno ali trajno nesposobni samostojno opravljati vsaj eno od temeljnih dnevnih opravil skladno s 3. alinejo točke 7.4 ter hkrati
- če je potrebno ohranjanje kognitivno socialnih spretnosti zaradi narave zdravstvenega stanja, ki izhaja iz zavarovalnega primera (na primer po poškodbi glave, možganski kapi).

Storitve so dopolnitev storitve **Pomoči na domu**; storitvi se izvajata skupaj. Storitve druženja in socialne aktivacije se izvajajo do največ ene ure na dan.

7.6 **Pomoč pri ohranjanju gibljivosti/vitalnosti** so storitve, namenjene krepitvi in ohranjanju samostojnosti, in vključujejo stroške individualne vadbe po programu, delovno terapijo, terapevtske masaže za mišično napetost in bolečine ter varno izvajanje vaj po navodilih stroke. Izvajanje in obseg se opredelita v načrtu izvajanja oskrbe, ki ga pripravi naš pooblaščen izvajalec oskrbe. Pravico do pomoči pri ohranjanju gibljivosti/vitalnosti imate:

- če ste upravičeni do **Pomoči na domu** zaradi nezgode ali bolezni, ki je povzročila, da ste začasno ali trajno nesposobni samostojno opravljati vsaj eno od temeljnih opravil skladno s 3. alinejo točke 7.4 ter hkrati
- če je potrebno ohranjanje gibljivosti in vitalnosti zaradi narave zdravstvenega stanja, ki izhaja iz zavarovalnega primera in/ali za potrebe nadaljevanja zdravljenja.

Storitve **Pomoči pri ohranjanju gibljivosti/vitalnosti** se izvajajo v času, ko pripadajo storitve **Pomoči na domu**, v obsegu **deset obravnav za posamezni zavarovalni primer**. V primeru potrebe po dodatnih storitvah zaradi posledic iste poškodbe ali bolezni odločamo o vrsti in številu potrebne dodatne terapije mi, na podlagi medicinske dokumentacije in strokovnega mnenja našega pooblaščenega zdravnika ali izvajalca oskrbe, vendar največ do porabe razpoložljive zavarovalne vsote tega kritja.

Storitve prevozov

- 7.7 **Prevoz na kontrolne preglede** so storitve prevoza in spremstva zavarovanca na kontrolne preglede ter prevoz zavarovanca na dom po njegovem odpustu iz bolnišnice. Pravico do prevoza na kontrolne preglede imate:
- če imate skladno s pogoji pravico do **Pomoči na domu**;
 - če imate zaradi nezgode ali bolezni predpisano gibanje s pomočjo hodulje ali bergel za obdobje najmanj enega meseca;
 - če imate zaradi nezgode ali bolezni predpisano imobilizacijo ene ali obeh rok za obdobje najmanj enega meseca.
- 7.8 **Prevoz na kemoterapije** so storitve prevoza in spremstva zavarovanca na kemoterapije ali obsevanja. Pravico do prevoza na kemoterapije imate, če ste zboleli za rakom in potrebujete kemoterapijo in/ali obsevanje.
- 7.9 **Prevoz na drugi dogovorjeni pregled** so storitve prevoza in spremstva zavarovanca, v času izvajanja **Pomoči na domu**, na druge preglede, ki so nujno potrebni za ohranjanje zavarovančevega zdravja, in sicer:
- dogovorjen termin za redni pregled pri zdravniku zaradi zdravljenja kronične bolezni,
 - pred nastankom zavarovalnega primera dogovorjen pregled pri zdravniku specialistu.
- Prevoz se izvede le, če je oseba zdravstveno sposobna za prevoz brez spremstva zdravnika ali reševalca.

Nakup/najem pripomočkov za nego ali gibanje

- 7.10 **Nakup/najem pripomočkov za nego ali gibanje** Krite vključuje povračilo stroškov za nabavo ali izposojlo pripomočkov za nego ali gibanje (npr. bergle, voziček, postelja za nego, rokavi za tuširanje), ki vam jih predpiše zdravnik ali naš izvajalec storitev oskrbe. Pravico do povračila stroškov imate, če ste upravičeni do storitev oskrbe iz tega zavarovanja. Povrnemo vam višino stroška, ki ste ga morali plačati sami, največ do višine zavarovalne vsote za zavarovalni primer.

Oskrba s pripomočki je mogoča pri katerem koli dobavitelju, tudi v tujini.

