

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER

Dodiplomski visokošolski strokovni študijski program Management

Diplomska naloga

TRŽENJE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA Z
ASISTENCO

Mentor: mag. Zlatka Meško Štok
Obravnavana organizacija: Zavarovalnica Maribor d.d.
Strokovni sodelavec iz organizacije: Marko Klemenčič, univ.dipl.ing.

POVZETEK

V diplomskem delu obravnavam in primerjam ponudnike zdravstvenih zavarovanj v tujini z asistenco. Zdravstvena asistenca v tujini zagotavlja sklenitelju pomoč v primeru bolezni ali telesne poškodbe med trajanjem potovanja v tujini. Vključuje organizacijsko zdravstvene storitve, bodisi v obliki prve pomoči ali v obliki iskanja ustrezne zdravstvene ustanove oziroma osebe, ki ponuja zdravstveno storitev. Bistvo naloge je prikazati, kateri elementi vplivajo na izbiro in kakšen pomen ima ponderiranje ključnih elementov. Na koncu dela so povzete ugotovitve dela in potrjena oziroma zavrnjena raziskovalna hipoteza.

Ključne besede: asistenca, zavarovanje, zdravstveno zavarovanje, trženje zavarovalniških storitev, benchmarking, zavarovalni pogoji, cene

SUMMARY

This diploma treats and compares contractors of health insurance with the assistance in foreign countries. The health insurance with the assistance in foreign countries assures the insurer help in case of disease or personal injuries during the stay in foreign countries. The assistance includes health care whether first aid or helping to find the suitable health institution or an individual with adequate health service. On behalf of quite large number of contractors with wide enlistment of offered services anyone can find suitable insurance product. In conclusion of diploma are confirmations and rejections of research hypothesis.

Key words: assistance, insurance, health care, sales of insurance products, benchmarking, insurance clause, prices

UDK 339.1:369.22:614(043.2)

VSEBINA

| | |
|---|-----------|
| 1 Uvod ... | 1 |
| 1.1 Opredelitev ciljev | 2 |
| 1.2 Opredelitev problema | 2 |
| 2 Asistenca | 4 |
| 2.1 Definicija asistenc | 4 |
| 2.2 Pojem asistenc | 4 |
| 2.3 Vrste asistenc | 5 |
| 2.3.1 Zdravstvena asistenca | 5 |
| 2.3.2 Tehnična asistenca | 5 |
| 2.3.3 Pravna asistenca | 5 |
| 2.3.4 Hišna asistenca | 6 |
| 2.3.5 Druge vrste asistenc | 6 |
| 2.4 Pomen asistenc za zavarovalnico in za zavarovanca | 6 |
| 2.5 Asistenčne družbe | 7 |
| 2.6 Asistenca v Sloveniji | 7 |
| 3 Zavarovanje | 9 |
| 3.1 Splošno o zavarovanju | 9 |
| 3.1.1 Udeleženci v zavarovalnem razmerju | 9 |
| 3.1.2 Premija | 9 |
| 3.1.3 Zavarovalnina | 9 |
| 3.1.4 Odškodnina | 10 |
| 3.1.5 Zavarovalna vsota | 10 |
| 3.1.6 Zavarovalni dogodek | 10 |
| 3.1.7 Zavarovalno razmerje | 10 |
| 3.1.8 Značilnosti zavarovanja | 11 |
| 3.1.9 Škodna narava zavarovanj | 12 |
| 3.1.10 Delitev po predmetu zavarovanja | 12 |
| 3.1.11 Opredelitev osebnih zavarovanj | 13 |
| 3.2 Vrste osebnih zavarovanj | 13 |
| 3.2.1 Življenjsko zavarovanje | 13 |
| 3.2.2 Življenjsko zavarovanje v ožjem smislu | 14 |
| 3.2.3 Rentno oziroma prostovoljno pokojninsko zavarovanje | 14 |
| 3.2.4 Nezgodno zavarovanje | 14 |
| 3.2.5 Zdravstveno zavarovanje | 15 |
| 4 Zdravstveno zavarovanje | 16 |
| 4.1 Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji | 16 |
| 4.1.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje | 17 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.1.2 | Prispevki | 17 |
| 4.1.3 | Vrste pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju | 18 |
| 4.1.4 | Obseg pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju | 18 |
| 4.1.5 | Prostovoljno zdravstveno zavarovanje..... | 19 |
| 4.1.6 | Prostovoljno zdravstveno zavarovanje Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z..... | 20 |
| 4.1.7 | Prostovoljno zdravstveno zavarovanje Adriatic zavarovalne družbe d.d. | 20 |
| 4.1.8 | Prostovoljno zdravstveno zavarovanje Zdravstvene zavarovalnice Triglav d.d..... | 20 |
| 4.1.9 | Zdravstveno zavarovanje v tujini | 21 |
| 4.1.10 | Uveljavljanje pravice do nujnega zdravljenja v državah – podpisnicah meddržavne pogodbe (konvencije)..... | 21 |
| 4.1.11 | Uveljavljanje pravic na osnovi potrdila..... | 22 |
| 4.1.12 | Uveljavljanje pravic na osnovi potnega lista in veljavne kartice zdravstvenega zavarovanja | 22 |
| 4.1.13 | Uveljavljanje pravice do nujnega zdravljenja v ostalih državah..... | 23 |
| 4.1.14 | Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v tujini | 23 |
| 5 | Trženje zavarovalniških storitev | 24 |
| 5.1 | Opredelitev načinov trženja zavarovalniških storitev | 24 |
| 5.2 | Načini trženja zavarovalniških storitev | 24 |
| 5.2.1 | Tradicionalne trženjske poti | 25 |
| 5.2.2 | Prodaja zavarovalniških storitev na bančnih okencih..... | 25 |
| 5.2.3 | Telefonska prodaja zavarovalniških storitev | 26 |
| 5.2.4 | Prodaja po internetu | 27 |
| 5.3 | Primerjava med trženjem zavarovalniških storitev po zavarovalnih zastopnikih in posrednikih | 27 |
| 5.3.1 | Zavarovalni zastopniki..... | 28 |
| 5.3.2 | Zavarovalni posredniki, brokerji..... | 29 |
| 6 | Primerjava zdravstvenih zavarovanj v tujini z asistenco | 30 |
| 6.1 | Ponudniki zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco | 30 |
| 6.1.1 | Assistance CORIS..... | 30 |
| 6.1.2 | Mercur Assistance | 32 |
| 6.1.3 | Elvia Assistance | 32 |
| 6.1.4 | Inter Partner – AXA Assistance | 34 |
| 6.2 | Primerjava pogojev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco | 35 |
| 6.2.1 | Splošne določbe | 36 |
| 6.2.2 | Osebe, ki jih je po teh pogojih mogoče zavarovati | 36 |
| 6.2.3 | Sklenitev zavarovanja in trajanje zavarovanja..... | 36 |
| 6.2.4 | Obseg obveznosti zavarovatelja..... | 37 |
| 6.2.5 | Asistenca | 37 |

| | |
|---|-----------|
| 6.2.6 Nujni stroški zdravljenja in stroški prevoza..... | 38 |
| 6.2.7 Izključitev obveznosti zavarovatelja..... | 39 |
| 6.2.8 Obveznost zavarovanca..... | 40 |
| 6.2.9 Pravice zavarovatelja | 40 |
| 6.2.10 Uporaba zakona..... | 41 |
| 6.2.11 Pristojnosti v primeru spora | 41 |
| 6.2.12 Območje veljavnosti zavarovanja | 41 |
| 6.2.13 Uveljavljanje asistenc v primeru bolezni ali nezgode | 41 |
| 6.3 Primerjava cen zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco..... | 43 |
| 6.3.1 Primerjava cen običajnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco..... | 44 |
| 7 Tržna analiza | 46 |
| 7.1 Benchmarking presoja | 46 |
| 7.2 Interpretacija analize..... | 47 |
| 7.3 Interpretacija primerjave cen osnovnega zdravstvenega zavarovanja z izravnalnimi faktorjem | 49 |
| 7.4 Interpretacija vrednotenja celovitosti produktov po ključnih elementih..... | 52 |
| 8 Ugotovitve in priporočila | 53 |
| 9 Zaključek..... | 54 |
| Literatura..... | 56 |

PONAZORILA

SLIKE

| | |
|--------------------------------------|----|
| Slika 7.1 Osnove benchmarkinga | 46 |
|--------------------------------------|----|

GRAFI

| | |
|---|----|
| Graf 4.1 Kategorije zavarovancev v letu 2003: | 17 |
| Graf 7.1 Primerjave premij..... | 48 |
| Graf 7.2 Ovrednotenje točkovanja enakomernega ponderiranja | 50 |
| Graf 7.3 Ovrednotenje točkovanja neenakomernega ponderiranja..... | 51 |

TABELE

| | |
|--|----|
| Tabela 6.1 Cenik zavarovanja Vzajemne zdravstvene zavarovalnice d.v.z. | 44 |
| Tabela 6.2 Cenik Adriatic zavarovalne družbe d.d. in Slovenica zavarov. hiše d.d..... | 44 |
| Tabela 6.3 Cenik zavarovanj Zavarovalnice Triglav d.d. | 45 |
| Tabela 6.4 Cenik zavarovanj Zavarovalnice Maribor d.d. in Zavarovalnice Tilia d.d. ... | 45 |
| Tabela 7.1 Primerjava premij osnovnega programa | 47 |
| Tabela 7.2 Izračun premij za 15.000 EUR / dan..... | 48 |
| Tabela 7.3 Ovrednotenje celovitosti produktov po ključnih elementih – enakomerno ponderiranje | 50 |
| Tabela 7.4 Ovrednotenje celovitosti produktov po ključnih elementih – neenakomerno ponderiranje..... | 51 |

1 UVOD

Ljudje smo že od nekdaj popotniki. Pot nas vodi prek meja naše države, ki resnici na ljubo ni ravno največja. Toda tudi pri skrbno načrtovanem potovanju ali pa le pri kratkem izletu se lahko zgodi kaj nepredvidenega, nezgoda ali bolezen.

Diplomsko delo je razdeljeno na devet delov.

Prvi del je namenjen opredelitvi ciljev in problema.

Drugi del je namenjen predstavitvi asistenc. Asistenca je za Slovence pomenila nekaj novega. Ob njenem pojavu, skupaj z zdravstvenim zavarovanjem v tujini, so le redki vedeli, kaj to pomeni oziroma kakšen je njen namen. S časom in pa s širitvijo asistenc na druga področja smo tudi Slovenci doumeli prednosti, ki nam jih le-ta prinaša.

Tretji del je namenjen kratkemu opisu zavarovalnega razmerja, značilnosti zavarovanja in škodne narave zavarovanja ter delitvi po predmetu zavarovanja. Podrobneje so predstavljena osebna zavarovanja in njihova delitev na življenjsko, nezgodno in zdravstveno zavarovanje.

Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji je urejeno po zgledu mnogih evropskih držav. Obvezno zdravstveno zavarovanje, izvaja ga Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, in prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki ga izvajajo Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Adriatic zavarovalna družba d.d. in Triglav zdravstvena zavarovalnica d.d..

Ko se nahajamo v tujini, se mnogokrat zgodi, da potrebujemo zdravniško pomoč. Osebam, ki so obvezno zdravstveno zavarovane v Republiki Sloveniji, so med začasnim bivanjem v tujini zagotovljene pravice do nujnega zdravljenja. Kako lahko uveljavljamo pravico do nujnega zdravljenja v tujini, je opisano v četrtem delu.

V petem delu so opisane trženjske poti kot eden najpomembnejših elementov trženjskega spleta zavarovalnic. Poleg tradicionalnih trženjskih poti se v zadnjem desetletju zaradi hitrega razvoja tehnologije razvijajo nove. Na izbiro trženjskih poti vplivata predvsem dva dejavnika: stroški, ki jih zahteva posamezna trženjska pot, ter zadovoljstvo zavarovanca z načinom opravljanja storitev.

V Sloveniji je trenutno šest ponudnikov prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco, ki sodelujejo s štirimi tujimi asistenčnimi družbami. Z večanjem števila ponudnikov se je razširila tudi ponudba zavarovanj. Ponudba zavarovanj in asistenčne hiše, s katerimi sodelujejo ponudniki, so predstavljeni v šestem poglavju.

V sedmem delu bom s pomočjo benchmarking presoje prikazal podatke, ki so bili pridobljeni od neposrednih konkurentov in jih nato interpretiral.

Osmi del bo namenjen ugotovitvam analize in priporočilom ter deveti del z zaključkom dela.

1.1 Opredelitev ciljev

Namen diplomskega dela je predstaviti načine oziroma poti do ustrezne zdravstvene oskrbe in pokritja ob tem nastalih stroškov. Poseben poudarek je namenjen zdravstvenemu zavarovanju v tujini z asistenco, kjer asistenčna družba poskrbi za najprimernejšo rešitev nastale težave, zavarovalnica pa pokrije nastale stroške. Stroški, povezani z zdravljenjem v tujini, so navadno visoki, ponekod v svetu pa ustrezne zdravstvene storitve sploh niso na voljo.

Cilj naloge pa je analizirati stanje na trgu zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco.

Osredotočenost bo predvsem na tri pogloblitve sestavine :

- pogoji zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco (splošne določbe, obveznosti zavarovatelja in zavarovanca , pravice itd),
- konkurenca (ostale zavarovalnice, ki tržijo zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco),
- cenovna primerjava (glede na čas trajanja zavarovanja, zavarovalne vsote in rizike).

Tu se je slovenskim zavarovalnicam ponudila možnost, da so slovenskemu trgu ponudile v tujini že precej dolgo znano zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco. Gre za sodelovanje slovenskih zavarovalnic in mednarodnih asistenčnih družb. Zavarovalnice skrbijo za plačilo nastalih stroškov, medtem ko asistenčne družbe najdejo ustrezno, strankam prijazno rešitev nastalih težav. Od leta 1993 pa do danes je tovrstno zavarovanje ponudilo šest slovenskih zavarovalnic. Vse sodelujejo z uveljavljenimi asistenčnimi družbami, ki kakovostno rešujejo škodne primere. Večje število ponudnikov vsekakor pozitivno vpliva na konkurenčnost cen ter širši izbor in večjo kvaliteto storitev.

1.2 Opredelitev problema

Sistem našega zdravstvenega varstva zagotavlja osebam, ki so obvezno zdravstveno zavarovane v Republiki Sloveniji, pravico do nujnega zdravljenja med začasnim bivanjem v tujini. V ta namen je Republika Slovenija sklenila z nekaterimi evropskimi državami konvencijo, ki ureja področje uveljavljanja pravice do nujnega zdravljenja. Vendar je to zdravljenje omejeno predvsem na zdravnike oziroma ustanove, ki so del javne, državne zdravstvene mreže. Stroške zdravljenja pri zasebnih zdravnikih ter ustanovah oziroma kjerkoli v državah, s katerimi ni sklenjena

konvencija, pa mora človek sam poravnati na licu mesta. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije mu šele ob predložitvi celotne dokumentacije povrne (največkrat ne v celoti) nastale stroške. V vsakem primeru pa si mora človek sam poiskati ustrezno zdravniško pomoč.

Ko se odločamo za sklenitev zdravstvenega zavarovanja v tujini, se moramo vprašati, kakšne so naše želje oziroma potrebe. Najpomembnejši elementi, ki vplivajo na izbiro so: ponudba (osnovno zavarovanje, družinsko itd.), pogoji oz. kritje, uveljavitev asistencije in višina premije.

Osnovni namen raziskave je preučiti, kako različno vrednotenje poudarjenih vpliva na končno izbiro zavarovanja. V raziskavi sem si bolj jasno opredelil problem s postavitvijo dveh hipotez, ki sem jih v nadaljevanju dokazal oziroma zavrnil. Hipotezi, ki sem jih želel preveriti:

- predpostavljam, da je višina premije običajnega zavarovanja pogojena s širšim kritjem;
- predpostavljam, da se z večjim poudarkom na dveh ključnih elementih (pogoji in uveljavljanje asistencije) spremeni izbira ponudnika.

Glede na razmeroma veliko število ponudnikov s široko paleto storitev lahko vsakdo najde sebi najugodnejšo obliko zavarovanja. Vsekakor pa je pred sklenitvijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco priporočljiv temeljit premislek, kajti ko se enkrat znajdemo v težavah, poti nazaj več ni.

2 ASISTENCA

Asistenco bi lahko opisali kot takojšnjo pomoč nekemu, ki se sreča z nepričakovanim problemom, na način, da se v najkrajšem času najde pot do rešitve problema in da se nato problem reši.

2.1 Definicija asistence

Slovar slovenskega knjižnega jezika ponuja sledečo razlago besede asistenca:

Asistenca –e ž strokovno sodelovanje , pomoč pri čem, zlasti pri pomembnih opravilih: delal je ob asistenci mlajših tovarišev; asistenca pri operaciji, pri vajah na orodju, maša z asistenco, osebe, ki asistirajo: škof in njegova asistenca.

Vendar je pomen besede asistenca mnogo širši in ga v slovenskem jeziku težko opišem z enim stavkom, kaj šele z eno samo besedo.

Asistenca kot storitev pomeni organizacijo pomoči osebam, ki se znajdejo v določenem položaju in potrebujejo pomoč.

2.2 Pojem asistence

Prvotno so asistenčni produkti nudili le pomoč osebam v težavah in zato tudi Zakon o zavarovalništvu govori o organizaciji pomoči osebam v težavah. Vendar pa so se asistenčni produkti razvili tudi v nujenju oziroma opravljanju določenih storitev, ki so le informativne narave in nimajo več neposredne zveze z nesrečo ali težavami.

Asistenca je značilen odraz prenasičenih trgov, na katerih osnovna storitev ne zadostuje za ohranitev tržnega položaja in osveščeni potrošniki zahtevajo vse več od ponudnikov osnovne storitve.

Asistenca je produkt, pri katerem lahko potrošnik na podlagi manjšega celoletnega plačila koristi pomoč v obliki organizacije ali informacij, ki jih nudi asistenčna družba. Asistenčni produkti so tradicionalno vezani na zavarovalne produkte, vendar tudi drugi gospodarski subjekti posegajo po njih (banke, proizvajalci avtomobilov, mobilna telefonija).

Asistenčne storitve lahko opravlja specializirana družba, asistenčna družba, organizirana kot zavarovalnica, ali pa zavarovalnica, ki je hkrati uporabnik asistenčnih storitev.

2.3 Vrste asistenc

V preteklih desetletjih se je asistenca razširila na mnoga področja. Najpogosteje se srečujejo z zdravstveno, tehnično, pravno, hišno in drugimi vrstami asistenc.

2.3.1 Zdravstvena asistenca

Zdravstvena asistenca v tujini zagotavlja sklenitelju pomoč v primeru bolezni ali telesne poškodbe med trajanjem potovanja v tujini.

Zdravstvena asistenca najpogosteje zajema:

- informiranje o zdravnikih in zdravstvenih ustanovah,
- enostavno zdravstveno svetovanje,
- obisk zdravnika na domu oziroma kraju začasnega bivanja,
- reševanje z zdravniško ekipo,
- kontaktiranje lečečega zdravnika,
- spremljanje zdravstvenega stanja hospitaliziranih strank,
- vrnitev po okrevanju,
- zdravstveno informiranje popotnikov itd.

