



B&B
VIŠJA STROKOVNA ŠOLA

Diplomsko delo višješolskega strokovnega študija
Program: Komerčalist
Modul: Finančni

TRŽENJE DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Mentor: Vojko Šiler, univ. dipl. ekon.
Lektorica: Marija Šmid

Kandidatka: Katarina Košir

Kranj, avgust 2011

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju, g. Vojku Šilerju, univ. dipl. ekon., za vso pomoč pri izdelavi diplomske naloge.

Zahvaljujem se tudi gospe Mariji Šmid, ki je lektorirala diplomsko nalogo.

Cilje si zastavljamo sami. Da jih dosežemo, pa moramo imeti ob sebi ljudi, ki nam poklonijo svoje razumevanje, čas in energijo. Zahvaljujem se svoji družini; možu, otrokoma in mami, ki so mi stali ob strani in me bodrili.

IZJAVA

»Študentka Katarina Košir izjavljam, da sem avtorica tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom Vojka Šilerja, univ. dipl. ekon.«

»Skladno s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorski in sorodnih pravicah dovoljujem objavo tega diplomskega dela na spletni strani šole.«

Dne _____

Podpis: _____

POVZETEK

Diplomska naloga predstavi dopolnilno zdravstveno zavarovanje, osnove trženja in trženje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v treh zavarovalnih družbah.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je pomembna oblika zavarovanja, saj zavarovancem omogoča varnost, ker jim krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev na področju koriščenja zdravstvenih uslug.

Problem trženja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je v tem, da trženje le tega budno spremlja novela Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki strogo določa pogoje pri sklepanju. Premija je določena z možnostjo majhnih odstopanj. Zavarovalnice nimajo možnosti, da bi oblikovale svoje pogoje za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, imajo pa možnost različnega pristopa k zavarovancem. Z majhnimi odstopanji v premiji, s korektnostjo svojega poslovanja ter na podlagi dobrega imena lahko zavarovalnice pridobivajo nove zavarovance in preprečujejo, da bi obstoječi zavarovanci menjali zavarovalnico.

KLJUČNE BESEDE

- dopolnilno zdravstveno zavarovanje
- storitve
- trženje
- zavarovanec

ABSTRACT

The thesis presents the supplemental health insurance, the marketing basics and the marketing strategies of this insurance in three different insurance companies.

The supplemental health insurance is an important form of insurance, since it enables some security for the insurants by covering their medical expenses and the services connected with it.

The marketing of supplemental health insurance is closely supervised by the Law on health care and health insurance and its amendment. It strictly determines the terms on taking out the insurance policies and the premiums are all set with a possibility of small deviations. The insurance companies do not have the possibility of determining their own conditions for the supplemental health insurance. On the other hand, they do have the possibility of different approaches towards their insurants, a small deviation in the premium and with the correctness of their business making and their good reputation they can get new insurants and prevent the existent ones to trade insurance companies.

KEYWORDS:

- supplemental health insurance
- services
- marketing
- insurant

Kazalo

1	Uvod	1
1.1	Predstavitev problema	1
1.2	Predpostavke in omejitve	2
1.3	Metode dela	2
2	Predstavitev zavarovalnic.....	3
2.1	Zavarovalna družba Adriatic Slovenica d.d.	3
2.2	Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.....	5
2.3	Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d.d.	7
3	Dopolnilno zdravstveno zavarovanje	9
3.1	Temeljne osnove dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.....	9
3.2	Izvajanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja	10
3.3	Novela zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.....	11
4	Trženje storitev.....	12
4.1	Definicija storitev.....	12
4.2	Pomen in značilnosti storitev.....	13
4.2.1	Splošne značilnosti storitev	14
4.3	Kakovost storitev	15
4.4	Trženje storitev	16
5	Trženje storitev v zavarovalnicah	17
5.1	Tržne poti v zavarovalništvu.....	20
5.2	Odnosi s strankami in njihova zvestoba	24
6	Primerjava trženja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja	27
6.1	Trženje dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj v Vzajemni zdravstveni zavarovalnici, d.v.z.	28
6.2	Trženje dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj v Triglav, zdravstveni zavarovalnici, d.d.	29
6.3	Trženje dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj v zavarovalnici Adriatic Slovenici d.d.....	32
7	Predlogi za trženje dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj.....	33
8	Priprava novega zakona o zdravstvenem zavarovanju.....	34
9	Zaključek.....	38
	Literatura in viri.....	39
	Kazalo slik.....	39
	Kazalo prilog	39
	Priloge	40

1 UVOD

1.1 PREDSTAVITEV PROBLEMA

Namen te diplomske naloge je predstaviti Zavarovalnico Adriatic Slovenico d.d., Vzajemno zdravstveno zavarovalnico, d.v.z. in Triglav, zdravstveno zavarovalnico d.d., dopolnilno zdravstveno zavarovanje kot zavarovalno storitev, teoretična izhodišča za trženje storitev v zavarovalništvu, trženje v Zavarovalni družbi Adriatic Slovenica d.d., Vzajemni zdravstveni zavarovalnici, d.v.z. in Triglav, zdravstveni zavarovalnici, d.d.

Zavarovalne družbe Adriatic Slovenica, Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. in Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d.d. so zavarovalnice, ki imajo vse v svoji ponudbi, poleg ostalih zavarovalnih storitev, tudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Naštete tri zavarovalnice imajo dovoljenje Agencije za zavarovalni nadzor za izvajanje storitev na področju zdravstvenih zavarovanj. Njihova ponudba se v osnovi ne razlikuje, saj jih k osnovni ponudbi zavezuje zakon oziroma novela zakona iz leta 2006, imajo pa različno obliko trženja in različno razširjeno paleto storitev na področju zdravstva in koriščenja zdravstvenih storitev.

V prvem delu diplomske naloge bomo predstavili vse tri zavarovalnice, ki imajo dovoljenje Agencije za zavarovalni nadzor za opravljanje storitev dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, splošne značilnosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja kot storitev v zavarovalnicah in kot zavarovanja, ki zavarovancem nudi socialno varnost na področju zdravstva.

Sklenitev Dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji ni obvezno in je stvar odločitve posameznika, ali ga bo imel ali ne. Sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je urejen tako, da del stroškov zdravstvenih storitev pokrije obvezno zdravstveno zavarovanje, razliko do celotne vrednosti storitev pa dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Zaradi neobvezujoče vrste zavarovanja prihaja pri zavarovancih do velikih tržnih lukenj, ki so posledica neobveščeniosti, zavedenosti in strahu pred dodatnimi stroški.

Trženje storitve v zavarovalnicah opredeljujejo značilnosti in posebnosti. Zavarovalno storitve definiramo kot skupek dejanj in dogodkov v zavarovalnici in pri zavarovancih z namenom, da se zavarovancu zagotovijo njegove potrebe po zavarovanju in da se uresničijo pričakovanja njegove potrebe po varnosti. Zavarovanje je nevidno blago, katerega vsebina je za zavarovance največkrat nerazumljiva, in dokler ne pride do škodnega dogodka, največkrat, žal, tudi nepotrebna. Otipljiva in razumljiva največkrat postane, ko pride do škodnega dogodka. Uspešnost pri trženju zavarovalnih storitve je odvisna od razumljivosti podane vsebine zavarovanja, kar pa je odvisno od izkušenosti, izobraženosti in strokovnosti zavarovalnega zastopnika ali zavarovalnega referenta, ki zavarovancu prodaja zavarovalno storitev. Pomembno je ugotoviti, kaj zavarovanci pričakujejo, njihove želje, potrebe in na koncu, kako zadovoljni so s storitvijo obstoječi zavarovanci.

1.2 PREDPOSTAVKE IN OMEJITVE

V diplomski nalogi bomo primerjali oblike trženja in različne pristope pri iskanju novih zavarovancev med konkurenčnimi zavarovalnicami; Adriatic Slovenico d.d., Vzajemno zavarovalnico, d.v.z. in Triglav, zdravstveno zavarovalnico, d.d..

Cilj diplomske naloge je predstaviti tržne smernice pri iskanju in pridobivanju novih zavarovancev in načine, kako obdržati obstoječe zavarovance.

1.3 METODE DELA

V teoretičnem delu diplomske naloge smo predstavili tri zavarovalne družbe, ki v Republiki Sloveniji tržijo dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Podatke smo pridobili iz zavarovalniške literature. Iz obstoječe literature o dopolnilnih zdravstvenih zavarovanjih in o trženju storitev smo izluščili pomembno vsebino teoretičnega dela. Z elektronskimi kontakti z vsemi tremi zavarovalnicami smo pridobili podatke o njihovem tržnem pristopu.

V nalogi bom uporabila naslednje raziskovalne metode:

- deskriptivno – z njo bom pojasnila osnovne pojme;
- metodo analize vsebin (pisnih virov) – služila mi bo pri proučevanju raznih pisnih virov, ki jih bom uporabila.

2 PREDSTAVITEV ZAVAROVALNIC

2.1 ZAVAROVALNA DRUŽBA ADRIATIC SLOVENICA D.D.

Adriatic Slovenica Zavarovalna družba d.d. je slovenska zavarovalnica, ki je nastala z združitvijo dveh uglednih slovenskih zavarovalnic. Pravno formalno je do združitve prišlo s pripojitvijo Slovenice, Zavarovalniške hiše d.d., Ljubljana k Adriatic zavarovalni družbi d.d., Koper. Adriatic je spremenila ime v Adriatic Slovenica Zavarovalna družba d.d.

Adriatic Slovenica d.d. ima certifikat za sistem vodenja kakovosti po standardu ISO 9001: 2000.

Je sodobna zavarovalnica, ki se na temelju etičnih in profesionalnih načel uspešno in učinkovito razvija ter stremi po odličnosti v zavarovalniško-finančnih storitvah.

Razvejana tržna mreža 9-ih poslovnih enot v vseh slovenskih regijskih središčih in 157 prodajnih mest zagotavlja, da so zavarovalne storitve Adriatic Slovenice vedno dosegljive vsem zavarovancem, tako pri sklepanju novih zavarovanj, obnavljanju obstoječih kot tudi ob reševanju škod.

Zavarovalnica ima dovoljenje za neposredno opravljanje zavarovalnih poslov v vseh članicah EU.

Osebna izkaznica

Osnovni podatki

Ime družbe	ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družba d.d.
Skrajšano ime	ADRIATIC SLOVENICA d.d.
Sedež družbe	Ljubljanska cesta 3a 6503 Koper Slovenija
Telefon	++386 5 66 43 100
Faks	++386 5 66 43 109
E-pošta	info@adriatic-slovenica.si
Spletno mesto	www.adriatic-slovenica.si
Matična številka	5063361
Ident. št. za DDV	SI63658011
Višina osnovnega kapitala	35.838.758,14 EUR
Datum registracije	20. november 1990

Lastništvo

Lastniška struktura:

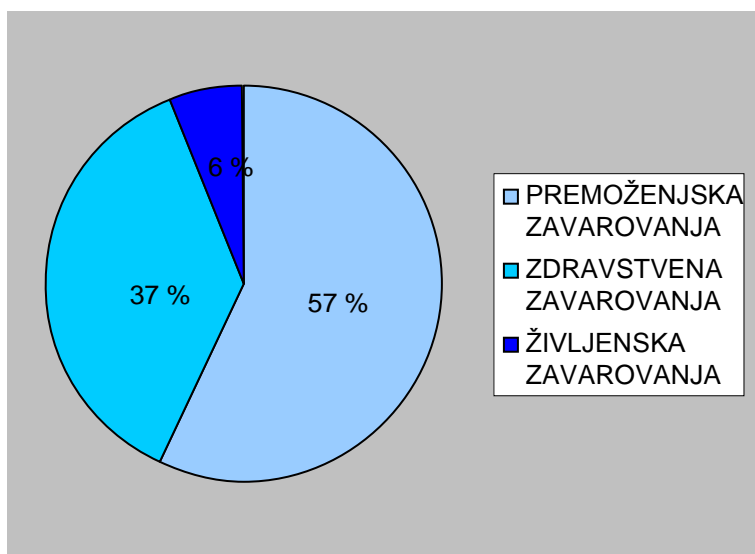
KD Group d.d. 100 %

Podjetje utrjuje organizacijsko strukturo, ki družbi zagotavlja razvoj strateških poslovnih funkcij in področij, uspešno poslovanje in visokokakovostne zavarovalne storitve. Poslovni sistem devetih poslovnih enot je voden iz centrale s sedežem v Kopru, kjer strokovne službe posameznih področij celotnemu poslovnemu sistemu zagotavljajo funkcije s področja razvoja zavarovalnih produktov in storitev, upravljanja in razvoja kadrov, nalaganja finančnih sredstev in računovodskih storitev, razvoja informacijskega sistema, tržnega komuniciranja in odnosov z javnostmi ter razvoja novih tržnih pristopov.

Temeljne tržne enote predstavlja devet poslovnih enot v vseh večjih regijskih središčih: Ljubljani, Celju, Kopru, Mariboru, Murski Soboti, Novi Gorici, Novem mestu, Kranju in Postojni. Ob ustanovitvi družbe je bil zaposlen 101 delavec, konec leta 2009 pa so bili v podjetju zaposleni 1005 delavci.

Zavarovalne vrste

Zavarovalna družba Adriatic Slovenica d.d. je kompozitna splošna zavarovalnica, kar pomeni, da opravlja tako premoženjska kot tudi življenjska zavarovanja hkrati. Zavarovalnica svojim zavarovancem ponuja zavarovanja, ki se nanašajo na lastnino in dejavnost ter osebna zavarovanja, ki so neposredno povezana z življenjem, zdravstveno in socialno varnostjo ter delovno sposobnostjo posameznika. Sestava zavarovalnega portfelja glede na bruto zbrano premijo v letu 2008 je predstavljena na naslednji sliki.



Slika 1: Sestava zavarovalnega portfelja Adriatic Slovenica d.d. glede na bruto zbrano premijo v letu 2008

Vir: Arhiv novic Zavarovalne družbe Adriatic Slovenica d.d. za javnost; 20. 5. 2009

2.2 VZAJEMNA ZDRAVSTVENA ZAVAROVALNICA, D.V.Z.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. je specializirana družba za vzajemna zavarovanja. To je neprofitna zavarovalnica, ki je v izključni lasti članov, zavarovancev. Ustanovljena je bila s pravno-formalno ločitvijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja od obveznega zdravstvenega zavarovanja v okviru Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije leta 1999. Trenutno je v devetih poslovnih enotah Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z. zavarovanih približno 900.000 zavarovancev, zaradi česar je Vzajemna največji nosilec prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji.

Član Vzajemne zdravstvene zavarovalnice d.v.z. postane vsak, ki sklene z njo pogodbo. Člani ne odgovarjajo za obveznosti družbe. Njihove pravice in obveznosti se nanašajo na uveljavljanje pravic in obveznosti iz sklenjenih zavarovanj skladno z zavarovalnimi pogoji.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica ima zelo razširjeno poslovno mrežo v Sloveniji. Ima devet poslovnih not, enajst zastopstev, dvanajst poslovalnic po vsej Sloveniji ter druge alternativne prodajne poti (na izpostavah Zavoda za zdravstveno zavarovanje in pogodbeni partnerji).

Vizija

Vzajemna bo svojim članom zagotavljala zdravstvena in druga osebna zavarovanja, povezana z zdravjem. Ostala in razvijala se bo kot največja vzajemna zavarovalna družba.

- Vzajemna bo še naprej ves čas skrbela za varno in stabilno poslovanje v dobro svojih članov.
- Širila bo ponudbo zdravstvenih zavarovanj in drugih osebnih zavarovanj, ki posamezniku oziroma njegovim družinskim članom zagotavljajo pomoč in varnost, kadar nastopijo bolezni, poškodbe in druge neprijetnosti, povezane z osebnim stanjem.
- Vzajemna bo nosilec razvoja osebnih zavarovanj z lastnim razvojem produktov in s prepoznavno blagovno znamko, kar bo dosegla z vzpostavljanjem celovitih odnosov z zavarovanci, partnerji in zaposlenimi.
- Investirala bo v sodobne tehnologije in razvoj znanja zaposlenih ter krepila njihovo zavzetost in zadovoljstvo.
- Aktivno se bo vključila na trg prostovoljnih zavarovanj za dolgotrajno oskrbo.
- S svojim delovanjem, ki bo temeljilo na načelih vzajemnosti, bo skrbela za pozitivno podobo in pridobivanje zaupanja obstoječih in potencialnih zavarovancev in članov družbe.

Poslanstvo

V skrbi za večjo varnost naših zavarovancev zagotavljamo kakovostno, celovito in trajno izvajanje zdravstvenih zavarovanj in z zdravjem povezanih osebnih zavarovanj. Delujemo po načelih vzajemnosti.

- Poslanstvo Vzajemne je v večji meri zagotavljati izvajanje dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj.

- Vzajemna svojim zavarovancem nudi in bo še naprej nudila tudi druga osebna zavarovanja, ki so povezana z varovanjem zdravja njenih članov.
- Velik poudarek bo dala razvoju zavarovanj za dolgotrajno oskrbo.
- Delovanje po načelih vzajemnosti se pri zdravstvenih zavarovanjih kaže predvsem v medgeneracijski vzajemnosti in solidarnosti (mlajši za starejše, zdravi za bolne).

Ime	VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.
Skrajšano ime	VZAJEMNA
Sedež	Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana
Telefon	01/ 4718 - 700
Osnovni kapital	3.138.040,39 EUR
Pravno-formalna oblika	d.v.z. – družba za vzajemna zavarovanja
Dejavnosti	- dejavnost zavarovanja, razen življenjskega; - dejavnost zavarovalniških agentov.
Ustanovitelj	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)
Začetek poslovanja	1. november 1999
Uprava	Marija Milojka Kolar Celar Sraka, predsednica uprave mag. Katja Jelerčič, članica uprave
Nadzorni svet	strokovni svet Agencije za zavarovalni nadzor
Število zaposlenih	289 (na dan 31. 12. 2008)
Portfelj	približno 900.000 zavarovancev
Matična številka	1430521
Številka vpisa v sodni register	1/32396/00 pri Okrožnem sodišču v Ljubljani

2.3 TRIGLAV, ZDRAVSTVENA ZAVAROVALNICA, D.D.

Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. spada v skupino neposredno odvisnih družb Zavarovalnice Triglav d.d.