Koriščenje zavarovalne vsote

- 7.11 Zavarovanje ima zavarovalno vsoto, ki je določena v pogodbi. Zavarovalna vsota je lahko določena tudi za posamezno zavarovalno kritje iz točke 7 teh pogojev in je navedena v pogodbi.
- 7.12 Zavarovanje krije stroške storitev, ki nastanejo ob nastopu zavarovalnega primera, in sicer največ do višine posamezne zavarovalne vsote za posamezno kritje. Neizkoriščeni del zavarovalne vsote iz prejšnjega zavarovalnega primera se ne prenaša na nov zavarovalni primer.
- 7.13 Če zavarovanec pri posameznem zavarovalnem primeru preseže zavarovalno vsoto, nam mora morebitni izplačani preseženi znesek povrniti najkasneje v roku osmih dni od dneva prejema našega poziva.

NAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE

8 Katere so naše obveznosti?

- 8.1 Obvezujemo se, da bomo ob nastanku posameznega zavarovalnega primera izpolnili s pogodbo določene obveznosti.
- 8.2 Organizirali in izvedli bomo storitve oskrbe in izbranim izvajalcem zavarovalnice plačali stroške opravljenih storitev iz posameznega kritja.
- 8.3 Storitve oskrbe izvajajo izvajalci storitev oskrbe, njihovo izvajanje pa temelji na strokovnosti, etiki, upoštevanju človekovega dostojanstva in varstva človekovih pravic. Zavarovalnica je odgovorna za izbiro izvajalcev storitev oskrbe, ne prevzema pa odgovornosti za morebitno nekalitno izvedbo del ali storitev s strani posameznih izvajalcev ali njihovih podizvajalcev. Zavarovalnica za posamezne izvajalce storitev oskrbe ali njihove podizvajalce ne prevzema nikakršne odškodninske odgovornosti.
- 8.4 Zavezuje se, da bo izvajalec storitve oskrbe vzpostavil kontakt z vami oziroma vašim pooblaščenecem naslednji delovni dan po izdani predhodni odobritvi s strani zavarovalnice.

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

- 9.1 Zavarovanec ali njegov pooblaščenec uveljavlja pravice iz zavarovanja prek **Asistence zdravje** na naslednje načine:
- prek spletnega portala,
 - po (elektronski) pošti.
- 9.2 Zavarovanec uveljavlja pravice do storitev oskrbe iz zavarovanja na podlagi zahtevka, ki mu priloži dokazila (ki niso starejša od treh mesecev), iz katerih je razvidno, da potrebuje storitev oskrbe in so pomembna za ugotovitev naše obveznosti iz pogodbe, npr.:
- izpolnjen vprašalnik zavarovalnice (opis zavarovalnega primera in potrebnih storitev oskrbe),
 - izvid zdravnika specialista,
 - odpustnica iz bolnišnice,
 - napotnica na kontrolni ali drugi pregled, kemoterapijo ali obsevanje,
 - dokument, iz katerega je razviden termin pregleda, kemoterapije ali obsevanja,
 - naročilnica za nakup oziroma najem pripomočkov in podobno,
 - račun, ki dokazuje nakup oziroma najem pripomočkov.
- 9.3 Pri prijavi morate vi ali vaš pooblaščenec podati naslednje podatke, ki jih potrebujemo za odločanje o upravičenosti do storitev oskrbe ter njeno organizacijo in bodo posredovani izvajalcu storitve oskrbe:
- vaše ime, priimek in naslov ter podatke o vašem morebitnem pooblaščenju;
 - datum nastanka nezgode ali bolezni;
 - datum nastanka potrebe po storitvah oskrbe;
 - opis zavarovalnega primera (skladno z našim vprašalnikom);
 - opis potrebnih storitev oskrbe (skladno z našim vprašalnikom);
 - dokumentacijo, povezano z uveljavljanjem zavarovalnega primera na našo zahtevo.
- 9.4 Potreba po storitvi oskrbe, ki jo zavarovanec izkazuje z dokazili iz prejšnje točke, mora nastati oziroma biti ugotovljena po začetku veljavnosti zavarovanja ter po izteku čakalne dobe iz točke 10 teh pogojev.
- 9.5 Za storitev oskrbe, ki jo potrebuje zavarovanec, mora biti izkazana medicinsko utemeljena indikacija, kot je opredeljena v točki 2 teh pogojev.
- 9.6 Če je bilo zavarovanje spremenjeno tako, da vključuje kritja, ki v predhodnem zavarovanju niso bila vključena (nova kritja), mora biti potreba po storitvi oskrbe iz točke 9.2 teh pogojev ugotovljena po začetku veljavnosti novega kritja in po izteku čakalne dobe, določene za novo kritje v točki 10 teh pogojev.
- 9.7 Za uveljavljanje pravice do **Pomoči na domu** nas morate vi ali vaš pooblaščenec takoj oziroma najkasneje v roku 15 dni po nastopu potrebe po navedenih storitvah oskrbe obvestiti prek prijave, kot je navedeno v točki 9.1.
- 9.8 Za uveljavljanje pravice **Druženja in socialne aktivacije** ter **Pomoči pri ohranjanju gibljivosti/vitalnosti** nam morate vi ali vaš pooblaščenec podati zahtevek, ki mu je treba priložiti medicinsko dokumentacijo ali mnenje izvajalca oskrbe.
- 9.9 Za uveljavljanje pravice do **Prevoza na kontrolne preglede** ali **Prevoza na kemoterapije** ali **Prevoza na druge preglede** morate vi ali vaš pooblaščenec prek prijave naročiti prevoz pri nas vsaj 5 dni pred načrtovanim kontrolnim pregledom, predvidenim datumom kemoterapije ali obsevanja. Če gre za prevoz in spremstvo po **odpustu iz bolnišnice**, morate vi ali vaš pooblaščenec prek prijave prevoz naročiti takoj, ko je znano, da boste odpušteni iz bolnišnice, kot je navedeno v točki 9.1.
- 9.10 Stroške za **Nakup/najem pripomočkov** iz točke 7.10 teh pogojev poravnava zavarovanec sam in pri nas zahteva povračilo stroškov, skladno s točkama 9.16 in 9.17 teh pogojev.
- 9.11 Od zavarovanca ali druge pravne ali fizične osebe lahko zahtevamo dodatna dokazila, da bi ugotovili pomembne