2.3.2 Tehnična asistenca

Tehnična asistenca zagotavlja potrebno pomoč ob okvarah prevoznih sredstev in prometnih nesrečah. Najpogostejša in najbolj znana je avtomobilska asistenca.

Tehnična asistenca najpogosteje zajema:

- vleko in reševanje prevoznega sredstva,
- manjša popravila na licu mesta,
- enostavno svetovanje o prevoznih sredstvih,
- informiranje o servisih,
- nadomestna oziroma rent-a-car vozila v času popravila,
- dostavo nadomestnih delov,
- pomoč pri postopku odrekanja vozila,
- začasno nastanitev voznika in potnikov,
- vrnitev voznika in potnikov domov itd.

2.3.3 Pravna asistenca

Pravna asistenca zagotavlja pravno pomoč.

Pravna asistenca najpogosteje zajema:

- najem advokata,
- plačilo varščine,
- denarni avans za plačilo kazni ipd.

2.3.4 Hišna asistenca

Hišna asistenca je namenjena odpravljanju težav, ki se nenadoma pojavijo v hiši oziroma stanovanju.

Hišna asistenca najpogosteje zajema:

- pomoč električarja, vodovodarja ipd.,
- nadomestno nastanitev, ko stanovanje za določen čas ni primerno za bivanje,
- selitvene storitve in hranjenje pohišta itd.

Ob naštetih oblikah asistenc pa se srečujemo z novimi oblikami asistenc (storitve »Art de vivre«, Lifestyle – Comfort storitve, zdravstveni inženiring, ipd.) ter s prepletanjem različnih že obstoječih oblik asistenc.

2.3.5 Druge vrste asistenc

Poleg navedenih najznačilnejših asistenc, povezanih z zavarovanji, zagotavljajo asistenčna podjetja svoje storitve tudi drugim pravnim osebam. Kot značilni porabniki asistenčnih storitev se pojavljajo operaterji mobilne telefonije, proizvajalci oziroma prodajalci avtomobilov (mobilna garancija), izdajatelji plačilnih kartic, banke, razni proizvajalci in prodajalci, ki nudijo informacije o svojih proizvodih na brezplačnih telefonskih številkah. Poleg tega nekatere asistenčne družbe ponujajo zahtevnejše produkte, kot je pomoč v primeru selitve v tujino, iskanje zaposlitve družinskim partnerjem in podobno.

2.4 Pomen asistenc za zavarovalnico in za zavarovanca

Zavarovalnice po celem svetu trpijo za tako imenovanim sindromom slabega imidža. Ljudje sprejemajo zavarovalnice kot neke vrste nujno zlo. S ponudbo asistenc svojim zavarovancem pa se zavarovalnici ponuja možnost izboljšave tako njenih storitev kot tudi imidža. In kar je še posebej pomembno, je to, da asistenca v večini primerov pripomore k boljšemu nadzoru škodnih primerov in s tem posledično tudi k zmanjšanju njihovih stroškov.

Pomen asistenc za zavarovanca je predvsem v tem, da le-ta za relativno majhno doplačilo k zavarovanju dobi široko paleto storitev, ki jih ponuja asistenca. Za zavarovanca je zelo pomembno dejstvo, da ve, da ne glede na okoliščine (čas, kraj ipd.) lahko vedno v najkrajšem času pričakuje asistenco v obliki pomoči, ki jo potrebuje.

2.5 Asistenčne družbe

Na svetu je le manjše število asistenčnih družb, ki ponujajo razvejano mednarodno mrežo. Večina njih pripada večjim podjetniškim skupinam (npr. AXA, Elvia ipd.), nekatere od njih so popolnoma neodvisne (npr. Assistance CORIS), nekatere pa so del neodvisne mreže (npr. International Assistance Group, ki v svojo mrežo združuje 21 neodvisnih asistenčnih družb).

Vsaka zavarovalnica se lahko odloči za ustanovitev svoje asistenčne družbe z lastno mednarodno mrežo, vendar se v praksi to zgodi le redko. Izgradnja mednarodne mreže je povezana z velikimi stroški. Le največje zavarovalniške skupine imajo dovolj veliko bazo zavarovancev za ohranjanje asistenčne družbe z lastno mednarodno mrežo. Dovolj velika baza zavarovancev je glavni pogoj za delo in obstoj asistenčne družbe z mednarodno mrežo. V praksi srečamo specializirane asistenčne družbe, ki svoje storitve ponujajo različnim družbam oziroma podjetniškim skupinam (bankam, zavarovalnicam, izdajateljem kreditnih kartic, proizvajalcem avtomobilov ipd.). Tako se zavarovanec, ko potrebuje določeno vrsto pomoči, ne obrne na svojo zavarovalnico, temveč na alarmni center asistenčne družbe, ki v dogovoru z zavarovalnico opravlja to storitev. Asistenčna družba nato prek svojih predstavništev oziroma pogodbenih partnerjev zagotovi potrebno pomoč. Asistenčna družba ima po celem svetu razporejenih več alarmnih centrov, na katere se obračajo zavarovanci, ko potrebujejo pomoč.

Alarmni centri so posebne pisarne, ki morajo izpolnjevati naslednje pogoje:

- dosegljivost 24 ur na dan, 7 dni na teden,
- zaposleno visoko usposobljeno osebje z znanjem več tujih jezikov,
- visoka računalniška in telekomunikacijska opremljenost,
- stalen dostop do strokovnjakov in znanja potrebnih za zagotovitev asistenc (zdravniki, mehaniki, advokati itd.).

2.6 Asistenca v Sloveniji

Asistenca se je v Sloveniji pojavila že dokaj zgodaj. Temu je botrovala predvsem potreba tujih asistenčnih hiš, ki so hotele za svoje stranke pokriti področje nekdanje Jugoslavije. Tako je skupina ljudi že od leta 1978 v okviru družbe Hertz opravljala asistenčne storitve. Toda te storitve so bile namenjene izključno tujcem, ki so prišli na to območje. Ta ista skupina ljudi je kasneje, leta 1993, prenesla svoje izkušnje na družbo Assistance CORIS d.o.o. in začela ponujati zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco. Ponudbo so nato razširili tudi na področje tehnične asistenc. Do pred kratkih je bila to praktično edina prava asistenčna družba v Sloveniji. Kasneje se je v Sloveniji pojavilo še več ponudnikov zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco,

v letu 2000 pa je več slovenskih zavarovalnic skoraj istočasno predstavilo v tujini že desetletja poznano avtomobilsko asistenco.

Nikakor pa ne gre spregledati AMZS, ki ima že zelo dolgo zgodovino in že desetletja nudi pomoč voznikom na cesti. Vendar so šele v zadnjih letih dopolnili svojo ponudbo in dobili podobo asistenčne družbe. Danes opravljajo avtomobilsko asistenco za različne slovenske zavarovalnice in proizvajalce avtomobilov.

Ne glede na dokaj zgodnji pojav asistence v Sloveniji lahko rečem, da je Slovenija na tem področju še vedno slabo razvita. Toda glede na trend zadnjih treh let lahko pričakujemo razmah asistence tudi pri nas. Asistenca je pač posel prihodnosti in slej ko prej bo prišlo do vlaganj na tem področju. Z odpiranjem zavarovalniškega trga bodo slovenske zavarovalnice primorane najti ustreznejše rešitve, da bodo ob prihodu tuje konkurence lahko zadržale svoje zavarovance. Glede na razmeroma majhen obseg slovenskega zavarovalnega trga bodo morale poiskati rešitve v partnerstvu z velikimi tujimi asistenčnimi hišami in nuditi svojim zavarovancem enako raven storitev, kot so jih deležni zavarovanci na razvitih trgih.

3 ZAVAROVANJE

Zavarovanje je celovit pojem. To ugotovitev lahko utemeljimo na eni strani z zelo širokim spektrom objektov, ki so lahko predmet zavarovanja, kot so različne dobrine, vrednosti, obveznosti, pa tudi človek sam; na drugi strani pa prav tako z zelo raznovrstnimi nevarnostmi, ki te objekte ogrožajo.

3.1 Splošno o zavarovanju

Mnogi teoretiki so poskušali definirati, ali so definirali zavarovanje, vendar prave definicije zavarovanja še vedno ni, so le približki.

Zavarovanje je dejavnost zaščite gospodarstva pred določenimi nevarnostmi, ki ogrožajo premoženje in osebe (Bijelić 1998, 3).

Primarna funkcija zavarovanja je, da deluje kot mehanizem prenosa tveganja. Zavarovalec prenese finančne posledice tveganja na zavarovalnico, v zameno pa plača premijo (Insurance 1996, 2).

3.1.1 Udeleženci v zavarovalnem razmerju

Udeleženci v zavarovalnem razmerju:

- zavarovatelj: je podjetje, ki izvaja zavarovalno dejavnost – to je zavarovalnica;
- zavarovalec oz. sklenitelj zavarovanja: je množica fizičnih ali pravnih oseb, ki sklenejo z zavarovalnico zavarovalno pogodbo in s tem prevzamejo obvezo za plačilo premije;
- zavarovanec: je tisti, čigar interes je zavarovan; njemu pripadajo vse pravice iz sklenjene zavarovalne pogodbe.

3.1.2 Premija

Premija je cena zavarovanja oziroma točno določen znesek, ki ga mora zavarovalec plačati zavarovalnici ob sklenitvi zavarovalne pogodbe. Je plačilo za varnost, ki jo nudi zavarovalnica svojim zavarovancem.

3.1.3 Zavarovalnina

Zavarovalnina je dajatev iz zavarovalne pogodbe oziroma storitev zavarovalnice, ki je določena v zavarovalni pogodbi. Je širši pojem od odškodnine.

3.1.4 Odškodnina

Odškodnina je dajatev iz zavarovanja odgovornosti zavarovalnice oziroma zavarovatelja tistim zavarovalcem ali upravičencem, pri katerih je nastal zavarovalni primer, na katerega se nanaša sklenjena zavarovalna pogodba.

3.1.5 Zavarovalna vsota

Zavarovalna vsota je znesek, od katerega se določa zavarovalna premija. Ponavadi je to najvišji možni znesek, ki ga zavarovalnica izplača.

3.1.6 Zavarovalni dogodek

Zavarovalni dogodek je dogodek, za katerega se zavarujemo. Pogosto je to tudi škodni primer, za katerega dobimo izplačano zavarovalnino oziroma odškodnino.

3.1.7 Zavarovalno razmerje

Po sklenitvi zavarovalne pogodbe med zavarovalnico (zavarovateljem) in skleniteljem zavarovanja (zavarovancem) nastopi zavarovalno razmerje in to še ne pomeni, da je storitev zavarovalnice v celoti opravljena. Obvezno je treba razlikovati dva osnovna tokova. Najprej gre za pridobivanje in sklepanje zavarovanj, kar zagotovi dotok zavarovalnih premij oziroma prispevkov, nato pa še za obravnavanje in likvidacijo zavarovalnih primerov, na osnovi katerega pride do odtoka zavarovalnin oziroma odškodnin (Flis 1995, 13-14).

Pri obstoju zavarovalnega razmerja gre na eni strani za obljubo zavarovalnice, na drugi pa za obljubo zavarovalca. Obljube, za katere se zavarovalnica in zavarovalec zavezujeta, da jih bosta izpolnila, so navedene v zavarovalni pogodbi oziroma polici. Zavarovalnica obljubi, da bo plačala dogovorjeno zavarovalnino ob nastopu zavarovalnega primera, obljuba zavarovalca pa je, da bo plačal dogovorjeno premijo.

Velika večina zavarovalcev torej zavarovalnici plačuje premije, od zavarovalnice pa za njih ne dobi ničesar. Postavlja se vprašanje, zakaj se ljudje potem sploh zavarujejo in zavarovalnici plačujejo premije, če le izjemoma kaj dobijo iz zavarovanja. Vendar je treba pri tem upoštevati, da odškodnina ni edini koristen učinek, ki ga dobi nevarnostni subjekt od zavarovalnice. Pomembna nasprotna dajatev, ki jo zavarovalnica zagotavlja vsakemu nevarnostnemu subjektu, je gospodarska varnost, to je gotovost vsakega nevarnostnega subjekta, da se mu bo morebitna škoda nadomestila z zavarovanjem (Williams in Heins 1981, 210-211).

Medtem ko je odškodnina za zavarovalca le nekaj enkratnega, je gospodarska varnost nekaj trajnega in jo dobiva vsak nevarnostni subjekt nepretrgoma ves čas, dokler je zavarovan. Tako kot so škode samo zunaj izraz in potrditev gospodarske nevarnosti, so odškodnine samo zunanji izraz in potrditev gospodarske varnosti.

3.1.8 Značilnosti zavarovanja

Zavarovalna storitev je proizvod zavarovalnice, ki s prevzemanjem tveganj zagotavlja varnost tako posameznikom, družinam kot tudi poslovnim sistemom. Storitev pomeni dejanje ali delovanje, ki ga lahko ena stran ponudi drugi; je po svoji naravi neotipljiva in ne pomeni posedovanja česar koli. Proizvodna storitev je lahko ali pa tudi ne vezana na fizični izdelek. Glede na to zavarovalnica prodaja nevidno blago, ki pred prodajo zahteva veliko pojasnjevanja in prepričevanja.

Dobijo jo samo tisti, ki jim škoda nastane, toda gospodarsko varnost dobivajo vsi zavarovalci. Zato lahko trdimo, da se zavarovalci zavarujejo predvsem zaradi gospodarske varnosti, kajti odškodnina je le sredstvo za ustvarjanje gospodarske varnosti.

Obljuba zavarovalnice, da bo zavarovalcu nadomestila škodo, je nekaj abstraktnega. Zavarovalec verjame v to le, če zavarovalnica neprestano izpolnjuje svojo obljubo drugim zavarovalcem, saj tako lahko upravičeno pričakuje, da jo bo izpolnila tudi njemu. Samo v tem primeru zavarovalnica lahko pričakuje, da bo še naprej zavarovala. Za zavarovalca je hkrati pomembno, da mu zavarovalnica plača odškodnino v čim krajšem času, kajti zavarovalec je zaradi nevarnostnega dogodka navadno v večji ali manjši finančni stiski in zato še posebej občutljiv za reševanje zavarovalnega primera. V primeru, da javnost izgubi zaupanje v tekoče in popolno izplačevanje odškodnin s strani zavarovalnice, to negativno in omejevalno vpliva na poslovanje zavarovalnice, ker stari zavarovalci odhajajo iz zavarovanja, hkrati pa prihaja tudi manj novih zavarovalcev v zavarovanje. Torej velja, da zavarovanje bolj kot katerakoli druga gospodarska dejavnost temelji na zaupanju. Njeno »blago«, zavarovalno jamčenje, je nevidno in brez zaupanja ni zavarovanja, zato je pomembno, da je zavarovalnica solidna, hitra in prožna v poslovanju, ker si s tem ustvarja vedno večje zaupanje.

Za zavarovanje je značilna bistveno manjša privlačnost prav zaradi samih lastnosti zavarovalne storitve. Zavarovalec lahko ocenjuje kakovost zavarovalne storitve pri sklenitvi zavarovanja le subjektivno, glede na stike z osebjem (zavarovalnim agentom, osebjem v zavarovalnici, ipd.), saj zaradi abstraktne zavarovalne storitve nima drugih bolj oprijemljivih meril. Zavarovalna storitev je namreč kot vsaka druga storitev abstraktna, za katero je še posebej pomembno mnogo pojasnjevanja, razlaganja in obsežnega prepričevanja, da jo zavarovalnica sploh lahko proda, kajti zavarovalno storitev kupec razumsko in čustveno še težje sprejme. Gre za neko obljubo, katere realizacija je odložena v prihodnost. Toda tudi ob nastopu škodnega oziroma zavarovalnega dogodka se kakovost zavarovanja in zavarovalnice enači le s kakovostjo odnosov zavarovalnega osebja do zavarovalcev. Problem je, da zavarovalec spozna kakovost določene zavarovalne storitve in s tem tudi upravičenost nakupa zavarovanja šele, ko nastopi škodni oziroma zavarovalni dogodek. Do tega

trenutka pa predstavlja zavarovanje za zavarovalca nepotreben izdatek oziroma izdatek za nekaj, kar se morda sploh ne bo zgodilo (Končina 1994, 43).

3.1.9 Škodna narava zavarovanj

Gospodarska nevarnost je osnova za obstoj zavarovanja. Ker gospodarska nevarnost predstavlja možnost gospodarske škode, je tudi zavarovanje povezano z gospodarsko škodo. Čeprav se po klasični delitvi govori o škodnem in vsotnem zavarovanju, je vsako zavarovanje po svoji naravi škodno zavarovanje, toda v vsakem od njih se škodna narava navzven drugače uveljavlja. Vsotno zavarovanje sicer ni škodno zavarovanje po svoji obliki, je pa to po svoji gospodarski vsebini, kajti tudi tu v praksi vedno nastane gospodarska škoda zaradi nevarnostnega dogodka.

Škodno zavarovanje je namenjeno nadomeščanju gospodarskih škod, ki nastanejo zaradi nevarnostnih dogodkov na nevarnostnih objektih ali zaradi njih. Za škodno zavarovanje velja, da zadovoljuje konkretno potrebo in da gre za konkretno ugotovljivo škodo, ki se nadomesti z odškodnino.

Vsotno zavarovanje pa je tisto, pri katerem se plača vnaprej dogovorjena zavarovalna vsota, ko nastane nevarnostni dogodek. S tem zavarovanjem se zadovoljuje abstraktno potrebo, ki temelji le na splošno ugotovljivi škodi. Gospodarska škoda se tu ne predpostavlja in ne ugotavlja. Edini pogoj za plačilo zavarovalne vsote je nevarnostni dogodek. Dejansko tudi tu nastane neka gospodarska škoda zaradi nevarnostnega dogodka, le da se ne upošteva pri določitvi odškodnine. Ker pa se zavarovalec tudi pri vsotnem zavarovanju zavaruje proti škodi, ki jo ima pred očmi in se ta čeprav samo deloma nadomesti z zavarovalno vsoto kot odškodnino, je vsotno zavarovanje vsebinsko prav tako škodno zavarovanje kot tisto, ki ga večina tako imenuje.

3.1.10 Delitev po predmetu zavarovanja

Zavarovanje lahko delimo po različnih kriterijih. Najbolj praktična in za teorijo pomembna delitev zavarovanja je glede na predmet zavarovanja.

Glede na to, ali je predmet zavarovanja premoženje oziroma stvar ali oseba, delimo vsa zavarovanja na:

- premoženjska zavarovanja,
- osebna zavarovanja.

Premoženjsko zavarovanje lahko sklene vsak, ki ima interes, da ne utрпи kakšne materialne izgube, npr. na stvari (zavarovanje stvari) ali na premoženjski pravici.

Pri osebnem zavarovanju sta predmet zavarovanja človekovo življenje oziroma človekovo telo in zdravje (Ivanjko 1999, 12).