O Zavarovalnici Triglav:

- Zavarovalnico Triglav odlikuje zavezanost strankam. Z znanjem, izkušnjami in finančno močjo že stoletje skrbijo za vedno nove generacije zavarovancev in njihovega imetja ter za zavarovanje številnih podjetij.
- Zavarovalnica Triglav je zanesljiva družba, kar dokazuje tudi bonitetna ocena A s stabilno srednjeročno napovedjo. Ima zadostne zavarovalno tehnične rezervacije in dolgoletne poslovne vezi z največjimi evropskimi pozavarovalnicami, kar jim omogoča zavarovanje največjih rizikov pod konkurenčnimi pogoji.
- Zavarovalnica Triglav ostaja vodilna slovenska klasična zavarovalnica z 38,5-odstotnim tržnim deležem, pri čemer dosega 43,5-odstotni delež pri življenjskih zavarovanjih in 36,8-odstotni delež pri premoženjskih zavarovanjih. Skupaj s Triglav, Zdravstveno zavarovalnico, d.d., je bil konec leta 2009 naš tržni delež 42-odstoten.
- Skrbno zgrajena poslovna mreža 12 območnih enot, 136 predstavništev in zastopstev ter preko 700 zavarovalnih zastopnikov, obogatena s spletnim zavarovalništvom in prijavljanjem škod, je strankam lahko dostopna, ker življenje potrebuje varnost.
- Kot družbeno odgovorno podjetje živi v sožitju z okolico in podpira številne športne, kulturne ter humanitarne projekte.
- Zavarovalnica Triglav je "TRUSTED BRAND 2009", saj jo je kar 55 odstotkov vprašanih Slovencev postavilo na prvo mesto med zavarovalnicami v Sloveniji.

Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d.d. je specializirana zavarovalnica za zdravstvena zavarovanja in pomembno dopolnjuje široko ponudbo zavarovalnih in finančnih storitev Skupine Triglav. Ustanovljena je bila v letu 2002, dovoljenje za opravljanje zavarovalnih poslov zdravstvenega zavarovanja pa je pridobila 24. 7. 2003. Prvo dopolnilno zdravstveno zavarovanje je bilo sklenjeno 2. decembra 2003, v letu 2005 pa je zavarovalnica na podlagi zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju z uspešno tržno akcijo pridobila 200 tisoč zavarovanj in s tem dosegla 14-odstotni tržni delež dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj. Vključitev zavarovalnice na trg dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj je pomenila pomemben korak pri povečanju konkurenčnosti na trgu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Kot specializirana zdravstvena zavarovalnica želi biti prilagodljiv, predvsem pa zanesljiv, partner pri sklepanju vseh tipov zdravstvenih zavarovanj.

Zavarovalnica izvaja predvsem dopolnilna zdravstvena zavarovanja in nekatere nadstandardne produkte, v prihodnje pa ne namerava v skladu z veljavno zakonodajo razširiti zavarovalne ponudbe. Tako bo zavarovalnica v prihodnje ponujala: dopolnilna zdravstvena zavarovanja, vzporedna zdravstvena zavarovanja, dodatna zdravstvena zavarovanja ter asistenčna zdravstvena zavarovanja. Z dvanajstimi zastopstvi je prisotna po vsej Sloveniji in v vseh večjih slovenskih mestih.

OSEBNA IZKAZNICA

1. Predstavitev TRIGLAV, Zdravstvene zavarovalnice, d.d.

TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., je na slovenski trg zdravstvenih zavarovanj vstopila v letu 2004. Specializirana zdravstvena zavarovalnica z najbolj razširjeno in hitro dostopno mrežo zastopnikov in svetovalcev v Sloveniji ima sedež v Kopru.

OSNOVNI PODATKI

Ime: TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Koper

Sedež: Pristaniška ulica 10, 6000 Koper

Telefon: (05) 66 22 000

Telefaks: (05) 66 22 002

Uradna spletna stran: www.zdravstvena.net

E-pošta: info@zdravstvena.net

Matična številka: 5848091

Davčna številka: 50250957

Transakcijski račun: 05100-8010719365

Predsednik uprave: mag. Simon Vidmar

Član uprave: mag. Ivan Gracar, mag. Meta Berk Skok

Predsednik nadzornega sveta: Boštjan Vovk

Osnovni kapital: 25.822.143,60 EUR

Lastniška struktura: Zavarovalnica Triglav, d.d., 99,51 %

Leto registracije: november 2002

Pravni status: specializirana zavarovalnica – delniška družba

Osnovna dejavnost: razvoj produktov ter izvajanje vseh vrst in tipov zdravstvenih zavarovanj

Zavarovalnica ima dovoljenje Agencije za zavarovalni nadzor za opravljanje zavarovalne dejavnosti.

Družba je vpisana v sodnem registru Okrožnega sodišča v Kopru, vl. št. 10637600, z dne 18. 11. 2002, srg 200601483.

Družba je članica Slovenskega zavarovalnega združenja in je sprejela Zavarovalni kodeks.

Poslanstvo in vizija

Poslanstvo

Z razvojem kakovostne ponudbe zdravstvenih zavarovanj povečujemo socialno in finančno varnost naših zavarovancev, ob tem pa gradimo njihovo zavest o pomenu zdravega načina življenja.

Vizija

Postati vodilna zdravstvena zavarovalnica po zadovoljstvu zavarovancev.

Dolgoročni poslovni cilji TRIGLAV, Zdravstvene zavarovalnice, d.d., so:

- postati najuspešnejša in najučinkovitejša privatna zdravstvena zavarovalnica v Republiki Sloveniji;
- aktivno sodelovati pri postavljanju normativnih okvirov in standardov sistema privatnih zdravstvenih zavarovanj;
- pospeševati privatizacijo izvajalcev zdravstvenih storitev;
- sodelovati pri razvoju privatnih zdravstvenih zavarovanj na trgih skupine Triglav.

3 DOPOLNILNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

3.1 TEMELJNE OSNOVE DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je urejen tako, da del stroškov zdravstvenih storitev pokrije obvezno zdravstveno zavarovanje, razliko do celotne vrednosti zdravstvenih storitev pa plačamo sami. Stroški za doplačila, ki bi jih morali plačati sami, so odvisni od storitve, ki smo je bili deležni v zdravstvu, in so lahko tudi visoki. Izognemo se jim lahko s sklenitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila je vsesplošno in uveljavljeno pojmovanje tipa dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Doplačilo je zakonska obveznost zavezanca, to je zavarovanca z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, da sam poravnava razliko med deležem, ki gre v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, in celotno vrednostjo uporabljenih zdravstvenih storitev v okviru standarda obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje ne daje nobenih novih dodatnih zdravstvenih pravic, ker je v celoti vezano na siceršnje pravice obveznega zavarovanja. Gre torej le za to, da se stroški uporabljenih zdravstvenih storitev, ki temeljijo ne pravicah obveznega zdravstvenega zavarovanja, delijo na dva plačnika: na obvezno zdravstveno zavarovanje in na pacienta (zavezanca), ki pa se za te stroške lahko dodatno prostovoljno zavaruje (Slovensko zavarovalno združenje UZS-3. 4. 2005, str. 17).

Dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ne potrebujejo oziroma se plačilo zdravstvenih storitev v celoti zagotavlja iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za zdravljenje in rehabilitacijo:

- otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo (do dopolnjena 26 leta);
- otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
- otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov.

Razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev, ki se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in polno vrednostjo zdravstvenih storitev pa za določene skupine zavarovanih oseb zagotavlja proračun Republike Slovenije in sicer za:

- pripornike, obsojence na prestajanju kazni, mladoletniškega zapora, mladoletnike na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, osebe, ki jim je bil izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu, ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog;
- zavarovance in po njih zavarovane družinske člane, ki nimajo zagotovljenega plačila zdravstvenih storitev v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, če izpolnjujejo pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči, kar ugotavlja Center za socialno delo.

Proračun Republike Slovenije zagotavlja razliko nad ravno, ki jo krije obvezno zdravstveno zavarovanje tudi za:

- vojaške invalide in civilne invalide vojne,
- vojne veterane in žrtve vojnega nasilja.

Kdo so zavezanci za plačevanje doplačil in kdo ne, je pomembno vedeti zaradi tega, da dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ne bodo sklepale osebe, ki ga

dejansko ne potrebujejo oziroma imajo pokrita doplačila iz virov proračuna Republike Slovenije.

3.2 IZVAJANJE DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje stranko razbremeni stroškov doplačil k zdravstvenim storitvam, ki so kot pravica opredeljene v obveznem zdravstvenem zavarovanju, vendar jih obvezno zavarovanje ne krije v celoti:

- v osnovni zdravstveni dejavnosti;
- pri zdravljenju zobnih in ustnih bolezni;
- pri zobno-protetičnem zdravljenju;
- pri specialistično ambulantnem zdravljenju;
- pri bolnišničnem zdravljenju, vključno s storitvami nastanitve in prehrane, intenzivne terapije in pri drugih najzahtevnejših diagnostičnih, terapevtskih in rehabilitacijskih posegih;
- pri presajanju organov;
- pri ugotavljanju in zdravljenju zmanjšane plodnosti, umetne oploditve, sterilizacije in umetne prekinitve nosečnosti;
- pri zdravljenju v tujini;
- pri zdraviliškem zdravljenju skladno s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- za zdravila na recept, skladno z veljavno listo (pozitivna in vmesna);
- za očesne, ortopedske, ortotične, slušne in druge pripomočke, za reševalne prevoze v primerih, ki niso nujni.

Višina doplačila oziroma razlika do polne vrednosti zdravstvenih storitev, zdravil in pripomočkov je določena z zakonodajo, opredeljeno v 23. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Vir: URL=<http://www.adriatic-slovenica.si/insurance.cp2?iid=Insurance&cid=20244//25.4.2010>.

Odstotni deleži, v katerih se krijejo posamezne skupine storitev v zdravstvu, so različni. Omenimo le nekatere najpogostejše: pri zobni protetiki je delež doplačil 75 odstotkov, pri očesnih pripomočkih prav tako 75 odstotkov, pri ne nujnih reševalnih prevozih 70 odstotkov, pri zdravilih z vmesne liste 75 odstotkov. Brez dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja bi morali v takih primerih ta odstotek vrednosti zdravstvene storitve plačati sami.

Hipotetični primer. Recimo, da si je nekdo v prometni nesreči zlomil ključnico. Potrebna je bila zdravniška oskrba v bolnišnici. Po odpustu mu je na pregledu osebni zdravnik predpisal protibolečinska sredstva za en mesec, poleg tega pa ga je napotil na zdraviliško zdravljenje. Če hipotetični poškodovanec ne bi imel sklenjenega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, bi moral zdravljenje doplačati okoli 970 evrov. Celotno zdravljenje bi sicer stalo več kot 2.200 evrov.

3.3 NOVELA ZAKONA O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU

Zakon določa mehanizme, s katerimi se uresničuje javni interes Republike Slovenije na področju dopolnilnega zavarovanja. Prvi je nedvoumno ta, da zaradi varovanja interesov zavarovancev država z zakonom zagotavlja enako obravnavo zavarovancev ne glede na starost, spol in zdravstveno stanje. Nadalje je po zakonu določena obveza vključitve vseh zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilna zdravstvena zavarovanja v izravnalno shemo dopolnilnega zavarovanja. Zavarovalnice morajo voditi prihodke in odhodke dopolnilnega zavarovanja ločeno od drugih tipov zdravstvenih zavarovanj, npr. nadstandardna in drugih zavarovalnih vrst ter v okviru izkaza poslovnega izida iz zdravstvenih zavarovanj izdelati ločen izkaz poslovnega izida dopolnilnega zavarovanja. Sredstva iz poslovanja dopolnilnega zavarovanj smejo uporabiti le za izvajanje tega zavarovanja ter v primeru pozitivnega izida iz dopolnilnega zavarovanja morajo polovico tega izida nameniti za izvajanje dopolnilnega zavarovanja. Posebnost je tudi zakonska zahteva, da mora povišanje premije dopolnilnih zavarovanj v času trajanja zavarovanja predhodno pisno potrditi imenovani pooblaščen aktuar zavarovalnice, ter da so izvajalci zdravstveni storitev, ki so vključeni v mrežo javne zdravstvene službe, dolžni poslovno sodelovati na področju dopolnilnega zavarovanja z vsemi zavarovalnicami, ki izvajajo takšno zavarovanje (Slovensko zavarovalno združenje UZS-3.4, 2005, str. 22).

S 1. septembrom 2005 je začela veljati novela zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki naj bi uredila razmere na trgu zdravstvenih zavarovanj. Kot najpomembnejšo spremembo naj omenimo uvedbo sistema izravnalnih shem na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Dejansko so zavarovalnice začele po novem zakonu oziroma noveli zakona spremembe s 1. 1. 2006. Ta sprememba na področju dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj je omogočila prehode zavarovancev iz ene zavarovalnice na drugo brez sankcij. Zavarovanci kljub pogodbi, ki je največkrat dolgoročna, lahko po preteku enega leta od začetka zavarovanja oziroma sklenitve pogodbe zamenjajo zavarovalnico. Spoštovati morajo oziroma zavezuje jih samo trimesečni odpovedni rok.

<http://www.adriatic-slovenica.si/bin?bin.svc=obj&bin.id=20926>, 4. 5. 2010

Priloga 1: Splošni pogoji dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja Zavarovalne družbe Adriatic Slovenica d.d.

Priloga 2: Splošni pogoji za dopolnilna zdravstvena zavarovanja Vzajemne zdravstvene zavarovalnice d.v.z.

Prilog 3 : Splošni pogoji za dopolnilna zdravstvena zavarovanja Zdravstvene zavarovalnice Triglav d.d.

4 TRŽENJE STORITEV

4.1 DEFINICIJA STORITEV

Samo definicijo o storitvah je kljub obsežni literaturi s področja trženja storitev težko postaviti. Sam proces od izvajanja storitve pa do posredovanja le te potrošniku je tisti, ki nam še otežuje, da bi na kratko definirali kaj sploh storitev je in kaj naj bi kvalitetna storitev zajemala.

Storitev pomeni dejanje ali delovanje, ki ga ena stran lahko ponudi drugi in je po svoji naravi neotipljivo, in ne pomeni posedovanja česar koli. Izvedba storitve je lahko ali pa tudi ne vezana na fizični izdelek (Kotler, 2004, str. 444). Večina avtorjev opredeljuje pojem storitve v povezavi z izdelkom, tako tudi Končina (1994, str. 14) opredeljuje storitve kot nematerialne izdelke, pri katerih je poudarjena vloga človeškega faktorja. Lovelock (1998, str. 5) je storitev definiral na naslednji način: Storitve so ekonomske aktivnosti, ki ustvarjajo vrednost in zagotavljajo koristi odjemalcem, v točno določenem času in kraju, povzročene kot rezultat želene spremembe v korist odjemalca storitve. Gronroos (1990, str. 27) je po proučevanju vseh definicij storitev, ki so se v strokovni literaturi pojavljale od leta 1960, postavil naslednjo definicijo storitve: Storitev je aktivnost ali serija aktivnosti, bolj ali manj neoprijemljive narave kot je normalno, toda ne nujno. Zavzame svoje mesto v interakciji med odjemalcem in izvajalcem storitve in/ali fizičnih virih ali in/ali sistemih izvajalca storitve, ki se izvajajo kot rešitve problemov odjemalcev.

Iz navedenih definicij lahko razberemo, da so avtorji skušali definirati pojem storitve bolj ali manj v primerjavi s fizičnimi izdelki. Opredeliti storitev oziroma postaviti mejo med izdelkom in storitvijo je težko, saj prodajalec fizičnih izdelkov v svojo ponudbo vpleta storitvene, kot so: svetovanje, možnost vračila izdelka, garancijski roki, vzdrževanje stikov s kupci.

Povzetek iz navedenih definicij bi lahko pomenil, da so storitve dejanja, ki ustvarjajo neko vrednost za odjemalca. Od fizičnih izdelkov jih nekako ločimo po štirih temeljnih značilnostih, ki pa močno vplivajo na trženje.

Glede na to, da imamo vrsto storitev, ki so zelo raznolike, jih lažje prepoznamo kot opredeljujemo. Ameriško združenje za marketing opredeljuje storitve kot aktivnosti, koristi in zadovoljstva, ki se ponujajo naprodaj same ali v povezavi z izdelki. Ena izmed opredelitev pravi, da je storitev naročeno delo, ki se opravi za koga, navadno za plačilo (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 1991: IV, 961).

Obstaja več vrst delitev storitev. Nove opredelitve storitvenega sektorja se delijo na:

- terciarni sektor (transportne in komunalne storitve);
- kvartarni sektor (zavarovalniške, trgovinske, finančne storitve);
- kvintarni sektor (izobraževalne, zdravstvene, rekreacijske, vladne, raziskovalne storitve).

Storitve lahko od izdelkov ločimo po štirih pomembnih značilnostih, ki močno vplivajo na njihovo trženje (Rojšek, Starman, 1994, str. 37).

Te temelje značilnosti so: neotipljivost, neločljivost izvajanja od porabe, variabilnost in minljivost.

4.2 POMEN IN ZNAČILNOSTI STORITEV

Storitve so v primerjavi s proizvodnjo že od nekdaj manj vrednotene in cenjene. Mnogi namreč menijo, da so storitve stranska dejavnost v gospodarstvu, skoraj nekaj odvečnega, da odžirajo kruh proizvodnji, da sta za storitve značilna velik delež dela in nizka produktivnost. Dejanska slika in podatki pa izkazujejo drugačno stanje. V razvitih državah dejavnosti v storitvenem sektorju prinašajo tudi preko 80% bruto domačega proizvoda, pri čemer pa se njihov delež še povečuje. Storitve v dokaj razvitih državah zajemajo okrog 2/3 dejavnosti in zaposlujejo 1/2 do 2/3 vseh zaposlenih.

Trženje storitev je bistveno težje od trženja izdelkov, saj značilnosti izdelkov lahko zaznamo s svojimi čutili, jih lahko vidimo in na podlagi opazovanja tudi takoj ocenimo. Pri storitvah pa je v trenutku prodaje ocenitev skoraj nemogoča, oziroma se kvaliteta prodajane storitve lahko le predvideva iz predhodnih izkušenj.

Tradicionalni trženjski pristopi, ki so v uporabi pri trženju izdelkov, niso neposredno prenosljivi na področje trženja storitev prav zaradi drugačnih značilnosti storitev (Langford, Consenza, 1998, str. 16-26). Značilnosti storitev bi lahko v grobem ločili na splošne značilnosti, ki jih imajo vse storitve in izvedene značilnosti, ki se ne pojavljajo v vseh vrstah storitev (Potočnik, 2000, str. 41).

Na uspešnost trženja storitev v veliki meri vpliva tudi okolje, v katerem se storitev izvaja oziroma posreduje odjemalcu. Izvajalci storitev so pri svojem delu soočeni z zahtevami po učinkovitosti, saj morajo storitve opraviti v čim večji količini in obenem tudi dobro (Klassen, 1998, str. 1–18). Izvajalci storitev na ta način lahko združijo svoj ekonomski interes s čim večjim zadovoljstvom odjemalcev.

Poznamo zelo različne storitve in bi bilo skoraj nemogoče iskati skupne značilnosti. Pri trženju je najpomembnejše, komu so storitve namenjene – ljudem ali stvarjem. Storitve zadevajo ljudi, stvari, živali in informacije.

Storitve ljudem obsegajo pester izbor in segajo od prehranjevanja, rekreacije, kulturnega in splošnega izobraževanja. Ljudje namreč želijo s storitvami dobiti zelene koristi, največkrat neposredno, včasih tudi posredno preko telekomunikacij.

