



NIKOLI SAMI

V BOLEZNI



Zdravstveno zavarovanje
Zdravje



SAVA
ZAVAROVALNICA



NIKOLI SAMI
V BOLEZNI

Čas je, da zdravje postavimo na prvo mesto

Z ZDRAVSTVENIM ZAVAROVANJEM VAM V PRIMERU NOVO NASTALE BOLEZNI, STANJA ALI POŠKODBE, ZA KATERO STE V ČASU JAMSTVA PRIDOBILI ZDRAVNIŠKO NAPOTILO, OMOGOČAMO ENOSTAVNEJŠI IN HITREJŠI DOSTOP DO ZDRAVSTVENIH SPECIALISTIČNIH STORITEV ALI ASISTENČNIH STORITEV IN ZDRAVLJENJA BREZ ČAKALNEGA ROKA.

Ključne prednosti

1

ENOSTAVNO IN HITRO
DO ZDRAVSTVENIH
STORITEV

2

PRIČETEK OBRAVNAVE
PRI SPECIALISTU ŽE V
10 DNEH

3

CELOSTNA
OBRAVNAVA
ZAVAROVANCA

4

DO ZDRAVNIŠKIH
STORITEV SAMO Z
ENIM KLICEM

ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE ZDRAVJE VAM NUDI ASISTENČNE STORITVE ORGANIZIRANJA IN NAROČANJA TER, GLEDE NA IZBRANA KRITJA, PLAČILO STROŠKOV ZDRAVSTVENIH IN FIZIOTERAPEVTSKIH STORITEV:

- Enostaven pričetek zdravstvene in fizioterapevtske storitve s klicem na našo brezplačno številko 080 19 20.
- Pomoč in svetovanje zavarovancu skozi celoten postopek zdravljenja.
- Ureditev asistenčnih storitev in zdravstvene obravnave v primeru poškodbe brez čakalnega roka.
- Možnost izbire med fizičnim pregledom zdravnika specialista ali ePosvetom zdravnika specialista.
- Visoka kritja s soudeležbo zavarovanca ali brez.
- Kritje tudi za že obstoječa bolezenska ali poškodbeni stanja, v primeru, da zavarovanec v dveh letih ni bil prejemnik ostalih zdravstvenih obravnav.
- Obisk pri uveljavljenih specialistih v Sloveniji.
- Ugodnejše zavarovanje za družine.



PODROBNEJŠI PREGLED ZAVAROVALNIH KRITIJ

V OKVIRU ASISTENČNIH STORITEV ZAVAROVANCU OMOGOČAMO:

- **posredovanje informacij** o zdravstvenih centrih in naročanje na zdravstvene storitve pri naših pogodbenih partnerjih, in v javnih zdravstvenih sistemih,
- **pomoč pri elektronskem naročanju** na zdravstvene storitve, ki jih bo zavarovanec opravil v javnem zdravstvenem sistemu na podlagi eNapotnice,
- posredovanje informacij o novostih pri zavarovanjih in storitvah, ki jih nudimo,
- posredovanje informacij o zdravnikih specialistih iz javne in zasebne mreže (informacije o načinu naročanja, najkrajših čakalnih dobah, ordinacijskih časih ...),
- posredovanje informacij v zvezi z zavarovanjem in obsegom kritij,
- **obveščanje zavarovanca pred terminom zdravstvene storitve.**

SPECIALISTIČNE AMBULANTE STORITVE KRIJEJO:

- **specialistični ambulantni pregled** (možnost izbire med fizičnim pregledom zdravnika specialista ali ePosvetom zdravnika specialista) pri specialistu na področju dermatologije, gastroenterologije, ginekologije (sekundarni nivo), kardiologije, ortopedije, urologije in drugih,
- **osnovne preiskave** kot so laboratorijske preiskave krvi in urina, EEG, EKG, RTG, UZ ...,
- **enostavne ambulantne posege** med katere spadajo tudi biopsija, odstranitev manjšega kožnega izrastka, odstranitev tujka, punkcija ...

ZAHTEVNE DIAGNOSTIČNE PREISKAVE MED DRUGIM VKLJUČUJEJO:

- računalniško tomografijo (**CT, CTA**),
- magnetno resonanco (**MR, MRA**),
- pozitronsko emisijsko tomografijo (**PET**),
- **UZ vodeno biopsijo** notranjih organov in prostate,
- **endoskopski UZ**,
- **gastroskopijo**,
- **kolonoskopijo**.

