

## Splošne določbe

### 1. člen:

1. Posebni pogoji za kolektivno zdravstveno zavarovanje Drugo zdravniško mnenje (v nadaljnjem besedilu: posebni pogoji) so skupaj s Splošnimi pogoji za zdravstveno zavarovanje PRVA Zdravje (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) sestavni del zavarovalne pogodbe o zdravstvenem zavarovanju, ki jo zavarovalec sklene s PRVO Osebno zavarovalnico, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
2. S temi posebnimi pogoji se urejajo medsebojni odnosi med zavarovalcem in zavarovalnico, ki izvirajo iz kolektivnega zdravstvenega zavarovanja Drugo zdravniško mnenje (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje). To zavarovanje omogoča zavarovanje za primer kritja pridobitve drugega zdravniškega mnenja glede na postavljeno diagnozo in predpisano zdravljenje ter je natančno urejeno v splošnih pogojih in teh posebnih pogojih. Namen zavarovanja je, da zavarovanec na podlagi drugega zdravniškega mnenja preveri pravilnost postavljene diagnoze in ustreznost načrtovanega zdravljenja hujše bolezni ali stanja.
3. Pomen nekaterih izrazov, uporabljenih v teh pogojih:
  - **drugo zdravniško mnenje** (v nadaljnjem besedilu: drugo mnenje) je postopek pridobitve drugega mnenja o že postavljeni diagnozi in o že predpisanem načinu zdravljenja v primeru novonastale bolezni, stanja ali poškodbe, ki je po naravi kronično ali degenerativno ter je za zdravje zavarovanca resno ali življenje ogrožajoče in kritično. Drugo mnenje na podlagi izvidov in druge zdravstvene dokumentacije po medicinski doktrini poda tim zdravnikov specialistov ustrezne specialnosti;
  - **resnejša bolezen ali stanje** pomeni bolezen, stanje in poškodbe, ki so po naravi kronični ali degenerativni ter so za zdravje zavarovanca resni, življenje ogrožajoči in kritični;
  - **novonastala bolezen, stanje ali poškodba** pomeni prvič medicinsko ugotovljeno bolezen, stanje in poškodbo, ki so nastali po sklenitvi zavarovanja ali za katere zavarovanec ob sklenitvi zavarovanja zaradi odsotnosti simptomov ni vedel ali niso bili diagnosticirani ter niso posledica predhodnega zdravstvenega stanja;
  - **kronično stanje** je dolgotrajno ali trajno stanje, ki se ponavlja ali zanj velja sum na ponovitev. Zanj so potrebni stalni zdravniški nadzor in zdravljenje, lajšanje simptomov, rehabilitacija ali zdravstvena nega. Kronično stanje lahko povzroča trajne zdravstvene posledice, poleg tega se na njegovi podlagi ugotavljajo morebitni prihodnji zapleti ali stanja;
  - **degenerativno stanje** zajema raznovrstna bolezenska stanja srčno-žilnega ali živčnega sistema, hrbtenice in sklepov ali drugih organov, ki trajno prizadenejo strukturo in funkcije tkiv in organov ter se počasi, a vztrajno slabšajo in napredujejo;
  - **resno zdravstveno stanje** je stanje, ki močno spreminja kakovost zavarovančevega življenja in je ob ustreznem zdravljenju stabilno;
  - **življenje ogrožajoče in kritično stanje** je stanje, ki lahko kljub ustreznemu zdravljenju po mnenju osebnega zdravnika ali lečečega zdravnika specialista povzroči skorajšnjo smrt ali smrt v krajšem času;
  - **asistenčni center zavarovalnice** je pogodbeni asistenčni partner, ki se poveže z zavarovancem in prevzame postopek pridobitve drugega mnenja.
  - **urgentno stanje** je stanje, ki zahteva nujno medicinsko pomoč, nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve oživljanja, ohranitve življenja in preprečitve hudega poslabšanja zdravstvenega stanja obolelega ali poškodovanega.