Storitve stvarjem običajno zadevajo predmete, opremo, ki jih sproti uporabljamo in jih je potrebno vzdrževati, popravljati. Sem sodi vse od avta, telefonov, električnih aparatov, čevljev, oblek. V te storitve se odjemalci – ljudje vključujejo manj neposredno, na primer; čevlje nam popravi čevljar, avto nam servisirajo v mehanični delavnici.

Informacijske storitve se nanašajo na oblikovanje, obdelovanje in prenos informacij. Segajo od informativne TV oddaje, računalniške programske opreme, pa do spletnih izobraževanj.

Storitve so lahko namenjene ljudem ali stvarjem, lahko so oprijemljive ali neoprijemljive.

To lahko ponazorimo v preglednici:

	Oprijemljive storitve	Neoprijemljive storitve
Ljudje	Storitve usmerjene na človekovo telo: potniški transport, restavracije, estetski centri, zdravstvena skrb	Storitve usmerjene na človekovega duha: izobraževanje, gledališče, muzeji, radio
Stvari	Storitve usmerjene na dobrine: popravila avtomobilov, čistilnica, tovorni transport	Storitve usmerjene na vrednosti: zavarovalništvo, bančništvo, davčno svetovanje, pravna služba

4.2.1 Splošne značilnosti storitev

Neotipljivost (nesnovnost): Storitve si pred nakupom ne moremo ogledati, poskusiti, preizkusiti, ne moremo videti rezultata storitve, prav tako jih pred nakupom ne moremo zaznati s čutili. Storitve si je težko predstavljati, kar ustvarja občutek negotovosti. Odjemalci zato pred nakupom iščejo zunanje dokaze o kakovosti storitev, ki jih lahko najdejo na osnovi zaposlenih v podjetju, prostoru, opremi, simbolih ali ceni. Kupcem je torej potrebno dati čim več vidnih znakov storitve. Izvajalci storitev lahko omilijo negotovost odjemalca z dodajanjem fizičnih dokazov storitvam. Storitveno podjetje lahko učinkovito ublaži negotovost odjemalca pred nakupom s tem, da je ponudba storitev bolj opredmetena in otipljiva.

Kot primer neotipljivosti storitve lahko vzamemo sklenitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. S sklenitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja zavarovanec postane lastnik zavarovalne police, ne pa česa drugega. Če med trajanjem zavarovalne dobe ne pride do koriščenja zdravstvenih storitev, potem je ta polica edini dokaz o obstoju opravljene storitve, v kolikor pa pride do koriščenja le-teh, je zavarovanec oproščen doplačila in je polica postala tudi opredmetena.

Neločljivost: Proizvodnja storitve je neločljiva od njene porabe. Zato sta ponudnik in odjemalec oba prisotna pri proizvodnji storitve in zato oba vplivata na končni rezultat storitve. Prav vzajemnost delovanja med porabnikom storitve in ponudnikom je najpomembnejša posebnost trženja storitev. Tipičen primer je prodaja zavarovalnega produkta. Prednosti se pokažejo pri prilagajanju storitev potrebam in zahtevam posameznega zavarovanca, s čemer si podjetje lahko poveča svoj ugled in zvestobo pri posamezniku. Takšno prilagajanje pa je oteženo pri uporabi sodobne tehnologije, npr. uporaba interneta pri sklepanju zavarovanj. Tu ni prisotnega osebne kontakta.

Spremenljivost: Kakovost storitve je spremenljiva, saj jo je zelo težko kontrolirati in se lahko razlikuje glede na to, kdo jo opravi, glede na odjemalce in kdaj je bila storitev opravljena. Spremenljivost pomeni, da je vsaka izkušnja, ki jo ima odjemalec z nakupom enake storitve, drugačna. Poti za doseganje stalne ravni kakovosti

storitev so standardizacija procesa izvajanja storitve, skrbna izbira zaposlenih ter njihovo izobraževanje in spremljanje zadovoljstva odjemalcev in njihovih povratnih informacij o storitvah.

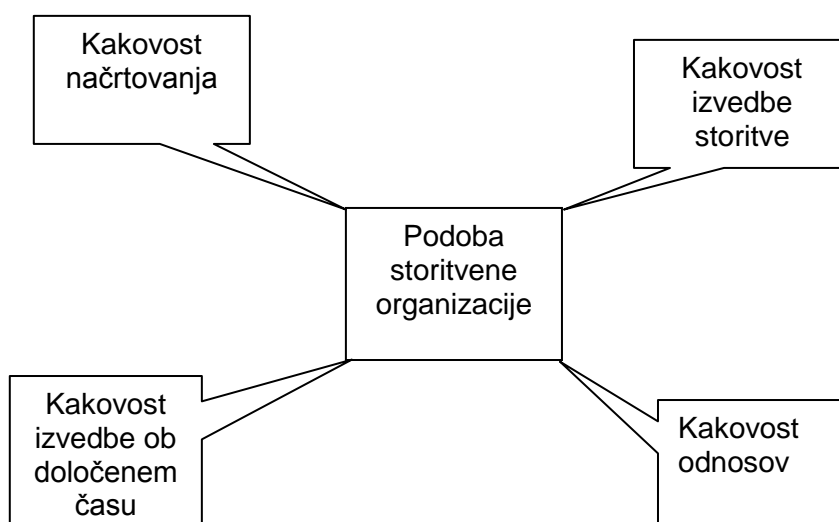
Kratkotrajnost: Življenjska doba storitve je kratka, minljiva, neobstojna, učinki so lahko kratkotrajni. Storitve ni mogoče skladiščiti tako kot izdelke, saj se jih večina porabi takoj, ko so proizvedene. Neuporabljene nimajo vrednosti. Kratkotrajnost storitve poraja probleme pri nihajočem povpraševanju, zato je pomembno pravilno načrtovanje zmogljivosti, da je dostava storitve pravočasna. Če povpraševanje preseže ponudbo, ne moremo storitve preprosto vzeti iz zaloge in jo ponuditi na trgu. Če ponudba storitev preseže povpraševanje, je vrednost storitve izgubljena. Neobstočnost storitev je vzrok za izredno nizke vstopne ovire na področju storitvenih dejavnosti, saj onemogoča pravno zaščito. Edina zaščita za vse storitve je doseganje dolgoročnih konkurenčnih prednosti s stalnim izboljševanjem kvalitete storitve.

4.3 KAKOVOST STORITEV

Pri trženju storitev je velikega pomena kakovost storitve. Kakovost je Ključnega pomena, ko pride pri odločitvi do točke, ko se potencialna stranka odloči, ali bo storitve kupila ali ne. Še večji pomen pa se pri kakovostni storitvi pokaže, ko se stranka ponovno odloča o nakupu oziroma podaljšanju določene storitve – pogodbe. Tu ima stranka že izkušnje o uporabi določene storitve, oziroma o izpolnjevanju določil iz pogodbe, ki jo je v preteklosti sklenila. Zvesto stranko si najlažje pridobimo in jo obdržimo s kakovostnim in korektnim izpolnjevanjem določil pogodb in kakovostno opravljeno storitvijo. Izvajalci storitev se morajo nenehoma ukvarjati s pričakovani strank in njihovimi ocenami o opravljeni storitvi. Pri trženju storitev je v prvi vrsti potrebno dobro poznavanje stranke in njenih pričakovanj. Ko bomo spoznali stranko in kaj ona od nas pričakuje, bomo lahko pravilno pristopili k trženju. Kako definirati kakovost storitev? V zadnjem času se je uveljavilo tržno pojmovanje kakovosti, ki jo je določila Mednarodna organizacija za standardizacijo (ISO) in se glasi (Uščumlić in Lukić, 2006, str. 48): «Kakovost je skupek karakteristik predmeta obravnave, ki se nanašajo na njegovo sposobnost, da zadovolji izražene in pričakovane potrebe.» Pri storitveni dejavnosti je jasno, da kakovost določa uporabnik, oziroma storitev opravi tisto, za kar je namenjena, in njen odziv so potrebe porabnika. Stranka je tista, ki odloča o tem, koliko je neka storitev kakovostna, njihovo mnenje je za izvajalce storitev daleč najpomembnejše. Pri storitvenih dejavnostih je velikega pomena vlaganje v kakovost storitev, saj vsi želijo odlične, ne le dobre rezultate. Vsakič, ko stranka prihaja v kontakt s podjetjem, ki lahko poteka preko interneta, avtomata, telefona, pisma ali osebno, ima možnost oblikovanja vtisov o storitvi in podjetju. Takšni kontakti imajo pri strankah velik vpliv na njihovo prvo oceno kakovosti storitve, ki jim jo nudijo. Za ocenjevanje kakovosti so strokovnjaki razvili različne metode, ki so v pomoč storitvenim podjetjem za ugotavljanje kakovosti storitev in za reševanje problemov, kako izboljšati določeno storitev. Najpogosteje uporabljeni načini presoje kakovosti storitev so (Potočnik, 2000, str. 158): Model kakovosti storitev 4Q: Po tem modelu so za presojo kakovosti najpomembnejši kriteriji: kakovost načrtovanja storitve, kakovost izvedbe ob določenem času in kakovost odnosov med izvajalci storitve in strankami. Model pričakovane in zaznane kakovosti storitev: Porabnik ocenjuje kakovost storitve tako,

da pričakovano storitev primerja z znano storitvijo. Kakovost se ocenjuje na podlagi naslednjih kriterijev: tehnična kakovost (kaj je stranka dobila ob izvedbi storitve), funkcionalna kakovost (način, kako je storitev ponujena in izvedena) in podoba storitvene organizacije (strankino zaznavanje storitvene organizacije kot celote)

- Model vrzeli: V modelu vrzeli je kakovost storitve opredeljena kot vrzel med pričakovani porabnika in njegovim zaznavanjem dejanske storitve.
- Model vzajemnega odnosa med izvajalcem in porabnikom storitve: Po tem modelu je kakovost storitve odvisna izključno od vzajemnega odnosa med izvajalcem in stranko v trenutku soočenja s storitvijo. Na kakovost storitve pri tem vplivata dve dimenziji: kakovost fizičnih dokazov in kakovost vzajemnega odnosa med izvajalcem in stranko.



Slika 2: Model kakovosti 4Q
Vir: Potočnik, 2002, str. 163

4.4 TRŽENJE STORITEV

Vse značilnosti storitev pa pomenijo razliko v načinu trženja in oblikovanju trženjskega spleta med storitvenimi organizacijami in proizvodnimi podjetji. Trženjski splet sestavljajo štiri prvine, ki jih označujemo s 4P (Potočnik, 2000, str. 23):

- prodajne poti,
- izdelek,
- prodajna cena,
- tržno komuniciranje.

V storitvenem trženjskem spletu pa moramo zaradi razlik med izdelki in storitvami dodati še tri prvine: udeležence, fizično okolje in postopke. Udeleženci v spletu so zaposleni v storitvenih organizacijah, njihovo znanje, vedenje in zmožnosti. Fizično okolje vključuje videz, opremljenost, vzdušje v objektih, reklamni material, oglaševanje. Med postopke pa sodijo aktivnosti, ki so potrebne, da je storitev uspešno opravljena.

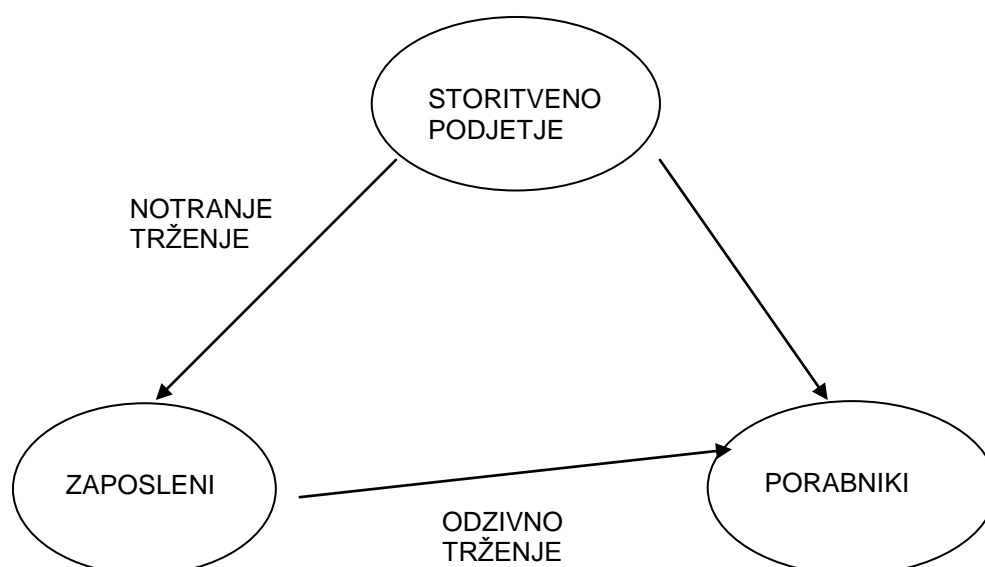
Trženjski programi in nizi aktivnosti so na tem področju med storitvenimi podjetji v zadnjih desetletjih naredili ogromen korak. Do tega koraka je bilo vse bolj povezano na prodajo izdelkov. Organizacije, ki se ukvarjajo s storitvami, so prisiljene iskati razne nove načine, kako bi storitve naredili otipljivo in porabniku z različnimi dokazi približali predstavo o storitvi. Velik poudarek je na uspešnosti izvajalcev storitev, na njihovi produktivnosti. Problem, ki nastaja pri trženju storitev, je v veliki meri povezan s kakovostjo storitve in razlikami kakovosti storitev med konkurenti.

Področje trženja je širok pojem in zajema raziskovanje trga, tržno načrtovanje, pripravo trženjskih aktivnosti, izvajanje trženjskih aktivnosti, spremljanje uspešnosti trženjskih aktivnosti, neposredno prodajanje in kontrolo navedenih področij.

5 TRŽENJE STORITEV V ZAVAROVALNICAH

Besedo marketing ali po slovensko trženje v zavarovalnicah uporabljamo, ko želimo zadovoljiti kupca s storitvijo oziroma s sklenitvijo pogodbe o zavarovanju in s tem ustvariti pozitiven poslovni rezultat.

Trženje je poslovna funkcija, način razmišljanja, dolgoročno začrtana usmeritev podjetja za doseganje zastavljenih ciljev. Prepleta se med zunanjim, notranjim in odzivnim.



Slika 3: Tri vrste trženja v storitvenih organizacijah
Vir: Potočnik, Vekoslav, Trženje storitev, 2000, str. 89

- Zunanji del trženja je tisti, ki je za zavarovanca najbolj viden, nanj se najprej odzove. To je odnos med podjetjem in odjemalci storitve. Zajema pripravo trženjske aktivnosti, oblikovanje storitve, določitev cene in izvedbo tržnega komuniciranja in distribucijo storitev. To je niz trženjskih instrumentov, ki jih podjetje uporablja, da doseže zastavljene cilje. Učinki zunanjega trženja so vidni v okolju podjetja, so opazni še obstoječim in bodočim zavarovancem in konkurentom. Z zunanjim trženjem se zavarovancem posreduje obljube, ki pri njih vzbujajo določena pričakovanja.

Za zunanje trženje je v podjetjih največkrat zadolžen poseben oddelek trženja ali pa podjetje najame zunanje izvajalce za področje priprave in izvajanja trženjske politike. Zelo pomembno na zunanjo obliko trženja vplivajo neposredni stiki zavarovancev z zaposlenimi, telefonski kontakti, pogovori, ta del trženja pa se že močno prepleta z odzivnim trženjem.

- Odzivno trženje je nadgradnja zunanjega trženja. Oba morata biti med seboj tesno povezana. Za zunanje trženje je pomembno, da ponuja storitve v takem obsegu in kakovosti, da jih bo odzivno trženje sposobno izvesti. Tu nastopi trenutek, ko je podjetje prišlo do točke, kjer izpolnjuje obljube in pričakovanje, ki jih je predstavilo v zunanjem trženju. Sposobnost izvajalcev, da opravijo storitev tako, da bodo porabniki z njo zadovoljni, predstavlja odzivno trženje. Zato mora biti storitev izvedena zelo tankočutno in zelo strokovno. (Kotler, 2004, str. 451) Naloga odzivnega trženja je, da storitve izvedejo tako, da bodo odjemalci z njimi zadovoljni z vidika tehničnih značilnosti kot tudi kakovosti.

Napredek informacijske tehnologije je pospešil in veliko pripomogel k uspešnosti odzivnega trženja. Internet je pripomogel k skrajšanju razdalje med zavarovanci in ponudnikom, z njegovo pomočjo so zavarovanci hitreje postreženi, ni čakanja v vrstah in zagotavljajo anonimnost in s tem tudi varnost zavarovancev. Ta način odzivnega trženja je za nekatere predstavnike odjemalcev ugodnejši, medtem ko veliko njih še vedno pričakuje in jim je pomemben osebni kontakt. Zanima jih, s kom sklepajo zavarovanje, kdo bo kontaktna oseba v primeru nastanka škodnega dogodka, reklamacije. To kaže na to, da v trženju ne gre zanemariti osebnega kontakta, ne glede na to kakšne prednosti nam prinašajo novi načini informacijske tehnologije. Prvi vtis o kakovosti storitve si odjemalec ustvari z nastopom zaposlenih, njihovim pozitivnim pristopom, čustveno inteligenco, ki se kaže z očesnim kontaktom, nasmehom, sproščenim pogovorom.

- Notranje trženje poteka znotraj podjetja in obsega aktivnosti med posameznimi zaposlenimi. Pri postavljanju koncepta trženja morajo predpostavljeni oziroma tržniki upoštevati želje in zmožnosti zaposlenih. Naloga notranjega trženja je izboljšava razmerja med zaposlenimi v organizaciji in izrabo poslovnih virov storitvene organizacije. Med poslovne vire znotraj storitvene organizacije sodijo (Potočnik, 2000, str. 90):

- tehnološka oprema, postopki, pooblastila, odgovornosti, informacije;
- jasna vizija in poslanstvo organizacije;
- načrt notranjega trženja;
- izobraževanje in usposabljanje zaposlenih.

Vodilo notranjega trženja je povezano s kulturo podjetja, ki zagotavlja, da sta notranje in zunanje trženje med seboj povezana. Na podlagi uspešnega notranjega trženja organizacije povečajo konkurenčnost in motivirajo zaposlene k ponudbi kakovostne storitve.

