

**Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje Zdravje**  
veljajo od 15. 11. 2017

**1. člen SPLOŠNE DOLOČBE**

- Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje Zdravje (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe o zdravstvenem zavarovanju, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- Zdravstveno zavarovanje Zdravje (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) je oblika zdravstvenega zavarovanja, ki omogoča zavarovanje za primer koriščenja asistenčnih storitev, kritja stroškov specialističnih ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav, zdravstvenih posegov v enodnevni obravnavi in ambulantnih fizioterapij, in sicer glede na izbrana kritja, za katere je tudi plačana ustrezna premija.
- Uporabljeni izrazi, zapisani v slovnici obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola in pomenijo:
  - čakalni rok – je časovno omejeno obdobje dveh (2) mesecev od datuma začetka zavarovanja. Zavarovalec je za to obdobje dolžan plačevati premijo. Čakalni rok ne velja za asistenčne storitve in za poškodbe, ki so nastale po začetku zavarovanja;
  - eNapotnica – je dokument s potrebnimi podatki, ki vsebuje številko eNapotnice oziroma napotnice in vrsto zdravstvene storitve na katero je zavarovanec napoten ter stopnjo nujnosti, s katero izbrani ali pooblaščen zdravnik prenaša pooblastila za zdravljenje na druge zdravnike, ki so na isti ali višji ravni;
  - kronična bolezen ali stanje - je bolezen ali stanje, ki se razvija počasi, je dolgotrajno in ponavljajoče, povzroči trajne zdravstvene posledice; bolnik potrebuje stalen medicinski nadzor, zdravljenje, opazovanje in nego. Za kronično bolezen se štejejo tudi pričakovani zapleti in druga bolezenska stanja zaradi kronične bolezni;
  - nalog - izda ga zavarovalnica in v odobrenem obsegu omogoča zavarovancu dostop do zdravstvenih storitev pri navedenem izvajalcu. Nalog izda zavarovalnica po prejemu popolne dokumentacije na podlagi katere lahko ugotovi svojo obveznost;
  - nezgoda - je enkraten, nenaden in negotov dogodek, povzročen s hipnim delovanjem sile od zunaj na zavarovančevo telo, neodvisno od njegove izključne volje, ki povzroči obseg poškodb, zaradi katerih neposredno nastopi nezgodna smrt ali popolna ali delna invalidnost ali zdravljenje pri zdravniku;
  - ново nastala bolezen, stanje ali poškodba - je prvič medicinsko ugotovljena bolezen, stanje ali poškodba, ki nastopi po sklenitvi zavarovanja v času jamstva ter ni posledica predhodnega obstoječega zdravstvenega stanja;
  - ponavljajoča se bolezen, stanje ali poškodba – je bolezen, stanje ali poškodba, ki se ponavlja z izmenjavo boljšega in slabšega zdravstvenega stanja, z vmesnimi remisijami ali obdobji. Bolezen ni kronična in je ozdravljiva. Šteje se, da je bolezen, stanje ali poškodba ponavljajoča, ko je to medicinsko ugotovljeno oziroma, ko zavarovanec opravi več kot deset (10) specialističnih ambulantnih storitev ali zahtevnih diagnostičnih preiskav ali zdravstvenih posegov v enodnevni obravnavi ali ambulantnih fizioterapij zaradi istega razloga obravnave;
  - pogodbeni izvajalec – je oseba, ki ima z zavarovalnico sklenjeno pogodbo in na podlagi dovoljenja opravlja zdravstvene storitve ali z zdravstvenimi storitvami povezane dejavnosti;
  - polica - listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
  - ponudba - listina, ki predstavlja predlog za sklenitev zavarovanja;
  - ponudnik - oseba, ki želi skleniti zavarovanje in poda predlog za sklenitev zavarovanja;
  - poškodba - okvara zdravja (sprememba, prizadetost tkiva, organa, organizma zaradi nenadnega delovanja zunanje sile), ki je posledica nezgode;
  - predhodno obstoječe zdravstveno stanje - je bolezen, stanje ali poškodba za katero se je zavarovanec v obdobju štirih (4) let pred datumom začetka zavarovanja že zavedal simptomov ali se je že zdravil, prejel zdravila ali se je nameraval zdraviti ali se je že posvetoval z usposobljenim zdravstvenim strokovnjakom, in sicer tudi, če diagnoza ni bila postavljena;
  - premija - znesek, ki se plačuje zavarovalnici;
  - soudeležba – lastna udeležba zavarovanca pri plačilu deleža stroškov zdravstvenih storitev, v primeru uveljavljanja pravic iz zavarovanja, če je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo;
  - zavarovalec - oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
  - zavarovalna vsota - najvišji znesek za plačilo do katerega jamči zavarovalnica v primeru koriščenja zdravstvenih storitev, opredeljenih v teh pogojih v enem zavarovalnem letu. V posamezno zavarovalno leto štejejo storitve, ki so bile opravljene na podlagi eNapotnice osebnega zdravnika ali zdravnika specialista ali pisnega mnenja pogodbenega ali nepogodbenega izvajalca ali delovnega naloga za izvajanje ambulantne fizioterapije, ne glede na to kdaj je bil zavarovanec nanje uradno napoten;
  - zavarovalno leto - je vsakokratno obdobje enega leta, ki se prične z dnevom in mesecem začetka zavarovanja; pri naknadni priključitvi zavarovanca k

obstoječemu zavarovanju se za konec zavarovalnega leta šteje konec zavarovalnega leta obstoječega zavarovanja;

