



# Splošni pogoji dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja -ZZ11

340.113.004.01

## 1. člen: splošne določbe

- [1] Splošni pogoji dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: splošni pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki jo skleneta zavarovalec in TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. (v nadaljevanju: zavarovalnica), ter z njo urejata medsebojne pravice in obveznosti.
- [2] Vse prijave, izjave in dokumenti, ki jih zavarovalec predloži v zvezi z zavarovalno pogodbo ali njeno spremembo, morajo biti v pisni ali dogovorjeni elektronski obliki in veljajo, ko jih prejme naslovnik. Če se pošiljajo po pošti, se kot dan prejema šteje dan, ko so bili priporočeno oddani na pošti.

## 2. člen: opredelitev izrazov

- [1] Posamezni izrazi, uporabljeni v teh splošnih pogojih, imajo naslednji pomen:
  - (a) **zavarovalec** je fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo;
  - (b) **zavarovana oseba** je fizična oseba, katere interes je zavarovan;
  - (c) **zavarovanje** je dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, kot ga opredeljuje 4. člen teh pogojev;
  - (d) **zavarovalno jamstvo** je zaveza zavarovalnice, da bo ob izpolnjevanju pogodbenih določil poravnala stroške doplačil iz 4. člena teh pogojev;
  - (e) **e-ZZ**® je elektronski zapis zavarovalnice na kartici zdravstvenega zavarovanja;
  - (f) **čakalna doba** je obdobje od začetka trajanja zavarovanja, v katerem zavarovana oseba ne more uveljavljati pravic iz zavarovanja;
  - (g) **izvajalec zdravstvenih storitev** je pravna ali fizična oseba, ki ima dovoljenje za opravljanje zdravstvene ali z zdravstvenimi storitvami povezane dejavnosti ter ima sklenjeno pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije o opravljanju storitev v obveznem zdravstvenem zavarovanju.

## 3. člen: dokumenti

- [1] Dokumenti za sklepanje in izvajanje zavarovalne pogodbe so:
  - (a) **pristopnica / ponudba** je dokument v pisni obliki in na obrazcu zavarovalnice, ki vsebuje podatke o osebi, ki želi skleniti zavarovanje, ter podatke, ki jih za sklenitev pogodbe in izvajanje zavarovanja potrebuje zavarovalnica;
  - (b) **polica** je listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
  - (c) **kartica zdravstvenega zavarovanja** je javna listina, na kateri so v obliki elektronskega zapisa e-ZZ® zabeleženi tudi podatki o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju;
  - (d) **potrdilo o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju** je dokument, ki ga lahko zavarovalnica izstavi kot nadomestilo za elektronski zapise-ZZ® na kartici zdravstvenega zavarovanja.

## 4. člen: vsebina in obseg zavarovanja

- [1] Predmet zavarovanja so doplačila pri uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev. Zavarovanje krije zavarovani osebi celotno razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev po 23. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter deležem te vrednosti, ki ga po istem členu krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Zavarovanje ne krije doplačil nad najvišjo priznano vrednostjo v obveznem zdravstvenem zavarovanju.
- [2] Zavarovanje krije razliko iz prejšnjega odstavka tega člena za iste storitve in v istem standardu, kot jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje.
- [3] Zavarovanje velja za območje Republike Slovenije. Skladno z zakonodajo, ki ureja zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji, in izvedbenimi akti, ki urejajo področje obveznega zdravstvenega zavarovanja, velja zavarovanje tudi v tujini.
- [4] Zavarovanje ima čakalno dobo treh mesecev, razen za osebe, ki postanejo zavezane plačevati razliko iz prve točke tega člena, in je od začetka te obveznosti potekel

največ en mesec, kakor tudi v primerih sklenitve zavarovanja, ko je od prenehanja predhodnega zavarovanja potekel največ en mesec.

- [5] Zavarovanje je vključeno v izravnalno shemo dopolnilnega zavarovanja.