okolščine v zvezi z reševanjem zahtevka.

- 9.12 Na podlagi popolnega zahtevka odločamo, do katerih kritij ste upravičeni in vas o tem obvestimo z izdajo predhodne odobritve. Ta predstavlja našo potrditev, da je po sklenjenem zavarovanju nastal zavarovalni primer in s tem naša obveznost, ki jo bomo izpolnili skladno s sklenjeno pogodbo. Obvestimo vas tudi v primeru zavrnitve zahtevka.
- 9.13 Izvajalca storitev oskrbe izberemo mi.
- 9.14 Med postopkom uveljavljanja pravic morate izvajalcu storitev oskrbe omogočiti vpogled v svojo medicinsko dokumentacijo ter mu dovoliti zajem podatkov, ki jih potrebuje za izvedbo oskrbe ali jih mi, zavarovalnica, potrebujemo za odločanje o upravičenosti do storitev oskrbe in njihovo organizacijo.
- 9.15 Na našo zahtevo ste dolžni privoliti v zdravniški pregled, ki ga opravi zdravnik po naši izbiri.
- 9.16 Zahtevku za povračilo stroškov nakupa/najema pripomočkov je treba predložiti račun s specifikacijo opravljenih storitev, naročilnico, izvid in na našo zahtevo tudi drugo dokumentacijo.
- 9.17 Povrnemo vam strošek nakupa/najema pripomočkov najkasneje v roku štirinajstih dni od dneva, ko nam je bila predložena popolna dokumentacija.
- 9.18 Če pred organizacijo storitev ugotovimo, da niso bile plačane vse zapadle premije, bomo zavarovancu storitve organizirali, vendar bo moral zavarovanec storitve izvajalcu storitve najprej poravnati sam. Stroške teh storitev bomo nato zavarovancu povrnili, vendar bomo pri povračilu stroškov storitev odbili znesek neplačanih premij.
- 9.19 Zavarovanec mora v procesu uveljavljanja pravic iz zavarovanja na svoje stroške pridobiti in nam predložiti vse podatke in dokumentacijo, povezano z uveljavljanjem zahtevkov iz zavarovanja.
- 9.20 Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila za izvedbo obravnave, ki smo mu jih predhodno posredovali mi ali izvajalec.