## Zavarovane osebe

### 2. člen

1. Zavarujejo se lahko osebe, ki so ob sklenitvi kolektivnega zavarovanja pri zavarovalcu zaposlene za vsaj polovični delovni čas in izpolnjujejo starostne pogoje iz splošnih in teh posebnih pogojev.
2. Starost zavarovanca ob začetku zavarovanja je lahko največ oseminšestdeset (68) let.

## Sklenitev zavarovanja

### 3. člen:

1. Kolektivna zavarovalna pogodba se sklene na podlagi ponudbe, ki jo zavarovalnica sestavi posebej za zavarovalca. Ob sklenitvi kolektivne zavarovalne pogodbe se zavarovalcu izda kolektivna zavarovalna polica, ki vsebuje podatke o zavarovalcu, višino premije in način določitve premije pri novih vključitvah s seznamom zavarovanih oseb, vključenih v kolektivno zdravstveno zavarovanje. Vsakemu zavarovancu se izda potrdilo o zavarovanju. Zavarovanje je sklenjeno skladno s splošnimi pogoji. Zavarovalnica se z zavarovalno pogodbo obvezuje, da bo ob nastopu zavarovalnega primera v skladu z veljavnimi splošnimi in posebnimi pogoji poskrbela za pridobitev drugega mnenja.
2. Zavarovanec ob pristopu h kolektivnemu zavarovanju izpolni in podpiše pristopno izjavo, ki vsebuje vprašalnik o zdravstvenem stanju zavarovanca.
3. Vsak zaposleni, ki na novo izpolni pristopno izjavo z vprašalnikom o zdravstvenem stanju, je vključen v kolektivno zavarovanje, če izpolnjuje pogoje iz 2. člena teh pogojev, in sicer s prvim dnevom v mesecu, ki sledi dnevno, ko zavarovalnica prejme popolno pristopno izjavo z vprašalnikom o zdravstvenem stanju. Ta dan je tudi datum začetka zavarovanja za novo vključenega zavarovanca v kolektivno zavarovanje.

## Trajanje zavarovanja in jamstvo

### 4. člen:

1. Kolektivna zavarovalna pogodba začne veljati ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja. Velja do dvajset (20) let. Veljati preneha z odpovedjo zavarovalnice ali zavarovalca.
2. Zavarovalec ima pravico do vsakokratnega podaljšanja zavarovanja za eno leto pod enakimi pogoji, pri čemer se podaljšanje izvede molče, razen v primerih iz 3. in 4. odstavka tega člena in 2. odstavka 8. člena teh pogojev.
3. Kolektivna zavarovalna pogodba se ne podaljša, če zavarovalnica ali zavarovalec odpove pogodbo v skladu z 12. členom teh pogojev ali če zavarovalec odstopi od pogodbe s četrtem odstavkom 9. člena teh pogojev.
4. Zavarovanje se ne podaljša niti, če (i) je zavarovalnica prenehala izvajati zavarovanje, (ii) je zavarovalec ali zavarovanec ravnal v nasprotju z zavarovalno pogodbo ali (iii) so nastale okoliščine, zaradi katerih zavarovalnica zavarovalne pogodbe ne bi sklenila ali je ne bi sklenila pod navedenimi pogoji.
5. Zavarovalnica o okoliščinah iz 4. odstavka tega člena zavarovalca obvesti vsaj tri (3) mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.
6. Vsakemu posameznemu zavarovancu, vključenemu v kolektivno zavarovalno pogodbo, zavarovanje in kritje prenehata:
  - ob smrti;
  - ob koncu zavarovalnega leta, v katerem je dopolnil 70. leto starosti;
  - ob prenehanju pogodbe o zaposlitvi pri zavarovalcu;
  - če preneha kolektivna zavarovalna pogodba;
  - v drugih primerih, določenih s temi pogoji ali zakonom.
7. Jamstvo zavarovalnice se začne najprej po dveh (2) mesecih od začetka zavarovanja (čakalna doba), razen za diagnoze, ki so posledica poškodb, nastalih po začetku zavarovanja.