- zavarovanec - oseba, navedena na polici, ki je deležna pravic iz zavarovalne pogodbe;
  - zdravstvene storitve - so strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji in v tujini, ki se opravljajo pri pogodbenih in nepogodbениh izvajalcih.
- Zavarovati je mogoče osebe od dopolnjenega 1. leta do pristopne starosti največ 64 let. Oseba mlajša od 19 let je lahko zavarovana samo skupaj z enim od staršev oziroma skrbnikov. Pristopna starost zavarovanca se določi kot razlika med letom začetka zavarovanja in letom rojstva zavarovanca. Nično je zavarovanje osebe, ki ji je popolnoma odvzeta poslovna sposobnost.
  - Zavaruje se lahko oseba, ki ima stalno prebivališče v Republiki Sloveniji.
  - Upravičenec za uveljavljanje storitev zavarovanja je zavarovanec.
  - Z zavarovalno pogodbo se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval dogovorjeno premijo, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo ob zavarovalnem primeru, v skladu z veljavnimi pogoji, nudila zavarovancu asistenčne storitve ter plačilo stroškov specialističnih ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav, zdravstvenih posegov v enodnevni obravnavi in ambulantnih fizioterapij.
  - Sestavni del pogodbe so: ponudba z dopolnili in izjavami, polica, ti splošni pogoji, izjave zavarovalca, zavarovanca in zavarovalnice, kakor tudi morebitne druge priloge in dodatki k polici.
  - Vse prijave in izjave, ki jih zavarovalnica ali zavarovalec predloži drug drugemu, veljajo od trenutka prejema le-teh. Vsi dogovori veljajo samo, če so sklenjeni pisno. Če se pošiljajo po pošti, se kot dan prejema šteje dan, ko je zavarovalnica prejela priporočeno pismo.
  - Tega zavarovanja ni mogoče kapitalizirati, odkupiti, obnoviti, zahtevati predujem ali mirovanje.
  - Zavarovalnica lahko pri pogodbah sklenjenih na daljavo določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.
  - Za to zavarovanje ni predvidena udeležba pri dobičku.

**2. člen PONUDBA**

- Ponudba za zdravstveno zavarovanje se izpolni v pisni obliki na obrazcu zavarovalnice ali elektronski obliki in predstavlja predlog za sklenitev zavarovanja. Ponudba vsebuje bistvene elemente pogodbe. Sestavni del ponudbe so tudi morebitne druge pisne priloge in dodatki ter vsakokratni veljavni pogoji.
- Pisna ali elektronska ponudba zavarovalnici za sklenitev zavarovalne pogodbe veže ponudnika, če ni določil krajšega roka, osem dni od dneva, ko je prispela k zavarovalnici. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa predlagano zavarovanje, se šteje, da je ponudbo sprejela in da je pogodba sklenjena tistega dne, ko je ponudba prispela na zavarovalnico.
- Če zavarovalec in zavarovanec nista ena in ista oseba, je za veljavnost pogodbe potreben tudi podpis zavarovanca na ponudbi.

**3. člen ZAVAROVALNA POLICA**

Polico zdravstvenega zavarovanja izdaja zavarovalnica v enem izvodu po podatkih iz ponudbe. Če se polica bistveno razlikuje od ponudbe in drugih pisnih izjav zavarovalca, lahko zavarovalec takim razlikam pisno ugovarja v enem mesecu po prejemu police. Če tega ne stori, velja vsebina police.