Tržno komuniciranje zavarovalnice potrebujejo zaradi namena, da potencialne zavarovance prepričajo v to, da zavarovanje potrebujejo zaradi lastne želje po varnosti, ki je pri ljudeh zelo visoko na lestvici; po Maslowu in njegovi teoriji hierarhije potreb je varnost in zaščita na drugem mestu, takoj za fiziološkimi potrebami. V človeški potrebi po varnosti imajo zavarovalnice v rokah velik adut, saj z opominjanjem zavarovancev, kaj se jim lahko pripeti, če niso zavarovani, veliko pripomorejo k prepričanju zavarovancev, da zavarovanje dejansko potrebujejo in ga zaradi lastne varnosti tudi sklenejo, čeprav kot že povedano, kupujejo nekaj, kar je neotipljivo in v začetku nakupa tudi nepotrebno. Porabnikom je potrebno predstaviti različne vrste zavarovanj, da se spoznajo z različnimi oblikami in možnimi paketi zavarovanj. Poleg različnih oblik zavarovanj jim je potrebno predstaviti tudi zavarovalnico, za katero tržimo zavarovanje, poskrbeti moramo, da je zavarovalnica med potencialnimi zavarovanci poznana kot ugledna, poštena in zaupanja vredna, ki izpolnjuje obljube. Za doseganje prepoznavnosti in različnih vrst zavarovanj pa lahko poskrbimo z oglaševanjem v medijih, za neposredno prodajo.

Velikokrat se zgodi, da v očeh porabnikov višina zavarovalne premije ne igra odločilne vloge, ko se odločajo med različnimi zavarovalnicami, temveč igra odločilno vlogo kakovost storitve – zavarovanja, gledajo na svoje pretekle izkušnje z zavarovalnico. Tu jim ni mar nižja premija, če ob škodnem dogodku niso zadovoljni z odškodnino.

Kakovost zavarovalnih storitev je najpomembnejše merilo pri odločitvi bodočega zavarovanca o sklenitvi zavarovanja in podpisu zavarovalne pogodbe.

Razčlenitev kakovosti storitev:

- RAZUMLJIVOST : razumljivost komunikacijskih gradiv;
- ZANESLJIVOST: sposobnost, da zavarovalnica predstavi in izpolni pravočasno in učinkovito zavarovalno obljubo
- ODZIVNOST: pripravljenost pomagati zavarovancu in poskrbeti za hitro sklenitev zavarovalne storitve
- SPOSOBNOST: usposobljenost za posredovanje znanj pri predstavitvi zavarovalne storitve;
- VLJUDNOST: izkazovanje prijaznosti, spoštovanja in osebnega odnosa osebja v stikih z zavarovanci;
- UGLEDNOST: doseganje pozitivne izkušnje zavarovancev v poštenost ponudnika zavarovalnih storitev;
- VARNOST: odstranitev skrbi pred možno nevarnostjo ali dvomom;
- KOMUNIKATIVNOST: vzpostaviti in vzdrževati obliko komunikacije z zavarovancem, da bo razumljiva in vedno dosegljiva;
- RAZUMEVANJE ZAVAROVANCA: oblikovanje ponudbe za potrebe zavarovanca.

Pri trženju zavarovanj je možnih veliko različnih oblik tržnih poti. Na obliko in izbiro tržne poti vpliva vrsta zavarovanja, ki ga ponujamo, in pa želje zavarovanca, saj se v osnovi oni največkrat odločajo, kakšen pristop zavarovalnice si želijo. Nekateri raje vidijo, da zavarovalnica pride k njim, nekateri pa ne želijo imeti stika z zavarovalnico na domu in raje pridejo na oskrbna in sklepalna mesta zavarovalnic. Nekatera trženja so neposredna, nekatera pa posredna. Neposredno obliko trženja zavarovalnice uporabljajo takrat, ko zavarovalnice same pristopijo k zavarovancem

brez posrednikov. Tak način je predvsem prodaja zavarovanj preko prodajnih mest na zavarovalnicah in na njihovih agencijah – predstavništvi, preko ostalih medijev, televizije, interneta, telefona. V večini pa se zavarovalnice v največji meri odločajo za trženje in prodajo zavarovanj preko zavarovalnih posrednikov, zavarovalnih zastopnikov, brokerjev v zavarovalniških agencijah. Zavarovalne storitev pa se lahko tržijo tudi preko bank, imenujemo jih bankassurance. Le ti pa predstavljajo posredno obliko trženja zavarovanj. Ta oblika tržne poti je iz izkušenj najbolj učinkovita in ekonomsko najbolj ugodna.

5.1 TRŽNE POTI V ZAVAROVALNIŠTVU

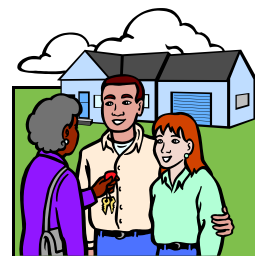
Tržne poti omogočajo, da ponudbe storitev preidejo od zavarovalnice do zavarovanca. Te poti so lahko neposredne ali pa posredne. V največji meri se zavarovalnice odločajo za posrednike zaradi njihovega znanja iz področja trženja in izkušenj. Izbira pravilne trženjske poti je za zavarovalnico zelo pomembna, saj predstavlja v njihovi dejavnosti velik finančni prispevek. Odločitev o izbiri tržne poti v večini primerov vpliva na končne rezultate v zavarovalnici.

Zavarovalnice so v izbiri trženjske poti še vedno tradicionalne. V večini primerov se poslužujejo najbolj tradicionalne oblike trženja, to je tržne poti preko zavarovalnih zastopnikov, neodvisnih finančnih svetovalcev, zavarovalnih posrednikov in preko svojih zaposlenih delavcev.

Zastopniki



Prodajna mesta



Tiskani in elektronski mediji



Slika 4: Tržne poti
Vir: Postma, 2001, str. 25

Tradicionalne tržne poti

Oglaševanje

Najobičajnejši način za trženje je oglaševanje. Zajema preprosta obvestila o storitvah in izdelkih, o prihodu neke nove storitve ali izdelka. Danes je oglaševanje velikega pomena v vseh razvitih gospodarstvih. Tradicionalno ločimo med oglaševanjem »nad črto« – v časopisih, revijah, kinematografih, na radiu in televiziji ter na oglasnih panojih – in oglaševanjem »pod črto« – kamor spadajo naslovljeno oglaševanje, prodajne promocije, sponzorstva in razstave oziroma sejmi. Odstotkov sredstev za oglaševanje nad črto in približno 60 odstotkov za oglaševanje pod črto. (Postma, 2001, str. 24).

Zavarovalni zastopniki

Zavarovalni zastopniki delujejo v interesu zavarovalnice, odgovornost za njihovo ravnanje nosi zavarovalnica. Opraviti morajo preizkuse znanja pri Slovenskem združenju in pridobiti ustrezno dovoljenje za opravljanje dela zastopnika pri Agenciji za zavarovalni nadzor (AZN). Predstavljajo tradicionalni način trženja v zavarovalništvu. Prednost njihovega pristopa k zavarovancu je v osebnem stiku, ki pa ga morajo skrbno negovati in ohranjati. Delo zavarovalnih zastopnikov je, da iščejo nove potencialne zavarovance, z njimi sklenejo pogodbo o zavarovanju, jim nudijo svetovanje in pomoč. Zavarovancu morajo natančno razložiti vsebino zavarovalne storitve s pomenom zavarovalnih pogojev. Med trajanjem zavarovanja morajo zavarovanca obveščati o spremembah. V primeru nastalega škodnega dogodka morajo zavarovancu nuditi napotke glede prijave škode. Biti morajo ustrezno usposobljeni, poštenu, vestni, komunikativni in urejeni. V javnosti predstavljajo zavarovalnico, za katero delajo, in vtis, ki ga pustijo pri zavarovancih, je za ugled zavarovalnice izjemno pomemben.

Zavarovalni posredniki

Broker ali zavarovalni posrednik posreduje pri sklepanju zavarovalnih pogodb za eno ali več zavarovalnic. Razlika med zavarovalnim zastopnikom in posrednikom je v tem, da zavarovalni zastopnik dela za zavarovalnico in njen interes, broker ali posrednik pa za zavarovanca. Odločajo se za ponudbo, ki je za zavarovanca najbolj ugodna in se omejijo na želje zavarovanca, ki ga zastopajo. Tu je zaščita zavarovanca večja. Zavarovalni posrednik zavarovancu svetuje pri izbiri zavarovanja in zavarovalnice, dela analize zanj, posreduje pri sklepanju zavarovanja, zavarovancu je na razpolago z nasveti v celotnem trajanju pogodbe. V pomoč mu je tudi v primeru ob nastalem škodnem dogodku. Skrbi za obnovev zavarovanja.

Pri zavarovalnih posrednikih veljajo ista pravila in sposobnosti kot pri zastopnikih, vendar morajo oni, za razliko od zastopnikov, veliko bolj podrobno poznati celoten zavarovalniški trg. Zavarovalni posredniki so dobrodošli predvsem takrat, ko se sklepajo pomembna zavarovanja z visokimi zavarovalnimi premijami, ker zavarovanci s specifičnimi zahtevami bolj zaupajo neodvisnim posrednikom. Tudi zavarovalni posredniki morajo imeti ustrezno dovoljenje za opravljanje dela zavarovalnega posrednika Agencije za zavarovalni nadzor.

Novejše tržne poti

K novejšim oblikam trženja zavarovanj spada prodaja zavarovanj preko pošte, interneta, televizije in bank. Razvile so se kot posledica tehnološkega napredka. Zavarovalnice se zavedajo, da so te nove tržne poti potrebne zaradi napredka in da tudi te prinašajo dobiček. Glede stroškov in preglednosti so neposredne oblike učinkovitejše. Določen delež potencialnih zavarovancev je moderno naravnanih in si želijo neosebnega kontakta. Vse opravke v zvezi z zavarovanjem želijo urediti brezosebno, preko pošte, interneta in telefona. Za zavarovanca, ki naj bi bil zadovoljen, je potrebno narediti korak naprej in mu omogočiti pristop, ki si ga želi. Brezosebni načini trženja preko medijev, brez osebnega kontakta, so primerni za masovne akcije, ko se na trg plasira nova zavarovalna storitev.

Trženje zavarovalnih storitev preko interneta

Internet je svetovno računalniško omrežje, ki omogoča globalno komuniciranje. Prek interneta dobivajo uporabniki informacije in naročajo izdelke oziroma storitve. Trženje preko interneta ima neslutene razvojne možnosti (V. Potočnik, 2000, str. 140). Internet je sprva predstavljal medij za prenos podatkov, v zadnjem desetletju pa se je razvil v medij za medsebojne odnose.

Prednost trženja preko interneta je v:

- dostopu do velike količine informacij glede cene, kakovosti;
- manjših stroškov;
- uporabnik lahko do interneta dostopa kjerkoli in 24 ur na dan;
- pregled ponudb vseh zavarovalnic in njihova primerjava;
- možnost informativnega izračuna premij;
- izognemo se napakam zaradi nerazumljive pisave;
- krajši procesni postopki pri prijavih škod;
- nudi informacije o prodajnih mestih, telefonske številke za dodatne informacije ali spletni naslov za elektronsko pošto.

Internetno trženje ima tudi slabe strani, zlasti se odraža v nezadostnem zaupanju ljudi v spletno nakupovanje, omejenost na določena enostavnejša zavarovanja, brezosebnem kontaktu, ni takojšnje odzivnosti na določena vprašanja in dileme, ki se porajajo pri zavarovancih ali uporabnikih določene spletne strani.

Kljub temu pa internet prinaša več dobrih kot slabih lastnosti. Trženje storitev je hitrejše, iznajdljivejše, uporabnike zadovoljuje hitreje in natančneje. Trženje preko interneta se razvija in se bo še razvijalo.

Trženje zavarovanj preko telefona

Telefonsko trženje je uporaba telefona na planiran, organiziran, merljiv in nadziran način z namenom najti, ohraniti in razvijati odnose s strankami. Telefonsko trženje se uporablja lahko samo za pridobivanje novih potencialnih zavarovancev, lahko pa preko njega izvajamo celovite prodajne procese, vse do sklenitve zavarovanja in

administracije. Uspešnost uporabe telefonskega trženja je odvisna od pripravljenosti in odnosa porabnikov, do uporabe telefona pri nakupu zavarovanj. Ljudje zaenkrat še ne sprejmejo v zadostni meri prodaje po telefonu, zato pa so bolj sprejemljive reakcije na kombinacijo telefonskega klica kot načina dogovarjanja za razgovor in osebni obisk zavarovalnega zastopnika ali posrednika (Čeplak, 2004, str. 56).

Tehnologija se je tako razvila, da lahko dohodne in odhodne klice v klicnih središčih podpira podatkovna baza in zaradi tega taki telefonski klici dajejo klicanemu vtis osebnega pristopa. Med pogovorom zavarovalni zastopnik ali pa zaposleni v klicnem centru na zaslonu računalnika vidi ime in druge uporabne podatke o stranki. Telefonsko trženje je stroškovno zelo učinkovita tržna pot, vendar moramo upoštevati začetne stroške ustanavljanja telefonskih centrov z ustrezno informacijsko podporo (Dimovski, Volarič - Prijatelj, 2000, str. 207). Prednosti telefonskega trženja so:

- nizki stroški;
- velika udobnost nakupa za zavarovanca;
- prihranek časa;
- enostavnost nakupa.

Glavne slabosti prodaje zavarovanj preko telefona pa so:

- ljudje ne marajo dolgih telefonskih pogovorov, kar pomeni, da lahko prodajamo preko telefona samo enostavnejša zavarovanja;
- ljudje imajo rajši osebni stik z zavarovalnim zastopnikom;
- ne marajo prevelike količine podatkov naenkrat;
- neradi dajejo osebne podatke preko telefona;
- neradi sklenejo zavarovanje, če ne vidijo zavarovalnih dokumentov.

Slabost je tudi v nezadovoljstvu klicanih strank iz različnih zavarovalnic v krajšem časovnem obdobju, ki ponujajo različna zavarovanja.

Telefonsko trženje je zelo uspešno za iskanje novih zavarovancev, za podaljševanje obstoječih zavarovanj ali pa kot sredstvo za dogovor za osebni sestanek.

Trženje zavarovanj preko bank

Bančno zavarovalništvo štejemo med novejšje kanale, po katerih lahko tržimo zavarovanja. Zavarovalne storitve, ki jih tržijo banke, poznamo pod pojmom bankassurance. Beseda izhaja iz francoskega jezika. Namen te oblike trženja je, da se s povezavo banke in zavarovalnice poveča dohodek zavarovalnici, s provizijo, ki jo od zavarovalnice za opravljene storitve dobijo banke, se dobiček poveča banki. Komitenti banke so zadovoljni, ker lahko ne enem mestu uredijo vse svoje finančne zadeve. Zavarovalnice imajo zaradi povezave z banko večjo možnost pridobiti nove zavarovance, saj banke svojim komitentom ob obisku ponudijo tudi možnost sklenitve zavarovanja. Komitenti, ki zaupajo svoji banki, se bodo na podlagi kakovostnih bančnih storitev in zaupanja v svojo banko lažje odločili za sklenitev zavarovanja. Prednost tega trženja je v tem, da imajo banke veliko število komitentov, ki pogosto obiskujejo bančna okna zaradi različnih finančnih opravkov. Banke imajo svojo bazo podatkov o komitentih in tako jim je lažje ponuditi pravo storitev za določeno stranko.

Trženje zavarovalnih storitev v bankah je bolj zanimivo in uspešno predvsem na področju trženja dolgoročnih zavarovanj, kot so npr. življenjska in rentna zavarovanja, ker nanje ne vplivajo razne spremembe in ni obnavljanj po preteku zavarovalnega obdobja. Te vrste zavarovanj nudijo tudi večje dobičke.

Izbira, ali posredna ali neposredna oblika za zavarovalnice, ni enostavna. Za najbolj učinkovito se je pokazala nekakšna srednja pot med obema oblikama. Delo pridobivanja novih potencialnih zavarovancev so prevzeli telefonski centri, akcije pošiljanja pošte iz baze podatkov obstoječih zavarovancev in njihovih družinskih članov, pošiljanje pošte ciljni skupini prebivalcev.

Zastopniki, posredniki in svetovalci so s tem načinom tržne oblike razbremenjeni težke naloge iskanja novih zavarovancev, njihove prioritete naloge so posvečanje že napol odločenemu bodočemu zavarovancu, s svetovanjem o raznih oblikah zavarovalnih storitev. Taki zastopniki so produktivnejši. Nadaljnje servisiranje po sklenitvi zavarovalne storitve pa prevzamejo centri za oskrbo strank, ki so strokovno podkovani za hitro in natančno informiranje strank o določenih vprašanjih, ki se porajajo tekom zavarovalnega obdobja in po njegovem poteku.

5.2 ODNOSI S STRANKAMI IN NJIHOVA ZVESTOBA

Postma (2001, str. 13) v povezavi z globalnimi spremembami na področju trženja ugotavlja, da se je v zadnjih 25 letih procesna moč silikonskega čipa povečala za faktor 10.000, procesna moč človeških možganov pa ostaja nespremenjena. Zato meni, da imamo pred seboj nenavaden problem, katerega posledica so spremembe, ki smo jim priča v zadnjem desetletju in ki odločilno vplivajo na klasične trženjske koncepte (Postma, 2001, str. 13-18):

- Razvoj informacijske tehnologije: informacijska tehnologija je dosegla izjemen napredek, obenem pa človeški faktor skozi leta ostaja enak. Po eni strani nam je omogočeno udobnejše bivanje in delovanje, po drugi strani pa postaja življenje bolj zapleteno in manj pregledno. Posledica je, da dobivajo sodobni trženjski koncepti povsem nov pomen, načini dojetja trga in možnosti vplivanja nanj pa nove razsežnosti.
- Priča smo izenačenju ponudbi izdelkov in storitev na vseh področjih, tako kakovostno kot cenovno. Zvestobo strank je mogoče graditi samo na individualnem poznavanju stranke in nudenju določenih dodatnih ugodnosti na podlagi njene donosnosti podjetju.

Po drugi svetovni vojni je zaradi eksplozije prebivalstva nastala množična proizvodnja in zaradi splošnega pomanjkanja v tistih časih ni bil problem prodati, problem je bil v zadostni količini proizvodnje in zadostni količini in raznovrstnosti storitev.

Danes se vse dejavnosti na področju trženja odvijajo v smeri, kako izboljšati prodajo, kako postati boljši tržnik od konkurence, kako proizvesti več različnih proizvodov za isto porabo, kako narediti isto storitev zanimivejšo, da bo šla lažje v promet.

Odnos med stranko in podjetjem se je v zadnjih desetletjih zelo spremenil. Preusmeritev je speljana v smeri od množic k posamezniku. Vsi napredki težijo k individualizaciji.

Od množičnega potrošništva in grobe segmentacije trga je prešel na stranko kot najpomembnejši element v procesu prodaje. V zadnjem desetletju pa se čedalje bolj postavlja v ospredje graditev partnerskega odnosa s stranko.