## Predmet zavarovanja

### 5. člen:

1. S kolektivno pogodbo se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval dogovorjeno premijo, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo njen asistenčni partner ob nastopu zavarovalnega primera v skladu s temi pogoji zavarovancu zagotovil izvedbo in pridobitev drugega mnenja ter da bo zavarovalnica krila stroške pridobitve drugega mnenja v skladu z zavarovalno pogodbo.
2. Drugo mnenje obsega komentar postavljene diagnoze, komentar postopka zdravljenja oziroma morebitna priporočila za nadaljnje zdravljenje glede na zastavljena vprašanja v postopku pridobitve drugega mnenja. Drugo mnenje zavarovanec prejme v elektronski ali pisni obliki v slovenskem jeziku. Zavarovanec je na temo posamičnega že izdanega Drugega zdravniškega mnenja upravičen do štirih (4) zdravstvenih nasvetov na daljavo, pri čemer od izdaje drugega mnenja ne sme preteči več kot štiriindvajset (24) mesecev. Zdravstveni posveti na daljavo so namenjeni dodatni oceni že izdanega Drugega zdravniškega mnenja.
3. Zavarovanje krije pridobitev drugega mnenja le, če je to utemeljeno. Utemeljenost po teh pogojih pomeni, da se drugo mnenje pridobiva za novonastalo bolezen, stanje in poškodbo, ki so po naravi kronični ali degenerativni ter so za zdravje zavarovanca resni ali življenje ogrožajoči in kritični. Med takšna stanja spadajo na primer Alzheimerjeva bolezen, slepota, rak, gluhost, paraliza, odpoved ledvic, multipla skleroza, presaditev organa, Parkinsonova bolezen, hujše opeklina, poškodbe in druga podobna stanja in barkin.
4. Zavarovalnica se obvezuje, da bo upravičencu omogočila pridobitev drugega mnenja v desetih (10) delovnih dneh po odobritvi zahtevka in prejemu popolne dokumentacije. Če so potrebni odgovori na dodatna vprašanja, mora zavarovanec v 14 dneh po prejemu drugega mnenja podati zahtevek zanje. Zavarovalnica se obvezuje, da bo upravičencu omogočila dopolnitev drugega mnenja, dokler odprta vprašanja v zvezi z zadevnim drugim mnenjem niso zadovoljivo in v celoti pojasnjena.
5. Zavarovanje ne krije pridobitve drugega mnenja za stanja, ki niso utemeljena, in če je od datuma, ko je zdravnik specialist predpisal zadnje zdravljenje, minilo več kot dvanajst (12) mesecev. Zdravstvena dokumentacija, ki ni starejša od dvanajst (12) mesecev, je pogoj za zagotovitev izdelave kvalitetnega drugega mnenja.
6. Zavarovalec oziroma skrbnik je odgovoren za predložitev ustrezne zdravstvene dokumentacije, če drugo mnenje potrebujete za otroka mlajšega od 18 let.

## Zdravstvena točka PRVA Zdravje

### 6. člen:

1. Zdravstvena točka PRVA Zdravje poleg nalog, opredeljenih v splošnih pogojih, zavarovanec in zavarovalcu zagotavlja vse potrebne informacije, potrjuje upravičenost do kritja pridobitve drugega mnenja in poveže zavarovanca z asistenčnim centrom zavarovalnice, ki prevzame nadaljnji postopek. Asistenčni center zavarovancu posreduje obrazce, potrebne za nadaljevanje postopka, pomaga zbrati potrebne dokumente in sestavi vprašanja, za katera se pridobiva drugo mnenje. Poleg tega pridobljeno drugo mnenje zavarovancu prevede, po potrebi razloži in pomaga pri oblikovanju morebitnih dodatnih vprašanj v zvezi z zadevnim drugim mnenjem.