3.1.11 Opredelitev osebnih zavarovanj

Ohranjanje življenjske ravni prizadetega ali njegove družine je danes življenjskega pomena, kajti ljudje živijo v glavnem od svojega dela oziroma individualnega dohodka. Izguba tega pomeni izgubo dotedanje življenjske ravni. Na začetku se prizadeti še lahko preživlja s prodajo svojega premoženja, čeprav tudi to že pomeni zmanjšanje njegove življenjske ravni. Sčasoma pa nima druge možnosti, kot da doseže spet svoj individualni dohodek, da dobi nekje pomoč ali pa umre. To je razlog, da je ohranjanje življenjske ravni tako pomembna funkcija zavarovanja.

Posebnost na področju zavarovanja oseb je, da je lahko nevarnostni objekt hkrati nevarnostni subjekt. Človek je namreč z ene strani fizično, z druge pa družbeno bitje. Kot fizično bitje je podvržen osebnim nevarnostim in je njihov nevarnostni objekt, je v gospodarski nevarnosti enako kot nek fizičen gospodarski predmet. Kot družbeno bitje pa je hkrati gospodarski subjekt, ki ima svojo voljo in ne odloča samo o gospodarskih predmetih, ampak tudi o samem sebi in lahko rečemo, da razpolaga sam s seboj in skuša obvladati gospodarsko nevarnost.

Po zavarovalni zakonodaji mora nevarnostni subjekt imeti zavarovalni interes, kar pomeni, da mora tisti, ki od zavarovalnice zahteva odškodnino, dokazati ne samo da je zavarovalec in s tem upravičenec, ampak tudi da je ob nevarnostnem dogodku imel zavarovalni interes. To velja, če gre za škodno zavarovanje, za ugotovljive škode, npr. za stroške zdravljenja, kjer se škoda meri in od nje odmeri odškodnina. V vsotnem zavarovanju se plača dogovorjena zavarovalna vsota kot odškodnina, kadar nastopi nevarnostni dogodek, škoda pa se ne meri.

3.2 Vrste osebnih zavarovanj

Kadar govorimo o osebnih zavarovanjih, lahko govorimo o treh glavnih skupinah zavarovanj. To so življenjska, nezgodna in zdravstvena zavarovanja. V okviru življenjskega zavarovanja ločimo še rentno oziroma pokojninsko zavarovanje.

3.2.1 Življenjsko zavarovanje

Skupna značilnost življenjskih zavarovanj je, da se tu zbira matematična rezervacija, brez katere zavarovalnice ne bi mogle zadovoljivo izpolnjevati svojih obveznosti. Pri vseh oblikah življenjskih zavarovanj velja, da zavarovanci na osnovi zavarovalnih pogodb vnaprej plačujejo premije in zbrana sredstva se obrestujejo z obrestno mero, ki jo zavarovalnica doseže z obračanjem sredstev.

3.2.2 Življenjsko zavarovanje v ožjem smislu

Življenjsko zavarovanje je glede na svojo vlogo na socialnem, političnem in gospodarskem področju zelo pomembna zavarovalna panoga, kajti to je tretji podporni steber, s katerim se socialna varnost na starost financira.

Običajno se ob poteku življenjskega zavarovanja izplača zavarovalna vsota za doživetje v enkratnem znesku, lahko pa se na zahtevo upravičenca izplačuje kot mesečna renta.

Med sklenjenimi življenjskimi zavarovanji imajo največ deležev mešana zavarovanja, ki obsegajo zavarovanje za primer smrti in doživetja, ker to zavarovanje zajamči finančno pomoč zavarovancu, ko doseže neko starost, oziroma njegovim bližnjim, če zavarovanec med trajanjem zavarovanja umre.

3.2.3 Rentno oziroma prostovoljno pokojninsko zavarovanje

Rentno zavarovanje se je pri nas pojavilo šele v zadnjih letih. Zavarovalnice se zavezujejo, da bodo subjektom, ki so vnaprej plačali premije, ob upokojitvi začeli izplačevati rento do smrti, ki jo lahko imenujemo tudi pokojnina. Tako zavarovalnice tem subjektom zagotovijo varnost in prevzemajo določeno tveganje, kajti smrt je nenaden, težko predviden in od človekove volje neodvisen dogodek. Prav s prevzemom tega tveganja se zavarovalnice razlikujejo od ostalih finančnih institucij, kot so npr. banke, kajti čas izplačevanja rente traja pri rentnem varčevanju točno določeno časovno obdobje in banka s tem ne prevzema nobenega tveganja.

Rentno zavarovanje ima velik pomen, ker z njim vsakdo načrtuje svojo finančno prihodnost in pomeni preišljeno naložbo v bodočo socialno varnost. Načrtovanje sloni na pričakovanih potrebah in sedanjih plačilnih zmožnostih. Naloga rentnega zavarovanja je zagotavljanje zavarovancem določeno varnost na starost, ko bodo prejeli mesečno starostno rento/pokojnino na osnovi predhodno vplačanih mesečnih premij. Višina premij/pokojnine se določi na podlagi dobe, za katero so bile plačane premije. Poleg obsega zbranega fonda se pri določanju višine rente/pokojnine upošteva tudi starost ob upokojitvi ter spol. Če zavarovanec umre v času plačevanja prispevkov, zavarovalnica ponavadi upravičencu za primer smrti izplača odkupno vrednost sredstev, ki so se zbrala v zavarovančevem fondu.

3.2.4 Nezgodno zavarovanje

Funkcija nezgodnega zavarovanja je ta, da vsakemu posamezniku, ki sklene ali individualno ali kolektivno zavarovanje, pomaga, da z manjšo psihično obremenitvijo pokrije škodo, ki jo je utrpel zaradi nezgode, katera se mu je pripetila v okviru zavarovanega rizika.

Nezgodna zavarovanja delimo na obvezna in prostovoljna, čeprav sodi med obvezna zavarovanja le zavarovanje oseb in potnikov v javnem prometu. O

prostovoljnem nezgodnem zavarovanju pa govorimo, ko gospodarske celice na podlagi svoje proste odločitve zavarovalno pogodbo lahko sklenejo ali ne. Ponudba prostovoljnih nezgodnih zavarovanj s strani zavarovalnic je zelo pestra in v okviru teh ločimo zavarovanja s splošnim in zavarovanja z omejenim jamstvom. Za zavarovanja s splošnim jamstvom je značilno, da so ta zavarovanja krajevno in časovno neomejena. Med temi so najpogostejša kolektivna nezgodna zavarovanja, s katerimi se zavarujejo delavci v podjetju, kmetje in šolska mladina. Pri zavarovanju z omejenim jamstvom se zavarovancu izplača zavarovalnina le, če je utrpel nezgodo pri upravljanju tiste dejavnosti, za katero je zavarovanje sklenjeno.

3.2.5 Zdravstveno zavarovanje

Ljudje vse prevečkrat, ponavadi nepričakovano, zbolimo oziroma se poškodujemo. Huda bolezen ali poškodba lahko resno vpliva na naš finančni in ekonomski položaj. Pri težki in dolgotrajni bolezni oziroma poškodbi se pojavita dve poglavitni težavi. Prva težava je izguba dohodka, ki bi ga oseba v danem času lahko prejela za opravljeno delo, če ne bi zbolela oziroma se poškodovala. Druga težava je povezana s ponavadi zelo visokimi stroški zdravljenja. Da bi se ljudje izognili izgubi dohodka in plačilu stroškov zdravljenja, jim država oziroma zavarovalnice nudijo možnost sklenitve zdravstvenega zavarovanja (Rejda 1986, 427).

V Sloveniji je od leta 1993 dalje v veljavi kombinacija obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Obvezno zdravstveno zavarovanje obsega zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela ter zavarovanje za poklicne bolezni in poškodbe pri delu. Iz tega zavarovanja izhaja pravica do zdravstvenih storitev, do nadomestila za čas nezmožnosti oziroma odsotnosti z dela, pravica do pogrebnine in posmrtnine ter do povračila potnih stroškov v zvezi z zdravljenjem. Vendar obvezno zdravstveno zavarovanje ponavadi krije nastale stroške le v določenem odstotnem deležu. Razliko do celotnega plačila zdravstvene storitve pa zavarovancu lahko pokrije dodatno zdravstveno zavarovanje. Poleg tega pa to zavarovanje pogosto tudi nudi večji obseg pravic ali višji standard storitev, ki jih obvezno zavarovanje ne vključuje.

4 ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Zdravstveno zavarovanje predstavlja zelo pomemben del celovite socialne varnosti vsake družbe. V vsakdanjem življenju se kaže ljudem kot pravica do določenih zdravstvenih in nezdravstvenih storitev, njihovega obsega, kakovosti in (ekonomskih in fizičnih) dostopnosti (Česen 1998, 40).

4.1 Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji

Slovenija ima kot srednjeevropska država bogato, več kot 110-letno tradicijo obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ob splošnih spremembah v družbi in osamosvojitvi države je bila v marcu 1992 sprejeta nova zdravstvena zakonodaja in z zakonom ustanovljen Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Njegova osnovna funkcija je izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja po načelih socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, starimi in mladimi, bogatimi in revnimi.

Temeljna razloga za prehod iz državno vodenega sistema in sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja sta bila:

- negospodarno obnašanje države, saj je bil celoten sistem v njenih rokah,
- potreba po spremembi miselnosti ljudi, katere so v preteklosti zanimale le pravice, ne pa tudi dolžnosti.

Slovenski model zdravstvenega zavarovanja ima tako vse skupne karakteristike javnih oziroma socialnih sistemov zdravstvenega zavarovanja, kot so zlasti:

- obveznost in neprofitnost zavarovanja,
- solidarnost, ki se kaže med drugim tudi v prispevkih delodajalcev kot delojemalcev,
- enakost zavarovanih oseb pri uveljavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- povsem določena vloga države,
- izvajanje zavarovanja, ki jo upravlja asociacija delodajalcev/delojemalcev.

(Berkopec 1995, 3-4).

V Sloveniji smo, po zgledu mnogih evropskih držav, ki osnovni model obveznega zavarovanja dopolnjujejo z načelom delitve stroškov (ang. Cost-sharing) oziroma sozavarovanjem (ang. Coinsurance), uvedli tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

4.1.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje

Slovenija je z zdravstveno zakonodajo v letu 1992 uvedla zdravstveno zavarovanje, ki je obvezno za vse državljane RS s stalnim prebivališčem v RS in ga izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

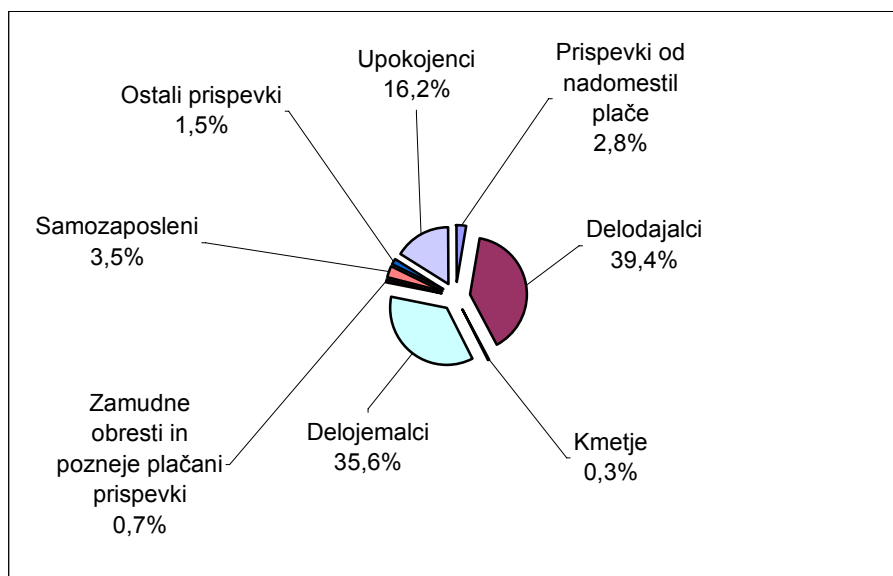
4.1.2 Prispevki

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju med drugim določa:

- prispevke, kot vir sredstev za financiranje zdravstvenega varstva, ki jih plačujejo zavodu zavarovanci, delodajalci in drugi z zakonom določeni zavezanci. Prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje se plačujejo od osnov, določenih z zakonom, po predpisanih proporcionalnih stopnjah in v pavšalnih zneskih,

- pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, za katere se plačujejo določeni prispevki. Pravice posameznih kategorij zavarovanih oseb iz obveznega zavarovanja so vezane na prispevke, ki jih plačujejo zavezanci v skladu z določili zakona.

Graf 4.1 Kategorije zavarovancev v letu 2003:



Vir: ([URL:http://www.zzs.si/Prispevki](http://www.zzs.si/Prispevki)), 01.06.2004

Sredstva, zbrana s prispevki obveznega zdravstvenega zavarovanja, se razporedijo za zagotavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in sicer za:

- plačilo programov zdravstvenih storitev (storitve osnovne zdravstvene dejavnosti, specialistične in bolnišnične dejavnosti, lekarniške dejavnosti, zdraviliške dejavnosti, dejavnosti socialnih zavodov, zagotavljanje medicinskih pripomočkov, zdravljenje v tujini, storitve po mednarodnih pogodbah),
- nadomestila plače med začasno zadržanostjo z dela,
- pogrebno in posmrtno ter povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

4.1.3 Vrste pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavljajo v obsegu, ki ga določa zakon:

- pravice do zdravstvenih storitev,
- pravice do denarnih nadomestil.

Pravice do zdravstvenih storitev obsegajo storitve osnovne zdravstvene dejavnosti vključno z zobozdravstvom, zdravstvene storitve v določenih socialnih zavodih, storitve specialistično – ambulantno, bolnišnične in terciarne dejavnosti.

Poleg storitev v zdravstvenih dejavnostih štejemo med pravice do zdravstvenih storitev še pravice do zdraviliškega zdravljenja, obnovitvene rehabilitacije, prevozov z reševalnimi in drugimi vozili, zdravil, tehničnih pripomočkov in nekatere druge.

Zavarovane osebe imajo iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja pravico do denarnih nadomestil, in sicer do:

- nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela,
- pogrebne in posmrtnine,
- povračila potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

4.1.4 Obseg pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju

Obvezno zdravstveno zavarovanje obsega zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela ter zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Obseg pravic do zdravstvenih storitev je določen v odstotku od vrednosti storitev. To pomeni, da obvezno zdravstveno zavarovanje »pokriva« večino zdravstvenih tveganj, vendar ne vseh in tudi ne v celoti. Razliko do polne cene morajo plačati zavarovane osebe iz lastnih sredstev, lahko pa se za doplačilo dodatno zavarujejo.

V celoti zakon zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev zavarovanim osebam za naslednje zdravstvene storitve:

- sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, šolske mladine, študentov, ki se redno šolajo, žensk v zvezi z nosečnostjo in drugih odraslih oseb, razen preventivnih pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavlja delodajalec;
- zgodnje odkrivanje in preprečevanje bolezni, skladno s programom;
- zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom;
- preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njegovega širjenja;
- obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa, skladno s programom;
- zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, kemofilije, duševnih bolezni, raznih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze;
- zdravljenje in rehabilitacija zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu;
- zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv ter organov za presaditev drugim osebam;
- nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi;
- patronažni obiski, zdravljenje in nega na domu ter v socialnih zavodih;
- zdravila na recept v skladu z razvrstitvijo zdravil, ortopedski in drugi pripomočki v zvezi z zdravljenjem pri osebah in stanjih od prve do desete alineje.

Odstotki vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih pokriva obvezno zdravstveno zavarovanje, se spreminjajo na podlagi zakonskih usmeritev. Določa jih skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje v soglasju z Vlado Republike Slovenije, zakon pa določa njihovo spodnjo mejo.

4.1.5 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

V Sloveniji imamo trenutno tri ponudnike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Največ ljudi se je odločilo zavarovati pri Vzajemni zdravstveni zavarovalnici, d.v.z., ki jo je leta 1999 ustanovil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in posluje po načelih vzajemnosti in neprofitnosti. Manjši delež ljudi pa je zavarovanih pri Adriatic zavarovalni družbi d.d. V letošnjem letu se je na trgu pojavil nov ponudnik Triglav zdravstvena zavarovalnica d.d.

4.1.6 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. ponuja štiri sklope zavarovanj. S popolnim zavarovanjem doplačil se zavarujemo za plačilo razlike ali dela razlike med ceno zdravstvene storitve, zdravil ali pripomočkov, ki jo krije obvezno zdravstveno zavarovanje, in polno ceno te zdravstvene storitve, zdravila ali pripomočka. Nadstandard A omogoča uveljavljanje pravic, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar na višji kakovostni ravni oziroma v večjem obsegu, kot so zagotovljene v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Nadstandard B omogoča uveljavljanje zdravstvenih storitev po drugačnem postopku, kot je predvideno v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje (VOZ) je namenjeno tistim osebam (predvsem tujcem), ki si po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ne morejo urediti statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Te osebe si s sklenitvijo zavarovanja VOZ lahko zagotovijo zdravstveno varnost v skoraj enakem obsegu kot tisti, ki vstopajo v obvezno zdravstveno zavarovanje na podlagi zakona. Na ta način lahko uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev iz obveznega zavarovanja v obsegu (v celoti ali v odstotnem deležu), kot ga določa zakon.

4.1.7 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje Adriatic zavarovalne družbe d.d.

Adriatic zavarovalna družba d.d., ponuja tri skupine prostovoljnih zavarovanj. Skupina A pomeni razbremenitev stroškov za doplačila k standardnim zdravstvenim storitvam, ki so kot pravica sicer opredeljene v obveznem zavarovanju, vendar jih obvezno zavarovanje ne krije v celoti. Zavarovanja v skupini B zagotavljajo večji obseg pravic ali višji standard storitev, ki so opredeljene že v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Skupina C pa je nekaj posebnega, saj združuje zavarovanja za dodatne pravice, ki jih obvezno zavarovanje ne zajema.

4.1.8 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje Zdravstvene zavarovalnice Triglav d.d.

V začetku leta se je na trgu zdravstvenih zavarovanj Zavarovalnica Triglav d.d. kot večinski lastnik specializirane zdravstvene zavarovalnice vključil v nacionalni sistem kartice zdravstvenega zavarovanja. Na trgu ponuja pet oblik zdravstvenih zavarovanj.

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 zdravstvenih 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.

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/ali izvedbi zdravstvenih ter z njimi povezanih storitev doma in v tujini.

4.1.9 Zdravstveno zavarovanje v tujini

Sodobni ljudje smo popotniki. Delo in zabava nas vodita v bližnje in daljne kraje. Toda tudi pri skrbno načrtovanem potovanju ali pa le pri kratkem izletu se lahko zgodi kaj nepredvidenega, nezgoda ali bolezen. Stroški, ki so povezani z zdravljenjem, so navadno visoki, ponekod v svetu pa ustrezne zdravstvene storitve sploh niso na voljo.