10 Katere so omejitve naših obveznosti?

- 10.1 Ob prvi vključitvi v zavarovanje po krovni polici oziroma priključitvi novega kritja velja za posameznega zavarovanca **čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja** tri mesece za novonastalo stanje, razen za poškodbe, ki so posledica nezgode, do katere je prišlo po začetku zavarovanja oziroma novega kritja.
- 10.2 Po nastanku zavarovalnega primera, ki je posledica bolezni ali nezgode, z dnem začetka izvajanja storitev oskrbe začne teči **obdobje omejitve kritja** storitev oskrbe. Novi zavarovalni primeri, ki so posledica bolezni, lahko nastanejo šele po preteku **devetih mesecev** od dneva začetka izvajanja storitev oskrbe za predhodni zavarovalni primer. V obdobju omejitve kritja krijemo le zavarovalne primere, ki so posledica novonastale nezgode, do katere je prišlo v času trajanja tega obdobja.
- 10.3 Obdobje omejitve kritja ne velja, če so bile za zavarovalni primer organizirane izključno storitve po kritju **Prevoz na kemoterapije** iz točke 7.8.
- 10.4 Zavarovanec lahko v posameznem zavarovalnem letu koristi storitve oskrbe za največ dva zavarovalna primera.
- 10.5 Storitve **Pomoči na domu** in druge s tem kritjem povezane storitve oskrbe se izvajajo za obdobje, ki je medicinsko utemeljeno, vendar največ **tri mesece za posamezni zavarovalni primer**, šteto od dneva začetka izvajanja storitev.
- 10.6 Zavarovalni primer ne nastane in mi nimamo obveznosti, če potreba po storitvah oskrbe ni prijavljena prek Asistence zdravje oziroma, če ste si storitve oskrbe organizirali ali plačali sami.

11 Kaj ni krito v nobenem primeru?

- 11.1 Zavarovanje ne krije stroškov storitev oskrbe:
- kroničnih stanj, ki so nastala pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v času čakalne dobe iz točke 10 teh pogojev,

- poslabšanja kroničnih stanj, ki so bila prisotna pred vzpostavitvijo kritja, čeprav je do poslabšanja prišlo v času trajanja zavarovanja,
 - za bolezen ali nezgodo, za katero ste že trikrat uveljavljali pravice iz naslova zavarovanja po teh pogojih.
- 11.2 Zavarovanje ne krije stroškov:
- stvari, ki jih je izvajalec storitev oskrbe priskrbel za vas (npr. stroški nakupa hrane, zdravil, sredstva za plačilo položnic);
 - zdravstvenih storitev in potrošnega materiala za zdravstveno oskrbo (npr. gaze, povoji, obliži, vate, maske);
 - varstva in oskrbe domačih živali;
 - storitev, ki so povezane z vašo pridobitno dejavnostjo.
- 11.3 Nimamo obveznosti organiziranja in izvedbe storitev oskrbe za stanja, ki so posledica:
- poskusa samomora ali namerne samopoškodbe;
 - poškodb v vojnih ali v vojni podobnih dogodkih, v sabotajah ali terorističnih dejanjih;
 - poškodb ob jedrskih ali radioaktivnih tveganjih, kemičnih onesnaženjih ter ionizirajočem sevanju;
 - poskusa ali izvedbe naklepnihih kaznivih dejanj s strani zavarovanca;
 - upravljanja prevoznih sredstev in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih ali veljavnih dovoljenj;
 - dogodka, ki je nastal zaradi prisotnosti alkohola, drog ali drugih psihoaktivnih snovi v telesu zavarovanca. Za prisotnost alkohola šteje, če je imel zavarovanec ob nezgodi več kot 0,48 mg alkohola v litru izdihanega zraka ali več kot 1 g alkohola na kilogram krvi. Odklonitev preizkusa prisotnosti navedenih substanc šteje, da so bile le-te v prisotni v vašem telesu;
 - sodelovanja v nemirih, izgredih, demonstracijah ali podobnih dogodkih.
- 11.4 Če se nezgoda pripeti pri enem od spodaj naštetih športov, se vaše razpoložljive zavarovalne vsote za storitve oskrbe zaradi te nezgode znižajo za 50 % vrednosti zavarovalne vsote. Navedeno velja za nezgode pri:
- alpinizmu, smučanju ali deskanju izven urejenih smučišč, sankanju s športnimi sanmi, akrobatskem smučanju, podvodnem ribolovu, potapljanju, soteskanju, downhillu, bungee jumpingu, baseballu, kajtanju, kajaku na divjih vodah, raftingu, zorbingu, jamarstvu, gorskem reševanju in rolkanju;
 - dirkah in treningih z motornimi vozili ali športnimi plovili, ne glede na kategorijo;
 - upravljanju in vožnji z zračnimi plovili vseh vrst ter športnih skokih s padali, jadralnem padalstvu, letenju z zmaji in privezi.
- 11.5 Izključene so tudi naše obveznosti v primeru ugotovljenih neresničnih podatkov, zamolčanja, prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca ali zavarovanca.
- 11.6 Prav tako ne krijemo stroškov medicinske dokumentacije, vključno s prevodi ter kopijami te dokumentacije, ki jih je zavarovanec dolžan predložiti kot dokazila o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, ter stroškov pravnega oziroma drugega zastopanja zavarovanca v postopku reševanja zavarovalnega primera.
- 11.7 Če smo kljub izključitvam obveznosti iz predhodnih odstavkov te točke storitve oskrbe že organizirali in izvedli, imamo pravico od vas kot zavarovanca zahtevati povračilo teh stroškov, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi od dneva plačila dalje. Enako velja tudi, ko se izkaže, da ste nam ob prijavi sporočili neresnične podatke.
- 11.8 Storitve, ki presegajo obseg storitev, ki ga v okviru sklenjenega zavarovanja nudimo, morate plačati sami.

VAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE

12 Obveznosti zavarovalca oziroma zavarovanca ob sklenitvi oziroma vključitvi v zavarovanje

- 12.1 Ob sklenitvi pogodbe ter ob vključitvi posameznega zavarovanca v zavarovanje nam je zavarovalec oziroma zavarovanec dolžan prijaviti vse okoliščine, ki so mu znane ali mu niso mogle ostati neznane in so pomembne za oceno tveganja, ki ga prevzemamo s sklenitvijo zavarovanja.

Pomembne so zlasti tiste okoliščine, ki so bile navedene v izpolnjeni ponudbi in vprašalniku.

- 12.2 V zakonsko določenem roku lahko razdremo pogodbo ali izključimo iz zavarovanja posameznega zavarovanca, zavrtnemo zahtevek oziroma zahtevamo povračilo plačanih stroškov opravljenih storitev, če je zavarovalec oziroma zavarovanec neresnično ali nepopolno prijavil oziroma zamolčal bistvene podatke, pomembne za izvajanje pogodbe, predvsem tiste v zvezi z zdravstvenim stanjem zavarovanca ali tiste, zaradi katerih ne bi sklenili pogodbe, če bi zanje vedeli.
- 12.3 Ob razdrtju pogodbe imamo pravico zahtevati vračilo stroškov sklenitve pogodbe, popustov in drugih ugodnosti, ki izhajajo iz trajanja pogodbe, ter plačilo nadomestila drugih stroškov po naših cenikih.
- 12.4 Nam ali izvajalcu storitev oskrbe ste dolžni predložiti pisna dokazila in drugo dokumentacijo, ki je pomembna za ugotavljanje obveznosti zavarovalnice. To je predvsem vsa medicinska dokumentacija, ki je nastala ob zavarovalnem primeru in iz katere je razvidno vaše zdravstveno stanje (zdravniški izvidi, odpustna pisma ali druga medicinska dokumentacija) ter morebitna druga dokazila na našo zahtevo. Pravico imamo zahtevati dodatna dokazila od zavarovalca, zavarovanca, pooblaščenca ali druge pravne ali fizične osebe, da bi ugotovili okoliščine, pomembne v zvezi z reševanjem zavarovalnega primera.
- 12.5 Kot zavarovanec se zavezujete, da nam boste povrnil stroške, ki jih je izvajalcu storitev oskrbe povzročila prijava, ki ne ustreza definiciji zavarovalnega primera iz točke 2 teh pogojev oziroma niste uveljavljali pravic iz zavarovanja na način, kot je predpisano v točki 9.
- 12.6 Če so bile kršitve le na strani posameznega zavarovanca, ki se vključuje prek pristopne izjave v zavarovanje, se vse posledice, navedene v točki 12 teh pogojev, nanašajo le na zavarovanje tega zavarovanca.