## 5. člen: sklenitev zavarovalne pogodbe

- [1] Zavarovanje se lahko sklene le za osebo, ki je obvezno zdravstveno zavarovana v Republiki Sloveniji in je zavezanec za doplačila. Zavarovalnica lahko za sklenitev zavarovanja zahteva dokazila, da ima oseba veljavno obvezno zdravstveno zavarovanje.
- [2] Zavarovalna pogodba se sklene na podlagi pristopnice / ponudbe. Kadar zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora pristopnica / ponudba vsebovati podatke o zavarovalcu in zavarovani osebi ter podpis zavarovane osebe.
- [3] Pisna pristopnica / ponudba zavarovalnici za sklenitev zavarovalne pogodbe veže ponudnika osem (8) dni od dneva, ko je prispela 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. V tem primeru se šteje pogodba za sklenjeno od trenutka, ko je pristopnica / ponudba prispela k zavarovalnici.

## 6. člen: trajanje zavarovanja in zavarovalnega jamstva

- [1] Zavarovanje skladno z zakonom traja najmanj eno leto, razen v primeru zavarovanja oseb, katerih status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju je časovno omejen.
- [2] Zavarovanje se začne ob 00.00 uri tistega dne, katerega datum je na polici zapisan kot datum začetka zavarovanja, in poteče ob 00.00 uri tistega dne, katerega datum je na polici zapisan kot datum poteka zavarovanja.
- [3] Zavarovalno jamstvo se začne z datumom začetka zavarovanja, vendar ne pred potekom čakalne dobe. Zavarovalno jamstvo poteče z datumom poteka zavarovanja.
- [4] Čakalna doba je določena s klavzulo na polici.
- [5] Zavarovanje se po poteku podaljša za enak čas trajanja, razen če stranka zavarovalne pogodbe najkasneje tri mesece pred potekom ne izjavi drugače.

## 7. člen: mirovanje zavarovanja

- [1] Zavarovalnica lahko ugodi pisni zahtevi zavarovalca oziroma zavarovane osebe za mirovanje zavarovanja v primeru prekinitve statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju in v primeru, da zavarovana oseba ni več zavezana plačevati razlike iz prvega odstavka 4. člena.

## 8. člen: prenehanje zavarovanja in zavarovalnega jamstva

- [1] Zavarovalec lahko odstopi od pogodbe o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju po poteku enega leta od začetka veljavnosti zavarovanja, pred tem rokom pa v primerih prenehanja statusa zavarovane osebe v obveznem zavarovanju. Odpovedni rok za zavarovalca je tri mesece. Pod enakimi pogoji lahko svoje soglasje k zavarovalni pogodbi prekliche tudi zavarovana oseba.
- [2] Zavarovanje in zavarovalno jamstvo prenehata z iztekom odpovednega roka.
- [3] Zavarovanje in zavarovalno jamstvo prenehata tudi:
  - (a) s smrtjo zavarovane osebe;
  - (b) ko zavarovana oseba izgubi status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju;
  - (c) ko zavarovana oseba ni več zavezana plačevati razliko iz prvega odstavka 4. člena teh pogojev.
- [4] V primeru iz točke (a) tretjega odstavka tega člena je zavarovalnica upravičena do premije do dne prenehanja zavarovanja.

- [5] V primerih iz točke (b) oziroma točke (c) tretjega odstavka tega člena je zavarovalnica upravičena do premije do dne, ko je zavarovalec oziroma zavarovana oseba izgubila status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju, oziroma do dne prenehanja obveznosti plačila razlike.

### 9. člen: zavarovalna premija

- [1] Zavarovalna premija je mesečna in razvidna iz premijskega cenika.  
 [2] Premija se plačuje vnaprej, razen če ni drugače dogovorjeno.  
 [3] Zavarovalec je dolžan zagotoviti redno plačevanje zavarovalne premije. Zavarovalnica je dolžna sprejeti premijo od vsake osebe, ki ima za to pravni interes.  
 [4] V primeru zaostankov pri plačilu ene ali več premij oziroma zaostankov pri plačilu drugih terjatev zavarovalnice iz naslova zavarovalne pogodbe se ob plačilu poravnajo prej zapadle neplačane obveznosti.  
 [5] V primeru plačila premije iz tujine je zavarovalec dolžan plačati tudi stroške plačilnega prometa, ki jih je ob prejemu plačila dolžna plačati zavarovalnica.