MED ZDRAVSTVENE POSEGE V ENODNEVNI OBRAVNAVI SODIJO TUDI:

- poseg na očesu (siva mrena, pterigij, pinguekula, xantalazma, entropij),
- artroskopija komolca, kolena ali gležnja,
- operativno zdravljenje krčnih žil,
- koronarografija, operacija karpalnega kanala,
- rektoskopski poseg, polipektomija, UZ razbijanje ledvičnih kamnov,
- operacija hemoroidov in operacijo trebušne kile,
- endoskopska operacija nosu in obnosnih votlin.

AMBULANTNE FIZIOTERAPIJE:

Ambulantne fizioterapije so nadaljevanje specialistične zdravstvene obravnave



INFORMACIJE O ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU

	PAKET ZDRAVJE	PAKET ZDRAVJE PLUS
STAROST ZAVAROVANCA	Od 1. do 64. leta. Za osebe do 19. leta je možno skleniti zavarovanje le skupaj s staršem oziroma skrbnikom.	Od 1. do 64. leta. Za osebe do 19. leta je možno skleniti zavarovanje le skupaj s staršem oziroma skrbnikom.
ZAVAROVALNA DOBA	Zavarovalna doba traja eno leto in se lahko molče podaljša najkasneje do poteka zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 65. leto starosti.	Zavarovalna doba traja eno leto in se lahko molče podaljša najkasneje do poteka zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 65. leto starosti.
ZAVAROVALNA KRITJA	• asistenčne storitve naročanja in organiziranja zdravstvenih postopkov • specialistične ambulantne storitve • zahtevne diagnostične preiskave	• vključuje vse storitve paketa Zdravje • zdravstvene posege v enodnevni obravnavi • ambulantne fizioterapije
KRITA ZDRAVSTVENA PODROČJA	Zavarovanje krije stroške zdravljenja novo nastale bolezni, stanja ali poškodbe, ki na podlagi zdravniškega napotila upravičujejo zdravstvene ukrepe na področjih angiologije, endokrinologije, dermatologije, fizikalne medicine, gastroenterologije, ginekologije (sekundarni nivo), hematologije, kardiologije, nefrologije, nevrologije, oftalmologije, ortopedije, otorinolaringologije, proktologije, pulmologije, tireologije in urologije.	Zavarovanje krije stroške zdravljenja novo nastale bolezni, stanja ali poškodbe, ki na podlagi zdravniškega napotila upravičujejo zdravstvene ukrepe na področjih angiologije, endokrinologije, dermatologije, fizikalne medicine, gastroenterologije, ginekologije (sekundarni nivo), hematologije, kardiologije, nefrologije, nevrologije, oftalmologije, ortopedije, otorinolaringologije, proktologije, pulmologije, tireologije in urologije.
VIŠINA ZAVAROVALNIH KRITIJ	• kritje storitev do 3.000 EUR letno brez soudeležbe	• kritje storitev do 30.000 EUR letno brez soudeležbe • kritje storitev do 30.000 EUR letno s 30-odstotno soudeležbo
PLAČILO PREMIJE	Mesečno ali letno.	Mesečno ali letno.
ZAVAROVANEC	Fizična ali pravna oseba.	Fizična ali pravna oseba.

PRIMER IZRAČUNA PREMIJE

Zavarovane osebe	Starost	Izbrani paket	Cena z družinskim popustom
1. Partnerja	51 in 48 let	Zdravje plus s 30 % soudeležbo	25,93
2. Družina z enim otrokom	38 in 35 let ter 8 let	Zdravje	20,39

* V tabelah so prikazane mesečne premije z vključenim 8,5 % DPZP. (v EUR)