**4. člen TRAJANJE ZAVAROVANJA IN JAMSTVO**

- Zavarovanje začne veljati ob 00.00 uri tistega dne, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja. Zavarovanje velja za obdobje enega leta, če ni drugače dogovorjeno.
- Zavarovalec ima pravico do vsakokratnega podaljšanja zavarovanja za eno leto pod enakimi pogoji ob upoštevanju drugega odstavka 9. člena teh pogojev, pri čemer se podaljšanje izvede molče, razen v primerih iz 13. člena teh pogojev ter v naslednjih primerih:
  - če se bistveno spremenijo okoliščine v zvezi z zdravstvenimi storitvami, ki jih zavarovanje krije, o čemer bo pisno obvestila zavarovalca vsaj tri mesece pred iztekom zavarovalnega leta;
  - če preneha sodelovanje med zavarovalnico in pogodbenimi izvajalci zavarovalnice, ki nudijo zdravstvene storitve povezane z zavarovalno polico oziroma pogodbeni izvajalci zavarovalnice bistveno spremenijo pogoje sodelovanja. Zavarovalnica o tem pisno obvesti zavarovalca vsaj tri mesece pred iztekom zavarovalnega leta. V tem primeru zavarovanje preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta;
  - v primeru spremembe prejiškega cenika. Zavarovalnica v tem primeru o spremembi premije zavarovalca pisno obvesti vsaj tri mesece pred iztekom

zavarovalnega leta. Če se zavarovalec s predlogom spremembe ne strinja, o čemer mora obvestiti zavarovalnico najkasneje do izteka tekočega zavarovalnega leta, zavarovanje preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.

V vsakem primeru se zavarovanje lahko nazadnje podaljša z začetkom tistega zavarovalnega leta, v katerem bo zavarovanec dopolnil 65. leto starosti.

3. Začetek zavarovanja je vedno samo prvega v mesecu.
4. Zavarovanje preneha:
  - tistega dne, ko zavarovanec umre ali
  - ob koncu tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 65. leto starosti ali
  - z odpovedjo pogodbe s strani zavarovalnice ali zavarovalca ali
  - s potekom zavarovanja ali
  - v drugih primerih v skladu z veljavnimi pogoji in zakonom.
5. Zavarovanje lahko odpove tudi zavarovalnica pod pogoji in na način kot jih določa 13. člen teh pogojev.
6. Jamstvo zavarovalnice se za koriščenje specialističnih ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav, zdravstvenih posegov v enodnevni obravnavi in ambulantnih fizioterapij, ki se uveljavljajo na podlagi:
  - poškodbe, prične ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, vendar ne prej kot ob 24.00 uri dne, ko je bila plačana prva premija v celoti;
  - bolezni, prične po preteku čakalnega roka, vezano na datum začetka zavarovanja in pod pogojem, da so do takrat plačane vse zapadle premije.

#### 5. člen PREDMET ZAVAROVANJA

1. Zavarovanje, glede na izbrana kritja, vključuje asistenčno storitev ter plačilo stroškov:
  - specialističnih ambulantnih storitev,
  - zahtevnih diagnostičnih preiskav,
  - zdravstvenih posegov v enodnevni obravnavi,
  - ambulantne fizioterapije.
2. Zavarovanje krije stroške iz prvega odstavka tega člena v primeru novo nastale bolezni, stanja ali poškodbe za katere je zavarovanec v času jamstva pridobil zdravniško napotilo (eNapotnica osebnega zdravnika ali zdravnika specialista ali pisno mnenje izvajalca ali delovni nalog za izvajanje ambulantne fizioterapije), ki utemeljeno opravičuje zdravstvene ukrepe na področjih angiologije, endokrinologije, dermatologije, fizikalne medicine, gastroenterologije, ginekologije (sekundarna raven), hematologije, kardiologije, nefrologije, nevrologije, oftalmologije, ortopedije, otorinolaringologije, proktologije, pulmologije, tireologije in urologije.
3. Zavarovanje krije v posameznem zavarovalnem letu, v skladu s temi pogoji, stroške vseh zdravstvenih storitev skupaj do višine letne zavarovalne vsote, in sicer za:
  - specialistične ambulantne storitve,
  - največ dve (2) zahtevni diagnostični preiskavi,
  - zdravstvene posege v enodnevni obravnavi,
  - največ deset (10) obravnav ambulantne fizioterapije, vendar ne več kot 10% višine letne zavarovalne vsote.

#### 6. člen VSEBINA ZAVAROVANJA

##### 1. Asistenčne storitve

1. Asistenčne storitve so storitve, ki jih omogoča asistenčni center zavarovalnice, in sicer vsak delovni dan s klicem na brezplačno telefonsko številko 080 19 20.
2. Asistenčni center zavarovalnice omogoča zavarovancu naslednje storitve:
  - posredovanje informacij o zdravstvenih centrih, naročanje na zdravstvene storitve v skladu s pogoji (specialistične ambulantne storitve, zahtevne diagnostične preiskave, zdravstvene posege v enodnevni obravnavi, ambulantne fizioterapije),
  - elektronsko naročanje, na podlagi eNapotnice, na zdravstvene storitve, ki jih bo zavarovanec opravil v javnem sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja pri izvajalcih v Republiki Sloveniji,
  - posredovanje informacij o zdravnikih specialistih iz javne in zasebne mreže, kot npr. informacije o načinu naročanja, najkrajših čakalnih dobah, ordinacijskih časih, ipd.,
  - posredovanje informacije zvezi z zavarovanjem in obsegom kritij,
  - izvajanje avtorizacije upravičenosti do kritij v skladu s pogoji,
  - obveščanje zavarovanca pred terminom zdravstvene storitve.