Osebam, ki so obvezno zdravstveno zavarovane v Republiki Sloveniji, so med začasnim bivanjem v tujini zagotovljene pravice do nujnega zdravljenja. Nujno zdravljenje pomeni vse tiste zdravstvene storitve, ki jih ni mogoče odložiti, ne da bi bilo ogroženo življenje ali zdravje zavarovane osebe. Zavarovana oseba, ki potrebuje zdravstvene storitve v določenih časovnih obdobjih, npr. dializni bolnik, lahko uveljavlja te storitve tudi v tujini, če pred odhodom pridobi soglasje Zavoda za zdravstveno zavarovanje.

4.1.10 Uveljavljanje pravice do nujnega zdravljenja v državah – podpisnicah meddržavne pogodbe (konvencije)

Konvencija je dogovor, sporazum oziroma pogodba, zlasti med državami, ustanovami, podjetji ipd. Republika Slovenija je z nekaterimi evropskimi državami sklenila konvencije, ki urejajo področje uveljavljanja pravice do nujnega zdravljenja.

Po 1. maju 2004 bodo še vedno veljavna konvencijska potrdila za državo Avstrijo, Belgijo, Italijo, Luksemburg, Madžarsko, Nemčijo in Nizozemsko, ki so bila na podlagi meddržavnih sporazumov (konvencij) izdana pred 1. majem 2004 in njihova veljavnost še ni potekla.

4.1.11 Uveljavljanje pravic na osnovi potrdila

V obdobju od 1. maja 2004 do 31. maja 2004 bodo osebe, ki so obvezno zdravstveno zavarovane v Sloveniji, uveljavljale pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči med začasnim bivanjem v državah članicah EU in državah Evropskega gospodarskega prostora (EGP) na podlagi enotnega obrazca (Potrdilo o pravici do storitev med začasnim bivanjem v državi članici).

Potrdilo lahko zavarovane osebe dobijo na vseh območnih enotah in izpostavah Zavoda za zdravstveno zavarovanje. Za pridobitev potrdila je potrebno predložiti veljavno kartico zdravstvenega zavarovanja in poravnati ceno obrazca. Potrdilo se lahko izda največ za 3 mesece. Potrdilo se praviloma izda zavarovani osebi, obstaja pa tudi možnost izdaje potrdila za večje skupine zavarovanih oseb. V tem primeru predstavnik skupine prinese veljavne kartice zdravstvenega zavarovanja in se dogovori o prevzemu izpolnjenih obrazcev. Ta možnost je dana tako za primere organiziranih izletov oziroma letovanj, kakor tudi delodajalcem za njihove delavce in družinske člane.

Da bi zavarovanim osebam omogočili pridobiti omenjena potrdila na čim enostavnejši način, ponuja Zavod za zdravstveno zavarovanje tudi možnosti brezplačnega elektronskega naročanja potrdil preko interneta in samopostrežnih terminalov.

S potrdilom lahko zavarovane osebe v navedenih državah uveljavljajo pravico do nujnega zdravljenja, in sicer praviloma brez plačila pri zdravnikih ali zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže. Pri zasebnih zdravnikih ali privatnih klinikah, ki nimajo pogodbe z državno zavarovalnico, pa bodo morali stroške poravnati sami in po vrnitvi uveljavljati povračilo teh stroškov na pristojni območni enoti ali izpostavi Zavoda za zdravstveno zavarovanje. Za povračilo je potrebno predložiti dokumentirane račune, na podlagi katerih se po postopku, ki je določen s konvencijo, opravi povračilo stroškov v višini, kot to prizna tuj nosilec zavarovanja v kraju, kjer so bile storitve opravljene.

Po 1.6. 2004 Zavod ne bo več izdajal obrazcev, temveč bo pričel z izdajanjem evropske kartice zdravstvenega zavarovanja. Ne glede na to pa bodo obrazci, ki bodo izdani zavarovanim osebam v obdobju od 1.5.2004 do 31.5.2004, veljavni tudi po 1.6.2004, saj je njihova veljavnost opredeljena na praviloma 3 mesece, v vsakem primeru pa bo njihova veljavnost potekla najkasneje 31.12.2004.

4.1.12 Uveljavljanje pravic na osnovi potnega lista in veljavne kartice zdravstvenega zavarovanja

Razen prej navedenih držav je meddržavna pogodba sklenjena še z Bolgarijo, kjer zavarovane osebe pravico do nujnega zdravljenja uveljavljajo v javnih zdravstvenih ustanovah na podlagi potnega lista in veljavne kartice zdravstvenega zavarovanja. Tudi v tem primeru bodo morali stroške plačati sami, če bodo uveljavljali pravico do

nujnega zdravljenja pri zasebnikih, ki niso del javne zdravstvene mreže. V primeru, da bo zavarovana oseba morala plačati zdravstvene storitve, lahko vloži zahtevek za povračilo na pristojni območni enoti oziroma izpostavi Zavoda za zdravstveno zavarovanje.

4.1.13 Uveljavljanje pravice do nujnega zdravljenja v ostalih državah

Z ostalimi državami meddržavne pogodbe niso sklenjene, kar pomeni, da morajo zavarovane osebe v primeru uveljavljanja storitev nujnega zdravljenja le-te plačati same. Na podlagi dokumentiranega računa bo pristojna območna enota oziroma izpostava Zavoda za zdravstveno zavarovanje opravila povračilo stroškov v višini ustreznega deleža po povprečni ceni teh storitev v Sloveniji.

4.1.14 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje v tujini

Da bi se ljudje lahko izognili plačilu visokih stroškov, povezanih z zdravstvenimi storitvami v državah, s katerimi ni sklenjena meddržavna pogodba, oziroma, da bi imeli možnost iskati pomoč v privatnih, praviloma kvalitetnejših in seveda dražjih zdravstvenih ustanovah, so različne zavarovalnice ponudile slovenskemu trgu dve vrsti zavarovanj:

- turistično zavarovanje: gre za zavarovanje, ki zavaruje turiste na turističnih potovanjih, letovanjih ter službenih potovanjih doma in v tujini. Zavarovanje združuje zavarovanja tistih nevarnosti, ki se najpogosteje primerijo turistom, in sicer: zavarovanje proti posledicam nezgode, zavarovanje stroškov reševanja in prevozov, zavarovanje odgovornosti zavarovanca, zavarovanje prtljage in osebnih stvari, zavarovanje prekinitve ali kasnejše vrnitve s potovanja in zavarovanje odpovedi turističnega potovanja. Zavarovanec lahko izbere kombinacijo zavarovanj najmanj dveh nevarnosti. V primeru, da zavarovanec potrebuje pomoč, jo mora poiskati sam ter tudi sam plača račun za opravljeno storitev in kasneje od zavarovalnice uveljavlja povrnitev stroškov.

- prostovoljno zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco: gre za zavarovanje, ki ponavadi nudi: plačilo stroškov nujnih zdravstvenih storitev, organizacijo in plačilo nujnih zdravstvenih prevozov, plačilo stroškov zdravljenja v bolnišnici, organizacijo in plačilo prevoza obolelega ali preminulega zavarovanca v domovino in še mnoge druge storitve. V primeru, da zavarovanec potrebuje pomoč, je načeloma potreben samo klic na alarmni center asistenčne družbe, ki poskrbi za nadaljnjo organizacijo oziroma rešitev problema.

5 TRŽENJE ZAVAROVALNIŠKIH STORITEV

5.1 Opredelitev načinov trženja zavarovalniških storitev

Prodaja zavarovalniških storitev je odvisna od številnih odločitev, povezanih z izbiro trženjskih poti. Tradicionalnemu načinu se bolj pridružujejo novi načini, ki so posledica hitrega tehnološkega napredka in posledično novega načina razmišljanja. Ne nazadnje pa vpliva na razvoj novih trženjskih poti v zavarovalništvu čedalje večja konkurenca zaradi nujnosti upoštevanja smernic Evropske unije. Načini distribucije zavarovalniških storitev pomembno vplivajo na velikost tržnega deleža zavarovalnic ter na njihovo dobičkonosnost, zato je razvijanje novih načinov trženja zavarovalniških storitev v njihovem interesu.

Na izbiro trženjskih poti vplivata predvsem dva dejavnika: stroški, ki jih zahteva posamezna trženjska pot, ter zadovoljstvo zavarovanca z načinom ponujene storitve; poslovni odnos, ki se vzpostavi z zavarovancem, mora biti profesionalen, zaupanja vreden ter pristen.

Zlasti morajo obvladovati komunikativnost tisti uslužbenci zavarovalnice, ki imajo vsakdanje poslovne stike s strankami. Do strank morajo biti jasni, razumljivi, vljudni, strokovni pri razlagi medsebojnih obveznosti in korektni pri informiranju o zavarovalnih pogojih, ki jih nudijo posamično ali v obliki zavarovalnih paketov (Devetak 1998, 119).

Čedalje večja konkurenčnost oziroma nujnost zmanjševanja stroškov narekuje razvoj novih oblik trženjskih poti, ohranjanje starih, tradicionalnih oblik trženjskih poti pa pomeni prednost pred novimi oblikami zaradi vzpostavljanja neposrednega stika z zavarovancem. Trženjski koncept je osredotočen na upoštevanje želja in potreb potrošnika, kar pomeni, da je treba pri vseh elementih trženjskega spleta bolj ali manj upoštevati usmerjenost na potrošnika. Zavarovalnice se tako srečujejo s problemom vzpostavitve optimalnih načinov trženja zavarovalniških storitev: ob nizkih stroških doseči zadovoljstvo zavarovancev. Odločiti se morajo med tradicionalnimi ter novimi, tako imenovanimi neposrednimi trženjskimi potmi.

Tehnologija je ključni dejavnik razvoja trženjskih poti. V množični ponudbi zavarovalniških storitev bo uspeh zagotavljala le premišljena, ciljnim skupinam prilagojena in stroškovno učinkovita izbira trženjskih poti in kombinaciji z drugimi elementi trženjskega spleta (Single Market Review 1998).

5.2 Načini trženja zavarovalniških storitev

Načini trženja zavarovalniških storitev pri osebnih zavarovanjih se razlikujejo od tistih pri premoženjskih zavarovanjih; prav tako se ti razlikujejo med državami. Poleg

tradicionalnih trženjskih poti, med katere spada trženje po zavarovalnih zastopnikih, internih zaposlenih, agentov brokerjev in neodvisnih finančnih svetovalcih, se kot posledica tehnološkega napredka pojavljajo nove oziroma neposredne trženjske poti.

Med slednje spada trženje prek bank, telefonska prodaja, teleprodaja, neposredna pošta in internet. Tako prve kot druge združujejo z vidika stroškov, prihranka časa, enostavnosti, pristnosti osebnega stika s ponudnikom ipd. Vrsto ugodnih in neugodnih značilnosti za zavarovanca in za zavarovalnico.

Na razvoj trženjskih poti imajo nesporno velik vpliv trije dejavniki, ki so prisotni oziroma jih zahteva enoten evropski trg: deregulacija evropskih trgov, povezovanje finančnih institucij ter naraščajoča konkurenca, ki sili zavarovalnice k razvijanju novih primerjalnih prednosti ter zmanjševanju stroškov.

5.2.1 Tradicionalne trženjske poti

Tradicionalne trženjske poti, kot so zavarovalni zastopniki, posredniki in neodvisni finančni svetovalci, so začetna oblika distribucije zavarovalniških storitev, ki ostaja v evropskem merilu kljub razvijanju novih načinov trženja še vedno dovolj izrazita.

Ne glede na razvijanje novih oblik trženja zavarovalniških storitev številne zavarovalnice še vedno ohranjajo tradicionalne trženjske poti. Na nenehno se spreminjajočem se trgu so te neke vrste osnovna distribucijska pot. Kljub vključevanju telefonske prodaje, neposredne pošte ter bank v trženje zavarovalniških storitev, kar pomeni občutno nižje stroške ter poenostavlja sklepanje zavarovanj, pa se ponudniki zavarovalniških storitev zavedajo, da pomeni izboljšanje produktivnosti znotraj tradicionalnih trženjskih poti odločilen element v prihodnosti zavarovalniške kulture.

Vzporedno z uvajanjem novih trženjskih poti mnoge zavarovalnice, da bi se izognile tveganju, ohranjajo in izboljšujejo tudi obstoječe s ciljem, da postanejo konkurenčne in stroškovno sprejemljive. Zavarovalnice, ki so se usmerile le na razvijanje neposrednih načinov trženja svojih storitev, načrtovanega obsega zavarovalnih poslov ter dobička pogosto niso dosegle. To pomeni, da je preizkušena distribucijska strategija za zavarovalnice najvarnejša in najmodrejša možnost.

Odločitev o izbiri prodajnih poti mora torej takoj temeljiti na rezultatih raziskav, njihovih analizah alternativnih možnosti ter poznavanju dejavnikov, ki vplivajo na izbiro prodajnih poti.

5.2.2 Prodaja zavarovalniških storitev na bančnih okencih

V devetdesetih letih sta v primerjavi s prejšnjim desetletjem prav bančno zavarovalništvo in telefonska prodaja kot distribucijska kanala oziroma trženjski poti zavarovalniških storitev zaznamovala spremembe v načinu njihovega trženja. Zaradi

razvejanosti bančne mreže razpolagajo banke s široko bazo uporabnikov, kar ne pomeni prednosti le z vidika pokrivanja geografskega območja, ampak tudi močno povezavo in pogoste stike z uporabniki.

Zavarovalniške storitve se na bančnih okencih lahko prodajajo v različnih oblikah. Banke v ta namen obvestijo možne kupce o značilnostih posamezne vrste storitve, jim svetujejo ter prodajajo zavarovalne produkte tudi po telefonu ali po pošti.

Banke pa se ne pojavljajo le kot distribucijski kanal za prodajo zavarovalniških storitev, ampak razvijajo svoj lastni prevzem tveganj.

Banka je učinkovita distribucijska pot, ko ustvari prijetno okolje, v katerem kupci začutijo predanost ter neposrednost v poslovnem odnosu. Možno konkurenčno prednost banke pri prodaji zavarovalnih produktov pomenijo njihova moč in ugled, nenehen stik s kupci ter posredovanje informacij o tekočem finančnem položaju ponudnikov. Po drugi strani mora banka nameniti dosti časa in sredstev izobraževanju in razvoju človeškega dejavnika ter informatiki, kar krepi tudi kakovost bančnih storitev ter zaupanje v banko in zavarovalnico.

Banke vstopajo v trženje predvsem dolgoročnih osebnih zavarovanj, kot so pokojninsko, rentno in življenjsko zavarovanje. Tovrstna zavarovanja so za posle bančnega zavarovalništva privlačnejša, ker nanj ne vplivajo ciklična gibanja ter imajo višje stopnje rasti in dobičkonosnost kot splošna zavarovanja. Na ta način krepijo banke tudi svoj ugled, saj se navzven predstavljajo kot močne, zaupanja vredne in stabilne institucije.

V skoraj vseh državah EU, predvsem Franciji, Belgiji, na Nizozemskem in v Španiji in razen v Nemčiji so banke na področju trženja življenjskih zavarovanj prevzele vodilno vlogo.

Razvijanje povezovanja zavarovalnic in bank ima za zavarovalnice najmanj dvojni pozitiven učinek: na bančnih okencih se tržijo življenjska zavarovanja, katerih sredstva se lahko dolgoročno nalagajo, hkrati pa je bančno zavarovalništvo eno izmed trženjskih poti oziroma distribucijskih poti, ki v zavarovalništvu pomenijo enega bistvenih elementov trženjskega spleta.

V Sloveniji se povezovanje zavarovalnic in bank nanaša na področje kapitalskih povezav, trženja in finančnega poslovanja. Pogoji za neko trdnejšo povezavo, ki je značilna za razvita gospodarstva, še niso vzpostavljeni. Bančna zakonodaja je glede povezovanja z drugimi finančnimi institucijami manj omejevalna kot zavarovalna. Nova zakonodaja bo dovoljevala večjo svobodo na tem področju.

5.2.3 Telefonska prodaja zavarovalniških storitev

V zavarovalništvu se je organizirana uporaba telefona začela v sredini osemdesetih let s prodajo nekaterim manj celovitih zavarovalnih produktov, kjer kupcem ni bilo potrebno svetovanje ter posebna razlaga o njihovih značilnostih. Slaba stran telefonske prodaje je v omejenosti trga, kar pa se po določenem času uporabe

takega načina prodaje kaže v prenasičenosti ponudbe. Zaviralni dejavnik neomejene prodaje zavarovalniških storitev po telefonu je informacijska tehnologija, ki bi morala nadomestiti vlogo že zastarele zaledne službe.

Uspešnost uporabe telefonskega trženja je odvisna od odnosa in pripravljenosti potrošnikov do uporabe telefona v posamezne namene. Telefonska prodaja je bila sprva uspešna predvsem pri trženju avtomobilskih in premoženjskih zavarovanj ter pri nezgodnih zavarovanjih, najučinkovitejša pa pri prodaji avtomobilskih zavarovanj. Odnos potencialnih zavarovancev do nakupa življenjskih zavarovanj po telefonu je bil sprva negativen, saj so dajali prednost osebni stiku s ponudnikom, komunikacija po telefonu se jim je zdela prezapletena in predolga, nakup po telefonu pa jim ni nudil vpogleda v pisno gradivo.

Zavarovalnice, ki prodajajo svoje storitve po telefonu, morajo imeti močno finančno zaledje, saj so začetni stalni stroški organizacije klicnih centrov ter stroški tehnologije, ki jo zahteva tovrstno trženje, visoki. To je tudi glavna ovira za vstop mnogih novih ponudnikov. Prednost pri vstopu imajo tisti, ki razpolagajo z odličnim vodstvenim kadrom, storitvami in izkušnjami.

Po drugi strani pa je že vpeljano telefonsko trženje po klicnih centrih v primerjavi z drugimi učinkovita tržna pot. Klicni centri omogočajo zavarovalnicam tudi boljši nadzor nad vsebino in vodenjem prodajnih pogovorov (Swiss Re 1998).

5.2.4 Prodaja po internetu

Internet je novo komunikacijsko sredstvo, ki zavzema z vidika dosegljivosti in načinov uporabe vedno večje razsežnosti. Veliko zavarovalnic že ima svoje spletne strani, ki pogosto vsebujejo tudi možnosti interaktivnih izračunov premij ali pa zavarovalnih vsot za posamezne produkte. Pri trženju po internetu je poudarek na jasnosti ponudbe zavarovalniških storitev, ozaveščenosti uporabnikov o nevarnostih takega načina trženja, prikazu koristi ipd. Trženje po internetu še ni zaživelo, je pa ena od prodajnih poti, ki postaja v finančni industriji čedalje bolj aktualna. Med nove tržne poti spada tudi trženje po neposredni pošti, trgovinskih organizacijah ter poteh, ki jih omogoča tehnološki napredek (kombinacija interneta ter telefona, računalniški kioski ipd.)

5.3 Primerjava med trženjem zavarovalniških storitev po zavarovalnih zastopnikih in posrednikih

Zavarovalni zastopniki predstavljajo tradicionalen način trženja zavarovalniških storitev. V primerjavi z novimi trženjskimi potmi, ki so za zavarovance z vidika nakupa udobnejše, za zavarovalnice pa cenejše, so tradicionalne poti povezovalen in zato pomemben člen v odnosu med zavarovalnico in zavarovancem. Prav zaradi

osebnega stika z zavarovalnimi zastopniki in posredniki jim izmed vseh tržnih poti dajejo potencialni zavarovanci največjo prednost.