Filozofi govorijo o naraščajočem pojavu »kulture jaza« v zahodnem svetu, kjer ljudje visoko vrednotijo življenjske užitke, samoizpolnitev in zadovoljstvo ob osebnem uspehu. Samouresničitev je postala pomembnejša od tega, da je človek del celote. Spodbujanje porabe, usmerjeno k množicam, se v tak okvir ne prilega najbolje. Namesto stare ureditve, kjer so si vsi želeli isto, zdaj velja nov vzorec, kjer si vsakdo želi nekaj drugačnega. Kdor je navajen množičnega pristopa, se mu bo zdelo stanje na novih trgih kaotično, v resnici pa gre za nov red, red posameznikov, ki sicer prekriva stare vzorce množičnosti, vendar jih pri tem ne briše. Proizvajalci množičnih porabniških izdelkov lahko trg še naprej obravnavajo kot množični, na posamični ravni pa je potrebno obravnavati pomembnejše kupce in z njimi graditi partnerske odnose. Tudi zanašanje na zvestobo blagovni znamki se vedno bolj zmanjšuje (Postma, 2001, str. 94).

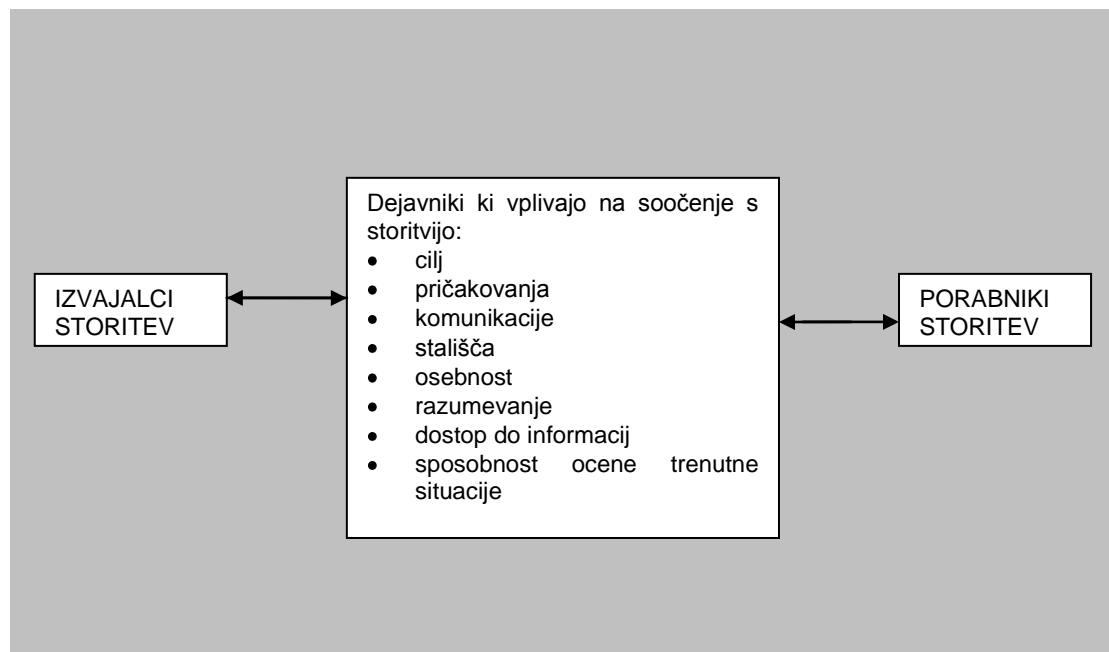
Paul Postma je zagovornik mnenja, da je človeško vedenje bistvo trženja. Medtem ko se trženjski pristopi spreminjajo, toda človekove želje, kakršnekoli že so – moderne, vzvišene ali zastarele – ostajajo iste.

Zavarovalnice veliko vlagajo v prizadevanja, da bi zadovoljile stranke tako, da bi v bodoče ostale zveste.

Za vsako podjetje, ki se ukvarja s trženjem, je ključnega pomena, da vzpostavi s svojimi strankami kakovostne odnose, ki prinašajo zadovoljstvo na obeh straneh in zagotavljajo sodelovanje v sedanjosti in v bodočnosti. Ni samo pomembno pridobiti stranko, veliko truda in denarja je potrebno vložiti tudi v izražanje naklonjenosti, izkazovanje spoštovanja obstoječim strankam. V današnji dobi poslovanja in trženja je boj med konkurencami oster. Z oglaševanjem, pospeševanjem prodaje, neposrednim trženjem, pridobivanjem publicitete, sodelovanjem na raznih donacijah se podjetja bojujejo za povečanje prodaje in za obstanek. Tu je potrebno biti ves čas v pripravljenosti.

Kakovostni odnosi s strankami, spoštljivo in odgovorno obnašanje podjetja bo s časom stranke prepričalo in bodo manj dovzetne za konkurenčne ponudbe.

V vsaki organizaciji, ki se ukvarja s storitvami, in zaradi tega s strankami igrajo najpomembnejšo vlogo zaposleni, to je osebje s katerimi prihajajo v stik stranke.



Slika 5: Dejavniki, ki vplivajo na odnos med izvajalci in porabniki storitev
(Vir: Potočnik, 2000, str. 160)

6 PRIMERJAVA TRŽENJA DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

V Sloveniji imamo tri zavarovalnice, ki imajo v svoji ponudbi storitev dopolnilna zdravstvena zavarovanja, Adriatic Slovenica d.d., Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. in Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d. Največ ljudi se je zavarovalo na Vzajemni zdravstveni zavarovalnici, ki se je l. 1999 ustanovila iz Zavoda za zdravstveno zavarovanje in kot prva izmed naštetih zavarovalnic začela s svojo ponudbo storitev na področju zdravstvenih zavarovanj na področju dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj.

Pri sklepanju dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj naletimo na izrazoslovje oziroma različne tipe zdravstvenih zavarovanj. V evropskem prostoru se je izoblikovala naslednja tipologija:

- dopolnilna zavarovanja;
- vzporedna zavarovanja (v Sloveniji »nadstandardna«);
- dodatna zavarovanja (v Sloveniji »nadstandardna«);
- nadomestna zavarovanja;
- asistenčna zdravstvena zavarovanja.

Dopolnilna zdravstvena zavarovanja krijejo razliko ali del razlike stroškov do polne vrednosti standarda zdravstvenih in z njimi povezanih storitev nad deležem, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje

Vzporedna zdravstvena zavarovanja krijejo stroške ali del stroškov zdravstveni in z njimi povezanih storitev, ki bi jih v celoti ali delno krilo obvezno zdravstveno zavarovanje, a jih zavarovanci uveljavljajo po drugačnih postopkih ali ob drugih pogojih, kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje.

Dodatna zdravstvena zavarovanja krijejo stroške ali del stroškov zdravstvenih in z njimi povezanih storitev oziroma izplačil denarnih prejemkov, ki niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Dodatna in vzporedna zdravstvena zavarovanja so zavarovanja za večji obseg ali dodatne pravice v primerjavi s pravicami, kot so opredeljene v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Obe vrsti zavarovanj se izvajata neodvisno od obveznega zdravstvenega zavarovanja. V Sloveniji se je za te oblike zavarovanj uveljavila oznaka nadstandardna zdravstvena zavarovanja.

Nadomestna zdravstvena zavarovanja krijejo največ v obsegu standarda obveznega zdravstvenega zavarovanja, in sicer stroške ali del stroškov zdravstvenih in z njimi povezanih storitev oziroma plačil denarnih prejemkov osebam, ki ne morejo biti obvezno zdravstveno zavarovane.

Asistenčna zdravstvena zavarovanja krijejo stroške ali del stroškov pomoči pri organizaciji in izvedbi zdravstvenih ter z njimi povezanih storitev doma in v tujini.

6.1 TRŽENJE DOPOLNILNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V VZAJEMNI ZDRAVSTVENI ZAVAROVALNICI, D.V.Z.

Cena oziroma premija je v današnjih časih ključni faktor, ki nastopa med prvimi vprašanji, ki jih postavljajo potencialni zavarovanci. Zato bomo pri primerjavah na prvo mesto postavili tabele s ceniki.

Cenik za dopolnilna zdravstvena zavarovanja Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z.:

Mesečna premija (v EUR)	Letna premija ob enkratnem plačilu(v EUR)
24,62 s 3-odstotnim popustom 23,88	286,58

V ceni letne premije ima zavarovalnica že obračunan 3 % popust.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica nudi 3 % popust na plačilo:

- krvodajalcem s potrdilom; da so več kot 10x darovali kri;
- pri plačilu mesečne premije z odtegotvanjem od plače;
- s sklenitvijo zavarovanja preko spletne strani Vzajemne.

Kot dodatek lahko zavarovanci Vzajemne zdravstvene zavarovalnice sklenejo pod posebno ugodnimi pogoji zavarovanja:

- Vzajemna 5000 + – zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini, z zavarovalno vsoto 5000 EUR, le za 1 EUR;
- Vzajemna nezgode + (z zavarovanjem se zavaruje za primer nezgodne smrti in težje invalidnosti ali pa samo za nezgodno smrt);
- Vzajemna nadomestila (zavarujete se za izplačilo dnevnega nadomestila za čas bivanja v bolnišnicah in zdraviliščih, za čas zdravljenja otroka v bolnišnici zaradi poškodbe, za rojstvo otroka.

Sklenete lahko zavarovanje:

- Vzajemna DIAGNOZA – zavarovanje vam omogoča, da najhitreje po najlažji poti pridete do specialističnega pregleda. Izognete se dolgim čakalnim vrstam za specialistične preglede, zavarovalnica vam uredi datum in izbere zdravnika specialista iz svoje mreže izbranih zdravnikov. Pokliče se Vzajemni asistenčni center na brezplačno številko in zaposleni vam organizirajo obisk pri zdravniku.
- Vzajemna NADSTANDARD – to zavarovanje vam omogoča kakovostnejše bivanje in oskrbo med zdravljenjem v bolnišnici ali zdravilišču, povračilo stroškov zahtevnejših zdravstvenih pripomočkov, materialov in zdravil. Uveljavlja se lahko storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti pri zdravniku, ki ni zavarovančev izbran osebni zdravnik, zobozdravnik ali ginekolog. Uveljavlja se lahko ambulantno-specialistične storitve v samoplačniških ambulantah.
- Vzajemna VOZ - to je zavarovanje za tujce, ki omogoča sklenitev zavarovanja vsem tistim, ki po zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ne morejo urediti statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem

zavarovanju. Nudi jim skoraj enak obseg pravic kot tistim, ki v zavarovanje vstopajo na podlagi zakona.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica nudi vsem svojim zavarovancem različne ugodnosti, s popusti do 5% pri sklenitvah drugih zavarovanj ali pa v obliki popusta od 5% pa do 10% pri letovanjih v zdraviliščih in pri nakupu letovanj pri turističnih agencijah. Ta zdravilišča in agencije so naslednje: Terme 3000, Terme Dobrna, Zdravilišče Radenci, Terme Banovci, Terme Zreče, Terme Ptuj, Terme Lendava, Kompas Holidays in popust na vadbe v studiu telesne estetike Stelinea.

Aktivnosti Vzajemne zdravstvene zavarovalnice pri trženju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja:

- s svojo ponudbo so prisotni na raznih sejnih (npr. smučarski, sejem avtodomov na Gospodarskem razstavišču, na Celjskem sejmu Zdravje;
- reklamne brošure so prisotne na različnih informacijskih točkah (Zdravstveni domovi, Zavodi za zaposlovanje, Centri za socialno delo, Študentskih servisih, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ...) Ljudje, ki obiskujejo te ustanove, si jih lahko tam preberejo ali pa jih vzamejo s seboj;
- v času, ko študentom in dijakom potekajo statusi (v mesecu septembru in oktobru), so prisotni v raznih Trgovskih centrih (npr. Qulandia, Mercator, Merkur, Spar ...);
- prisotni so na raznih zabavnih prireditvah (npr. Kranjska noč, Noč Radia Belvi, Crniola festival ...), kjer pripravljajo razne nagradne igre in s tem pridobivajo kontaktne naslove in elektronske naslove, preko katerih lahko potem potencialne zavarovance obveščajo o svoji ponudbi;
- najeli so avtodome; s katerimi so se promotorji vozili po Sloveniji in delili reklamne letake;
- z mestnim prometom in železnicami so sklenili pogodbo, da so na njihovih displejih lahko predvajali svoje reklame;
- pri njihovi zavarovalnici si deležen popustov v športnem objektu, npr. Mega center, popust pri šoli varne vožnje,
- ob sklenitvi zavarovanci dobijo razne nagrade, npr. majice, športne torbice, bon v vrednosti 20€, s katerim lahko sklene multitrip za tujino.

6.2 TRŽENJE DOPOLNILNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V TRIGLAV, ZDRAVSTVENI ZAVAROVALNICI, D.D.

Cenik za dopolnilna zdravstvena zavarovanja Triglav zdravstvene zavarovalnice d.d.:

Mesečna premija (v EUR)	Letna premija ob enkratnem plačilu(v EUR)
25,99 s 3% popustom 25,21	302,52

V ceni letne premije ima zavarovalnica že obračunan popust na enkratno plačilo.

Triglav zdravstvena zavarovalnica nudi 3% popust na sklenitev zavarovanja v primeru:

- obstoječega zavarovanja pri Zavarovalnici Triglav;
- sklenitve preko njihove spletne strani;
- plačila preko trajnega naloga;
- plačila preko odtegljaja pri plači;
- plačila letne premije;
- da je zavarovanec krvodajalec (več kot 5-krat).

Triglav zdravstvena zavarovalnica nudi poleg dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v sklopu zavarovanj, ki so bolj ali manj vezana na področje zdravstvenih zavarovanj, tudi:

- zavarovanje zdraviliškega zdravljenja po poškodbah,
- dodatno zavarovanje za primer smrti zaradi nezgode in
- zavarovanje zdraviliškega zdravljenja po poškodbah v prometni nesreči.

Zavarovanje zdraviliškega zdravljenja po poškodbah ZZ69A krije stroške zdraviliškega zdravljenja v primeru poškodb. Zavarovanec je do zdraviliškega zdravljenja upravičen v primeru, da mu le-to zagotavlja bistveno izboljšanje zdravstvenega stanja za daljši čas ali povrnitev funkcionalnih in delovnih sposobnosti ali pa v daljšem časovnem obdobju preprečuje poslabšanje zdravstvenega stanja.

Določena je letna zavarovalna vsota, to je znesek, ki ga v enem zavarovalnem letu krije zavarovalnica, znesek oziroma zavarovalna vsota je odvisna o starosti zavarovanca. Zavarovanje lahko sklenejo vsi do dopolnjenega 69. leta starosti.

Dodatno zavarovanje za primer smrti – NZ11 – V primeru nezgodne smrti zavarovanca, nastale med trajanjem zavarovanja, zavarovalnica izplača upravičencu oziroma upravičencem zavarovalno vsoto, ki je enaka vsoti ali njenemu delu v skladu s pogodbo in njenimi pogoji. Za nezgodo se šteje nenaden, nepredviden in od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo. Zavarovalna premija se plačuje skupaj z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem. Zavarovanje lahko sklenejo zavarovanci do dopolnjenega 70 leta starosti.

Zavarovanje zdraviliškega zdravljenja ZZ79A po poškodbah v prometni nesreči omogoča vsem potnikom v vozilu do 10-dnevno okrevanje po poškodbah nastalih v prometni nesreči v priznanih slovenskih zdraviliščih. Zavarovanje velja v Sloveniji in v vseh državah članicah sistema zelene karte, ne glede na povzročitelja nesreče. Pogoj za sklenitev zavarovanja je sklenjeno avtomobilsko zavarovanje pri Zavarovalnici Triglav, d.d.

Ugodnosti:

- Posebna storitev »Prvo mnenje« omogoča zavarovancem možnost, da lahko trikrat na leto brezplačno vprašajo zdravnika za strokovne nasvete in napotke na brezplačno modro številko;
- S sklenitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja lahko uveljavljate 5% popust pri sklenitvi nadstandardnih zavarovanj;

- Popust na storitve v Bioenergijskem resorju Salinara v Strunjanu;
- Za razna vprašanja lahko kličete brezplačno modro številko;
- Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je vključeno v paket premoženjskih zavarovanj Zavarovalnice Triglav, d.d.;
- 30% popust pri premiji ob sklenitvi zdravstvenega zavarovanja pri potovanjih v tujini z asistenco pri Zavarovalnici Triglav; d.d.;
- 100% popust pri vstopnih stroških ob sklenitvi enega od investicijskih zavarovanj Zavarovalnice Triglav, d.d.;
- 100% popust pri vstopnih stroških ob enkratnih vplačilih v Triglav Vzajemne sklade pri Triglav, družbi za upravljanje, d.o.o.;
- V drugi polovici leta 2010 so v Triglav; zdravstveni zavarovalnic;i d.d. vsakemu novemu zavarovancu, ki je sklenil zavarovanje do 15.12. 2010, podarili darilni bon Mercator v vrednosti 5 evrov, istočasno pa so nove zavarovance vključili v nagradno igro s privlačnimi nagradami;
- V Zdravstveni zavarovalnici, d.d. so pripravili zanimivo spletno stran na temo zdravlja: Sportaj.net z zanimivimi prispevki in video predstavitevami različnih telesnih vaj.; Ob sklenitvi zavarovanja vam podarijo knjižico, mag. Samo Javornik: 5 skrivnosti finančnega uspeha pri Triglav, družbi za upravljanje, d.o.o.;
- 50% popust na članarino ter 10% popust na mesečne vavnine v Šus – Evrofitnes d.o.o.

Njihova značilna reklama, ki jo lahko zasledimo v vseh medijih je 5 + 5 ZDRAVIH ODLOČITEV, ki pa vsebuje naslednje misli o življenjskem slogu, ki naj bi nam prinašal zdravje:

prvih pet odločitev:

1. Opustite kajenje.
2. Uživajte zdravo hrano.
3. Zamenjajte avto za kolo.
4. Redno se gibajte.
5. Živite z naravo.

In naslednjih 5 odločitev:

1. Namesto gledanja televizije raje preberite knjigo.
2. Stopite z avtobusa postajo prej.
3. Pojdite na sprehod.
4. Pojejte vsaj en sadež na dan.
5. Namesto z dvigalom raje pojdite po stopnicah.

6.3 TRŽENJE DOPOLNILNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V ZAVAROVALNICI ADRIATIC SLOVENICI D.D.

Cenik za dopolnilna zdravstvena zavarovanja zavarovalnice Adriatic Slovenice d.d.:

Mesečna premija (v EUR)	Letna premija ob enkratnem plačilu(v EUR)
26,49 s 3-odstotnim popustom 25,70	308,40

V ceni letne premije ima zavarovalnica že obračunan popust na enkratno plačilo letne premije.

Zavarovalnica Adriatic Slovenica d.d. nudi 3-odstotni popust na plačilo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja:

- preko odtegljaja osebnega dohodka;
- s plačilom preko direktne bremenitve iz osebnega transakcijskega računa pri banki;
- preko odtegljaja od pokojnine.

Zavarovalnica Adriatic Slovenica d.d. poleg dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj nudi tudi:

- Dodatna zdravstvena zavarovanja in z njimi povezane storitve, npr. zavarovanje nadstandardne nastanitve v bolnišnici, zavarovanje za zdravila in pripomočke, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije, zavarovanje zdravstvene asistencije v tujini ...
- Vzporedno zdravstveno zavarovanje krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, ki sicer so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, a jih zavarovanci uveljavljajo po drugačnih postopkih in ob drugih pogojih, kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje.