##### 2. Specialistične ambulantne storitve

1. Specialistične ambulantne storitve vključujejo:
  - specialistični ambulantni pregled,
  - osnovne preiskave,
  - enostavne ambulantne posege.
2. Specialistični ambulantni pregled je prvi in kontrolni pregled pri specialistu na področjih angiologije, endokrinologije, dermatologije, fizikalne medicine, gastroenterologije, ginekologije (sekundarna raven), hematologije, kardiologije, nefrologije, nevrologije, oftalmologije, ortopedije, otorinolaringologije, proktologije, pulmologije, tireologije in urologije.

3. Osnovne preiskave so osnovne slikovne, funkcionalne in laboratorijske preiskave krvi in urina, EEG, EKG, EMG, OCT, RTG, UZ, VEP.
4. Enostavni ambulantni posegi so aplikacija blokade, biopsija, odstranitev manjšega kožnega izrastka, odstranitev tujka, oskrba rane, parenteralna aplikacija zdravila, punkcija, sklerozacija varic.

##### 3. Zahtevne diagnostične preiskave

Zahtevne diagnostične preiskave vključujejo: računalniško tomografijo (CT, CTA), magnetno resonanco (MR, MRA), pozitronsko emisijsko tomografijo (PET), scintigrafijo, irigografijo, PTA, operacijo karpalnega kanala, rektoskopski poseg, polipektomijo, UZ razbijanje ledvičnih kamnov, ERCP, hidrokelo, spermatokelo ali varikokelo, operacijo hemoroidov, incizijo analne fisure, endoskopsko operacijo v zadnjem delu širokega črevesa, operacijo trebušne kile, endoskopsko operacijo nosu in obnosnih votlin, klasično ali endoskopsko mukotomijo, endoskopsko ablacijo polipov, operacijo halux valgusa, večjo ekscizijo izrastkov kože, brazgotin in mehkih delov ter elektrokoagulacijo kožnih tvorbo.

##### 4. Zdravstveni posegi v enodnevni obravnavi

Zdravstveni posegi v enodnevni obravnavi so posegi, ki trajajo manj kot štiriindvajset (24) ur in ne preko noči, ter vključujejo: poseg na očesu (siva mrena, pterigij, pinguekula, xantalazma, entropij), poseg na solznih žlezah in solzevodih, artroskopijo kolcolca, kolena ali gležnja, operativno zdravljenje krčnih žil, koronarografijo, PTA, operacijo karpalnega kanala, rektoskopski poseg, polipektomijo, UZ razbijanje ledvičnih kamnov, ERCP, hidrokelo, spermatokelo ali varikokelo, operacijo hemoroidov, incizijo analne fisure, endoskopsko operacijo v zadnjem delu širokega črevesa, operacijo trebušne kile, endoskopsko operacijo nosu in obnosnih votlin, klasično ali endoskopsko mukotomijo, endoskopsko ablacijo polipov, operacijo halux valgusa, večjo ekscizijo izrastkov kože, brazgotin in mehkih delov ter elektrokoagulacijo kožnih tvorbo.

##### 5. Ambulantne fizioterapije

Fizioterapije v ambulantni obravnavi so nadaljevanje specialistične zdravstvene obravnave in so potrebne za zdravljenje novo nastale bolezni, stanja ali poškodbe.

6. Seznam specialističnih ambulantnih storitev, zahtevnih diagnostičnih preiskav, zdravstvenih posegov v enodnevni obravnavi, ambulantnih fizioterapij (v nadaljnjem besedilu: seznam storitev) je dostopen na spletni strani zavarovalnice ([www.zav-sava.si](http://www.zav-sava.si)). Seznam storitev lahko zavarovalnica, v času trajanja zavarovanja, razširi z dodatnimi zdravstvenimi storitvami.