V sodobni praksi se drugi zavarovalni posli opredeljujejo kot posli posredovanja, zastopanja v zavarovalništvu in likvidacije škod. Na področju posredovanja zavarovanj poznamo zavarovalne posrednike (brokerje), zavarovalne zastopnike (agente) in zavarovalne svetovalce (Ivanjko 1999, 28).

Tradicionalne tržne poti so po drugi strani stroškovno intenzivne, relativno nizko produktivne, nadzor nad njimi pa je zahteven. Zaradi navedenega je za zavarovalnice največji izziv tak način trženja, ki temelji na stroškovno učinkoviti visoki tehnologiji in hkrati osebnem stiku z zavarovancem. Zavarovalnice, ki se usmerjajo v več različnih skupin potrošnikov, se morajo pogosto odločati za različne kombinacije trženjskih poti, kar povzroča posledično spor med tradicionalnimi in novimi potmi.

5.3.1 Zavarovalni zastopniki

Zavarovalni zastopnik (agent) opravlja dejavnost na temelju pogodbe o zastopanju ene ali več zavarovalnic. Imamo različne vrste zavarovalnih zastopnikov. Zavarovalni zastopnik je lahko zaposlen v rednem delovnem razmerju pri zavarovalnici, ali pa kot samostojen poklic v statusni obliki podjetnika posameznika, oziroma gospodarske družbe, opravlja posle zastopanja za eno ali več zavarovalnic. Bistveno je, da zavarovalni zastopnik pri svojem delu »zastopa« interese zavarovalnic (Ivanjko 1999, 29).

Napredek pri razvoju trženjskih poti je najbolj neugodno vplival na vlogo zavarovalnih zastopnikov. Kljub njihovim prednostim, to je geografskemu pokrivanju ter zvestobi zavarovancem, se vedno bolj uveljavljajo nove trženjske poti s konkurenčnimi značilnostmi.

Za zastopnike so najhujša konkurenca banke ter brokerji, ki se v boju za obstoj na trgu sklicujejo na neodvisnost svojih nasvetov.

V Sloveniji opravijo še vedno večino prodaje zavarovalniških storitev zavarovalni zastopniki, ki so zaposleni v zavarovalnicah, ali pa so samostojni. Prve z zavarovalnico veže pogodba o delu, druge pa pogodba o zastopanju. Praviloma zastopniki zastopajo samo eno zavarovalnico in delajo v njenem imenu in za njen račun.

V zavarovalnicah so zavarovalni zastopniki organizirani kot zastopniška mreža. Delo zavarovalnega zastopnika, zaposlenega v zavarovalnici, je v glavnem vezano na pokrivanje določenega geografskega področja. Glede na konfiguracijo terena, ki ga pokriva zavarovalnica, se oblikujejo zastopniki, za katere se določijo provizijske stopnje. Prihodek zastopnika je odvisen od višine provizijskih stopenj, od obsega sklenjenih poslov ter od zavarovalne vsote, odvisen pa je od plačane premije. Provizija je vračunana v premijo. Zastopnik ima pravico do minimalne plače, ki je zakonsko določena. V primeru, če je zastopnikova zaslužena provizija nižja od višine

minimalne plače, je izplačilo za zavarovalnico strošek, kar pomeni po drugi strani za delodajalca tudi poslovno tveganje. To je glavni razlog, da mnoge zavarovalnice, da bi znižale stroške, ne zaposlujejo zavarovalnih zastopnikov redno.

5.3.2 Zavarovalni posredniki, brokerji

Pri zavarovalnem posredniku gre za osebo, ki predstavlja z opravljanjem svoje poklicne dejavnosti zvezo med zavarovalnico in stranko s ciljem sklenitve ter tudi izvajanja zavarovalne pogodbe. Izraz zavarovalni posrednik pomeni v praksi generičen pojem za vse vrste oseb, ki sodelujejo pri opravljanju drugih zavarovalnih poslov. Kadar gre za zavarovalnega posrednika v ožjem pomenu besede, potem je to oseba, ki sicer posreduje informacije zavarovalnici o imenih bodočih zavarovancev, prav tako pa zavarovance obvešča o možnosti sklepanja zavarovalnih pogodb. Vendar posrednik nima pravice sklepati pogodb, lahko pa le izbira ponudbe in opravlja določene posle v zvezi s sklenitvijo zavarovalne pogodbe (Ivanjko1999, 28).

Čeprav so brokerji po naravi svojega dela zavarovalni posredniki, se njihovo delo razlikuje od dela klasičnih posrednikov, ki so s pogodbo vezani običajno le na eno zavarovalnico in so ji za svoja dejanja odgovorni kot za lastna. Delo brokerjev je poklicna dejavnost, pri kateri spravljajo v stik osebe, ki iščejo zavarovanje ali pozavarovanje ter zavarovalne ali pozavarovalne družbe, pri čemer so popolnoma neodvisni pri izbiri teh družb.

Majhni in srednji brokerji se v glavnem specializirajo za opravljanje dejavnosti v določenih gospodarskih panogah, kar jim na različne načine olajšajo profesionalni sindikati. Brokerjem pomagajo pri navezovanju poslovnih stikov v tujini, pri strokovnem izpopolnjevanju ipd.

Storitve brokerjev temeljijo na neprekinjeni odgovornosti do zavarovancev med trajanjem zavarovalnega razmerja. So edini vir komunikacije med zavarovanci in zavarovalnico. Svoje delo nenehno izboljšujejo z izkoriščanjem sofisticiranih trženjskih strategij. Na podlagi možnosti, ki jih daje informacijska tehnologija, ustvarjajo bazo podatkov o potencialnih zavarovancih ter uporabljajo različne oblike vzpostavitve stikov z njimi. Ne glede na vprašljivost nadaljnega razvoja ali celo obstoja brokerjev zaradi pojavljanja konkurenčnih tržnih poti bodo brokerji zagotovo obvladovali sklepanje dolgoročnih zavarovanj, predvsem pokojninskih, rentnih in zdravstvenih. S svojimi izkušnjami, nasveti in znanjem so za zavarovanca skoraj nenadomestljiv vir informacij (Lloyd s List events 2000).

6 PRIMERJAVA ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ V TUJINI Z ASISTENCO

6.1 Ponudniki zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco

Na slovenskem trgu je v tem trenutku šest ponudnikov prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco, ki sodelujejo s štirimi mednarodnimi asistenčnimi družbami:

- Adriatic zavarovalna družba d.d. in Slovenica zavarovalna hiša d.d. (Assistance CORIS),
- Zavarovalnica Maribor d.d. in Zavarovalnica Tilia d.d. (Inter Partner- AXA Assistance),
- Zavarovalnica Triglav d.d. (Mercur Assistance),
- Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z. (Elvia Assistance).

6.1.1 Assistance CORIS

CORIS (Compagne de reglement international de sinistres) je mednarodna asistenčna družba s sedežem v Parizu z več kot 40 poslovalnicami, okoli 1000 zaposlenimi in široko mrežo predstavnikov po celem svetu, kar ji omogoča brežhibno nudenje pomoči in posredovanje pri reševanju zavarovalniških poslov. CORIS je bil ustanovljen v Parizu oktobra leta 1987 kot družba v zasebni lasti. Od vseh evropskih držav pa je prav Francija vodilna na tem področju. CORIS Pariz ima lastniški delež v vseh 40 poslovalnicah. V večini poslovalnic ima večinski delež, manjšinski delež ima le v primeru, ko je lokalni partner dovolj močan, da sam postavi in razvija poslovalnico. Vse poslovalnice morajo skrbeti za integriteto, etičnost, varovanje ter razvijanje imena, imidža in blagovne znamke CORIS.

Assistance CORIS se danes ukvarja z zdravstveno, s tehnično, pravno in hišno asistenco, z mednarodnim upravljanjem terjatev, s turističnim zavarovanjem, z zavarovalniškim posredništvom ipd. Svoje storitve ponujajo preko 300 družbam (banke, zavarovalnice, turistične agencije, izdelovalci avtomobilov ipd.).

Slovenska poslovalnica CORIS-a je bila ustanovljena leta 1993 v Ljubljani pod imenom Assistance CORIS d.o.o., vendar so njene izkušnje vezane na večletno sodelovanje z različnimi evropskimi zavarovalnicami, saj že vse od leta 1978 dalje nudijo različne oblike asistencije tujim turistom na področju celotne nekdanje Jugoslavije. Gre za prvo in do danes tudi edino pravo slovensko asistenčno družbo. Danes zastopajo približno 100 svetovnih zavarovalnic. Assistance CORIS d.o.o. se ukvarja z zdravstveno, avtomobilsko (Renault pomoč, Chrysler & Jeep privileg service, OK program) in s pravno asistenco.

Assistance CORIS d.o.o. in Adriatic zavarovalna družba d.d. in Slovenica zavarovalna hiša d.d. ponujata širok izbor zavarovanj:

- osnovno zavarovanje (do 3, 5, 8, 15, 21, 30 in 60 dni): posamično, družinsko (starši in otroci do 18. leta starosti) in skupinsko (9 ali več oseb do starosti 70 let) zavarovanje. Osebe v starosti od 71 do 75 let se lahko zavarujejo individualno ob plačilu povišane premije (100% doplačilo), osebe v starosti od 75 do 85 let pa se lahko zavarujejo le v skupini (100% doplačilo). Osebe starejše od 85 let se ne morejo zavarovati.

- zavarovanje športnikov (do 3, 5, 8, 15, 21, 30 in 60 dni): športniki se lahko zavarujejo posamično ali skupinsko za nastop na organiziranih športnih tekmovanjih oziroma pripravah nanje ob doplačilu 33% za I. cenovni razred, 66% za II. cenovni razred in 100% za III. cenovni razred, odvisno od vrste športa. Rekreativnim športnikom ni potrebno plačati doplačila razen v primerih športnega/prostega plezanja in planinarjenja ali trekinga nad 3000 metrov nadmorske višine (v obeh primerih 33% doplačilo) ter potapljanja ali podvodnega ribolova (66% doplačilo).

- zavarovanje dijakov in študentov (do 90, 120, 150, 180, 210, 240 in nad 241 dni): cenovno ugodnejša premija za dijake in študente nad 14 let za čas šolanja ali študija v tujini.

- celoletno zavarovanje poslovnežev za večkratna potovanja, krajša od 60 dni: posamično, skupinsko (2 do 9 oseb) ter kolektivno (10 ali več oseb) zavarovanje.

- celoletno zavarovanje za poslovneže in delavce, ki delajo in bivajo v tujini več kot 60 dni: posamično, skupinsko (2 do 9 oseb) ter kolektivno (10 ali več oseb) zavarovanje.

- celoletno družinsko zavarovanje za imetnike plačilnih kartic: cenovno ugodnejše družinsko zavarovanje (starši in otroci do 21. leta starosti) ob spremenjenih pogojih in ob manjšem zavarovalnem kritju.

Vsa zgoraj naštetá zavarovanja veljajo za cel svet. Zavarovalno kritje je omejeno s skupnim zneskom, in ni deljeno na posamezne storitve. Zavarovalno kritje je mogoče podvojiti ob 50% doplačilu na premijo osnovnega kritja.

Poleg omenjenih zavarovanj ponujajo še Zavarovanje tujcev (do 30, 60 in 90 dni): posebno zavarovanje tujcev za bivanje in delo v Sloveniji in državah, ki mejijo na Slovenijo, če le ta ni država stalnega prebivališča zavarovanca.

Redno zavarovanje in Zavarovanje športnikov je mogoče skleniti v vseh večjih turističnih agencijah, poslovalnicah Slovenice, zavarovalniške hiše d.d. in Adriatica, zavarovalne družbe d.d. ter na sedežu Assistance CORIS d.o.o. Ljubljana, kjer sklepajo tudi vse ostale oblike zavarovanj. Prek njihovih spletnih strani je mogoče skleniti Redno zavarovanje, Zavarovanje športnikov in Celoletno družinsko

zavarovanje za imetnike plačilnih kartic. Ob sklenitvi je potrebno predložiti potni list oziroma osebno izkaznico.

6.1.2 Mercur Assistance

Družba Mercur Assistance je bila ustanovljena 12. novembra 1990 v Munchenu. Najprej je opravljala asistenčne posle za zavarovalni družbi Allianz Insurance in Europaische Travel. V naslednjih letih je družba rasla, prelomno pa je bilo leto 1995, ko so pridobili nove stranke, kot so zavarovalnice, proizvajalci avtomobilov in banke (Audi/VW/Skoda, Daimler-Chrysler, Porsche, Advance Bank itd.). Takrat so zaposlili mnogo novih ljudi in začeli vlagati sredstva v razvoj novih oblik asistenc (danes ponujajo prek 195 storitev) ter v najnovejšo telekomunikacijsko opremo.

Mercur Assistance nima svojih predstavništev po svetu, temveč je članica International Assistance Group, ki svojo mrežo združuje 21 asistenčnih družb. Ta mreža ponuja prek 450 predstavnikov, ki skrbijo za asistenco kjerkoli na svetu.

Zavarovalnica Triglav d.d. ponuja dva programa zavarovanja, kjer lahko izbiramo med osnovnim (do 3, 5, 8, 15, 21, 30, 60, 90 dni, do pol leta in do eno leto) in nadstandardnim (dvojno zavarovalno kritje) programom (do 3, 5, 8, 15, 21, 30, 60, 90 dni, do pol leta in do eno leto). Zavarovanje je lahko individualno, družinsko (starši in otroci do dopolnjenega 18. leta) ali skupinsko (10 ali več zavarovancev). Zavarovanje lahko s 100% doplačilom sklenejo tudi osebe, ki so starejše od 65 let, in aktivni športniki. Poleg omenjenih dveh program pa ponujajo še Zdravstveno zavarovanje na poslovnih potovanjih v tujini. To zavarovanje lahko sklenejo podjetja za svoje zaposlene, ki potujejo v tujino. Zavarovanje se sklene za obdobje enega leta.

Zavarovanje velja po celem svetu brez posebnega doplačila. Zavarovalno kritje je omejeno z zneskom, vendar so stroški prevoza kriti največ do višine 24% zavarovalnega kritja.

Zavarovanje je mogoče skleniti na vseh poslovnih mestih Zavarovalnice Triglav d.d., v pooblaščenih turističnih agencijah in bazah AMZS ter preko spletnih strani Zavarovalnice Triglav d.d.

6.1.3 Elvia Assistance

Elvia Assistance deluje v sklopu Elvia Assurances Voyages, ki je bila ustanovljena leta 1950 v Švici. Na začetku so se posvetili predvsem turističnemu trgu, kjer so kmalu postali vodilni na področju turističnih zavarovanj. S pojavom asistenc so že leta 1970 dopolnili svojo ponudbo in v okviru svojih zavarovanj najprej ponudili zdravstveno asistenco in kasneje še tehnično (avtomobilsko) asistenco. Okrepljeni z znanjem asistenc in zavarovalništva so se začeli širiti in sprejemati večje stranke (zavarovalnice, banke, izdajatelje kreditnih kartic, mednarodna podjetja ipd.). Odprli so 11 alarmnih centrov v Evropi (Nemčija, Avstrija, Belgija, Španija, Francija, Italija,

Nizozemska, Poljska, Portugalska, Češka in Švica). Leta 1995 se je Elvia Assurances Voyages pridružila skupini Allianz, kar ji je omogočilo nadaljnji razvoj. Od leta 1999 je Elvia Assurances Voyages skupaj s SACNAS-om združena pod skupni holding Groupe Mondial assistance, ki je največji na področju asistenc in turističnih zavarovanj.

Elvia assistance danes opravlja zdravstveno, tehnično in hišno asistenco. Za vse tri omenjene storitve je pridobila mednarodni standard kakovosti ISO 9002.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z. ponuja naslednja zavarovanja:

- osnovni program (do 3, 5, 8, 10, 15, 21, 30, 45, 60, 75, 90, 135, 180, 270 in 365 dni): posamično, družinsko (starši in otroci do 21. leta) ali skupinsko (nad 10, 20 ali 50 oseb) zavarovanje. Zavarovancem, starejšim od 70 let se pri posamičnem in skupinskem zavarovanju premija poviša za 50%.

- zavarovanje športnikov (do 3, 5, 8, 10, 15, 21, 30, 45, 60, 75, 90, 135, 180, 270, in 365 dni): člani registriranih športnih organizacij in društev se lahko ob 50%, 100% ali 200% doplačilu, odvisno od vrst športa, zavarujejo za čas aktivne udeležbe na prireditvah, treningih in tekmovanjih.

- program s franšizo (do 3, 5, 8, 10, 15, 21, 30, 45, 60, 75, 90, 135, 180, 270 in 365 dni): ta program omogoča nižje premije ob lastni udeležbi zavarovanca. Franšiza je znesek, do katerega zavarovanec sam plača stroške storitev ob vsakem zavarovalnem primeru.

- višji program (do 3, 5, 8, 10, 15, 21, 30, 45, 60, 75, 90, 135, 180, 270, in 365 dni): ta program omogoča višje zavarovalne vsote ob 120% doplačilu na premijo.

- posebni program: za vse poslovneže in popotnike, ki pogosto potujejo v tujino, z zelo ugodno premijo, s katero se zavarujejo za celo leto. Zavarovalnica jamči največ prvih 30 dni vsakega potovanja.

- zavarovanja za večji rizik pri delu (do 3, 5, 8, 10, 15, 21, 30, 45, 60, 75, 90, 135, 180, 270 in 365 dni): za vse, ki so na službenem potovanju izpostavljeni večjemu riziku (npr. monterji, avtoprevozniki, fizična dela) se za zavarovanje obračuna 50% doplačilo. Za vse, ki so v tujini izpostavljeni še posebno povečanemu riziku (npr. delo z eksplozivnimi snovmi), doplačilo določi strokovna služba zavarovalnice.

Vsa zavarovanja se sklene za območje Evrope oziroma za ves svet (višja premija). Zavarovalna vsota je omejena z zneskom in je posebej razdeljena na zavarovalno vsoto za kritje stroškov zdravstvenih storitev in na zavarovalno vsoto za kritje stroškov prevozov.

Zavarovanje je mogoče skleniti na vseh poslovnih enotah in zastopstvih Vzajemne zdravstvene zavarovalnice d.v.z. pri pooblaščenih turističnih agencijah ter preko spletnih strani Vzajemne zdravstvene zavarovalnice d.v.z.