13 Kako določimo višino premije?

- 13.1 Premija za zavarovanje se določi skladno z našimi veljavnimi pravili sklepanja in je enotna za vse zavarovance iz istega kolektiva.
- 13.2 Višina premije je odvisna od dejavnosti zavarovalca, števila in deleža zaposlenih v kolektivu, ki pristopijo k zavarovanju, povprečne starosti članov kolektiva brez družinskih članov in vrste dela, ki ga opravljajo člani kolektiva.
- 13.3 Na višino premije lahko vplivajo tudi drugi dejavniki, ki jih določimo (npr. zdravstveno stanje zavarovancev, preteklo škodno dogajanje) in so razvidni iz veljavnih pravil sklepanja kolektivnega zavarovanja.

14 Kako nam mora zavarovalec oziroma zavarovanec plačevati premijo?

- 14.1 Premija je letna. Plačuje se vnaprej z dinamiko plačevanja, ki je določena v pogodbi. Premijo po krovni polici, ki se nanaša na zavarovance, ki so člani kolektiva, plačuje zavarovalec. Premijo po polici, ki se nanaša na družinske člane zavarovanca, plačuje zavarovanec (zavarovanec, ki je tudi plačnik premije).
- 14.2 Če zavarovalec oziroma zavarovanec, ki je tudi plačnik premije, premije, ki je zapadla v plačilo po sklenitvi pogodbe oziroma po vključitvi v zavarovanje po posamezni pristopni izjavi, ne plača do dogovorjenega roka in tega ne stori niti kakšna druga zainteresirana oseba, preneha naša obveznost iz krovne police oziroma police po 30 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu, ki je tudi plačnik premije, vročeno priporočeno pismo z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče 30 dni od zapadlosti premije.
- 14.3 Po izteku roka iz predhodne točke teh pogojev lahko razdremo zavarovanje po krovni polici oziroma polici brez odpovednega roka, s tem da to razdrtje nastopi z iztekom navedenega 30-dnevnega roka in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec oziroma zavarovanec, ki je tudi plačnik premije, na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju zavarovalnega kritja.

- 14.4 Šteje se, da je bila priporočena pošiljka zavarovalcu oziroma zavarovancu, ki je tudi plačnik premije, vročena, ne glede na to, ali je priporočeno pošiljko prevzel, če smo pošiljko poslali na naslov oziroma na zadnjo spremembo naslova, ki nam ga je zavarovalec oziroma zavarovanec, ki je tudi plačnik premije, sporočil.
- 14.5 V primeru zamude pri plačilu premije lahko zahtevamo povračilo stroškov, ki so nam bili zaradi zamude povzročeni skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi.
- 14.6 Premijo za družinske člane plačuje zavarovanec, ki je po pristopni izjavi svoje družinske člane vključil v zavarovanje (zavarovanec, ki je tudi plačnik premije).
- 14.7 Če pred organizacijo storitev ugotovimo, da niso bile plačane vse zapadle premije, bomo zavarovancu storitve oskrbe organizirali, vendar bo zavarovanec moral storitve izvajalcu storitve najprej poravnati sam. Stroške teh storitev bomo nato zavarovancu povrnili, vendar bomo pri povračilu stroškov storitev odbili znesek neplačanih premij.

15 Ali se lahko pogodba spremeni?

- 15.1 Ob podaljšanju pogodbe v skladu s točko 5.6 teh pogojev lahko zaradi spremenjenih okoliščin, pod katerimi je bilo zavarovanje sklenjeno in se izvaja, pride do sprememb pogojev, višine premije oziroma pravil, ki veljajo pri zavarovalnici.
- 15.2 O spremembi vas bomo pisno obvestili vsaj 30 dni pred uveljavitvijo spremembe. Spremembe veljajo ob podaljšanju pogodbe z nastopom naslednjega zavarovalnega obdobja.
- 15.3 Kot zavarovalec imate pravico, da v roku 30 dni po prejemu obvestila odpoveste pogodbo. Pogodba preneha veljati z iztekom tekočega zavarovalnega leta. Če kot zavarovalec od pogodbe v tem roku ne odstopite, se šteje, da se s spremembami strinjate, zato pogodba od izteka tega roka dalje velja z upoštevanimi spremembami.