#### 7. člen OMEJITVE IN IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

1. Zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev, ki nastanejo v zavarovalnem letu, v skladu s pogoji, največ do višine letne zavarovalne vsote in zdravstvene storitve v obsegu kot je določeno v teh pogojih.
2. Neizkoriščenega dela letne zavarovalne vsote iz tekočega zavarovalnega leta ali neizkoriščenega števila zahtevnih diagnostičnih preiskav ali ambulantnih fizioterapij, ni možno prenesti v naslednje zavarovalno leto.
3. Ko se novo nastala bolezen, stanje ali poškodba medicinsko opredeli kot kronična ali ponavljajoča, zavarovalnica v zvezi s to boleznijo, stanjem oziroma poškodbo nima več obveznosti iz zavarovalne pogodbe.
4. Zavarovalnica je prosta obveznosti iz zavarovanja:
  - za vsa predhodna obstoječa zdravstvena stanja zavarovanca v obdobju prvih dveh (2) let od datuma začetka zavarovanja (vmesni čakalni rok). Po preteku vmesnega čakalnega roka prevzame zavarovalnica jamstvo tudi za zavarovalne primere, ki so posledica predhodnega obstoječega zdravstvenega stanja zavarovanca, in sicer ob pogoju, da se zavarovanec v obdobju vmesnega čakalnega roka ni zdravil ali prejel zdravila ali se posvetoval z usposobljenim zdravstvenim strokovnjakom ali opravljal diagnostike v zvezi s tem zdravstvenim stanjem. V nasprotnem primeru se bo novi vmesni čakalni rok pričel šteti od zadnjega zdravljenja ali od zadnjega prejetega nasveta ali od zadnje pomoči zdravstvenega strokovnjaka ali od zadnjega predpisanega zdravila ali od zadnje opravljane diagnostike v zvezi z določenim predhodno obstoječim zdravstvenim stanjem zavarovanca;
  - za bolezen ali stanje glede katerega se je zavarovanec v času čakalnega roka že zavedal simptomov ali se je že zdravil, prejel zdravila ali se je nameraval zdraviti ali se je že posvetoval z usposobljenim zdravstvenim strokovnjakom, in sicer tudi, če diagnoza ni bila postavljena;
  - za plačilo stroškov storitev, ki so bile opravljene pred začetkom zavarovanja ali po preteku petnajst (15) dni po prekinitvi ali poteku zavarovalne pogodbe ali če zavarovanec uveljavlja zdravstvene storitve brez predhodne odobritve zavarovalnice.
5. Zavarovalnica je prosta obveznosti iz zavarovanja, če so bolezni, stanja ali poškodbe zavarovanca posledica:
  - zlorabe ali čezmernega uživanja alkohola, jemanja mamil ali drugih narkotikov in psihoaktivnih substanc, jemanja zdravil, razen tistih, ki jih je zavarovancu predpisal zdravnik;
  - okužbe z virusom HIV ali AIDS;
  - namerne samopoškodbe zavarovanca ali namerne poškodbe zavarovanca s strani zavarovalca;
  - duševnih motenj zavarovanca;
  - delovanja jedrskega sevanja ali kontaminacije;
  - epidemij, pandemij, naravnih nesreč;
  - priprave, poskusa ali izvršitve naklepnega kaznivega dejanja, udeležbe v njem in pobegu po takšnem dejanju ter udeležbe v fizičnem obračunu, razen pri uradno dokazani samoobrambi;
  - vojnih dogodkov, uporov, vstaj, revolucij, nemirov in izgrediv vseh oblik;