6.1.4 Inter Partner – AXA Assistance

Zgodovina družbe AXA Group sega v leto 1816, ko je bila v Parizu ustanovljena družba Mutuelle de l' Assurance contre l'incendie. Ta obdrži svoje ime vse do leta 1978, ko ga spremeni v Mutuelles Unies. V letu 1982 se začne pospešena širitev družbe na tuje trge. Da bi utrdili položaj na trgu osebnih in premoženjskih zavarovanj, se povežejo z družbo Drouot. Leta 1985 se odločijo, da družba potrebuje krajše in bolj zveneče ime. Začelo naj bi se na črko A, tako da bi bilo pri vrhu vseh imenskih seznamov, in zaradi mednarodnih ambicij je moralo biti lahko izgovorljivo v vseh jezikih. Tako AXA postane uradno ime družbe Mutuelles Unies – Drouot. Inter Partner – AXA Assistance je nastala leta 1996, z združitvijo več družb; na eni strani UAP (Union des Assurances de Paris) Assistance, ki je imela od leta 1991 v lasti Gesa Assistance, prvo asistenčno družbo, nastalo leta 1959, v Španiji ter na drugi strani AXA Assistance, ki jo je večinski lastnik AXA Group preimenovala iz SFA Assistance. Danes je Inter Partner – AXA Assistance druga največja asistenčna družba na svetu. Inter Partner – AXA Assistance je sestavljena iz 37 lastnih asistenčnih družb, ki delujejo pod imenom Inter Partner Assistance oziroma AXA Assistance. Razlika v imenu je zgolj zaradi marketinških razlogov. Vsaka družba ima svojo mrežo lokalnih asistenčnih partnerjev (zdravniki, mehaniki, rent-a-car družbe ipd.). Vse družbe imajo certifikat kakovosti ISO. Inter Partner – AXA Assistance se ukvarja z zdravstveno, s tehnično in hišno asistenco, razvijajo pa tudi nove oblike asistencije (npr. Lifestyle – Comfort Services).

Glavne stranke Inter Partner – AXA Assistance so zavarovalnice (npr. Ing, Sumitomo, Winterthur, R.S.A., Bradesco, AG Belgium, Baloise), izdajatelji kreditnih kartic (npr. American Express, Europay Intl Mastercard Platinum, Diners, Visa) in proizvajalci avtomobilov (npr. Renault, Daewoo), ki za svoje člane oziroma kupce sklepajo zavarovanje z asistenco.

Zavarovalnica Maribor d.d. in Zavarovalnica Tilia d.d. v sodelovanju z družbo Inter Partner – AXA Assistance ponujata tri zavarovalne pakete: paket A, B in C (do 3, 5, 7, 15, 21, 31, 60 in 92 dni, do 6 mesecev in do enega leta). Paketi se razlikujejo predvsem po obsegu zavarovalnega kritja. Zavarovanje do 6 mesecev oziroma enega leta je namenjeno večkratnim krajšim potovanjem, kajti posamezno potovanje ne sme biti daljše od 92 dni.

Zavarovanje se lahko sklene za območje 1 (Albanija, Alžirija, Avstrija, Andora, Bahrein, Baltiške države, Belgija, Belorusija, Bosna in Hercegovina, Bolgarija, Ciper, Češka Republika, Danska, Egipt, Finska, Francija, Grčija, Hrvaška, Holandija, Iran, Irska, Islandija, Izrael, Italija, Jemen, Jugoslavija, Katar, Libanon, Luxemburg, Malta,

Maroko, Nemčija, Norveška, Oman, Poljska, Portugalska, Romunija, Rusija (evropski del), Saudska Arabija, Slovaška, Španija, Švedska, Švica, Tunizija, Ukrajina, Velika Britanija, Združeni arabski emirati) oziroma za območje 2 (preostale države sveta).

Ponujajo tudi družinske (30% popust za družine z več kot tremi člani in 50% popust za družine z več kot petimi člani) in skupinske (nad 10 oseb – 5% popust, nad 20 oseb – 10% popust, nad 50 oseb – 15% popust oziroma nad 100 oseb – 20% popust) popuste ter popuste za otroke mlajše od 16 let (50% popusta). Za starejše osebe pa je potrebno doplačilo (nad 70 let – 250% dodatek, nad 76 let – 300% dodatek in nad 80 let – 400% dodatek).

Zavarovanje se lahko sklene v vseh poslovnih enotah, poslovalnicah Zavarovalnice Maribor d.d. in Zavarovalnice Tilia d.d. ter v pooblaščenih turističnih agencijah in spletnih straneh omenjenih zavarovalnic.

6.2 Primerjava pogojev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco

Namen zavarovalnih pogojev je, da zavarovalnica z vsemi strankami sklene pogodbe po enakih pogojih in doseže večjo ekspanzivnost, zlasti pri sklepanju v velikem številu. Slabost teh pogojev je v tem, da zavarovalnice postavljajo enostranske pogoje in tako nasprotni stranki praviloma ne omogočijo spreminjanja njihove vsebine.

Zavarovalne pogoje lahko delimo na splošne in posebne zavarovalne pogoje.

Splošni zavarovalni pogoji so lahko tiskani na polici ali pa vsebovani v posebnih prilogah polic, so praktična vsebina zavarovalne pogodbe in zaradi tega bistveni pravni vir urejanja razmerij med zavarovalnico in zavarovancem. Pogoji morajo biti jasno napisani in izročeni zavarovancu ob sklenitvi zavarovalne pogodbe (Ivanjko, 1999, str. 46).

Ti pogoji morajo vsebovati določbe o (Zakon o zavarovalništvu, 2000):

- dogodkih, z nastopom katerih nastane obveznost zavarovalnice opraviti izpolnitev na podlagi zavarovalne pogodbe in o primerih, v katerih je zaradi posebnih razlogov obveznost zavarovalnice izključena;

- načinu izpolnitve, obsegu in dospelosti obveznosti zavarovalnice;

- določitvi in plačilu premije ter o pravnih posledicah, če premija ni plačana;

- trajanju zavarovalne pogodbe;

- izgubi zahtevkov iz zavarovalne pogodbe v primeru zamude rokov;

- pogojih in obsegu izplačil akontacij in posojil na zavarovalno polico, o pogojih, pod katerimi je zavarovalec udeležen pri dobičku zavarovalnice in merilih za izračun te udeležbe ter o pogojih in izračunih odkupne vrednosti ter kapitalizacije. Določbe iz te točke veljajo v primeru življenjskih zavarovanj.

Posebni zavarovalni pogoji so določbe, ki od splošnih pogojev odstopajo ali pa jih dopolnjujejo in se morajo za določene vrste zavarovalnih pogodb obvezno uporabljati, čeprav v prilogah poslovnega načrta, zlasti cenikih, niso zajete.

Primerjava je narejena na osnovi splošnih oziroma posebnih pogojev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco vseh ponudnikov. Kot osnovno sem vzel pogoje zavarovanja CORIS in jih v celoti navedel. Pogoji ostalih ponudnikov se v določenih stvareh razlikujejo od CORIS-ovih pogojev.

6.2.1 Splošne določbe

Posebni pogoji za prostovoljno zdravstveno zavarovanje oseb pri potovanju in bivanju v tujini z asistenco so sestavni del pogodbe o zdravstvenem zavarovanju oseb pri potovanju in bivanju v tujini, ki jo zavarovalec sklene z zavarovateljem.

Zavarovalec je lahko vsaka fizična ali pravna oseba, ki sklene z zavarovateljem zavarovalno pogodbo in ki se obveže plačati premijo.

Zavarovanec je oseba, od katere bolezen, poškodbe ali smrti je odvisno izplačilo odškodnine.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z., Zavarovalnica Maribor d.d. in Zavarovalnica Tilia d.d. v splošnih določbah dodajajo še razlago pojmov, uporabljenih v zavarovalnih pogojih (npr. polica, premija, zavarovalna vsota, zavarovalni primer, franšiza, družina, kritično zdravstveno stanje ipd.).

6.2.2 Osebe, ki jih je po teh pogojih mogoče zavarovati

Po teh posebnih pogojih se lahko sklene zavarovanje za zdrave osebe do dopolnjenega 70. leta starosti, ob povišani premiji pa tudi za osebe starejše od 70 let.

Duševno bolne osebe in osebe, ki nimajo popolne opravilne sposobnosti, so izločene iz zavarovanja.

Ostale zavarovalnice v svojih pogojih ne omenjajo kakršnihkoli omejitev glede oseb, ki jih je mogoče zavarovati, čeprav imajo prav vse omejitve oziroma doplačila za starejše osebe.

6.2.3 Sklenitev zavarovanja in trajanje zavarovanja

Zavarovalno kritje se začne ob 00.00 uri tistega dne, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja, oziroma ob dnevu in uri, ki sta navedena v polici.

Zavarovalno kritje preneha ob 24.00 uri tistega dne, ki je v polici naveden kot dan prenehanja zavarovanja.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z., Zavarovalnica Maribor d.d. in Zavarovalnica Tilia d.d. v skladu s svojo ponudbo navajajo še območja, za katera je mogoče skleniti zavarovanje.

6.2.4 Obseg obveznosti zavarovatelja

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje vključuje:

- vsa potrebna pomoč (asistenco) v zvezi z zavarovančevim zdravljenjem v tujini in/ali prevozom zavarovanca v domovino, če je to potrebno;
- kritje nujnih stroškov zdravljenja;
- kritje stroškov prevoza zavarovanca v primeru bolezni, poškodbe ali smrti.

Zavarovatelj nudi asistenco in krije stroške zdravljenja ter prevoza zavarovanca le v nujnih primerih.

Skupni znesek nujnih stroškov zdravljenja in stroškov prevoza, če so le-ti z medicinskega stališča upravičeni za vse zavarovalne primere, ki nastanejo v času trajanja zdravstvenega zavarovanja, ne sme presežati predpisanega zneska.

Zdravstveno zavarovanje velja za vse države sveta, razen za države stalnega prebivališča zavarovanca.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z. ponuja v svojem zavarovanju še kritje stroškov bivanja (Zavarovalnica plača stroške hotelske sobe za zavarovanega družinskega člana, ki potuje skupaj z zavarovancem, če je zavarovanec hospitaliziran v tujini po načrtovani vrnitvi v Slovenijo. Zavarovalnica plača največ 7 nočitev.) in kritje stroškov odvetniških storitev (Zavarovalnica plača stroške odvetniških storitev, če po presoji pogodbenega partnerja za obtožbe, ki bremenijo zavarovanca, po lokalni zakonodaji ni verjetno, da bo zanje zavarovanec obsojen. Obveznosti zavarovalnice ne obsega stroškov odvetniških storitev za vse obtožbe, ki se nanašajo na poklicno dejavnost zavarovanca, uporabo ali varovanje vozil.).

Zavarovalnica Maribor d.d. in Zavarovalnica Tilia d.d. zagotavljata v svojih zavarovanjih še pomoč pri dostavi zdravil (V primeru, da zdravniška ekipa zavarovatelja ugotovi, da obstaja medicinska nujna za dobavo zdravil, bo zavarovatelj zavarovancu dobavil nujna, predpisana, vendar krajevno nedosegljiva zdravila, ali pa bo določil, predpisal, nabavil in dobavil enakovredna krajevno dosegljiva zdravila. Zavarovanec krije stroške za nabavo zdravil, stroške dostave pa krije zavarovatelj.), pravno pomoč (V primeru nezgode, ki nastane v zasebnem življenju, vendar z izključitvijo dogodka, ki nastane zaradi uporabe, posesti ali varovanja motornega vozila, bo zavarovatelj zagotovil obrambo zavarovanca v pravnih postopkih proti njemu.), pomoč pri iskanju in vrnitvi izgubljene prtljage ter polog varščine.

6.2.5 Asistenca

Asistenca obsega:

- klic na center za pomoč 24 ur na dan;
- organizacijo nujne zdravstvene pomoči;
- organizacijo nujnih zdravstvenih prevozov zavarovanca do bolnišnice ali klinike;

- organizacijo prevoza zavarovanca v domovino, če je to potrebno;
- organizacijo prevoza posmrtnih ostankov zavarovanca v domovino.

Ostale zavarovalnice imajo obseg asistenc zapisan v drugih členih, predvsem v členu o obsegu obveznosti zavarovatelja.

Tako Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z. zagotavlja še organizacijo bivanja v hotelski sobi za zavarovanega družinskega člana, ki potuje skupaj z zavarovancem, organizacijo odvetniških storitev, organizacijo prevoza v Slovenijo za zavarovane družinske člane bolnega ali poškodovanega zavarovanca, ki so zavarovanca spremljali na potovanju, če prvotnega prevoznega sredstva, s katerim naj bi se zavarovanci vrnili v Slovenijo, ni več možno uporabiti, organizacijo prevoza zavarovanega zavarovančevega otroka mlajšega od 18 let ter organizacijo iskanja in reševanja obolelega ali poškodovanega zavarovanca v gorah ali na morju.

Zavarovalnica Maribor d.d. in Zavarovalnica Tilia d.d. zagotavljata še organizacijo dostave zdravil, organizacijo pravne pomoči, organizacijo iskanja in dostave izgubljene prtljage, organizacijo pologa varščine, organizacijo nujnega obiska ter organizacijo stroškov vrnitve otrok, mlajših od 16 let.

6.2.6 Nujni stroški zdravljenja in stroški prevoza

Nujni stroški zdravljenja obsegajo:

- stroške nujnih zdravstvenih storitev, kot so stroški medicinske nege, obiskov in konzultacij zdravnika, vključno z zdravili;
- stroške hospitalizacije v bolnišnici ali kliniki.

Stroški prevoza obsegajo:

- stroške prevoza obolelega ali poškodovanega zavarovanca v domovino s predhodnim soglasjem centra, če se zavarovanec iz zdravstvenih razlogov ne more vrniti v domovino na način, kot je to prvotno nameraval;
- stroške nujnega prevoza zavarovanca z reševalnim vozilom do najbližje bolnišnice ali klinike;
- stroške prevoza umrlega zavarovanca v domovino.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z. ponuja v svojem zavarovanju še kritje stroškov prevoza v Slovenijo za zavarovane družinske člane bolnega ali poškodovanega zavarovanca, ki so zavarovanca spremljali na potovanju, če prvotnega prevoznega sredstva, s katerim naj bi se zavarovanci vrnili v Slovenijo, ni več možno uporabiti; stroškov prevoza zavarovanega zavarovančevega otroka mlajšega od 18 let v spremstvu pooblaščenega osebe pogodbenega partnerja do bivališča v Sloveniji, ko je zavarovanec hospitaliziran v tujini in z njim na potovanju ni drugega polnoletnega svojca, če prevoz organizira pogodbeni partner; stroškov prevoza v Slovenijo za zavarovane družinske člane umrlega zavarovanca, ki ga organizira pogodbeni partner, če prvotnega prevoznega sredstva, s katerim naj bi se zavarovanci vrnili v Slovenijo,

ni več možno uporabiti: stroškov iskanja uradno pogrešanega obolelega ali poškodovanega zavarovanca v gorah ali na morju zaradi nesreče, če iskanje zahteva družinski član pogrešanega zavarovanca ali oseba, ki z njim potuje; stroškov reševanja in prevoz obolelega ali poškodovanega zavarovanca v gorah ali na morju do najbližjega zdravstvenega centra ali bolnišnice, če reševanje zahteva družinski član ali oseba, ki z njim potuje.

Zavarovalnica Maribor d.d. in Zavarovalnica Tilia d.d. ponujata v svojem zavarovanju še kritje stroškov nujnega obiska (V primeru, ko je zavarovanec sprejet v bolnišnico zunaj Republike Slovenije za več kot sedem zaporednih dni, lahko zaprosi za obisk sorodnika ali druge osebe, ki ji zavarovalec poravna povratno vozovnico za javni prevoz iz oziroma v Republiko Slovenijo.); stroškov nepričakovane vrnitev v domovino (Zavarovatelj zavarovancu organizira in plača upravičene dodatne stroške za nujno vrnitev v Republiko Slovenijo v primeru kritičnega zdravstvenega stanja ali smrti sorodnika v Republiko Sloveniji.) ter stroškov vrnitve otrok, mlajših od 16 let, v domovino.

6.2.7 Izključitev obveznosti zavarovatelja

V celoti so izključene vse obveznosti zavarovatelja, če je primer nastal zaradi:

- potresa,
- vojne v državi, notranjih nemirov in vstaj,
- terorizma,
- poskusa samomora ali naklepne samopoškodbe,
- vožnje motornih in drugih vozil brez ustreznih uradnih dovoljenj,
- čezmernega uživanja alkohola, drog ali zdravil.

Zdravstveno zavarovanje tudi ne nudi asistenc in ne krije stroškov, nastalih v naslednjih primerih:

- udeležbe na avto-moto tekmovanjih kot tudi na pripravah zanje,
- v športnem letalstvu, padalstvu, pri letenju z zmaji in z jadralnimi letali,
- pri alpinizmu in smučanju izven urejenih smučišč,
- pri jamarstvu,
- pri planinarjenju in trekingu nad 3.000 metrov nadmorske višine, pri potapljanju in podvodnem ribolovu ter pri prostem plezanju, če to na polici ni posebej dogovorjeno,
- pri pripravah in udeležbi na drugih športnih tekmovanjih, če to na polici ni posebej dogovorjeno,
- vseh kroničnih boleznih, bolezni ponavljajočega se značaja ali pri psihičnih motnjah oziroma že prej obstoječih boleznih,
- nalezljivih spolnih boleznih,

- pregledov v času nosečnosti, tipičnih težav v času nosečnosti ter poroda, razen v primeru reševanja življenja matere oziroma otroka, pod pogojem, da je nosečnica mlajša od 38 let in da ni zaključen 30. teden nosečnosti,
- prekinitve nosečnosti,
- zobozdravstvenih storitev, razen nujne zobozdravstvene pomoči do predpisane višine.

Izključene so vse obveznosti zavarovatelja v primeru dajanja neresničnih podatkov zavarovalca o trajanju potovanja, kakršnekoli prevare ali ponaredbe.

Pogoji ostalih zavarovalnic se le malenkostno razlikujejo, predvsem pri tipičnih težavah v času nosečnosti (razlika v dopustni starosti nosečnice in času nosečnosti). Vse ostale zavarovalnice imajo še navedene izključitve v primeru radioaktivnega sevanja, sodelovanja v pretepu (razen v primeru dokazane samoobrambe) ter rehabilitacije in stroškov za umetne ude.

6.2.8 Obveznost zavarovanca

Zavarovanec mora zavarovatelju posredovati vse informacije, ki jih potrebuje za pravilno reševanje škodnega primera in mora poskušati omejiti stroške. V vsakem primeru mora zavarovanec ravnati po navodilih, ki jih dobi od zavarovatelja ali od njegovih predstavnikov.

Zavarovatelj ne krije stroškov v naslednjih primerih:

- če zavarovanec ne obvesti zavarovatelja ali njegovih predstavnikov o nastanku zavarovalnega primera, telefonsko ali pisno, v roku 5 dni od začetka bolezni ali poškodbe;
- če ne spoštuje drugih navodil za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja v primeru bolezni ali nezgode;
- če se na zahtevo zavarovatelja ne pusti pregledati zdravniku, ki ga imenuje zavarovatelj ali njegovi predstavniki;
- če zavarovanec kljub podpisu te pogodbe in uveljavljanju pravic iz pogodbe ni pripravljen odvezati lečečega zdravnika poklicne molčečnosti.

6.2.9 Pravice zavarovatelja

V primeru nezgode, ki jo povzroči tretja oseba, ima zavarovatelj pravico do povračila stroškov, ki jih je plačal zavarovancu.

Zavarovanec pooblašča zavarovatelja, da lahko v njegovem imenu in za svoj račun zahteva povračilo izplačanih stroškov iz naslova zavarovančevega obveznega zdravstvenega zavarovanja v skladu z veljavnimi predpisi Republike Slovenije.