### 10. člen: posledice neplačila zavarovalne premije

- [1] V primeru, da zavarovalec zamudi s plačilom več premij, po roku iz drugega odstavka tega člena preneha obveznost zavarovalnice poravnati stroške doplačil. Obveznost zavarovalnice ponovno nastopi, ko zavarovalec poravnava vse obveznosti iz zavarovalne pogodbe.  
 [2] V primeru, da zavarovalec ali druga zainteresirana oseba ob zapadlosti ne plača premije po pogodbi o dopolnilnem zavarovanju, preneha obveznost zavarovalnice poravnati stroške doplačil v roku šestdeset (60) dni od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije.  
 [3] Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prejšnjega odstavka razdre pogodbo o dopolnilnem zavarovanju brez odpovednega roka. Razdrtje zavarovalne pogodbe in prenehanje zavarovalnega kritja nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka, če je bil zavarovalec v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju zavarovalnega kritja iz prejšnjega odstavka o tem primerno obveščen.  
 [4] Zavarovalec je v primeru zamude plačila zavarovalne premije dolžan zavarovalnici plačati vse stroške, ki so ji bili s tem povzročeni.  
 [5] Zoper zavarovalca, ki je v zamudi s plačilom zavarovalne premije, lahko zavarovalnica pri pristojnem sodišču sproži postopek izterjave neplačanih obveznosti skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi.  
 [6] Zavarovalnica ima pravico, da ob kakršnemkoli izplačilu iz naslova zavarovanja poravnava vse zapadle neplačane zavarovalne premije.

### 11. člen: spremembe zavarovalne premije

- [1] Zavarovalnica si pridržuje pravico spremeniti pogodbeno dogovorjeno zavarovalno premijo, če se z zakonom ali na njem temelječem izvedbenem predpisu spremeni odstotek doplačil oziroma vsebina, obseg, struktura ali standard pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja.  
 [2] Zavarovalna premija se lahko spremeni tudi ob spremembah cen zdravstvenih ali z njimi povezanih storitev, zdravil in medicinsko tehničnih pripomočkov ter nevarnostnih in ekonomskih okoliščin, ki bistveno vplivajo na izpolnjevanje obveznosti in poslovanje zavarovalnice.  
 [3] V primeru spremembe zavarovalne premije se spremenjena premija obračuna ob zapadlosti prve naslednje premije po datumu začetka veljavnosti spremembe.  
 [4] Zapadlih premij zavarovalnica ne poračunava.  
 [5] Zavarovalnica ob spremembi premije zavarovalce in zavarovane osebe o tem obvesti.

### 12. člen: obveznosti zavarovalnice

- [1] Zavarovalnica se zavezuje, da bo od datuma začetka zavarovanja zagotavljala podatke, potrebne za oblikovanje elektronskega zapisa e-ZZ®.  
 [2] Zavarovalnica je obvezana na podlagi računa izvajalcem zdravstvenih storitev poravnati stroške doplačil, ki jih ob izpolnjevanju pogodbenih določil z uveljavljanjem pravic iz naslova zavarovanja povzroči zavarovana oseba.  
 [3] Kadar zavarovana oseba stroške iz prejšnjega odstavka tega člena poravnava sama, ji jih zavarovalnica povrne v roku štirinajst (14) dni od dneva, ko so ji bila predložena dokazila, iz katerih je razvidna vrsta opravljene storitve in podatki o zavarovani osebi.  
 [4] Zavarovalnica bo v primeru sprememb okoliščin, ki so pomembne za izvajanje zavarovalne pogodbe, o njih obvestila zavarovalca in zavarovano osebo.

### 13. člen: omejitve in izključitve obveznosti zavarovalnice

- [1] Zavarovalnica ne krije stroškov doplačil doktrinarno neutemeljenih zdravstvenih storitev, zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov, oziroma stroškov doplačil, ki so nastali v nasprotju s pravicami iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ter postopki, indikacijami in standardi v obveznem zdravstvenem zavarovanju.