- zavarovančevega aktivnega in prostovoljnega sodelovanja v vojni ali vojni podobnih dogodkih, državljanski vojni, revoluciji, vstaji, uporabi ali državljskih nemirih, ki nastanejo iz takih dogodkov, sabotaži ali terorizmu in drugih podobnih primerih;
  - izvajanja katerekoli športne aktivnosti za katero zavarovanec prejme posredno ali neposredno plačilo;
  - upravljanja letal in letalnih naprav vseh vrst, plovnihih objektov, motornih in drugih vozil, brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje z vrsto in tipom letala in letalnih naprav, plovnega objekta, motornega in drugega vozila. Šteje se, da zavarovanec ima predpisano vozniško dovoljenje, kadar zaradi priprav in pri opravljanju izpita za pridobitev uradnega dovoljenja vozi ali upravlja pod neposrednim nadzorom osebe, ki po obstoječih predpisih lahko poučuje.
6. Zavarovanje ne krije stroškov:
- medicinsko - tehničnih pripomočkov, zobnoprostetičnih pripomočkov in nadomestkov, reševalnih prevozov, nujne medicinske pomoči, preventivne in zdravstvene nege;
  - storitev alternativnega, komplementarnega ali eksperimentalnega zdravljenja;
  - bolnišničnega in zdraviliškega zdravljenja s hospitalizacijo;
  - zdravljenja refrakcijskih okvar očesa (kratkovidnost, daljnovidnost, astigmatizem) razen, če so posledica nezgode;
  - zdravljenja v dejavnostih alergologije, diabetologije, psihiatrije, klinične psihologije, ginekologije (preventivnih rednih obdobjih ginekoloških pregledov na primarni ravni), revmatologije, stomatologije, intenzivne in urgentne medicine ter preventivne;
  - zdravljenja epilepsije, paralize, duševnih bolezni, splošnih psihičnih težav, motenj hranjenja, genetskih preiskav, cepljenja, drugega mnenja, dialize;
  - zdravljenja spolno prenosljivih bolezni, vključno z okužbo z virusom HIV;
  - patronažne zdravstvene nege;
  - zdravstvenih storitev, povezanih s kroničnimi boleznimi in ponavljajočimi stanji, neplodnostjo, nosečnostjo, porodom, umetno oploditvijo, umetno prekinitvijo nosečnosti in sterilizacijo;
  - posegov, ki zahtevajo opazovanje preko noči;
  - zdravstvenih storitev, opravljenih iz estetskih razlogov;
  - zdravstvenih storitev za ugotavljanje delazmožnosti v postopkih za invalidsko komisijo in ugotavljanje stanja v zavarovalniških ali sodnih postopkih;
  - zdravstvenih storitev, opravljenih pri izvajalcu, ki je ožji družinski član zavarovanca oziroma živi v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem;
  - zdravstvenih storitev, ki niso strokovno doktrinarno priznana medicinska metoda v Republiki Sloveniji ali pa so eksperimentalne narave;
  - zdravstvenih storitev, za katere zavarovalnica ni dala soglasja;
  - stroškov prevoza do izvajalca zdravstvene storitve, stroškov nastanitve in prehrane, komunikacijskih stroškov, stroškov povezanih s spremljevalcem, stroškov pridobivanja in posredovanja zdravstvene dokumentacije;
  - v primeru posredovanja neresničnih podatkov, prevare, zamlčanja, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca oziroma zavarovanca.
- 8. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN ZAVAROVANCA TER POSLEDICE NJIHOVE NEIZPOLNITVE**
1. Zavarovalec je dolžan takoj sporočiti zavarovalnici spremembo bivališča oziroma spremembo sedeža in ga v primeru opustitve le-tega, poleg pravnih posledic iz naslednjega odstavka bremenijo tudi eventualni stroški, ki bi nastali zavarovalnici.
  2. Zavarovalnica bo pisna obvestila pošiljala zavarovalcu na naslov, ki ga je pisno sporočil. V primeru, da vročitev obvestila zavarovalcu ni bila možna npr. zaradi odsotnosti, odklonitve sprejema in podobno se šteje, da je zavarovalec priporočeno pošiljko prejel z dnem poskusa vročitve s čemer se zavarovalec izrecno strinja, zato bo veljalo, da je zavarovalec z njegovo vsebino seznanjen. Navedena domneva uspele vročitve ima na podlagi posebnega dogovora z zavarovalcem pravno veljavne učinke.
- 9. člen DOGOVOR O PREMIJI IN ZAVAROVALNI VSOTI**
1. Zavarovalno vsoto in premijo sporazumno določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, zlasti pa še po izbranem premijskem sistemu in zavarovančevi starosti.
  2. Premija je določena po zavarovančevi starosti. V primeru prehoda zavarovanja v višji starostni razred se ob začetku novega zavarovalnega leta višina premije, za naslednja zavarovalna leta, uskladi z veljavnim premijskim cenikom. Za primer prehoda zavarovanja v višji starostni razred se upošteva dejanska starost zavarovanca ob začetku novega zavarovalnega leta.
  3. Premijo je možno plačevati letno ali v obrokih.
  4. Dogovorjena premija se plačuje za tekoče obdobje, in sicer zapade v plačilo prvega v mesecu za dogovorjeno obdobje. Dogovorjeno premijo je zavarovalec dolžan plačevati v dogovorjenih rokih, na dogovorjen način.
  5. Premija za to zavarovanje se plačuje do prenehanja zavarovanja v skladu s pogoji.
6. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.