## Omejitve in izključitve obveznosti zavarovalnice

### 7. člen:

1. Zavarovalnica nima obveznosti iz zavarovalne pogodbe, če tako sledi iz splošnih pogojev. Ne glede na splošne pogoje in izbiro paketa zavarovalnica nima

obveznosti iz zavarovanja niti:

- za kritje pridobitve drugega mnenja v povezavi s predhodnimi stanji,
  - če zavarovanec uveljavlja pravice do pridobitve drugega mnenja, ne da bi to vnaprej najavil zdravstveni točki PRVA Zdravje in dobil njeno odobritev.
2. Drugo mnenje je pripravljeno izključno na podlagi pridobljene zdravstvene dokumentacije in ne vključuje dodatnih zdravstvenih pregledov, osebnih posvetovanj, preiskav ali morebitnega zdravljenja. Če zaradi nepopolne zdravstvene dokumentacije izdelava drugega mnenja ni mogoča oziroma če je zaradi tega razloga podano drugo mnenje vsebinsko nepopolno, za to ne zavarovalnica ne njen podizvajalec ne prevzema nobene odgovornosti.
  3. Zavarovanje ne krije stroškov dodatnih zdravstvenih preiskav, ki se priporočajo za pridobitev drugega mnenja.
  4. Zavarovalnica nima obveznosti iz zavarovanja za pridobitev drugega mnenja za:
    - urgentna, življenjsko ogrožujoča stanja;
    - zobozdravstvene storitve;
    - lepotne operacije, razen v primeru zdravljenja posledic poškodbe, ki je nastala v času jamstva;
    - zdravljenje debelosti;
    - prirojene bolezni in hibe ter genetske bolezni in preiskave;
    - duševne bolezni;
    - potrebe obravnave pred invalidsko komisijo, zavarovalniške ali sodne postopke;
    - isti razlog obravnave oziroma za isto diagnozo bolezni v primeru nespremenjene dokumentacije in nespremenjenega stanja;
    - nosečnost in porod.
  5. V primeru, da je bilo zavarovanje sklenjeno na način, da so bile določene storitve v povezavi z obstoječimi bolezenskimi stanji, poškodbami oziroma njihovimi posledicami, izključene iz zavarovanja, lahko zavarovanec zahteva izbris izključitev, če je to bolezensko stanje ali poškodba popolnoma sanirana, ozdravljena in zavarovanec v zadnjih dveh (2) letih od popolne ozdravitve ni imel nikakršnih posledic. K zahtevi za izbris izključitev mora zavarovanec predložiti ustrezno zdravstveno dokumentacijo, na podlagi katere zavarovalnica presoja upravičenost zahteve.

## Obveznosti zavarovalca in zavarovanca ter posledice njihove neizpolnitve

### 8. člen:

1. Zavarovalec je dolžan zavarovalnici takoj sporočiti spremembo prebivališča ali spremembo sedeža.
2. Vsak zavarovanec je ob vključitvi v kolektivno zavarovanje zavarovalnici dolžan prijaviti vse okoliščine, pomembne za presojo nevarnosti nastopa zavarovalnega primera, ki so jima znane ali jima niso mogle ostati neznanne. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica postavila pisna vprašanja v gonudbi in vprašalniku o zavarovančevem zdravstvenem stanju.
3. Če je zavarovalec ali zavarovanec namenoma neresnično prijavil ali namenoma zamolčal okoliščino, zaradi katere ga zavarovalnica ne bi vključila v kolektivno zdravstveno zavarovanje, če bi bila seznanjena z resničnim stanjem, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev zavarovanja ali odkloni kritje stroškov za pridobitev drugega mnenja za čas, preden je izvedela za tako okoliščino. Če je bilo zavarovanje razveljavljeno, zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije do konca obdobja zavarovanja, v katerem je zahtevala razveljavitev kritja. Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitev zavarovanja, preneha, če v treh (3) mesecih od dneva, ko je izvedela za neresničnost prijave ali za zamolčanje, zavarovalcu ne izjavi, da jo namerava uporabiti.
4. Če je zavarovalec ali zavarovanec prijavil kaj neresničnega ali je opustil dolžno obvestilo in tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica po svoji izbiri (v enem (1) mesecu od dneva, ko je izvedela za neresničnost ali nepopolnost prijave) izjavi, da odpoveduje zavarovanje, ali predlaga zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo nastopa zavarovalnega primera. Če zavarovalnica izjavi, da odpoveduje zavarovanje, je zavarovanje odpovedano štirinajst (14) dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da odpoveduje zavarovanje. Če zavarovalnica predlaga zvišanje premije, je zavarovanje po zakonu odpovedano, če zavarovalec predloga ne sprejme v štirinajstih (14) dneh od dneva, ko ga je prejel. Če se zavarovanje odpove, mora zavarovalnica vrniti del premije za čas od dneva odpovedi zavarovanja do konca obdobja, za katero je bila plačana premija zavarovanja.
5. Zavarovanec je dolžan izvide in drugo zdravstveno dokumentacijo predložiti v slovenskem ali angleškem jeziku. Zavarovalnica pa je dolžna poskrbeti, da zavarovanec drugo mnenje pridobi v slovenskem jeziku.