### 14. člen: obveznosti zavarovalca in zavarovane osebe

- [1] Zavarovalec je dolžan zagotoviti redno plačevanje zavarovalne premije.  
 [2] Zavarovana oseba je dolžna osveževati elektronski zapis e-ZZ® na svoji kartici zdravstvenega zavarovanja.  
 [3] Zavarovana oseba ob izpolnjevanju pogodbenih obveznosti pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja izkazuje dodeljeno zavarovalno jamstvo bodisi z elektronskim zapisom e-ZZ® na kartici zdravstvenega zavarovanja bodisi s potrdilom o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju.  
 [4] Na zahtevo zavarovalnice je zavarovana oseba dolžna predložiti listine, ki izkazujejo, da ni dolžna plačevati povišane premije v skladu z določbami Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.  
 [5] Zavarovana oseba je dolžna v primeru povračila stroškov iz tretjega odstavka 12. člena obvestiti zavarovalnico najkasneje v roku devetdeset (90) dni po dnevu opravljene storitve.  
 [6] Na zahtevo zavarovalnice je dolžna zavarovana oseba podati pisno izjavo o vsebini in obsegu opravljenih zdravstvenih storitev.  
 [7] Med trajanjem zavarovanja sta zavarovalec in zavarovana oseba dolžna zavarovalnici v roku osem (8) dni posredovati spremembe osebnih podatkov zavarovane osebe, izgubo statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju, prenehanje obveznosti plačila razlike iz prvega odstavka 4. člena teh pogojev in druge okoliščine, pomembne za izvajanje zavarovanja.  
 [8] Zavarovalec in zavarovana oseba sta dolžna zavarovalnico na njeno zahtevo v roku osem (8) dni obvestiti o vseh okoliščinah uveljavljanja pravic iz zavarovalne pogodbe.

### 15. člen: uporaba in varstvo osebnih podatkov

- [1] Zavarovalec oziroma zavarovana oseba skladno z veljavno zakonodajo pooblašča zavarovalnico ter dovoljujeta, da se njuni osebni podatki zbirajo, hranijo, obdelujejo, uporabljajo in posredujejo v zvezi z vsemi postopki zavarovalnice, vključno s tem, da se v zvezi s poravnavo stroškov izvajalcu zdravstvenih storitev pooblaščenemu zdravniku zavarovalnice omogoči vpogled v zdravstveno dokumentacijo zavarovane osebe, ter da se resničnost in spremembe osebnih podatkov preverja pri pristojnih organih.  
 [2] Zavarovana oseba dovoljuje, da zavarovalnica za pridobitev številke kartice zdravstvenega zavarovanja posreduje Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije podatke iz sklepalne dokumentacije, ter da ji le-ta posreduje številko kartice. To velja tudi za posredovanje podatka o skupni dobi, ko je bila zavarovana oseba zavezana plačevati razliko izprve točke 4. člena, kot jo določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.  
 [3] Vse osebne podatke bo zavarovalnica varovala v skladu z veljavno zakonodajo, ki ureja varstvo osebnih podatkov.

### 16. člen: spremembe zavarovalnih pogojev

- [1] Med veljavnostjo zavarovalne pogodbe lahko pride zaradi sprememb okoliščin, pod katerimi je bilo sklenjeno in se izvaja zavarovanje, oziroma sprememb v zdravstvenem zavarovanju ali njegovi zakonodaji, do spremembe splošnih pogojev.  
 [2] Zavarovalnica mora na pisni ali na drug primeren način o spremembi obvestiti zavarovalca najmanj šestdeset (60) dni pred začetkom veljavnosti novih pogojev.  
 [3] Zavarovalec lahko v roku šestdeset (60) dni po dnevu, ko je bil seznanjen s spremembo, kar vključuje tudi spremembo zavarovalne premije, zavarovalnico obvesti, da odpoveduje zavarovalno pogodbo.  
 [4] Če v tem roku zavarovalna pogodba ni bila odpovedana, prične sprememba veljati z dnem, ko zapade v plačilo naslednja premija.  
 [5] V primeru odpovedi zavarovanja preneha zavarovanje z dnem, ko zapade v plačilo naslednja premija po dnevu, ko je zavarovalnica prejela odpoved zavarovalca.

### 17. člen: sklepne določbe

- [1] Za odnose med zavarovalnico in zavarovalcem, ki niso urejeni s to zavarovalno pogodbo, se uporablja zakonodaja, ki ureja obligacijska razmerja, zavarovalništvo ter zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji.  
 [2] Morebitne spore rešujeta pogodbeni stranki sporazumno, z internim postopkom zavarovalnice, s postopkom pred varuhom pravic s področja zavarovalništva ter postopkom pri Slovenskem zavarovalnem združenju, če pa to ni mogoče, jih rešuje stvarno pristojno sodišče glede na sedež zavarovalnice.  
 [3] Te plošne pogoje je sprejela Uprava TRIGLAV, Zdravstvene zavarovalnice, d.d., in veljajo od 31. 8. 2005, uporabljajo pa se od 1. 3. 2006.