6.2.10 Uporaba zakona

Za razmerje med zavarovalcem oziroma zavarovancem na eni strani in zavarovateljem na drugi strani se uporabljajo tudi določila Obligacijskega zakonika.

6.2.11 Pristojnosti v primeru spora

Spore med zavarovateljem, zavarovalcem in zavarovancem rešuje stvarno pristojno sodišče po kraju sklenitve zavarovalne pogodbe.

Zavarovalnica Maribor d.d. in Zavarovalnica Tilia d.d. določata, da spore med zavarovancem in zavarovateljem rešuje pristojno sodišče podružnice AXA v Nemčiji.

6.2.12 Območje veljavnosti zavarovanja

Zavarovanje vseh ponudnikov se lahko sklene za vse države sveta, z izključitvijo Slovenije in države, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno prebivališče. Vendar ponujajo nekatere zavarovalnice tudi zavarovanje le za omejeno področje.

Zavarovanje Vzajemne zdravstvene zavarovalnice d.v.z. lahko zajema samo Evropo (do gorovja Ural in do južne meje ruske federacije), mediteranske dežele, Jordanijo, Sirijo in Kanarske otoke.

Zavarovanja Zavarovalnice Maribor d.d. in Zavarovalnice Tilia d.d. lahko zajemata samo Območje 1 (Albanija, Alžirija, Avstrija, Andora, Bahrein, baltiške države, Belgija, Belorusija, Bosna in Hercegovina, Bolgarija, Ciper, Češka Republika, Danska, Egipt, Finska, Francija, Grčija, Hrvaška, Nizozemska, Iran, Irska, Islandija, Izrael, Italija, Jemen, Jugoslavija, Katar, Libanon, Luxemburg, Malta, Maroko, Nemčija, Norveška, Oman, Poljska, Portugalska, Romunija, Rusija (evropski del), Saudska Arabija, Slovaška, Španija, Švedska, Švica, Tunizija, Turčija, Ukrajina, Velika Britanija, Združeni arabski emirati).

Možnosti izbire območja veljavnosti zavarovanja je pomembna predvsem za tiste zavarovance, ki ne potujejo v bolj oddaljene kraje. Zavarovalne premije za bližja območja so namreč praviloma nižje od tistih za bolj oddaljene kraje.

6.2.13 Uveljavljanje asistence v primeru bolezni ali nezgode

Slovenica zavarovalniška hiša d.d. in Adriatic zavarovalna družba d.d. Ob sklenitvi zavarovanja prejme zavarovanec zavarovalno polico, ki velja kot plačilno sredstvo, seznam CORIS-ovih poslovalnic po svetu in posebne pogoje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja CORIS. V primeru bolezni ali nezgode naj bi se zavarovanec odpravil v najbližjo zdravstveno ustanovo (javno ali privatno), kjer bi kot plačilo za opravljene storitve sprejel en izvod police. Vendar v praksi največkrat ni tako. Zato je najbolje, da se zavarovanec obrne na najbližjo CORIS-ovo poslovalnico oziroma na poslovalnico v Ljubljani. Tu se izkaže največja prednost tega zavarovanja, kajti Assistance CORIS d.o.o. ima edini, poleg Zavarovalnice Maribor d.d. in

Zavarovalnice Tilie d.d neprekinjeno delujoč alarmni center v Sloveniji, kar nedvomno močno olajša komunikacijo v kritičnih trenutkih. Operaterju, ki sprejme zavarovančev klic, je potrebno povedati ime in priimek zavarovanca, število zavarovalne police in čim več informacij o trenutni lokaciji, telefonski številki, potrebni zdravniški pomoči itd. V primeru, da se zavarovanec obrne na najbližjo CORIS-ovo poslovalnico, ta zaprosi poslovalnico v Ljubljani za potrditev veljavnosti police in nadaljnja navodila. V drugem primeru pa operater v Ljubljani nemudoma preveri veljavnost police in se nato z navodili obrne na zavarovancu najbližjo CORIS-ovo poslovalnico. Ta poslovalnica nato v obeh primerih asistira z ustrežno obliko pomoči. Če zavarovanec plača vse izdatke sam, lahko po prihodu v Slovenijo predloži račune in ostalo zdravstveno dokumentacijo, na podlagi česar mu nato Assistance CORIS d.o.o. povrne nastale stroške.

Zavarovalnica Triglav d.d. V primeru bolezni ali nezgode mora zavarovanec poklicati alarmni center Mercur Assistance v Nemčijo (München), kjer operaterju v angleškem, nemškem ali francoskem jeziku (sporazumevanje v slovenskem jeziku ni mogoče) pove ime in priimek, številko zavarovalne police, opis nezgode oziroma bolezni, kraj, kjer je dosegljiv, ter naslov in telefonsko številko lečečega zdravnika. Operater nato prenese te podatke zdravniku njihove asistenčne hiše in ta pokliče lečečega zdravnika oziroma da zavarovancu napotke za nadaljnje ravnanje. Glede na zdravstveno stanje zavarovanca Mercur Assistance priskrbi finančno garancijo v okviru zavarovalne vsote ali organizira prevoz v domovino. V kolikor zavarovanec sam poravnava stroške zdravljenja in drugih storitev, povezanih z nezgodo ali boleznijo, lahko kasneje uveljavlja povračilo na najbližji enoti Zavarovalnice Triglav d.d. in sicer na osnovi zavarovalne police, računov celotne zdravstvene dokumentacije, ki jih je potrebno zahtevati ob plačilu.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z. V primeru bolezni ali nezgode mora zavarovanec poklicati alarmni center Elvia Assistance v Franciji (Pariz). Ob kontaktu je potrebno navesti ime in priimek, številko zavarovalne police, številko telefona, kjer je zavarovanec trenutno dosegljiv, ter obliko pomoči, ki jo potrebuje. Elvia Assistance nudi 24 urno pomoč v angleškem in francoskem jeziku glede na prisotnost operaterjev pa tudi v nemškem, italijanskem, hrvaškem, ruskem, španskem in drugih jezikih. Če zavarovanec ne zna nobenega tujega jezika, se težko sporazumeva ali ima kakšne druge težave, lahko pokliče dežurni telefon Vzajemne zdravstvene zavarovalnice d.v.z. v Ljubljani. Na žalost ta dežurni telefon ne deluje 24 ur, ampak zgolj v omejenem časovnem terminu. Če zavarovanec stroške zdravljenja izjemoma plača sam, mu Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z. ob predložitvi police, izvirnikov računov in potrebne zdravstvene dokumentacije nastale stroške povrne.

Zavarovalnica Maribor d.d. in Zavarovalnica Tilia d.d. V primeru potrebne pomoči mora zavarovanec takoj, ko je to možno, poklicati 24-urni dežurni center v Sloveniji, od koder kasneje naprej obvestijo alarmni center Inter Partner-AXA

Assistance. Ob klicu v dežurni center mora zavarovanec posredovati podatke o imenu in priimku ter naslovu nosilca zavarovalne police, njeno številko ter veljavnost, kraj in telefonsko številko, kjer je dosegljiv, ter kratek opis problema, ki ga ima in narave pomoči, ki jo potrebuje. Zdravniki asistenčne družbe Inter Partner-AXA Assistance se nato takoj, ko jih iz dežurnega centra obvestijo o nezgodi ali bolezni, povežejo z lečečim zdravnikom, ugotovijo postopek in ustreznost zdravljenja, svetujejo in organizirajo ter v okviru zavarovalne vsote prevzamejo stroške zdravljenja in prevoza do najbližje ustrezne bolnišnice ali v domovino. Če zavarovanec stroške zdravljenja izjemoma plača sam, se mora za povračilo stroškov obrniti na servis zavarovalnice ter predložiti potrebno dokumentacijo (osebne podatke, kopijo police, račune za opravljene zdravniške storitve, bolniški list itd.).

6.3 Primerjava cen zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco

Sledeča primerjava cen je narejena za običajno zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco, namenjeno ljudem za krajša ali daljša potovanja.

Za primerjavo so vzete cene veljavne dne 15.maj 2004.

V skladu z 8. členom Zakona o davku od prometa zavarovalnih poslov, ki pravi, da se od zavarovanj, ki krijejo nevarnost izven območja Republike Slovenije, ne plačuje davka, zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco ni obdavčeno (Zakon o davku od prometa zavarovalnih poslov, 1999).

6.3.1 Primerjava cen običajnega zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco

Tabela 6.1 Cenik zavarovanja Vzajemne zdravstvene zavarovalnice d.v.z.

| | Posamično | | Skupinsko (premija po osebi) | | Družinsko | |
|--------------------------------|--------------------|------------------|---------------------------------|------------------|--------------------|------------------|
| | osnovni program | višji program | osnovni program | višji program | osnovni program | višji program |
| Zavarovalna vsota(EURO) | 12.800 | 20.500 | 12.800 | 20.500 | 12.800 | 20.500 |
| Zavarovalna doba | | | | | | |
| 01 - 03 dni | 1.190 | 2.620 | 833 | 1.834 | 2.380 | 5.240 |
| 04 - 05 dni | 1.630 | 3.590 | 1.141 | 2.513 | 3.260 | 7.180 |
| 06 - 08 dni | 1.990 | 4.380 | 1.393 | 3.066 | 3.980 | 8.760 |
| 09 - 10 dni | 2.190 | 4.820 | 1.533 | 3.374 | 4.380 | 9.640 |
| 11 - 15 dni | 2.690 | 5.920 | 1.883 | 4.144 | 5.380 | 11.840 |
| 16 - 21 dni | 3.380 | 7.440 | 2.366 | 5.208 | 6.760 | 14.880 |
| 22 - 30 dni | 4.580 | 10.080 | 3.206 | 7.056 | 9.160 | 20.160 |
| 31 - 45 dni | 5.970 | 13.130 | 4.179 | 9.191 | 11.940 | 26.260 |
| 46 - 60 dni | 7.480 | 16.460 | 5.236 | 11.522 | 14.960 | 32.920 |
| 61 - 75 dni | 9.300 | 20.460 | 6.510 | 14.322 | 18.600 | 40.920 |
| 76 - 90 dni | 10.450 | 22.990 | 7.315 | 16.093 | 20.900 | 45.980 |
| 91 - 135 dni | 15.590 | 34.300 | 10.913 | 24.010 | 31.180 | 68.600 |
| 136 - 180 dni | 19.950 | 43.890 | 13.965 | 30.723 | 39.900 | 87.780 |
| 181 - 270 dni | 28.260 | 62.170 | 19.782 | 43.519 | 56.520 | 124.340 |
| 271 - 365 dni | 36.970 | 81.330 | 25.879 | 56.931 | 73.940 | 162.660 |

Vir : vzajemna.si

Tabela 6.2 Cenik Adriatic zavarovalne družbe d.d. in Slovenica zavarov. hiše d.d.

| | Posamično | | Družinsko | | Skupinsko (premija po osebi) | |
|--------------------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|---------------------------------|------------------|
| | osnovno kritje | dvojno kritje | osnovno kritje | dvojno kritje | osnovno kritje | dvojno kritje |
| Zavarovalna vsota(EURO) | 15.000 | 30.000 | 15.000 | 30.000 | 15.000 | 30.000 |
| Zavarovalna doba | | | | | | |
| 01 - 03 dni | 1.210 | 1.815 | 2.200 | 3.300 | 770 | 1.155 |
| 04 - 05 dni | 1.760 | 2.640 | 3.180 | 4.770 | 1.100 | 1.650 |
| 06 - 08 dni | 2.300 | 3.450 | 4.170 | 6.255 | 1.430 | 2.145 |
| 09 - 15 dni | 3.510 | 5.265 | 6.480 | 9.720 | 2.200 | 3.300 |
| 16 - 21 dni | 4.390 | 6.585 | 8.120 | 12.180 | 2.630 | 3.945 |
| 22 - 30 dni | 5.490 | 8.235 | 9.880 | 14.820 | 3.290 | 4.935 |
| 31 - 60 dni | 8.560 | 12.840 | 15.260 | 22.890 | 5.050 | 7.575 |

Vir: adriatic.si, slovenica.si

Tabela 6.3 Cenik zavarovanj Zavarovalnice Triglav d.d.

| | Posamično | | Družinsko | | Skupinsko (premija po osebi) | |
|--------------------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|
| | osnovni | nad standardni | osnovni | nad standardni | osnovni | nad standardni |
| Zavarovalna vsota(EURO) | 15.000 | 30.000 | 15.000 | 30.000 | 15.000 | 30.000 |
| Zavarovalna doba | | | | | | |
| 01 - 03 dni | 1.193 | 1.789 | 2.123 | 3.220 | 692 | 1.073 |
| 04 - 05 dni | 1.741 | 2.623 | 3.148 | 4.722 | 1.049 | 1.574 |
| 06 - 08 dni | 2.337 | 3.506 | 4.221 | 6.320 | 1.407 | 2.098 |
| 11 - 15 dni | 3.530 | 5.271 | 6.320 | 9.468 | 2.099 | 3.148 |
| 16 - 21 dni | 4.388 | 6.559 | 7.870 | 11.830 | 2.647 | 3.935 |
| 22 - 30 dni | 5.581 | 8.371 | 10.040 | 15.073 | 3.339 | 5.008 |
| 31 - 60 dni | 8.347 | 12.450 | 14.978 | 22.443 | 5.008 | 7.489 |
| 61 - 90 dni | 11.042 | 16.576 | 19.891 | 29.860 | 6.630 | 9.945 |
| 91 - 180 dni | 22.443 | 33.628 | 40.402 | 60.579 | 13.451 | 20.201 |
| 181 - 360 dni | 44.909 | 67.305 | 80.828 | 121.134 | 26.950 | 40.378 |

Vir : zav-triglav.si**Tabela 6.4** Cenik zavarovanj Zavarovalnice Maribor d.d. in Zavarovalnice Tilia d.d.

| | Območje 1 | | | Območje 2 | | |
|--------------------------------|-----------|--------|--------|-----------|--------|--------|
| | 10.000 | 20.000 | 50.000 | 10.000 | 20.000 | 50.000 |
| Zavarovalna vsota(EURO) | | | | | | |
| Zavarovalna doba | | | | | | |
| 01 - 03 dni | 873 | 1.135 | 1.309 | 1.572 | 2.044 | 2.359 |
| 04 - 07 dni | 1.899 | 2.468 | 2.848 | 3.417 | 4.443 | 5.128 |
| 08 - 10 dni | 2.325 | 3.024 | 3.489 | 4.186 | 5.443 | 6.280 |
| 11 - 15 dni | 2.907 | 3.778 | 4.360 | 5.233 | 6.802 | 7.849 |
| 16 - 21 dni | 3.663 | 4.763 | 5.495 | 6.594 | 8.574 | 9.893 |
| 22 - 31 dni | 4.805 | 6.249 | 7.210 | 8.650 | 11.245 | 12.977 |
| 32 - 60 dni | 8.140 | 10.580 | 12.209 | 14.651 | 19.044 | 21.975 |
| 61 - 92 dni | 10.697 | 13.907 | 16.046 | 19.254 | 25.031 | 28.882 |
| 6 mesecev | 16.046 | 20.859 | 24.067 | 28.882 | 37.545 | 43.312 |
| 1 leto | 24.067 | 31.289 | 36.102 | 43.321 | 56.319 | 64.982 |

Vir : zav-mb.si, zav-tilia.si

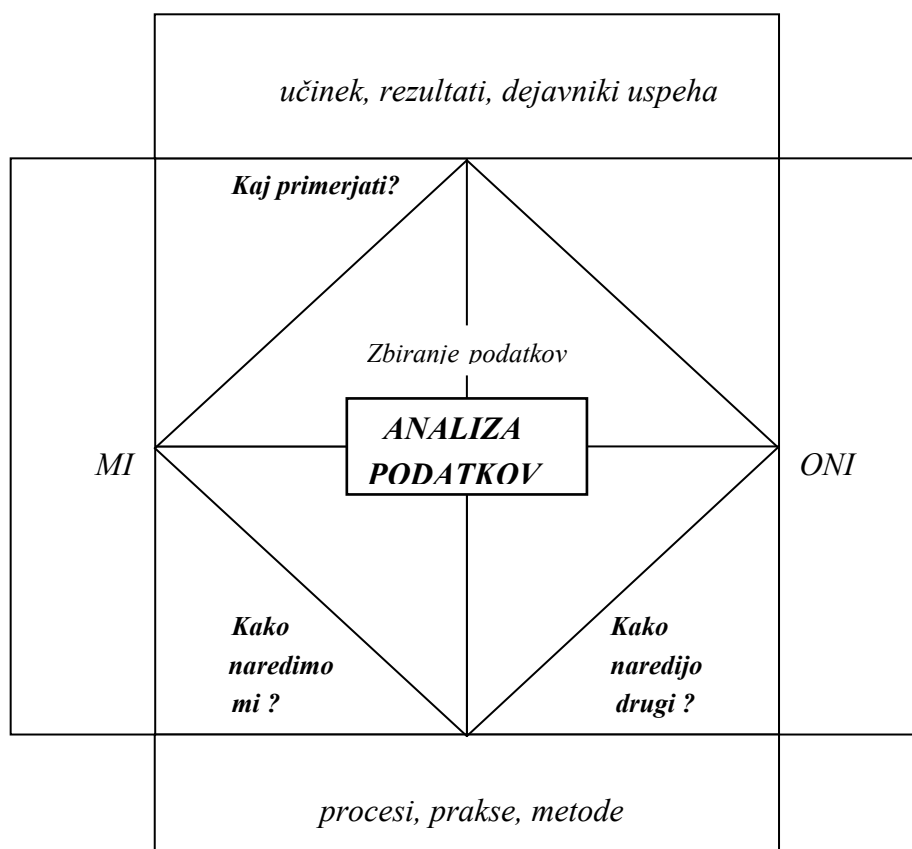
7 TRŽNA ANALIZA

7.1 Benchmarking presoja

Tip benchmarkinga je možno opredeliti glede na dve izhodišči, in sicer glede na to, kaj primerjamo, in drugič glede na to, od kod dobivamo benchmarkinške informacije (Tekavčič 2001, 51).

Pri internem benchmarkingu gre za primerjavo izdelkov, storitev, procesov in praks znotraj obstoječega podjetja, pri eksternem benchmarkingu pa za primerjavo z neposrednimi konkurenti, konkurenčni benchmarking, ali za primerjavo s podjetji, ki niso neposredni konkurenti, nekonkurenčni benchmarking. Ne konkurenčni benchmarking je smiselno razdeliti tudi glede na to, ali gre za primerjavo z vodilnimi podjetji v dejavnosti, funkcijski benchmarking, ali se s primerjavo usmerjamo v najboljša podjetja nasploh, splošni benchmarking (Tekavčič 2001, 52).