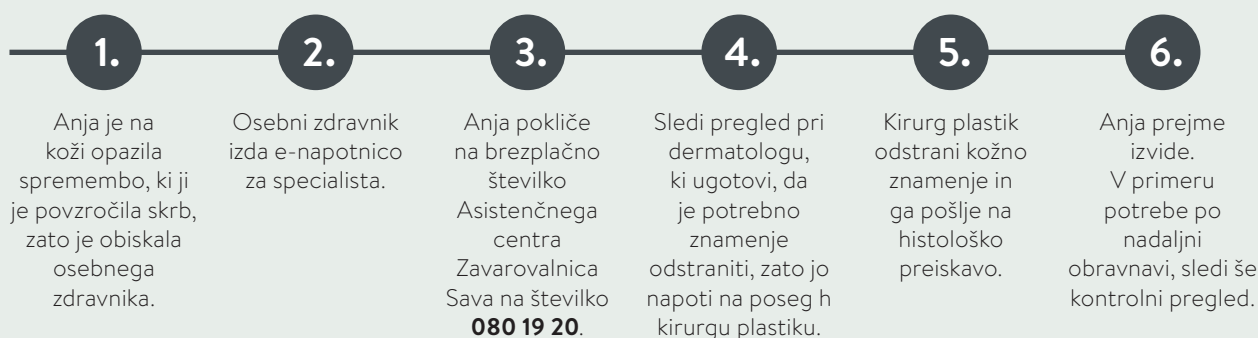
HITER DOSTOP DO SPECIALISTIČNIH ZDRAVSTVENIH STORITEV

Vse storitve, ki vam jih nudi zdravstveno zavarovanje, boste opravili v skrbno izbranih in priznanih specialističnih zdravstvenih centrih po vsej Sloveniji.

Naši zdravstveni partnerji opravljajo visoko kakovostne storitve na področju celotne Slovenije. Med njimi so:

- Diagnostični center Bled
- Artros d. o. o., center za ortopedijo in športne poškodbe
- Althea, center Zdravja in Harmonije
- Cardial, specialistična ambulantna dejavnost
- Kirurški sanatorij Rožna dolina
- Global Treatment Clinic, d.o.o.
- Poliklinika Nobilis d.o.o.
- Zdravilišče Rogaška - Zdravstvo d.o.o.
- Fizioterapija Corpus-Izidor Ivanović
- Medicinski center Medartis
- Terme Krka, d.o.o.
- CIIM PLUS, Center za interno in interventno medicino.

POSTOPEK ZDRAVLJENJA NA PRIMERU



Postopek zdravljenja na primeru si oglejte na spletni strani www.zav-sava.si/sl-si/zavarovanja/zdravje/dodatna. Celoten seznam izvajalcev zdravstvenih storitev lahko preverite na naši spletni strani.

PREMIJE PRVI PAKETIH

Pristopna starost	Premije pri paketu ZDRAVJE		Premije pri paketu ZDRAVJE PLUS			
	Plačilo premije		Plačilo premije			
	Mesečno	Letno	Mesečno		Letno	
od 1. do 19. leta	5,96	69,37	12,87 ¹⁾	8,37 ²⁾	149,86 ¹⁾	97,41 ²⁾
od 20. do 49. leta	8,60	100,21	16,73 ¹⁾	10,87 ²⁾	194,93 ¹⁾	126,71 ²⁾
od 50. do 59. leta	13,50	157,27	28,61 ¹⁾	18,60 ²⁾	333,33 ¹⁾	216,66 ²⁾
od 60. do 64. leta	17,01	198,15	35,57 ¹⁾	23,12 ²⁾	414,38 ¹⁾	269,35 ²⁾

¹⁾ brez soudeležbe zavarovanca

²⁾ s 30 % soudeležbo zavarovanca



NIKOLI SAMI
V BOLEZNI



Storitev ePosvet

v našem središču ste vi in v največji skrbi za vas smo vaše Dodatno zdravstveno zavarovanje Zdravje brezplačno nadgradili **z novo storitvijo ePosvet**.

PRIROČNA IN ENOSTAVNA STORITEV

Novost ePosvet je priročna in izredno enostavna storitev, ki omogoča zavarovancu z zdravniškim napotilom pregled pri zdravniku specialistu s pomočjo video klica. Zaenkrat je ePosvet na voljo na področju dermatologije, ortopedije, fizikalne medicine in ORL, ob morebitnih potrebah pa bomo tem specialističnim področjem dodajali še druga, ki so primerna za tovrstno obravnavo. Izvajalci ePosveta so zdravniki specialisti, s katerimi sodelujemo v okviru Dodatnega zdravstvenega zavarovanja Zdravje.