  7. Premija se plačuje na transakcijski račun zavarovalnice. Premija se šteje za plačano z dnem, ko je dan nalog banki ali drugi organizaciji za plačilni promet.
  8. Zavarovalec je dolžan plačevati premijo zavarovalnici, zavarovalnica pa je dolžna sprejeti premijo od vsake osebe, ki ima pravni interes, da je premija plačana.
  9. Plačilo zaostale premije se nanaša na prvo neplačano premijo.
- 10. člen POSLEDICE ZARADI NEPLAČANE PREMIJE**
1. Če premija do zapadlosti ni plačana, preneha jamstvo po pogodbi po šestdesetih (60.) dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije.
  2. Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prejšnjega odstavka tega člena razdruzi pogodbo brez odpovednega roka in izterja neplačane premije s pripadajočimi obrestmi. Razdrutje pogodbe in prenehanje jamstva nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka tega člena, če je bil zavarovalec oziroma zavarovanec v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju jamstva iz prejšnjega odstavka tega člena o tem primerno obveščen.
- 11. člen MIROVANJE PLAČEVANJA PREMIJE**
- Mirovanje plačevanja premije ni mogoče.
- 12. člen UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZAVAROVANJA**
1. Zavarovanec ali katerakoli oseba, ki je pooblaščen, da zakonita nastopa v njegovem imenu za uveljavljanje pravic iz zavarovanja prehodno obvesti asistenčni center zavarovalnice s klicem ali uporabo (elektronske) pošte ter pridobi predhodno odobritev – nalog.
  2. Zavarovanec izbere izvajalca zdravstvenih storitev v soglasju z zavarovalnico. Zavarovanec uveljavlja zdravstvene storitve pri pogodbenih izvajalcih zavarovalnice. Izjemoma lahko zavarovanec, ob predhodnem soglasju zavarovalnice, zdravstvene storitve uveljavlja tudi pri nepogodbenemu izvajalcu.
  3. Zavarovanec uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev v soglasju z zavarovalnico na podlagi naloga.
  4. Zavarovalnica zagotavlja zavarovancu uveljavljanje pravic iz zavarovanja pri njenih pogodbenih izvajalcih v roku, ki ni daljši od deset (10) dni od dneva izdanega naloga.
  5. Dogovorjeni termin izvedbe zdravstvenih storitev pri pogodbenem izvajalcu lahko zavarovanec odpove ali predlaga spremembo le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati ali jih preprečiti o čemer zavarovalnico takoj obvesti in predloži dokazila.
  6. V primeru odpovedi dogovorjenega termina izvedb zdravstvenih storitev pri pogodbenem izvajalcu s strani zavarovalnice, zavarovalnica omogoči zavarovancu nadomestni termin najkasneje deset (10) dni po dogovorjenem terminu.
  7. Termin izvedbe zdravstvenih storitev pri nepogodbenem izvajalcu dogovori zavarovanec sam, če ni določeno drugače.
  8. Zavarovalec je dolžan plačevati premijo tudi v obdobju reševanja zahtevka. Do dneva uveljavljanja pravic iz zavarovanja morajo biti plačane vse zapadle premije.
  9. Stroške opravljenih zdravstvenih storitev pri pogodbenih izvajalcih, ki nastanejo na podlagi izdanega naloga, plača zavarovalnica neposredno pogodbenemu izvajalcu. Znesek stroškov je zmanjšan za morebitno soudeležbo zavarovanca.
  10. Stroške opravljenih zdravstvenih storitev pri nepogodbenih izvajalcih, ki nastanejo na podlagi izdanega naloga, plača zavarovanec sam neposredno nepogodbenemu izvajalcu. Zavarovalnica mu vrne stroške plačanih zdravstvenih storitev na podlagi zahtevka za povrnitev stroškov, in sicer največ do cene storitve objavljene v ceniku storitev, zmanjšano za morebitno soudeležbo zavarovanca, če je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo. Cenik storitev je objavljen na spletni strani zavarovalnice ([www.zav-sava.si](http://www.zav-sava.si)). Zahtevku za povrnitev stroškov je potrebno predložiti zdravstveno dokumentacijo, obračun zdravstvenih storitev, originalni račun, potrdilo o plačilu in na zahtevo zavarovalnice tudi drugo dokumentacijo.
  11. Če je v zavarovalni pogodbi dogovorjena soudeležba zavarovanca za opravljene zdravstvene storitve, plača zavarovanec ta delež stroška sam neposredno pogodbenemu izvajalcu oziroma plača zavarovanec znesek dogovorjene soudeležbe zavarovalnici, v kolikor je ta plačala pogodbenemu izvajalcu celoten znesek opravljene storitve.
  12. Zavarovanec na svoje stroške pridobi in zavarovalnici predloži zahtevano dokumentacijo za ugotovitev obveznosti iz tega zavarovanja.
  13. Zavarovanec dovoljuje zavarovalnici, da lahko za ugotovitev pomembnih okoliščin povezanih z zavarovalnim primerom pridobi vse potrebne podatke in pojasnila.
- 13. člen ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE**
1. Zavarovalec lahko zavarovanje pisno odpove, najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
  2. Zavarovanje lahko odpove tudi zavarovalnica, vendar le v primerih ter na način in pod pogoji, predpisanimi v Obligacijskem zakoniku.
- 14. člen SPREMEMBE NA ZAVAROVALNI POGODBI**
- Vse spremembe mora zavarovalec zahtevati v pisni obliki.