16 Kaj in kako nam mora zavarovalec oziroma zavarovanec sporočiti v času trajanja zavarovanja?

- 16.1 Za ažurno komunikacijo vas prosimo, da nam ob spremembah takoj sporočite naslednje:

Kaj nam mora v času trajanja zavarovanja zavarovalec oziroma zavarovanec sprotno sporočiti?	Kako nam lahko spremembo sporoči?
Spremembo dejavnosti in stalnega naslova	Spremembo lahko sporočite: • prek spletnega portala ali • nam pišete po elektronski pošti na info.si@generali.com oziroma • po pošti na naš sedež, • spremembo pa lahko uredite tudi na vseh naših sklepalnih mestih.
Spremembo podatkov o zavarovancu iz pristopne izjave, npr. spremembo dela, ki ga zavarovanec opravlja ter stalnega naslova in drugih kontaktnih podatkov zavarovanca (npr. elektronski naslov, začasni naslov, mobilno številko)	

- 16.2 Če nam spremembe naslova ali drugih kontaktnih podatkov ne boste sporočili, vam bomo obvestila še naprej pošiljali na naslov, ki ste nam ga sporočili nazadnje, pri čemer se bo štel, da je bilo obvestilo naslovljeno na pravi naslov.
- 16.3 Vsi zahtevki in izjave, ki jih bomo predložili drug drugemu, morajo biti v pisni obliki. Za pisno sporočanje šteje pisno sporočanje po elektronski poti, zlasti prek elektronske pošte ali spletnega portala oziroma po navadni pošti. Za vse dokumente velja, da so predloženi tistega dne, ko jih naslovnik prejme ali odkloni njihov sprejem. Pošiljatelj lahko zahtevke in izjave, ki so pomembni za izvajanje vaše pogodbe, pošlje tudi na način, določen s pogoji za pošiljanje pisnih obvestil z naše strani.
- 16.4 Pisna obvestila vam pošiljamo na naslov, ki ste nam ga navedli ob sklenitvi pogodbe oziroma na kasneje spremenjeni naslov.

- 16.5 Če se je zaradi spremembe povečala nevarnost, bomo zavarovalcu predlagali povišanje premije, če pa se je nevarnost zmanjšala, bomo zavarovalcu predlagali nižjo premijo. Tako določene premije veljajo s prvim dnem v naslednjem mesecu po prejemu prijave spremembe podatkov.
- 16.6 Če zavarovalec spremembe ne prijavi ali ne pristane na povišanje oziroma znižanje premije v roku 14 dni od dneva, ko je prejel naš predlog, nastane pa zavarovalni primer, lahko zahtevamo povračilo sorazmernega dela plačanih stroškov opravljenih storitev.

OSTALO

17 Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev?

- 17.1 Za dodatne storitve, ki jih zavarovalec oziroma zavarovanec posebej zahteva od nas, lahko zahtevamo nadomestilo stroškov po našem ceniku, ki je javno objavljen na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si/ceniki.
- 17.2 Plačilo stroškov odvetniških in drugih storitev zastopanja, stroškov izvedencev, prič idr. ni naša obveznost, zato jih mora plačati zavarovanec sam.

18 Imate vprašanja, dvome?

V primeru dodatnih vprašanj glede zavarovanja ali naših drugih zavarovanj oziroma v primeru kakršnih koli drugih dvomov bomo storili vse, kar je v naši moči, da zadeve skupaj razjasnimo. Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko pokliče na našo brezplačno telefonsko številko 080 70 77 oziroma nas o tem obvesti prek ene izmed predlaganih možnosti obveščanja, navedenih v točki 16.1 teh pogojev.

ZAKONODAJA IN PRAVNA OBVESTILA

19 Kaj v primeru nesoglasja?

- 19.1 Če z našo storitvijo zavarovalec oziroma zavarovanec ni zadovoljen, nas lahko o tem takoj obvesti prek ene izmed predlaganih možnosti obveščanja, navedenih v točki 17 teh pogojev. Če zavarovalec oziroma zavarovanec ne bo zadovoljen z našim odgovorom oziroma odločitvijo naše pritožbene komisije, ima kot potrošnik pravico dati tudi pobudo za začetek postopka mediacije pred našim izbranim izvajalcem izvensodnega reševanja potrošniških sporov - Mediacijskim centrom Slovenskega zavarovalnega združenja, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon: 01/300 93 81, elektronski naslov: irps@zav-zdruzenje.si, spletni naslov: www.zav-zdruzenje.si. Več informacij o pritožbenih postopkih je dostopnih na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si/pritozbeni-postopki ali prek telefona 080 70 77.
- 19.2 Za razmerja iz pogodbe se uporablja slovensko pravo. Za izvajanje nadzora nad nami je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana. Poročilo o solventnosti in našem finančnem položaju je dostopno na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si.