## Dogovor o premiji

### 9. člen:

1. Zavarovalec je dolžan plačati zavarovalno premijo za vse zavarovance in za ves čas trajanja kolektivnega zavarovanja.
2. Zavarovalnica določi premijo za kolektivno zavarovalno pogodbo na podlagi dejavnikov, ki jih upošteva pri oceni premije, zagotovo pa je premija odvisna od števila in deleža zavarovancev, ki pristopijo h kolektivnemu zavarovanju, starostne strukture teh zavarovancev in vrste del, ki jih opravljajo.
3. Med trajanjem zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti splošne pogoje in višino zavarovalne premije oziroma premijskega cenika, pri čemer spremembe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta. Zavarovalnica lahko spremeni premijo, če se spremenijo dejavniki od katerih je odvisna višina premije, na primer spremembe števila in starostne strukture zavarovancev ter v primeru sprememb stroškov zdravstvenih storitev ali z njim povezanih storitev, stroškov zdravil ali medicinskih pripomočkov ali drugih sprememb ekonomskih okoliščin, ki bistveno vplivajo na obveznosti ali poslovanje zavarovalnice.
4. Zavarovalnica o spremembah iz predhodnega odstavka na primeren način obvesti zavarovalca vsaj en (1) mesec pred uveljavitvijo spremembe. Če se zavarovalec s spremembo ne strinja, ima pravico, da v tridesetih (30) dneh po obvestilu z izjavo odstopi od zavarovalne pogodbe, pri čemer odstop od zavarovalne pogodbe učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovalec v tem roku ne odstopi od zavarovalne pogodbe, se šteje, da se s spremembami strinja.
5. Zavarovalec nima pravice odstopiti od zavarovalne pogodbe, če je sprememba

pogojev, ki veljajo za to zavarovanje, v njegovo oziroma zavarovančevu korist ali če se višina zavarovalne premije spremeni zaradi spremembe starostne strukture zavarovancev.

## Posledice zaradi neplačila premije

### 10. člen:

1. Obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, preneha, če zavarovalec do zapadlosti ne plača zavarovalne premije, pri čemer je ta zapadla po sklenitvi pogodbe, in tega ne stori kdo drug, ki je za to zainteresiran, po tridesetih (30) dneh od dneva, ko je bilo zavarovalno vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer se ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset (30) dni od zapadlosti premije.
2. Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prejšnjega odstavka, če je zavarovalec v zamudi s plačilom premije, ki jo je treba plačati po sklenitvi pogodbe, oziroma druge in naslednjih premij, razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka. Razdrte zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in o prenehanju zavarovalnega kritja.
3. Če zavarovalec plača premijo po izteku roka iz prvega 1. odstavka, vendar v enem letu od zapadlosti premije, se obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, znova vzpostavi naslednji dan po dnevu plačila celotne zapadle zavarovalne premije in zamudnih obresti.
4. V primeru zamude pri plačilu zavarovalne premije lahko zavarovalnica od zavarovalca zahteva povračilo stroškov, ki so ji bili z zamudo povzročeni, in zakonske zamudne obresti.
5. Zavarovalec ne more z neplačilom zavarovalne premije enostransko prekiniti kolektivne zavarovalne pogodbe.