**15. člen STROŠKI STORITEV**

Zavarovalnica ima pravico zahtevati plačilo za vse storitve, ki ne izvirajo iz osnovnega namena zavarovanja in jih zavarovalec posebej zahteva (spremembe, dvojniki police in podobno). Višino vseh stroškov določi zavarovalnica v vsakokratnem veljavnem ceniku, ki je dostopen na spletni strani zavarovalnice ([www.zav-sava.si](http://www.zav-sava.si)) in na sedežu družbe.

**16. člen VARSTVO OSEBNIH PODATKOV**

1. Zavarovalec oziroma zavarovanec, v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov, dovoljuje, da zavarovalnica in njene kapitalsko povezane družbe za izvajanje dejavnosti zavarovanja ali kapitalsko oz. pogodbeno povezane družbe za zavarovalno zastopanje oz. posredovanje ter pogodbeni izvajalci zdravstvenih storitev zavarovalnice za izpolnjevanje obveznosti po zavarovalnih pogodbah, njegove osebne podatke zbirajo, obdelujejo, shranjujejo in posredujejo v obsegu in za namene, kot jih določa zakon, ki ureja področje zavarovalništva.

Prav tako izrecno dovoljuje, da zavarovalnica ter pogodbeni izvajalci zdravstvenih storitev zavarovalnice za izpolnjevanje obveznosti po zavarovalnih pogodbah za namen opravljanja svoje dejavnosti zbirajo, obdelujejo, shranjujejo in posredujejo tudi vse njegove ostale osebne podatke, vključno z občutljivimi osebnimi podatki, ter dovoljuje vpogled pooblaščenih oseb zavarovalnice - zdravnika cenzorja ter pogodbenim izvajalcem zdravstvenih storitev zavarovalnice v ustrezno zdravstveno dokumentacijo. Zavarovanec izrecno dovoljuje zavarovalnici, da le ta za namen izvajanja zavarovanja vpogleduje v spletno aplikacijo na portalu ZZS.

Tako zbrane osebne podatke, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko zavarovalnica in njene kapitalsko ali pogodbeno povezane družbe za zavarovalno zastopanje oz. posredovanje uporabljajo tudi za namene neposrednega trženja ter obveščanja o novostih in ponudbah tudi z uporabo samodejnih klicnih in komunikacijskih sistemov za opravljanje klicev na naročnikovo telefonsko številko brez človekovega posredovanja (npr. klicni avtomati, SMS, MMS), telefaksov ali elektronske pošte.

Hkrati zavarovalnico pooblašča, da sme za namene izvajanja zdravstvenih zavarovanj posamezne podatke preverjati oz. pridobivati pri ustreznih ustanovah javnega in zasebnega sektorja, ki razpolagajo z njegovimi osebnimi podatki.

2. Zavarovalec oziroma zavarovanec ima, v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov, pravico do vpogleda, prepisa, kopiranja, dopolnitve, popravka, blokiranja in izbrisa osebnih podatkov, ki se nanašajo nanj.
3. Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko kadarkoli zahteva, da zavarovalnica začasno ali trajno preneha z uporabo njegovih osebnih podatkov za namen neposrednega trženja.
4. Zavarovalnica se obvezuje, da bo vse zbrane osebne podatke skrbno varovala, v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov.
5. Osebne podatke bo zavarovalnica hranila v okviru predpisanih rokov hrambe, ki veljajo za področje zdravstvenih zavarovanj in jih opredeljujejo veljavni pravni predpisi.

**17. člen ZASTARALNI ROKI**

Zahtevki iz pogodbe zastarajo glede na vrsto rizika po vsakokratnih veljavnih zakonskih določilih.

**18. člen PRITOŽBENI POSTOPEK IN REŠEVANJE SPOROV**

1. Zoper pisno odločitev zavarovalnice je dovoljena pritožba na Pritožbeno komisijo zavarovalnice, ki pritožbe obravnava skladno s pravilnikom zavarovalnice, ki ureja pritožbeni postopek. Pritožba se lahko odda osebno, po (elektronski) pošti ali preko spletnega obrazca zavarovalnice, in sicer v roku 30 dni od prejema odločitve zavarovalnice.
2. V okviru internega pritožbenega postopka obravnava zavarovalnica tudi pritožbe, v katerih se zatrjuje kršitev poslovne morale.
3. Poleg omenjenih oblik je mogoče spore reševati tudi v okviru zakonsko predvidenih alternativnih oblik reševanja sporov, predvsem s posredovanjem izvajalca izvensodnega reševanja potrošniških sporov (Mediacijski center, ustanovljen pri Slovenskem zavarovalnem združenju), katerega pristojnost priznava zavarovalnica, v zvezi s čimer so vse informacije na voljo tudi na telefonski številki 080 19 20 ali na spletni strani zavarovalnice ([www.zav-sava.si](http://www.zav-sava.si)).

**19. člen ZAKLJUČNA DOLOČBA**

1. Za urejanje razmerij iz zavarovalne pogodbe se uporablja pravo Republike Slovenije.
2. Zavarovalnica ne prevzema odgovornosti za kakovost, zakonitost, ustreznost in strokovnost opravljene zdravstvene storitve.
3. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
4. Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se upoštevajo določbe Obligacijskega zakonika in drugih pravnih predpisov Republike Slovenije.
5. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice bo, v skladu z zakonskimi zahtevami glede časa in obveznosti objave, dostopno na spletni strani zavarovalnice ([www.zav-sava.si](http://www.zav-sava.si)).