Značilni primer je zavarovanje samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah. Zavarovanje je možno skleniti kot osnovno kritje, ki obsega plačilo stroškov prvih in kontrolnih specialistično ambulantnih pregledov ter pripadajočih osnovnih diagnostičnih in laboratorijskih preiskav. Zavarovanje krije stroške le tistih pregledov, za katere je čakalna doba v javnem sistemu daljša od treh tednov. V zavarovanje je možno vključiti tudi dodatni kritji, ki obsegata kritje stroškov ene zahtevnejše diagnostične preiskave in fizioterapevtskih storitev v ambulantni obravnavi. Zavarovalnica zagotavlja kritje stroškov storitev do višine zavarovalne vsote, ki je odvisna od izbranega kritja. V tem sklopu zavarovanj ima Zavarovalnica Adriatic Slovenica d.d. razvejano paleto zavarovanj, ki jih s skupnim imenom imenuje Zdravje AS, zajemajo pa naslednja zavarovanja: samoplačniške storitve v specialističnih ambulantah, nadstandardne zobozdravstvene storitve, očne pripomočke, ortopedske pripomočke, zdravila, podaljšano zdraviliško zdravljenje, hospitalizacijo, spremljevalca otroka, nadstandardno nastanitev, kozmetične operativne posege, zobozdravstveni

nadstandard, bolniško dnevnicu, nadomestila pri negi ožjega družinskega člana, težke bolezni in operacije. Določena zavarovanja je možno skleniti v paketu, ki je ugodnejši kot pa posamična sklenitev, ter zagotavljajo več kritja kot posamična nadstandardna zavarovanja in kot samo dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

- Zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco Coris.

Ugodnosti:

- V Zavarovalnici Adriatic Slovenica je zavarovanec s sklenitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja nagraden z bonom 15 eur, ki ga lahko unovči pri plačilu prve premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje.
- Za mlade zavarovance največkrat v mesecu septembru in oktobru pripravljajo razne nagradne igre z bogatimi nagradami v obliki potovanj, motornih koles, koles, čelad ...
- V Zavarovalnici Adriatic Slovenica vam s podpisano izjavo o sklenitvi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja prihranijo pot na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kjer uredijo namesto zavarovanca vse potrebno v zvezi z izpisom potrdila o dobi vključenosti v osnovno zdravstveno zavarovanje (OBR-PZZ 356; priloga).
- Ob sklenitvi drugih zavarovanj (avtomobilskih, premoženjskih, življenjskih) pa ste upravičeni do paketnih popustov:
 - mali paket – vsaj 2 zavarovanji pri AS-u – 5 % popusta;
 - srednji paket – vsaj 3 zavarovanja pri AS-u – 7 % popusta;
 - veliki paket – vsaj 4 zavarovanja pri AS-u – 10 % popusta.

7 PREDLOGI ZA TRŽENJE DOPOLNILNIH ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ

- Dijaki in študentje med šolanjem in študijem veliko komunicirajo v različnih oblikah s študentskimi servisi. Zavarovalnica bi se lahko povezala in dogovorila s servisi, da se na njihovi spletni strani ob prijavi dijaka ali študenta pojavi nevsiljivo obvestilo, reklamni spot, nagradna anketa, s katero bi mlade obiskovalce spletne strani opozarjali, da morajo ob izgubi statusa študenta ali dijaka skleniti dopolnilno zdravstveno zavarovanje. V nagradni anketi naj bi bila vprašanja vezana na dopolnilna zdravstvena zavarovanja. Med potekom reševanja nagradnih vprašanj bi vsi sodelujoči pridobili nov pogled na zavarovanje in njegovo pomembnost. Sodelujoči pri reševanju vprašalnika bi lahko navedli svoje elektronske naslove, letnice rojstva. Ti podatki so zavarovalnicam dobrodošli, saj so pridobljeni podatki za zavarovalnice osnova za vzpostavitev kontakta. Podatek o starosti lahko zavarovalnica izkoristi in ob pravem času ponudi pravilno obliko zavarovanja (ob dopolnitvi 26 let mladi izgubijo status študenta in takrat je priporočljivo, da sklenejo dopolnilno zdravstveno zavarovanje). Podatki se lahko uporabljajo tudi za druge oblike zavarovanj, npr. nezgodno zavarovanje.
- V zavarovalnicah v zadnjih letih mladi sklepajo poleg obveznega avtomobilskega zavarovanja tudi zavarovanje za mlade voznike. Tu nastaja baza podatkov o osebah, ki bodo v bližnji prihodnosti dopolnili 26 let, to je starost, pri kateri si morajo urediti osnovno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Ob tej priliki bi

jim zavarovalnica lahko poslala rojstno dnevno čestitko in jim ponudila sklenitev dopolnilnega zdravstvena zavarovanja. K ponudbi bi lahko priložila simbolični bon unovčljiv ob sklenitvi in plačilu zavarovanja.

- Zavarovalnice sodelujejo na vseh področjih zavarovanj s številnimi podjetji. V bazi podatkov o podjetjih se nahajajo elektronski naslovi zaposlenih v kadrovski službi. Iz zavarovalnice bi lahko poslali mailing na vse obstoječe naslove kadrovske službe. V sporočilu bi jih obvestili o pomembnosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in jih prosili če obvestijo vse zaposlene in preko njih tudi družinske člane zaposlenih.
- V času, ko imajo srednje šole in fakultete informativne dneve, bi organizirali, po predhodnem dogovoru s podjetjem Slovenskih železnic, razne reklamne promocije na vlakih. Delili bi reklamne letake in drobne pozornosti (npr. plastenko vode, kondome, osvežilne robčke).
- Na podjetju Pošte Slovenije bi se lahko v njihovih poslovalnicah na displejih vrteli spoti o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju.
- Nekakšen nov tržni pristop bi bil možen s tem, da bi zavarovalnice v času zaključevanja šolskega leta v mesecu juniju organizirale razna predavanja v srednjih šolah, kjer dijaki zaključujejo šolanje in bodo ob poteku statusa morali skleniti dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Veliko število dijakov in študentov ni obveščenih o pomembnosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Ta predavanja bi morala biti zanimiva za dijake in ne suhoparna s teorijo. Možnost izvedbe predavanja bi bila tudi med zadnjim roditeljskim sestankom, kjer so prisotni starši, saj izkušnje kažejo, da za zavarovanja mladostnikov v večini primerov na začetku srbijo starši.
- Do sedaj naštetih predlogi so zanimivi pretežno za nove zavarovance. Za obstoječe zavarovance, ki so ravno tako pomembni kot novi, pa bi bilo smiselno nagrajevanje ob obletnicah, bodisi obletnicah poslovanja določene zavarovalnice ali pa ob obletnici sklenitve zavarovanja določenega zavarovanca. Z drobnimi praktičnimi nagradami bi lahko nagradili zvestobo zavarovanca in ga s tem motivirali, da ostane še vnaprej zavarovan pri isti zavarovalnici, oziroma sklene še druga zavarovanja ki jih ima zavarovalnica v svoji ponudbi storitev. Lahko jim ponudimo popuste pri sklenitvi ostalih zavarovanj ali bone s popusti za nakupe pri poslovnih partnerjih, ki so zainteresirani za sodelovanje v tem smislu.

8 PRIPRAVA NOVEGA ZAKONA O ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU

V zadnjem letu se ja Vlada RS lotila prenove obstoječega zdravstvenega sistema zavarovanja. Predlog nove zdravstvene reforme naj bi prinašal v pravice in obveznosti iz naslova zdravstvenega zavarovanja veliko sprememb.

Veljavni zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je v mnogih svojih opredelitvah zastarel, saj je bil sprejet leta 1992 in od takrat le dopolnjen s spremembami ureditve na področju prostovoljnega dopolnilnega zavarovanja, pri oprostitvah doplačil za nekatere kategorije zavarovancev in z nekaterimi drugimi dopolnitvami. Spremembe na področju socialne varnosti, novosti, ki se v sistemu zdravstvenega varstva že uveljavljajo v Evropi, prisotne in pričakovane spremembe v demografski in sociodemografski sliki prebivalstva, v hitrem razvoju in napredku

medicinske tehnologije in v družbenem razvoju, nakazujejo na potrebo po sprejemu novega zakona za zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.

V predlogu novega zakona je veliko sprememb, ki so nastale zaradi potrebe po novem sodobnejšem pristopu, ki naj bi ob povečanih potrebah prebivalstva zagotovile vsebinsko in finančno vzdržanost v okviru materialnih možnosti naše države.

Poudarek na skrbi in odgovornosti do zdravja, ki ni le na posamezniku, ampak tudi na državi, delodajalcih, nosilcih zdravstvenega zavarovanja in izvajalcih zdravstvenih storitev. Potreba po tem se kaže v dejstvu, da država od svoje ustanovitve ni izdelala dolgoročne strategije razvoja področja zdravstvenega sistema

Spremembe, ki so v pripravi in so do sedaj javnosti znane, so sledeče:

- osnove za določitev prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje se razširijo na vse prejemke;
- samozaposleni ne bi imeli več možnosti, da si sami izbirajo osnovo, po kateri bodo plačevali prispevke predvidena je sprememba glede pridobitve statusa družinskega člana zavarovanca;
- spremembe v pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- ločitev obveznega zdravstvenega zavarovanja za bolezni in poškodbe izven dela od zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni povezane z delom ter uvedba diferenciranih prispevnih stopenj za delodajalce;
- področje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja;
- novosti na področju upravljanja z ZZZS.

Predlagane spremembe v zavarovalnice na področju trženja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja prinašajo spremembe, ki pa ne kažejo na pozitivne rezultate in imajo določene pomisleke. Dosedanji odzivi na predlog so zelo različni, od zadovoljstva v zdravstvenih zavodih do ostrih kritik zavarovalnic.

Gledano s stališča zavarovanca, ki naj bi bil najpomembnejši, so nekatere spremembe boljše, nekatere pa ne prinašajo plačnikom zavarovanja, bolnikom enakih ali boljših pravic, kot so jih imeli do sedaj.

Mnenja zavarovalnic glede predlaganih sprememb zakona:

- Participacija = obvezni samoprispevek

Pri obliki plačevanja, kot jo omenja ministrovo, dejansko ne gre za participacijo. Ta se namreč plačuje ob opravljeni storitvi, napovedano splošno participacijo pa bi plačevali vsi, torej gre za neke vrste obvezni prispevek. Če bo določen fiksn znesek za posameznika, ki ga bo moral nakazati določeni inštituciji, ne glede na opravljene zdravstvene storitve, temu lahko rečemo le »obvezni samoprispevek«. Nobena država med državami OECD nima takšne ureditve in tudi sicer se zastavlja vprašanje, kako bi bil takšen prispevek sploh kategoriziran. Najbrž kot davek, saj je progresiven s prihodki posameznika.

- Manjša solidarnost zaradi krčenja storitev

V predlogih Ministrstva za zdravje je zaslediti, da naj bi bil del zdravstvenih storitev po novem izločen iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, kar naj bi predstavljalo priložnost za razvoj »pravih« prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Pri tem se pojavlja vprašanje, koliko so pričakovanja glede razmaha novih dodatnih zdravstvenih zavarovanj realna, saj gre pri izločanju za zelo specifične storitve (zaenkrat se namreč med izločenimi storitvami omenjajo ne nujni reševalni prevozi,

del zdravil iz vmesne liste, ipd.), ki jih potrebuje specifična skupina ljudi (pretežno starejši), kar pomeni, da zanimanja med mladimi oziroma tistimi, ki teh storitev ne potrebujejo, ne bo, oziroma bo premajhno, da bi se lahko zanje vzpostavilo zavarovanje. V praksi bi to lahko privedlo do tega, da bi bila s stroški teh storitev obremenjena le tista skupina ljudi, ki jih bo potrebovala, to pa so pretežno starejši oziroma bolj bolni. S tem seveda porušimo solidarnost med zdravimi in bolnimi, kot jo danes poznamo v dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju.

Poenostavljeno povedano to pomeni, da bo lahko posameznik plačeval nižji prispevek od današnje premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, vendar bo moral določene storitve, ki bodo izločene iz obveznega zavarovanja, v primeru bolezni plačevati, kar pomeni, da so lahko skupni stroški za posameznika bistveno višji.

- Določanje višine prispevka

Iz doslej znanega naj bi se samoprispevek določil na podlagi dohodninske napovedi. To pomeni, da bi se določil na podlagi podatkov za nazaj za naslednje leto. Pri tem velja opozoriti, da so podatki za preteklo leto za zavezance obdelani postopoma, tako kot davčna uprava izdaja odločbe. Verjetno bi za določitev samoprispevka bilo treba počakati, da davčna uprava zaključi vse postopke za preteklo leto, kar je enkrat sredi naslednjega leta.

Višina samoprispevka za tekoče leto bo torej (z zamikom) določena na podlagi dohodnine za preteklo leto. Ali to pomeni, da bo samoprispevek akontitativen – to pomeni, da bo v primeru spremembe dohodninskega razreda v tekočem letu lahko oseba naslednje leto zahtevala delno vračilo samoprispevka, oziroma bo morala doplačati, če bo uvrščena v višji razred. To zna pobiranje denarja dodobra zaplesti, povečani pa bi bili tudi administrativni stroški.

- Bo morala ZZZS za opravljanje zavarovalne dejavnosti ustanoviti novo »Vzajemno«?

Glede na to, da gre v predlogu samoprispevka za zbiranje zasebnih sredstev, ki naj bi se pobirala iz neto plač oziroma prihodkov, se poraja vprašanje, ali je to zbiranje zavarovalniška dejavnost ali ne. Če se bo izkazalo, da je to zavarovalniška dejavnost, potem ZZZS in DURS te dejavnosti ne bosta mogla izvajati in lahko na primer pridemo ponovno do tega, da bi moral ZZZS ustanoviti novo zavarovalnico za te namene (v 90 letih se je v okviru ZZZS že izvajala zavarovana dejavnost, pa je bilo treba skladno z zakonodajo to dejavnost izločiti – z ustanovitvijo Vzajemne). V tem primeru, skladno s tretjo neživljenjsko direktivo za zavarovalništvo, ne sme biti nobenih omejitev, da iste dejavnosti pod enakimi pogoji ne bi smele opravljati tudi zavarovalnice, ki so družbe zasebnega prava. Kakor hitro pa pridemo do te točke, se odpre cel spekter novih vprašanj – del teh smo v Sloveniji skozi razvoj dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj že rešili z uvedbo sistema izravnalne sheme dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

- Kdo bo izstavil 1,5 milijona položnic mesečno in kril stroške administracije?

Ne glede na to, ali bi prispevek pobirala davkarija ali ZZZS, pa je dejstvo, da ne eden in ne drugi sedaj nista usposobljena za izdajo okrog 1.500.000 položnic oziroma drugačnih odtegljajev (zavarovalnice imajo vzpostavljene postopke v primeru neplačila). Vse te postopke bi bilo treba na novo vzpostaviti, kar zagotovo ne bo zastonj.

- Izterjava sredstev v primeru neplačnikov

Davčna uprava že sedaj »izterjuje« prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje, vendar pri tem ni najbolj uspešna. Po drugi strani imajo zavarovalnice vzpostavljene postopke za učinkovito izterjavo, tudi prek sodišč in z izvršitelji. S tem, da so storitve, ki jih je bil deležen dolžnik, v celoti plačane iz naslova zavarovalnice, ne glede na to, da je bil zavarovanec dolžnik.

- Kako se bo plačilo samoprispevka izkazovalo?

Sedaj zavarovalnice z vključitvijo v sistem on-line zdravstvenega zavarovanja oziroma s kartico zdravstvenega zavarovanja sproti določajo jamstvo za posameznika – se pravi v trenutku, ko je posameznik pri zdravniku oziroma drugem izvajalcu zdravstvene storitve. Če bi želeli tudi v prihodnje zagotavljati učinkovit mehanizem za plačevanje samoprispevka, potem bi bilo treba na kartico zdravstvenega zavarovanja dodati podatek o tem, ali je posameznik plačal samoprispevek in izvajati sankcije v primeru neplačila (kot je, da mora posameznik storitev plačati sam). To pomeni dodatne stroške, saj bo treba takšen sistem šele vzpostaviti.

- Kaj je problem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je bilo uvedeno zato, ker s participacijo (ki jo v pravem pomenu besede poznamo iz obdobja pred letom 1992) in ob makroekonomskih omejitvah ni bilo mogoče zbrati zadostnih finančnih sredstev. Na žalost pa takrat ni bil opravljen razmislek, kako lahko zavarovalnice pri zakupu zdravstvenih storitev igrajo aktivno vlogo in s tem prispevajo k racionalnejši rabi sredstev. Več zavarovalnic je pomenilo konkurenco pri oblikovanju zavarovalne premije in pri potegovanju za zavarovance, ni pa imelo nobenega pozitivnega vpliva na obvladovanje zdravstvenih storitev in porabe. Pri storitvah na ostalih področjih vedno izvajalec storitve izstavi račun, pri zdravstveni oskrbi pa ni tako, dejansko zavarovanec ali bolnik nikoli ne ve, kakšen znesek je dejansko zavarovalnica plačala zanj. Tu bi bila opravljena prva kontrola nad izvajanjem storitev v zdravstvu. Predlagan predlog pomeni korak nazaj, pred leto 1992. Dejansko pa bi bilo treba narediti korak naprej – zavarovalnicam s spremembami pri zavarovanju omogočiti, da začnejo na trgu zdravstvenih storitev izvajati vlogo aktivnega kupca, kar bo nujno privedlo k racionalnejši rabi sredstev. Če se to ne izvede, bomo kot sistem zapravili priložnost, ki jo imamo ob izredno visoki zavarovanosti v dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju.

Z ukinjanjem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kot si ga je zamislilo ministrstvo lahko nastane velika izguba v gospodarstvu. Zanimivo je, da ministrstvo ne razmišlja v tej smeri. S sprejetjem zakona, kot je sedaj načrtovan, lahko izgubi delo veliko število ljudi v zavarovalništvu. Zavarovalnice, ki tržijo dopolnilna zdravstvena zavarovanja so tudi donatorji, redni plačniki opravljenih storitev v zdravstvu.

V slučaju sprejetja zakona bodo morale zavarovalnice pospešeno začeti delovati na področju nadstandardnih storitev, če bodo imele še dovoljenje za sklepanje zavarovanj na področju zdravstva.

9 ZAKLJUČEK

Ugotovili smo, da imajo vse tri zavarovalne družbe enake splošne pogoje pri sklepanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki so pogojeni z novelo zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju od 1. septembra 2005. Novela zakona naj bi uredila razmere na trgu zdravstvenih zavarovanj. Zavarovalnice imajo tako pri sklepanju novih zavarovanj malo manevrskega prostora, kjer bi lahko pridobile na številu zavarovancev. Majhna odstopanja v ceni premije so eden od možnih pozitivnih pristopov zavarovalnice k zavarovancu. Tu lahko zavarovalnice, ki imajo nižjo premijo, nižja je za slabih 8 %, pridobijo nekoliko večje število zavarovancev.