20 Davki in dajatve

- 20.1 Poleg dogovorjene premije je zavarovalec oziroma zavarovanec dolžan plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec predpisal v času trajanja pogodbe. Če se med trajanjem pogodbe spremenijo ali uvedejo nove dajatve (nova taksa, sprememba davčne stopnje ipd.), te spremembe vplivajo na višino dogovorjene premije oziroma izplačila. Vrsta in višina dajatev je odvisna od veljavne zakonodaje.
- 20.2 Davek od prometa zavarovalnih poslov se plačuje po predpisani stopnji od premije. Za zdravstvena zavarovanja, ki so sklenjena s krajšo dobo od desetih let, se od premije plačuje davek od prometa zavarovalnih poslov po predpisani stopnji. Davek bremeni zavarovalca na način, da zavarovalnica premiji doda ta davek v predpisani višini.

21 Informacije o obdelavi vaših osebnih podatkov

- 21.1 Spoštujemo pravico do zasebnosti naših strank. V ta namen smo pripravili celovito »Informacijo o obdelavi osebnih podatkov«, ki je dostopna na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si/vop. Informacijo lahko zahtevate tudi v pisni obliki prek brezplačne telefonske številke 080 70 77 ali našega pooblaščenega predstavnika.

- 21.2 S sklenitvijo te pogodbe imamo pravico, da kadar koli in od katerega koli zdravnika, zdravstvene oziroma druge ustanove pridobimo vse podatke o vašem zdravstvenem stanju ali poteku zdravljenja oziroma podatke, ki bi vplivali na oceno nevarnosti ali ki so pomembni za ugotavljanje naših obveznosti.

22 Preprečevanje korupcije

Pogodba, pri kateri kdo v imenu ali na račun druge pogodbene stranke predstavniku ali posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja obljubi, ponudi ali da kakšno nedovoljeno korist za pridobitev posla ali za sklenitev posla pod ugodnejšimi pogoji ali za opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem pogodbenih obveznosti ali za drugo ravnanje ali opustitev, s katerim je organu ali organizaciji iz javnega sektorja povzročena škoda ali je omogočena pridobitev nedovoljene koristi predstavniku organa, posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja, drugi pogodbeni stranki ali njenemu predstavniku, zastopniku, posredniku, je nična.

23 Sankcijska klavzula

- 23.1 Ne zagotavljamo zavarovalnega kritja in zato nimamo obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi v primeru, če bi nas takšno poplačilo zahtevka ali plačilo kakršne koli druge koristi izpostavilo kakršnim koli sankcijam, prepovedim, omejitvam, kontrolam izvoza in/ali uporabe menjalnih tečajev na podlagi resolucij Združenih narodov ali trgovinskim ali ekonomskim sankcijam, kršitvam zakonov ali predpisov Evropske unije, Združenih držav Amerike, Združenega kraljestva, Republike Slovenije ali predpisov katere koli jurisdikcije, ki velja za zavarovalnico.
- 23.2 Ne zagotavljamo zavarovalnega kritja in nimamo obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi v povezavi z izgubami, škodo ali obveznostmi, ki izhajajo iz aktivnosti v sankcioniranih državah/ozemljih, ali iz dejavnosti, ki so neposredno ali posredno povezane z ali koristijo njihovim vladam, osebam ali subjektom s prebivališčem v sankcioniranih državah/ozemljih, ali osebam ali subjektom, ki so v sankcioniranih državah/ozemljih ali njihovih teritorialnih vodah. Ta izključitev se ne uporablja za dejavnosti, ki se izvajajo, ali storitve, ki se opravljajo v izrednih razmerah zaradi varnosti, ali kadar smo bili o tem tveganju obveščeni in smo pisno potrdili zavarovalno kritje.
- 23.3 Za sankcionirane države/ozemlja po prejšnjem odstavku štejejo Demokratična ljudska republika Koreja, Iran, Sirija, Venezuela, Kuba, Belorusija, Rusija in ozemlja Krim, Donetsk, Luhansk, Zaporozje ter Herson, pri čemer se lahko seznam teh držav/ozemelj spremeni. Vsakokrat veljavni seznam teh držav je dostopen na: www.generalisi.si/sankcijska_klavzula.