## Uveljavljanje pravic iz zavarovanja

### 11. člen:

1. Zavarovanec ali katera koli oseba, pooblaščenca, da zakonito nastopa v njegovem imenu za uveljavljanje pravic iz zavarovanja, uveljavlja te pravice na zdravstveni točki PRVA Zdravje skladno s splošnimi pogoji in temi posebnimi pogoji.
2. Po vzpostavitvi stika je zavarovanec na zdravstveni točki PRVA Zdravje pozvan k predložitvi podatka o številki police, predložitvi potrebnih izvidov in preostale zdravstvene dokumentacije ali k podaji soglasja asistenčni družbi za neposredno pridobitev potrebne zdravstvene dokumentacije od lečečega zdravnika in/ali druge zdravstvene ustanove ter vseh dokazil, s katerimi lahko izkaže upravičenost do kritja stroškov pridobitve drugega mnenja. Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, potrebna za ugotavljanje pravice do pridobitve drugega menja.
3. Na podlagi odobritev zavarovančevega zahtevka zdravstvena točka PRVA Zdravje zavarovancu na osebni elektronski naslov in na osebno številko mobilnega telefona pošlje sporočilo, v katerem zagotovi pridobitev drugega mnenja (v desetih (10) delovnih dneh od odobritev zahtevka in prejema popolne dokumentacije).
4. Ko se zavarovancu odobri pridobitev drugega mnenja, se to upošteva kot napolito za pridobitev drugega mnenja v soglasju z zavarovalnico.
5. Zavarovalnica krije pridobitev drugega mnenja le pri svojem asistenčnem partnerju.

## Odpoved zavarovanja

### 12. člen:

1. Zavarovalec lahko odpove zavarovanje najmanj dva (2) meseca pred potekom tekočega zavarovalnega obdobja. Odpoved mora biti v pisni obliki in poslana na naslov zavarovalnice s priporočeno pošiljko.
2. Odpoved učinkuje od dneva poteka zavarovalnega obdobja.
3. Z dnev učinkovanja odpovedi preneha jamstvo zavarovalnice.
4. V primeru odpovedi zavarovanja zavarovalnica že plačanih premij ne vrne. Zavarovalnica ima pravico izterjati vse zapadle neplačane premije.
5. Zavarovalnica lahko odpove kolektivno zavarovalno pogodbo, če je prenehala izvajati to zavarovanje ali če je zavarovalec ali zavarovanec ravnal v nasprotju z zavarovalno pogodbo, pri čemer zavarovalca o tem obvesti vsaj tri (3) mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.
6. Zavarovalnica lahko redno odpove kolektivno zavarovalno pogodbo s 6-mesečnim odpovednim rokom.

## Stroški storitev

### 13. člen

1. Višino stroškov storitev, ki bi jih zavarovalec ali katerikoli zavarovanec posebej zahteval in ne izhajajo iz zavarovanja, določi zavarovalnica v ceniku, ki je dostopen na spletni strani zavarovalnice.

## Končne določbe

### 14. člen:

1. Zavarovalnica ne prevzema odgovornosti za vsebino drugega mnenja. Za vsebino drugega mnenja je odgovoren posamezni podizvajalec, tj. asistenčni partner zavarovalnice, ki je opravil drugo mnenje.
2. Odgovornost za organizacijsko izvedbo drugega mnenja prevzemajo asistenčni partnerji zavarovalnice.
3. Ti posebni pogoji dopolnjujejo Splošne pogoje za zdravstveno zavarovanje PRVA Zdravje. Če so v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti posebni pogoji. Zavarovalnica jih objavlja na spletnem naslovu [www.prva.si](http://www.prva.si).
4. Ti posebni pogoji veljajo in se uporabljajo od 1. 8. 2023.

PRVA Osebna zavarovalnica, d.d., Fajfarjeva ulica 33, Ljubljana, matična številka: 2295431, ID za DDV: S186404024; registrirana pri Okrožnem sodišču v Ljubljani dne 5. 7. 2007, št. vl.: 1/46967/00, osnovni kapital: 6.700.000,00 EUR