Prednosti zavarovalnic pri trženju storitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja so tudi v tem, da imajo zavarovalnice skupinske popuste, kar pomeni, da se določen zavarovanec odloči, da bo pri določeni zavarovalnici sklenil tudi druge oblike zavarovanj (življenjsko, nadstandardno, premoženjsko). Na podlagi večjega števila zavarovanj je možno pridobiti več odstotnih točk popusta. V ponudbi imajo zavarovalnice poleg popustov tudi razne nagradne igre, ki so vabljive in pritegnejo določen krog potencialnih zavarovancev, ki se ravno v času nagradne igre odločajo za sklenitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Za zavarovance so zanimive tudi akcije, v katerih pridobijo nagrade v obliki bonov, ki jih lahko unovčijo v zavarovalnici ob sklenitvi drugega zavarovanja ali pa kje drugje. Zavarovalnice so radodarne tudi z reklamnim materialom, kar zavarovanci smatrajo, kot pozornost zavarovalnice.

Tržni pristopi zavarovalnic vzpodbujajo zavarovance, naj se odločijo in sklenejo zavarovanje pri njih in ne pri konkurenci.

Velika večina zavarovancev se odloča na podlagi svojih izkušenj, izkušenj znancev, prijateljev.

Pri dopolnilnih zdravstvenih zavarovanjih je težko ponujati nekaj novega, svežega, ker je zakon jasen in ne dopušča odstopanj. Zavarovalnice lahko manevrski prostor razširijo le v druge oblike zavarovanj.

Zavarovalnice, ki omogočajo sklenitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja preko spleta, bi lahko za tak način sklenitve zavarovance nagradile z nižjo premijo, praktičnim darilom in z možnostjo enkratne brezplačne sklenitve asistenčnega zdravstvenega zavarovanja za tujino. S sklenitvijo zavarovanja preko spleta zavarovalnica prihrani kar nekaj začetnih stroškov (provizija zastopnika, čas, poraba materiala). V današnjem času so predvsem mladi navajeni komuniciranja preko spleta in jim bi bila ta oblika sklepanja zavarovanja še najbolj pisana na kožo.

Za zavarovalnice bi moralo biti zelo pomembno, da ne izgubljajo obstoječih zavarovancev, tudi za njih morajo skrbeti ravno tako kot za bodoče. Do njih bi morali biti pozorni, ne samo ob sklenitvi, ampak tudi med trajanjem zavarovalne pogodbe. Z majhnimi pozornostmi ob raznih obletnicah poslovanja, ki naj ne bi bile velik strošek za zavarovalnice, naj bi nagradili zavarovance za zvestobo in npr. za pravočasno plačevanje premije. Zavarovalnice lahko veliko naredijo za svoj ugled takrat, ko je zavarovanec v stiski, takrat je namreč najbolj občutljiv. V takih trenutkih je pomembno, da je delavec, s katerim prihaja zavarovanec v stik, razumevajoč, korekten, vljuden. V današnji dobi naglice in hitenja smo ljudje vse bolj površni in pozabljamo, da smo vsi samo ljudje in da je čas in izkazano spoštovanje, ki ga nekemu namenimo, mogoče odločilnega pomena, s katerim lahko prepričamo zavarovanca, da smo najboljši na svojem področju.

LITERATURA IN VIRI

Knjige:

1. Čeplak, M. *Novi prodajni pristopi in usmeritve pri delu zavarovalnih zastopnikov*.
2. seminar zavarovalnih zastopnikov in posrednikov. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje, 2004, str. 51–58.
2. Kotler, P. *Marketing management – Trženjsko upravljanje*. Ljubljana: Slovenska knjiga, 1998.
3. Potočnik, V. *Trženje storitev*. Ljubljana: GV, 2000.
4. Postma, P. *Nova doba trženja*. Ljubljana: GV, 2001.

Interni dokumenti:

Interna glasila Zavarovalnice AdriaticSlovenica d.d. (2010, 2011)

Spletne strani:

- <http://www.ozs.si/obrniki/prispevek.asp?IDpm=944&ID=3186>, 12. 1. 2010.
- http://www.cek.ef.uni-lj.si/u_diplome/nograsedk1955.pdf, 3. 4. 2011.
- <http://www.oblikovanje.com/si/storitve/crm-sistemi>, 3. 4. 2011.
- http://www.vzajemna.si/media/ugodnosti_pogoj_zavarovanja.pdf, 12. 4. 2011.
- http://www.triglav.si/26_5_2011.
- <http://www.triglav.si/stran.asp?id=252>, 26. 5. 2011.
- <http://www.adriatic-slovenica.si/>, 12. 4. 2011.
- <http://www.adriatic-slovenica.si/>, 25.4.2010.

KAZALO SLIK

Slika 1: Sestava zavarovalnega portfelja Adriatic Slovenica d.d. glede na bruto zbrano premijo v letu 2008	4
Slika 2: Model kakovosti 4Q	16
Slika 3: Tri vrste trženja v storitvenih organizacijah	17
Slika 4: Tržne poti	20
Slika 5: Dejavniki, ki vplivajo na odnos med izvajalci in porabniki storitev.....	26

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Splošni pogoji Dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ADRIATIC SLOVENICA D.D.	40
Priloga 2: Splošni pogoji Dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja TRIGLAV, ZDRAVSTVENA ZAVAROVALNICA, d.d.	45
Priloga 3: Splošni pogoji Dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja VZAJEMNA ZAVAROVALNICA d.v.z.....	50

PRILOGE

Priloga 1: ADRIATIC SLOVENICA D.D. SPLOŠNI POGOJI DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA 01-PZZ-A01-06/10

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

Splošni pogoji dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju pogoji) urejajo razmerja med zavarovalnico, zavarovalcem in zavarovancem pri zavarovanju plačila razlike med vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oziroma dela te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravil s seznama medsebojno zamenljivih zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov skladno z določbami Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju Zakon).

2. člen: POMEN IZRAZOV

- 1) Zavarovalec je fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo in plačuje premijo.
- 2) Zavarovanec je fizična oseba, ki uveljavlja pravice iz zavarovalne pogodbe.
- 3) Pogodba (zavarovalna pogodba o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju) je listina o medsebojnih obveznostih in pravicah med zavarovalnico, zavarovalcem in zavarovancem. Sestavni del pogodbe so ti pogoji, ponudba in druge morebitne pisne izjave pogodbenih strank.
- 4) Ponudba je zavarovalnici dan predlog za sklenitev pogodbe, ki vsebuje vse bistvene sestavine pogodbe.
- 5) Polica je listina o sklenjeni pogodbi.
- 6) Premija je znesek, ki ga zavarovalec plača zavarovalnici po pogodbi.
- 7) Čakalna doba je obdobje, ki se prične z začetkom veljavnosti pogodbe in v katerem zavarovanec še nima kritja.
- 8) Izvajalec (izvajalec zdravstvenih storitev) je oseba, ki po pogodbi z nosilcem obveznega zdravstvenega zavarovanja opravlja storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- 9) KZZ (kartica zdravstvenega zavarovanja) je elektronska kartica, ki izvajalcu omogoča dostop do zavarovančevih podatkov o zavarovanju. S KZZ zavarovanec uveljavlja pravice iz pogodbe pri izvajalcu, zavarovalnica pa jamči izvajalcu plačilo doplačil.

3. člen: VSEBINA IN OBSEG ZAVAROVANJA

- 1) Predmet zavarovanja so doplačila, ki bi jih moral plačati zavarovanec izvajalcu pri uveljavljanju pravic do zdravstvenih storitev in ki predstavljajo razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje v skladu z določbami 23. člena Zakona, oziroma razliko med najvišjo priznano vrednostjo in deležem te vrednosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju.
- 2) Obseg, vsebina, pogoji in načini uresničevanja pravic morajo biti skladni s predpisi iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

4. člen: SKLENITEV POGODBE

- 1) Zavarovanec je lahko samo oseba, ki ima po Zakonu status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju in je zavezanec za doplačila.
- 2) Pogodba je sklenjena, ko pogodbeniki podpišejo polico. Pogodba se šteje za sklenjeno tudi na podlagi podpisane ponudbe zavarovalca, če se ne odmika od pogojev, po katerih zavarovalnica sklepa predlagano zavarovanje in jih zavarovalec sprejema, ponudbe pa zavarovalnica v roku 8 dni od prejema ne odkloni. V tem

primeru se šteje pogodba za sklenjeno od trenutka, ko je ponudba prispela k zavarovalnici. Ponudba je za zavarovalca zavezujoča.

3) Kadar zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora pogodba vsebovati tudi podpis zavarovanca.

4) S sklenitvijo pogodbe zavarovalec oziroma zavarovanec sprejme vse pravice in obveznosti, ki so določene v pogodbi.

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

1) Pogodba se sklene za najmanj eno leto.

2) Pogodba se lahko izjemoma sklene za manj kot eno leto za zavarovanje oseb, katerih status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju je časovno omejen.

3) Pogodba začne veljati ob 00.00 uri tistega dne v mesecu, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja.

4) Hkrati z veljavnostjo pogodbe začne veljati tudi kritje, vendar ne pred potekom čakalne dobe, pri čemer začne kritje veljati ob 00.00 uri naslednjega dne, ko čakalna doba poteče.

5) V pogodbi je določena čakalna doba treh mesecev za osebe, ki so zavezane za plačilo doplačil iz prvega odstavka 3. člena, in je od začetka te obveznosti do sklenitve pogodbe potekel več kot en mesec, kakor tudi za osebe, za katere je od prenehanja pogodbe pri drugi zavarovalnici do sklenitve pogodbe potekel več kot en mesec.

6) Pogodba in kritje prenehata veljati ob 24.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot dan prenehanja zavarovanja.

7) Pogodba se ob izteku dogovorjene dobe vsakokrat podaljša za enako časovno obdobje, za katerega je bila sklenjena, razen če zavarovalec takšnega dogovora ne prekliče s pisnim obvestilom, ki mora biti dano zavarovalnici najmanj 60 dni pred potekom tekočega obdobja. Navedeno ne velja za primere, ko je tovrstno podaljševanje pogodbe na polici izrecno izključeno. V primeru preklica pogodba preneha z iztekom tekočega obdobja.

8) V primeru podaljšanja pogodbe po prejšnjem odstavku se šteje, da je bila podaljšana obstoječa pogodba in ne da je bila sklenjena nova. Določilo prejšnjega odstavka ne posega v pravico zavarovalca, da odpove pogodbo skladno z devetim odstavkom tega člena.

9) Zavarovalec lahko odpove pogodbo po poteku enega leta od začetka veljavnosti pogodbe. Odpovedni rok je tri mesece.

10) Zavarovalec lahko odpove pogodbo tudi pred potekom enega leta v primeru prenehanja statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju ali ko zavarovanec ni več zavezanec za doplačila. Pogodba preneha z naslednjim dnevom po prejemu obvestila, s katerim je zavarovalec zavarovalnico obvestil o spremembi statusa oziroma z dnem spremembe statusa, če je zavarovalec poslal obvestilo zavarovalnici vnaprej.

11) Pod enakimi pogoji lahko svoje soglasje k pogodbi prekliče tudi zavarovanec.

12) Pogodba se lahko predčasno enostransko odpove s strani zavarovalnice samo v primeru razdrtja pogodbe zaradi neplačila po sedmem in osmem odstavku

6. člena, s strani zavarovalca pa le v primeru odpovedi po devetem in desetem odstavku tega člena.

13) V primeru smrti zavarovanca pogodba preneha z dnem smrti.

14) Ob razdrtju pogodbe ima zavarovalnica pravico zahtevati plačilo premije do konca meseca, v katerem je nastopil dan prenehanja pogodbe.

15) Zavarovalnica lahko pred sklenitvijo pogodbe od zavarovalca, ki ni izpolnjeval obveznosti iz predhodno sklenjene pogodbe dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, zahteva poravnavo vseh zapadlih obveznosti z zakonskimi zamudnimi obrestmi in stroški.

6. člen: PREMIJA IN POSLEDICE NEPLAČILA PREMIJE

1) Premija je mesečna in je določena v cenikih zavarovalnice.

2) Premija se plačuje vnaprej in zapade v plačilo na prvi dan obdobja, za katerega se plačuje, razen če ni drugače dogovorjeno.

3) Zavarovalnica v skladu z Zakonom obračuna za vsako polno nezavarovano leto doplačilo na premijo v višini 3 odstotkov premije. Skupno povišanje premije lahko znaša največ 80 odstotkov. Za izračun števila polnih nezavarovanih let se upoštevajo vsi dnevi po 1. 1. 2006, ko je bil zavarovanec zavezanec za plačilo doplačil, a ni imel veljavnega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

4) Zavarovalnica lahko v skladu z Zakonom obračuna popuste na premijo. Vrsta in višina popustov je določena v premijskem sistemu in cenikih zavarovalnice ter je zapisana na polici. Popusti veljajo za čas obstoja okoliščin, na katere je vezano obračunavanje popusta. Ob spremembi teh okoliščin lahko zavarovalnica ukine ta popust, o čemer obvesti zavarovalca.

5) Zavarovalnica lahko spremeni višino premije, če se spremeni višina ali obseg doplačil, ki izhaja iz spremembe vsebine, strukture, obsega ali standarda pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju, sprememb cen zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, ali sprememb odstotkov doplačil, ki jih v skladu z Zakonom krije dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Zavarovalnica lahko spremeni višino premije tudi v primeru, če se spremenijo davčne obveznosti v zvezi z obdavčitvijo prometa zavarovalnih poslov in drugi nevarnostni dejavniki izven volje pogodbenih strank, ki vplivajo na izpolnjevanje obveznosti zavarovalnice.

6) Sprememba višine premije velja za vnaprej, razen za obdobje, za katero je bil za premijo že izstavljen račun.

7) Če premija do zapadlosti ni plačana, preneha kritje po pogodbi po 60 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije na naslov oziroma na zadnjo spremembo naslova, ki ga je zavarovalec oziroma zavarovanec dostavil zavarovalnici. Za vročanje se uporabljajo pravila o osebnem vročanju skladno z zakonom, ki ureja upravni postopek. Šteje se, da je bila priporočena pošiljka zavarovalcu oziroma zavarovancu vročena, ne glede na to, ali je zavarovalec oziroma zavarovanec priporočeno pošiljko prevzel, če je zavarovalnica pošiljko poslala na naslov, kot je predhodno navedeno. S prenehanjem kritja preneha tudi jamstvo zavarovalnice izvajalcu za plačilo doplačil.

8) Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prejšnjega odstavka razdre pogodbo brez odpovednega roka in izterja neplačane premije s pripadajočimi obrestmi. Razdrtje pogodbe in prenehanje kritja nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka, če je bil zavarovalec oziroma zavarovanec v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju kritja iz prejšnjega odstavka o tem primerno obveščen.

7. člen: MIROVANJE POGODBE

1) Obdobje mirovanja pogodbe je obdobje, v katerem na podlagi sporazuma zavarovalnice z zavarovalcem oziroma zavarovancem ni možno uveljavljati pravic iz pogodbe in v katerem ni obveznosti plačila premije.

2) Zavarovalnica lahko na pisno zahtevo zavarovalca oziroma zavarovanca odobri mirovanje pogodbe v primerih, ko zavarovanec začasno nima statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju ali začasno ni zavezanec za plačilo

doplačil v skladu z Zakonom (npr. odhod v tujino, sprememba študentskega statusa, prestajanje zaporne kazni). Izjemoma lahko zavarovalnica odobri mirovanje pogodbe tudi na podlagi utemeljene zahteve v drugih primerih, lahko pa ga določi tudi enostransko v primeru, če je obveščena o navedenih okoliščinah glede statusa zavarovanca, premija po pogodbi pa ni plačevana.

3) Zavarovalnica odobri mirovanje pogodbe samo ob predložitvi pisnega dokazila.

4) Mirovanje prične ob 00.00 uri prvega dne naslednjega meseca po datumu, ko je zavarovalnica na podlagi dokazil odobrila mirovanje pogodbe, in preneha ob 24.00 uri tistega dne, do katerega je bilo mirovanje odobreno. Izjemoma lahko zavarovalnica odobri mirovanje s prvim dnevom v istem mesecu, v katerem je prejela vlogo, če zavarovanec na podlagi predloženega dokazila uveljavlja mirovanje za obdobje pred datumom prejema vloge na zavarovalnico, zavarovalnica pa se s tem strinja.

5) Zavarovalnica lahko odobri mirovanje pogodbe tudi za obdobje, v katerem je zavarovanec sicer zavezanec za plačilo doplačil, vendar zanj doplačila skladno z Zakonom zagotavlja država iz proračuna. V tem primeru zavarovalnica lahko odobri mirovanje pogodbe na podlagi predloženega dokazila za obdobje pred datumom njegove predložitve, če v tem obdobju zavarovanec ni imel zavarovalnega primera.

8. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

1) Zavarovalnica plača izvajalcem doplačila na podlagi računa ali zahtevka. Zavarovalnica povrne doplačila neposredno zavarovancu, ko je zavarovanec doplačila pri izvajalcu plačal sam, vendar zgolj v obsegu in pod pogoji, kot bi šlo plačilo izvajalcu.

2) Zavarovalnica povrne že plačana doplačila zavarovancu najkasneje v 14 dneh od dneva, ko je bila zavarovalnici predložena dokumentacija s priloženim izkazom o plačilu zdravstvenih storitev izvajalcu za zavarovanca.

3) Zavarovalnica ima pravico, da pri povračilu že plačanih doplačil iz prejšnjih dveh odstavkov odtegne vse zapadle in neplačane obveznosti zavarovalca oziroma zavarovanca do zavarovalnice iz naslova dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

4) Zavarovalnica je dolžna na zahtevo zavarovalca oziroma zavarovanca brezplačno posredovati podatek o dobi kritja po sklenjenih pogodbah.

9. člen: OMEJITVE IN IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

1) Obveznost zavarovalnice po teh pogojih je izključena:

–pri uveljavljanju pravic, ki so v nasprotju s predpisi obveznega zdravstvenega zavarovanja ali s temi pogoji;

–za storitve, ki so bile opravljene pred začetkom veljavnosti kritja, po poteku oziroma razdrtju pogodbe ali v obdobju mirovanja pogodbe;

–za samoplačniške storitve.

2) Če je zavarovalnica plačila iz prvega odstavka tega člena plačala, ima od zavarovanca pravico zahtevati povračilo teh plačil (regresni zahtevki) z zakonskimi zamudnimi obrestmi od dneva plačila.

3) Zavarovalnica izvajalcu ne plača doplačil za zavarovanca, ki v trenutku koriščenja zdravstvenih storitev pri izvajalcu ne razpolaga z dokazilom o veljavnem kritju. Zavarovanec v tem primeru sam poravnava stroške doplačil.

10. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA OZIROMA ZAVAROVANCA

1) Zavarovalec je dolžan plačevati premijo na način in v rokih, določenih v pogodbi.

2) Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan zavarovalnico najkasneje v 8 dneh pisno obvestiti o vseh spremembah osebnih podatkov oziroma drugih podatkov, ki so pomembni za izvajanje pogodbe, in priložiti ustrezna dokazila. Med take spremembe se štejejo zlasti sprememba priimka, stalnega bivališča in drugih

podatkov iz pogodbe ter sprememba statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju.

3) Zavarovalnica lahko v spornih primerih zahteva od zavarovanca pisno izjavo o vsebini in obsegu opravljenih zdravstvenih storitev.

4) Če zavarovalec oziroma zavarovanec neresnično ali nepopolno prijavi oziroma zamolči bistvene podatke, pomembne za sklenitev ali izvajanje pogodbe, lahko zavarovalnica zahteva povračilo škode po ceniku zavarovalnice.

5) Za storitve, ki jih zavarovalec oziroma zavarovanec posebej zahteva od zavarovalnice, lahko zavarovalnica zahteva plačilo nadomestila stroškov po ceniku zavarovalnice. Med take storitve spadajo na primer izdaja dvojnika ali kopije dokumenta, izpis škodne kartice, večkratna sprememba statusa mirovanja pogodbe.

11. člen: SPREMEMBE ZAVAROVALNE POGODBE

1) Zavarovalnica si pridržuje pravico popraviti morebitne zastopnikove računske ali druge napake v 30 dneh od sklenitve zavarovalne pogodbe, o čemer zavarovalca pisno obvesti.

2) V času veljavnosti pogodbe lahko pride zaradi sprememb okoliščin, pod katerimi je bilo sklenjeno in se izvaja zavarovanje, oziroma sprememb v zdravstvenem zavarovanju ali njegovi zakonodaji, do sprememb pogojev ali premijskega cenika.

3) Če zavarovalnica spremeni pogoje ali premijski cenik, mora o spremembi pisno obvestiti zavarovalca oziroma zavarovanca vsaj 60 dni pred začetkom veljavnosti spremembe pogodbe. Če zavarovalnica spremeni zgolj višino premije po petem odstavku 6. člena, lahko o spremembi obvesti zavarovalca in zavarovanca tudi na drug primeren način (po dnevnem časopisju, radiu, televiziji in podobno).

4) Zavarovalec lahko v roku 60 dni po dnevu, ko je bil seznanjen s spremembo, zavarovalnico obvesti, da odpoveduje pogodbo. Pogodba se odpove v skladu z devetim odstavkom 5. člena.

5) Če zavarovalec ne odpove pogodbe, se pogodba spremeni z dnem napovedane spremembe.

12. člen: VAROVANJE IN UPORABA OSEBNIH PODATKOV

1) Zavarovalnica se obvezuje, da bo vse osebne podatke zavarovalca skrbno varovala v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov.

2) Zavarovalec oziroma zavarovanec s sklenitvijo pogodbe izrecno:

– dovoljuje zavarovalnici, da njegove osebne podatke zbira, hrani, obdeluje in posreduje v zvezi z vsemi postopki sklepanja in izvajanja zavarovanja;

– dovoljuje, da od zavarovalnice pooblaščen zdravnik v spornih primerih glede plačila zaračunanih storitev v dogovoru z lečečim zdravnikom vpogleda v medicinsko dokumentacijo, vezano na izvajanje zavarovanja;

– pooblašča zavarovalnico, da lahko v zavarovančevem imenu pridobiva njegove osebne podatke pri upravljavcih zbirk podatkov, če so ti podatki potrebni za sklepanje in izvajanje pogodbe. Tak podatek je na primer sprememba statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju pri nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja;

– pooblašča zavarovalnico, da lahko v zavarovančevem imenu od nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja in zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje, pridobi podatke, ki so potrebni za določitev morebitne čakalne dobe in doplačila na premijo za vsako polno nezavarovano leto skladno z Zakonom.

3) Zavarovalec oziroma zavarovanec dovoljuje zavarovalnici, da posreduje osebne podatke (osebno ime, naslov stalnega ali začasnega prebivališča, telefonsko številko, naslov elektronske pošte ter številko telefaksa) tudi drugim družbam, ki so z

zavarovalnico v kapitalskih povezavah – tj. vsem družbam, vključenim v Skupino KD ter drugim z zavarovalnico povezanim odvisnim ali obvladujočim družbam. Le te lahko podatke uporabijo samo za namen neposrednega trženja, med drugim za namene obveščanja zavarovalca oz. zavarovanca o novostih in ponudbah s področja finančnih produktov.

4) Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko kadarkoli zahteva od zavarovalnice, da se preneha z uporabo njegovih osebnih podatkov za namene neposrednega trženja po prejšnjem odstavku. Zavarovalnica se obvezuje, da bo najkasneje v 15 dneh preprečila uporabo osebnih podatkov, za katera je bilo dano dovoljenje po prejšnjem odstavku tega člena.

13. člen: MEDSEBOJNO OBVEŠČANJE

1) Vse prijave, izjave in zahtevke v zvezi z izvajanjem pogodbenega razmerja po polici, ki jih pogodbene stranke predložijo druga drugi, morajo biti v pisni obliki in učinkujejo proti prejemniku od tistega dne dalje, ko jih je prejel. Za pisno obliko šteje tudi elektronska oblika medsebojnega obveščanja.

2) Šteje se, da je prejemnik pisno pošiljko prejel osmi dan po priporočeni oddaji pošiljke, če jo je pošiljatelj poslal na naslov, ki ga je prejemnik nazadnje sporočil.

3) Določbe tega člena se ne nanašajo na vročanje, določeno v sedmem odstavku 6. člena teh pogojev.

14. člen: KONČNE DOLOČBE

1) Morebitne spore rešujejo pogodbene stranke sporazumno, če to ni uspešno, pa pristojno sodišče v kraju sklenitve pogodbe.

2) V primeru, da se zavarovalec oziroma zavarovanec ne strinja z odločitvijo zavarovalnice, se lahko v 15 dneh pisno pritoži na pritožbeno komisijo zavarovalnice, ki mora o zadevi odločiti v 30 dneh po prejemu pritožbe. Sklep pritožbene komisije je dokončen. V primeru nestrinjanja z odločitvijo pritožbene komisije se lahko po posebnem dogovoru nadaljuje postopek za izvensodno rešitev spora pri mediacijskem centru, ki deluje v okviru Slovenskega zavarovalnega združenja, glede določenih razlogov pa tudi pred varuhom pravic s področja zavarovalništva.

3) Za razmerja, ki niso urejena s pogodbo in pogoji, ki so njen sestavni del, se uporabljajo določbe Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakona o zavarovalništvu in Obligacijskega zakonika.

4) Ti pogoji so sprejeti z dnem sklepa uprave Adriatica Slovenice zavarovalne družbe d. d., Koper, uporabljajo pa se od 1. 8. 2010.

5) Skladno z zakonskimi določbami je bila s temi pogoji seznanjena Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana, ki je tudi pristojna za nadzor nad zavarovalnico.

Priloga 2: TRIGLAV, ZDRAVSTVENA ZAVAROVALNICA, d.d.

Splošni pogoji dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja - ZZ11

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 zapis e-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 prekliče 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 leta posreduje številko kartice. To velja tudi za posredovanje podatka o skupni dobi, ko je bila zavarovana

oseba zavezana plačevati razliko iz prve 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 splošne pogoje je sprejela Uprava TRIGLAV, Zdravstvene zavarovalnice, d.d., in veljajo od 31. 8. 2005, uporabljajo pa se od 1. 3. 2006.

Priloga 3: Vzajemna zavarovalnica d.v.z.

Splošni pogoji za dopolnilna zdravstvena zavarovanja SPD-06

1. člen

(1) Splošni pogoji za dopolnilna zdravstvena zavarovanja Vzajemna Zdravje z oznako SPD-06 (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) urejajo pogodbeni odnos pri dopolnilnih zdravstvenih zavarovanjih.

(2) Splošni pogoji so sestavni del pogodbe o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju, sklenjene med zavarovalcem in Vzajemno zdravstveno zavarovalnico, d.v.z. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).

2. člen

(1) Izrazi, uporabljeni v splošnih pogojih, pomenijo:

- zavarovalna pogodba: pogodba o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju;
- zavarovanje: dopolnilno zdravstveno zavarovanje;
- polica: listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
- zavarovalec: sklenitelj zavarovalne pogodbe oziroma ponudnik, ki zavarovalnici predloži ponudbo za sklenitev zavarovalne pogodbe; zavarovanec: oseba, katere stroški doplačil so zavarovani po zavarovalni pogodbi;
- premija: znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po zavarovalni pogodbi;
- zavarovalnina: znesek, ki ga zavarovalnica plača po zavarovalni pogodbi;
- jamstvo: obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino;

- čakalna doba: obdobje, za katerega ni možno uveljavljati zavarovalnine;
- izvajalec: oseba, ki v skladu s pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije opravlja storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- kartica zdravstvenega zavarovanja: dokument za uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- zakon: zakon, ki ureja dopolnilna zdravstvena zavarovanja.

3. člen

(1) Po splošnih pogojih se lahko zavaruje samo osebo, ki ima status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju.

II. SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

4. člen

(1) Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko zavarovalec in zavarovalnica podpišeta polico. Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora zavarovalna pogodba vsebovati tudi podpis zavarovanca.

5. člen

(1) Zavarovalna pogodba se lahko sklene tudi na podlagi pisne ponudbe, ki vsebuje bistvene sestavine zavarovalne pogodbe. Podpisana ponudba je sestavni del zavarovalne pogodbe.

(2) Podpis ponudnika na ponudbi nadomešča zavarovalčev podpis na polici. Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora ponudba vsebovati tudi podpis zavarovanca.

(3) Ponudba veže ponudnika 8 dni od dneva, ko je prispela k zavarovalnici. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih se sklepa zavarovanje, se šteje, da je ponudbo sprejela in da je zavarovalna pogodba sklenjena. V tem primeru se šteje zavarovalna pogodba za sklenjeno od trenutka, ko je ponudba prispela k zavarovalnici.

6. člen

(1) Zavarovalec in zavarovalnica prejmeta vsak po en izvod police.

(2) Če je zavarovalna pogodba sklenjena na podlagi pisne ponudbe, izstavi zavarovalnica polico s podatki, skladnimi s ponudbo, zavarovalcu v enem izvodu.

(3) 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.

III. PREDMET ZAVAROVANJA

7. člen

(1) Predmet zavarovanja so doplačila. Doplačilo je znesek razlike med vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oziroma del te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravil s seznama medsebojno zamenljivih zdravil in medicinskotehničnih pripomočkov, kot to določa zakon.

IV. TRAJANJE ZAVAROVANJA IN JAMSTVA

8. člen

(1) Zavarovanje traja najmanj eno leto, razen v primeru zavarovanja oseb, katerih status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju je časovno omejen.

(2) Začetek in trajanje zavarovanja sta opredeljena na polici.

(3) Zavarovanje se lahko sklene samo tako, da začne veljati prvi dan v mesecu. Jamstvo se začne ob 0:00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, vendar ne pred potekom čakalne dobe.

(4) Jamstvo zavarovalnice preneha ob 24:00 uri dneva prenehanja zavarovanja.

9. člen

(1) Čakalna doba se začne z dnem začetka zavarovanja in traja tri mesece, razen za osebe, ki postanejo zavezane plačevati doplačila 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.

10. člen

(1) Zavarovalna pogodba za posameznega zavarovanca preneha pred potekom časa, za katerega je bila sklenjena: 1. v primeru smrti zavarovanca, z dnem smrti; 2. v primeru prenehanja statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju, z dnem izgube statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju, razen če je bilo dogovorjeno mirovanje zavarovanja po 12. členu teh splošnih pogojev; 3. v primeru neplačevanja premije po 14. členu teh splošnih pogojev.

(2) Če je po zavarovalni pogodbi zavarovanih več zavarovancev in gre za primere iz 1. ali 2. točke prvega odstavka tega člena, zavarovalna pogodba ne preneha, temveč preneha zavarovanje za zavarovanca.

11. člen

(1) Zavarovalec lahko odpove zavarovalno pogodbo po poteku enega leta od začetka veljavnosti zavarovanja s trimesečnim odpovednim rokom, pred tem rokom pa v primerih, ko zavarovancu preneha status zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Pod enakimi pogoji lahko svoje soglasje k zavarovalni pogodbi prekliče tudi zavarovanec.

(2) zavarovalna pogodba preneha z iztekom odpovednega roka.

V. OBDOBJE MIROVANJA ZAVAROVANJA**12. člen**

(1) Obdobje mirovanja zavarovanja je obdobje, za katerega v času trajanja zavarovanja preneha jamstvo zavarovalnice.

(2) Zavarovalnica lahko na pisno zahtevo zavarovalca in ob predložitvi kartice zdravstvenega zavarovanja odobri obdobje mirovanja zavarovanja za čas, ko zavarovanec ni zavezan za plačilo doplačil (npr. če pridobi status študenta, služi vojaški rok, prestaja zaporno kazen ter v drugih primerih, ki jih določi zavarovalnica).

(3) Obdobje mirovanja se lahko prične samo ob 0:00 uri prvega dne naslednjega meseca, ko je zavarovalnica odobrila obdobje mirovanja, in se konča ob 24:00 uri zadnjega dne v mesecu, do katerega je bilo odobreno obdobje mirovanja.

(4) Za obdobje mirovanja zavarovanja se premija ne obračuna.

VI. PREMIJA IN POSLEDICE NEPLAČILA PREMIJE**13. člen**

(1) Višina premije je določena na polici in je enaka za vse zavarovance zavarovalnice, razen če zavarovalnica odobri popust zaradi skupinskega načina sklepanja in izvajanja zavarovanj ali v drugih primerih nižjih administrativnih stroškov.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek tega člena, je v skladu z zakonom za zavarovanca, za katerega se sklene zavarovanje po preteku enega leta od dne, ko postane zavezan plačevati doplačila, premija za vsako polno nezavarovano leto tri odstotke višja.

(3) Premija se v skladu z drugim odstavkom tega člena obračuna na podlagi potrdila o skupni dobi po 1. 1. 2006, ko je bil zavarovanec zavezan plačevati doplačila, pa ni imel veljavnega zavarovanja, ki ga zavarovalnici predloži zavarovalec.

Splošni pogoji za dopolnilna zdravstvena zavarovanja SPD-06 SP-SPD-11a

14. člen

(1) Premija se lahko plačuje mesečno, četrtno, polletno ali letno, kot je opredeljeno na polici. Plačilo mora biti izvedeno tako, da lahko zavarovalnica nedvoumno ugotovi, na katero polico se plačilo nanaša. Premija se plačuje vnaprej, in sicer do zadnjega dne v mesecu pred začetkom obdobja, za katerega se premija plačuje, če ni drugače dogovorjeno.

(2) Premijo je dolžan plačati zavarovalec, vendar pa je zavarovalnica dolžna sprejeti premijo od vsakogar, ki ima za plačilo pravni interes.

(3) Zavarovalnica ima pravico, da ob kakršnemkoli izplačilu iz zavarovanja zavarovancu, ki je hkrati zavarovalec, odtegne vse zapadle neplačane premije.

(4) Če premija do zapadlosti ni plačana, lahko zavarovalnica razdre zavarovalno pogodbo po 60 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, prenehanju jamstva in razdoru zavarovalne pogodbe.

(5) V primeru neplačila premije je zavarovalec dolžan zavarovalnici povrniti celotne stroške opominjanja in druge stroške, potrebne za izterjavo dolga.

15. člen

(1) Obveznosti zavarovalnice iz zavarovanja se lahko v času trajanja zavarovanja spremenijo zaradi naraščanja stroškov zdravljenja, dosežkov na področju medicine, spremembe zakonodaje, ki ureja obveznosti za posamezno zavarovanje, in drugih dejavnikov, ki vplivajo na višino obveznosti zavarovalnice. Zavarovalnica lahko zaradi spremenjenih obveznosti med trajanjem zavarovanja spremeni višino premije.

(2) V primeru spremembe premije se spremenjena premija obračuna za obdobje od datuma začetka veljavnosti spremembe naprej. Pri dogovoru o letni, polletni ali četrtni premiji zapade sorazmerni del razlike med spremenjeno premijo in premijo pred spremembo v plačilo dan pred začetkom veljavnosti spremembe. Sorazmerni del se določi glede na število mesecev trajanja zavarovanja od meseca začetka veljavnosti spremembe do zapadlosti naslednje premije v plačilo.

VII. UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZAVAROVANJA

16. člen

(1) Zavarovanec praviloma uveljavlja pravice iz zavarovanja pri izvajalcih z veljavno kartico zdravstvenega zavarovanja

(2) Zavarovalnica praviloma izplača zavarovalnino na podlagi računa (oz. zahtevka) za opravljene zdravstvene storitve izvajalcu te storitve.

(3) Zavarovalnica lahko izplača zavarovalnino tudi neposredno zavarovancu, ki mora zavarovalnici predložiti dokazila o plačilu zdravstvenih storitev izvajalcu, iz katerih so razvidni podatki o zavarovancu ter vrsta in cena opravljene storitve zanj.

(4) Zavarovalnica zavarovalnino iz prejšnjega odstavka tega člena izplača v dogovorjenem roku, ki ne sme biti daljši od štirinajst dni, šteto od dneva, ko je zavarovalnica od zavarovanca prejela dokazila iz prejšnjega odstavka tega člena. Če je za ugotovitev obstoja in višine obveznosti zavarovalnice potreben daljši čas, začne teči rok iz tega odstavka od dneva, ko sta bila ugotovljena obstoj in znesek obveznosti zavarovalnice. Če znesek obveznosti zavarovalnice ni ugotovljen v roku iz tega odstavka, zavarovalnica zavarovancu na njegovo zahtevo izplača nesporni del svoje obveznosti kot predujem.

(5) Zavarovalnica lahko uveljavlja pravico do povračila zavarovalnine, kadar je bila le-ta izplačana brez pravnega temelja.

(6) Zahtevki iz zavarovalne pogodbe zastarajo po določenih zakona, ki ureja obligacijska razmerja.

VIII. DOLŽNOST OBVEŠČANJA

17. člen

(1) Zavarovalec in zavarovanec sta dolžna zavarovalnici v osmih dneh od spremembe pisno sporočiti vsako spremembo osebnih podatkov iz zavarovalne pogodbe, prenehanje statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju in druge okoliščine, ki so pomembne za zavarovalno pogodbo.

(2) Zavarovalnica ima pravico od zavarovalca in zavarovanca zahtevati pojasnila za ugotovitev resničnega in popolnega stanja v zvezi s sklenjeno zavarovalno pogodbo.

IX. SPREMEMBA ZAVAROVALNIH POGOJEV

18. člen

(1) Zavarovalnica lahko v času trajanja zavarovanja spremeni splošne pogoje.