NAČIN PREGLEDA IZBERETE VI

Na specialističnih področjih, kjer je možno izvesti specialistični pregled osebno in s pomočjo ePosveta, vam ponudimo izbiro. **Samostojno se lahko odločite za vam najprimernejšo možnost.**

ENOSTAVEN POSTOPEK, SKOZI KATEREGA VAS VODIMO

Prvi korak, ko prejmete napotilo za specialistični pregled, je klic na številko 080 19 20 v Kontaktno-asistenčni center Zavarovalnice Sava. Skupaj bomo našli vam najustreznejši termin pregleda in način izvedbe. Če se boste odločili za ePosvet, vam bomo storitev podrobno razložili in vas nanjo pred dogovorjenim terminom tudi spomnili. Za izvedbo boste potrebovali le računalniško napravo s kamero in stabilno internetno povezavo. Dolžina posveta ni omejena, pri družinskem paketu pa ga lahko na podlagi zdravniškega napotila koristijo vsi družinski člani.

Vse ostale značilnosti Dodatnega zdravstvenega zavarovanja Zdravje ostajajo enake. Za vsa vprašanja smo vam na voljo na brezplačni telefonski številki 080 19 20 ali e-naslovu info@zav-sava.si. Pokličite nas ali nam pišite in z veseljem vam bomo svetovali.

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 ustreza premija.
- Uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični 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 enkratni, nenaden in negotov dogodek, povzročen s hipnim delovanjem sile od zunaj na zavarovančovo 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;
 - novi 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 remisijskimi 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 zdravstvene 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 zdravlila 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 nepogodbenih 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 predjem 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 premijskega 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;
 - bolezní, 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, 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, UZ vodeno biopsijo notranjih organov in prostate, endoskopski UZ, artrografijo, gastroskopijo, kolonoskopijo, mielografijo in patohistološko preiskavo.

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 komolca, 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). 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 izgredov vseh oblik;
 - zavarovančevega aktivnega in prostovoljnega sodelovanja v vojni ali vojni podobnih dogodkih, državljanski vojni, revoluciji, vstaji, upor 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, plovnih 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 priprave 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, zobnoprotetičnih pripomočkov in nadomestkov, reševalnih prevozov, nujne medicinske pomoči, preventive 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 preventive;
- 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 prekinitev 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 stanj 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, zamlanjanja, 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 zavarovanca 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 razdre pogodbo brez odpovednega roka in izterja neplačane premije s pripadajočimi obrestmi. Razdrtje 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 zavarovanju 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 storitev 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). 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, dvojnik police in

podobno). Višino vseh stroškov določi zavarovalnica v vsakokratnem veljavnem ceniku, ki je dostopen na spletni strani zavarovalnice (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 pooblaščen osebe 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).

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).

MOJI ZAPISKI:



Prednosti sklenitve zdravstvenih zavarovanj



**Visoka kritja z
ali brez udeležbe
zavarovanca**



**Zdravstveno
zavarovanje
vključuje tudi
asistenčne storitve**



**Ugodnejše
zavarovanje za
družine**



**Možnost izbire
zavarovalnih
paketov**

**POKLIČITE NAS IN POISKALI BOMO NAJBOLJ OPTIMALNO REŠITEV.
VEČ INFORMACIJ NA 080 19 20 IN NA ZAV-SAVA.SI**

Maribor

Zagrebška 83
2507 Maribor
T 02 23 32 307
pe-maribor@zav-sava.si

Nova Gorica

Delpinova ulica 7
5000 Nova Gorica
T 05 33 59 000
pe-nova-gorica@zav-sava.si

Kranj

Nazorjeva ulica 1
4000 Kranj
T 04 28 18 010
pe-kranj@zav-sava.si

Ljubljana

Tivolska cesta 48
1000 Ljubljana
T 01 23 45 500
pe-ljubljana@zav-sava.si

Koper

Pristaniška ulica 6
6000 Koper
T 05 61 17 770
pe-koper@zav-sava.si

Pomurje

Presernova ulica 7
9240 Ljutomer
02 58 49 670
pe-ljutomer@zav-sava.si

Celje

Ipavčeva ulica 21
3000 Celje
T 03 42 84 504
pe-celje@zav-sava.si

Novo mesto

Seidlova cesta 5
8000 Novo mesto
T 07 39 13 500
pe-novo-mesto@zav-sava.si

Slovenj Gradec

Francetova cesta 7
2380 Slovenj Gradec
T 02 88 12 700
pe-slovenj-gradec@zav-sava.si

Tiskovina je informativne narave. Pridržujemo si pravico do sprememb. Za morebitne napake v tisku ne prevzamemo odgovornosti. Ob sklenitvi pogodbe si pozorno preberite zavarovalne pogoje, ki vsebujejo popolne informacije o produktu.

Zdravstveno zavarovanje Zdravje 01/2021



SAVA
ZAVAROVALNICA