Slika 7.1 Osnove benchmarkinga



Vir : Watson 1993, 55

Konkurenčni benchmarking pomeni primerjanje lastne organizacije z neposrednimi konkurenti in ugotavljanje, v čem so konkurenti boljši. Takšna primerjava se lahko nanaša na storitve, izdelke ali delovne procese. Primerjava z neposrednimi konkurenti nujno ne pomeni pridobivanje vpogleda v najboljše prakse, vendar lahko informacije pridobljene na tak način predstavljajo koristen vir idej, saj z njihovimi procesi in praksami vplivajo na isto skupino kupcev, dobaviteljev, delničarjev, bank in ostalih zainteresiranih oseb, ki imajo neposreden vpliv na morebitni poslovni uspeh podjetja. Cilj konkurenčnega benchmarkinga je torej ugotoviti položaj lastnega podjetja proti neposrednim konkurentom in prevzeti tiste prakse od konkurentov, v katerih so boljši od naših lastnih (Tekavčič 2001, 52).

7.2 Interpretacija analize

Primerjati cene posameznih ponudnikov vsekakor ni enostavna naloga. Poleg višine zavarovalne premije moramo poznati tudi zavarovalno kritje, torej, v katerih okoliščinah zavarovanje velja, katere storitve so zavarovancu na voljo ter kolikšna je zavarovalna vsota. Kakšno zavarovalno kritje potrebuje kupec, je odvisno od njegovih želja oziroma potreb. Ponavadi kupci sploh ne vedo kakšno zavarovalno kritje je najbolj primerno za njihovo potovanje v tujini. Včasih so nekatere storitve zavarovancem »vsiljene«, saj jih niti ne želijo oziroma ne potrebujejo. Cilj mnogih zavarovancev pa je dobiti čim večji obseg storitev za dano ceno/premijo.

Tabela 7.1 Primerjava premij osnovnega programa

| | VZAJEMNA TRIGLAV | SLOVENICA ADRIATIC | ZM TILIA | |
|--------------------------------|------------------|--------------------|---------------|---------------|
| Zavarovalna vsota(EURO) | 12.800 | 15.000 | 15.000 | 20.000 |
| Zavarovalna doba | | | | |
| 01 - 03 dni | 1.190 | 1.193 | 1.210 | 1.135 |
| 04 - 05 dni | 1.630 | 1.741 | 1.760 | |
| 06 - 08 dni | 1.990 | 2.337 | 2.300 | 2.468 |
| 09 - 10 dni | 2.190 | | | 3.024 |
| 11 - 15 dni | 2.690 | 3.530 | 3.510 | 3.778 |
| 16 - 21 dni | 3.380 | 4.388 | 4.390 | 4.763 |
| 22 - 30 dni | 4.580 | 5.581 | 5.490 | 6.249 |
| 31 - 45 dni | 5.970 | | | |
| 46 - 60 dni | 7.480 | 8.347 | 8.560 | 10.580 |
| 61 - 75 dni | 9.300 | | | |
| 76 - 90 dni | 10.450 | 11.042 | | 13.907 |
| 91 - 135 dni | 15.590 | | | |
| 136 - 180 dni | 19.950 | 22.443 | | 20.859 |
| 181 - 270 dni | 28.260 | | | |
| 271 - 365 dni | 36.970 | 44.909 | | 31.289 |

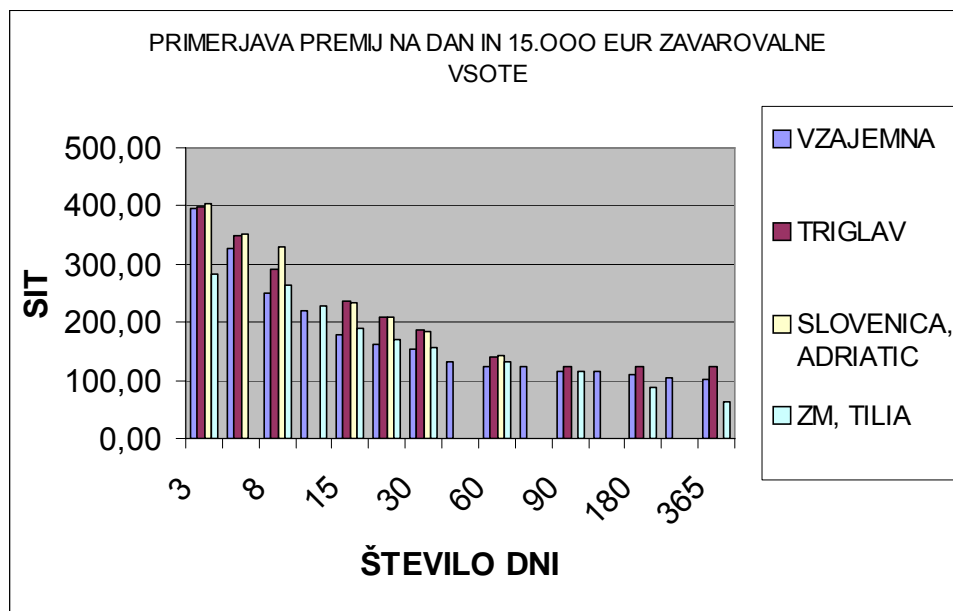
Vir : vzajemna.si, zav-triglav.si, slovenica.si, adriatic.si, zav-mb.si, zav-tilia.si

Tabela 7.2 Izračun premij za 15.000 EUR / dan

| | VZAJEMNA | TRIGLAV | SLOVENICA ADRIATIC | ZM TILIA |
|------------------------------|----------------|----------|-----------------------|-------------|
| Faktor izravnave zav. | | | | |
| vsote 15000 EUR | 1,17187 | 1 | 1 | 0,75 |
| Zavarovalna doba | | | | |
| 01 - 03 dni | 396,67 | 397,67 | 403,33 | 283,75 |
| 04 - 05 dni | 326,00 | 348,20 | 352,00 | 0,00 |
| 06 - 08 dni | 248,75 | 292,13 | 328,57 | 264,43 |
| 09 - 10 dni | 219,00 | 0,00 | 0,00 | 226,80 |
| 11 - 15 dni | 179,33 | 235,33 | 234,00 | 188,90 |
| 16 - 21 dni | 160,95 | 208,95 | 209,05 | 170,11 |
| 22 - 30 dni | 152,67 | 186,03 | 183,00 | 156,23 |
| 31 - 45 dni | 132,67 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 46 - 60 dni | 124,67 | 139,12 | 142,67 | 132,25 |
| 61 - 75 dni | 124,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 76 - 90 dni | 116,11 | 122,69 | 0,00 | 115,89 |
| 91 - 135 dni | 115,48 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 136 - 180 dni | 110,83 | 124,68 | 0,00 | 86,91 |
| 181 - 270 dni | 104,67 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 271 - 365 dni | 101,29 | 123,04 | 0,00 | 64,29 |

Vir . lastna raziskava, 2004

Graf 7.1 Primerjave premij



Vir : lastna raziskava, 2004

7.3 Interpretacija primerjave cen osnovnega zdravstvenega zavarovanja z izravnalnimi faktorjem.

Zavarovalne vsote so pri zavarovalnicah različne, zato sem zaradi primerljivosti preračunal le te na skupni imenovalec s pomočjo faktorjev na vsoto 15.000 EUR. Ker so podane premije za časovna obdobja različna, sem tudi premije preračunal na dan.

Iz tako preračunanih podatkov v tabeli 7.2 in prirejenemu grafu je razvidno sledeče:

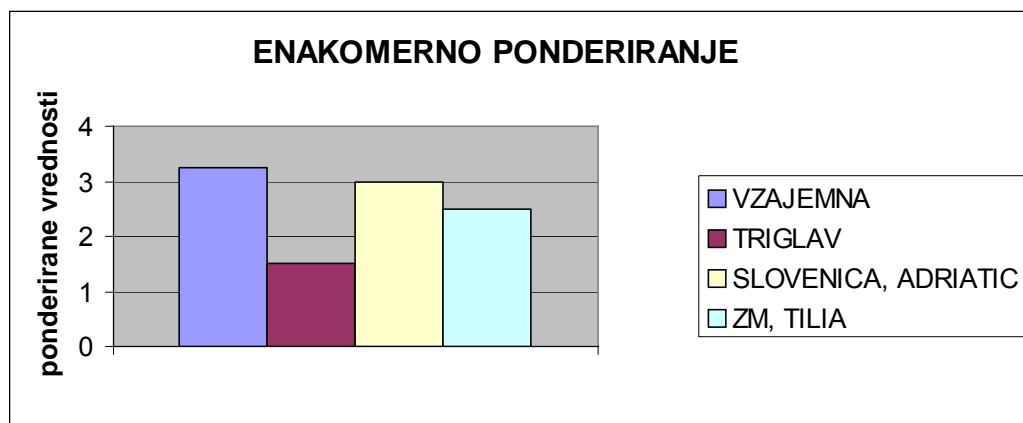
- za obdobje od 1 do 6 dni je najugodnejša Zavarovalnica Maribor d.d in Zavarovalnica Tilia, nato je sledijo Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z., Zavarovalnica Triglav d.d. ter Slovenica zavarovalna hiša d.d. in Adriatic zavarovalna družba d.d.,
- za obdobje od 7 do 90 dni je najugodnejša Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z., nato je sledijo Zavarovalnica Maribor d.d. in Zavarovalnica Tilia d.d., Zavarovalnica Triglav d.d. ter Slovenica zavarovalna hiša d.d. in Adriatic zavarovalna družba d.d.,
- za obdobje od 91 do 365 dni je najugodnejša Zavarovalnica Maribor d.d. in Zavarovalnica Tilia d.d., nato je sledi Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z.

Tabela 7.3 Ovrednotenje celovitosti produktov po ključnih elementih – enakomerno ponderiranje

| ZAVAROVALNICA | VZAJEMNA | TRIGLAV | SLOVENICA ADRIATIC | ZM TILIA | PONDER |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-----------------------|-------------|------------|
| PONUDBA | | | | | |
| osnovno | X | X | X | X | |
| zavarovanje športnikov | X | X | X | X | |
| zavarovanje dijakov in študentov | | | X | | |
| celoletno zavarovanje poslovnežev | X | X | X | | |
| celoletno družinsko zavarovanje | | | X | | |
| zavarovanje tujcev | | | X | | |
| zavarovanje za večji rizik pri delu | X | | | | |
| točke | 3 | 2 | 4 | 1 | |
| | 0,75 | 0,5 | 1 | 0,25 | 25 |
| POGOJI | | | | | |
| točke | 4 | 1 | 2 | 3 | |
| | 1 | 0,25 | 0,5 | 0,75 | 25 |
| UVELJAVLJANJE ASISTENCE | | | | | |
| točke | 2 | 1 | 3 | 4 | |
| | 0,5 | 0,25 | 0,75 | 1 | 25 |
| CENE | | | | | |
| običajno zdravstveno zavarovanje | 4 | 2 | 1 | 3 | |
| posebno zdravstveno zavarovanje | 3 | 2 | 4 | 1 | |
| vsota | 7 | 4 | 5 | 4 | |
| točke | 4 | 2 | 3 | 2 | |
| | 1 | 0,5 | 0,75 | 0,5 | 25 |
| skupaj točke | 13 | 6 | 12 | 10 | |
| PONDERIRANE VREDNOSTI | 3,25 | 1,5 | 3 | 2,5 | 100 |

Vir : lastna raziskava, 2004

Graf 7.2 Ovrednotenje točkovanja enakomernega ponderiranja



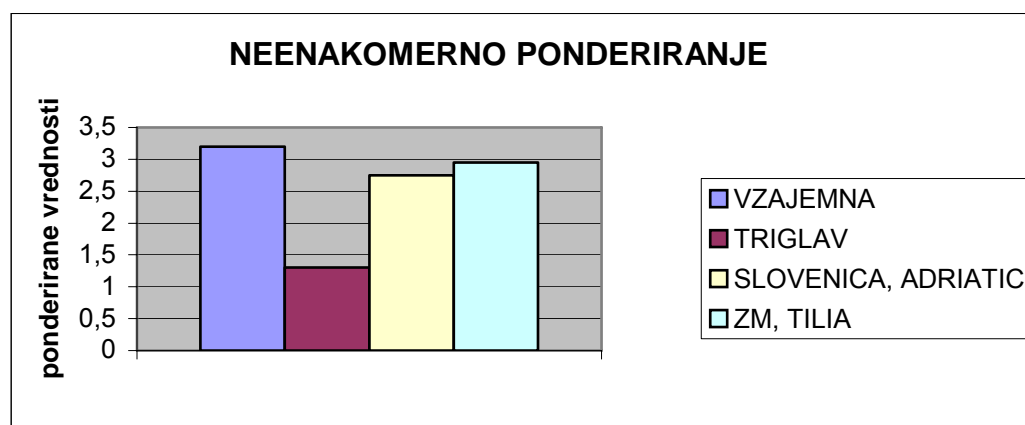
Vir : lastna raziskava, 2004

Tabela 7.4 Ovrednotenje celovitosti produktov po ključnih elementih – neenakomerno ponderiranje

| ZAVAROVALNICA | VZAJEMNA | TRIGLAV | SLOVENICA ADRIATIC | ZM TILIA | PONDER |
|-------------------------------------|------------|-------------|-----------------------|-------------|------------|
| PONUDBA | | | | | |
| osnovno | X | X | X | X | |
| zavarovanje športnikov | X | X | X | X | |
| zavarovanje dijakov in študentov | | | X | | |
| celoletno zavarovanje poslovnežev | X | X | X | | |
| celoletno družinsko zavarovanje | | | X | | |
| zavarovanje tujcev | | | X | | |
| zavarovanje za večji rizik pri delu | X | | | | |
| točke | 3 | 2 | 4 | 1 | |
| | 0,3 | 0,2 | 0,4 | 0,1 | 10 |
| POGOJI | | | | | |
| točke | 4 | 1 | 2 | 3 | |
| | 1,4 | 0,35 | 0,7 | 1,05 | 35 |
| UVELJAVLJANJE ASISTENCE | | | | | |
| točke | 2 | 1 | 3 | 4 | |
| | 0,7 | 0,35 | 1,05 | 1,4 | 35 |
| C E N E | | | | | |
| običajno zdravstveno zavarovanje | 4 | 2 | 1 | 3 | |
| posebno zdravstveno zavarovanje | 3 | 2 | 4 | 1 | |
| vsota | 7 | 4 | 5 | 4 | |
| točke | 4 | 2 | 3 | 2 | |
| | 0,8 | 0,4 | 0,6 | 0,4 | 20 |
| skupaj točke | 13 | 6 | 12 | 10 | |
| PONDERIRANE VREDNOSTI | 3,2 | 1,3 | 2,75 | 2,95 | 100 |

Vir : lastna raziskava, 2004

Graf 7.3 Ovrednotenje točkovanja neenakomernega ponderiranja



Vir : lastna raziskava, 2004

S primerjavo rezultatov grafa 7.2 in grafa 7.3 je razviden nekonkurenčen produkt Zavarovalnice Triglav d.d. in minimalna razlika med produkti ostalih treh zavarovalnic, kjer malo odstopa Vzajemna zavarovalnica d.v.z.

7.4 Interpretacija vrednotenja celovitosti produktov po ključnih elementih

Za oceno celovitosti produktov sem za ključne elemente izbral ponudbo, pogoje, uveljavitev asistenc in ceno. Posamezne elemente sem glede na zbrane podatke ovrednotil s točkami od 1 do 4.

V tabeli 7.3 so ključni elementi enakomerno ovrednoteni s tem, da sem določil ponder 25 za vsak ključni element. Na podlagi enakomernega vrednotenja ključnih elementov je najugodnejša ponudba Vzajemne zdravstvene zavarovalnice d.v.z., kateri sledijo Slovenica zavarovalna hiša d.d. in Adriatic zavarovalna družba d.d., Zavarovalnica Maribor d.d. in Zavarovalnica Tilia d.d. ter Zavarovalnica Triglav d.d.

V tabeli 7.4 sem večji poudarek namenil pogojem in uveljavitvi pravic, ker menim, da je za takšno obliko zavarovanja ključnega pomena obseg kritja in način komuniciranja (sporazumevanje v slovenskem jeziku, časovna dosegljivost) s klicnim centrom. Temu primerno sem priredil ponderje po ključnih elementih. Po takem vrednotenju je najugodnejša ponudba Vzajemne zdravstvene zavarovalnice d.v.z., sledijo ji Zavarovalnica Maribor d.d. in Zavarovalnica Tilia d.d., Slovenica zavarovalna hiša d.d. in Adriatic zavarovalna družba d.d. ter Zavarovalnica Triglav d.d.

8 UGOTOVITVE IN PRIPOROČILA

Na podlagi obravnavanega lahko povzamemo, da je v Sloveniji ponudba zdravstvenih zavarovanj v tujini z asistenco dobro razvita. Primerjave posameznih produktov so pokazale, da razlike med njimi obstajajo ne le v cenovnem, ampak tudi v vsebinskem smislu, in sicer glede pogojev, uveljavitve asistenc in ponudbe.

Primerjave cen osnovnega zdravstvenega zavarovanja z izravnalnim faktorjem za zavarovalno vsoto kažejo, da je po ceni najugodnejša Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z. pred Zavarovalnico Maribor d.d. in Zavarovalnico Tilia d.d., Zavarovalnico Triglav d.d. in Adriatic zavarovalno družbo d.d. in Slovenico zavarovalniško hišo d.d.

Pri primerjavi pogojev osnovnega zdravstvenega zavarovanja je vrstni red enak vrstnemu redu primerjave cen, le da so se na zadnjem in predzadnjem mestu zamenjale zavarovalnice.

Pri načinu uveljavljanja asistenc je najprimernejša Zavarovalnica Maribor d.d. in Zavarovalnica Tilia d.d., nato Adriatic zavarovalna družba d.d. in Slovenica zavarovalna hiša d.d., sledita jima še Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z. in Zavarovalnica Triglav d.d.

Postavljena prva trditev, da je višina premije pogojena s kritjem, se ne potrdi, kajti po tej trditvi bi naj Adriatic zavarovalna družba d.d. in Slovenica zavarovalna hiša d.d. imeli glede na višino premije najširše kritje, kar pa analiza podatkov ni pokazala.

Druga trditev, da se z večjim poudarkom na dveh ključnih elementih spremeni izbira ponudnika, se ne potrdi, kajti pri spremembi ponderjev v razmerju 1:3,5:3,5:2 je še vedno najugodnejši celovit produkt Vzajemne zdravstvene zavarovalnice d.v.z., le na drugem mestu je sedaj Zavarovalnica Maribor d.d. in Zavarovalnica Tilia d.d., sledijo še Adriatic zavarovalna družba d.d. in Slovenica zavarovalna hiša d.d. ter Zavarovalnica Triglav d.d.

Vsekakor si je pred sklenitvijo zdravstvenega zavarovanja v tujini z asistenco priporočljivo določiti pomembnost posameznih elementov, kajti le tako boste sebi našli najugodnejšo obliko zavarovanja.

9 ZAKLJUČEK

Človek se skuša izogniti situacijam in dejanjem, katerih posledice bi utegnile ogroziti njihovo zdravje in varnost. Posameznik se trudi, da bi bila njegovo življenje in prihodnost čim manj negotova, zato se skuša pred morebitnimi nevarnostmi zavarovati. Še posebej na potovanjih ali počitnicah si ne želimo zapletov, vendar pa nas lahko tudi tu doleti kaj nepredvidenega.

Asistenca kot storitev pomeni organizacijo pomoči osebam, ki se znajdejo v določenem položaju in potrebujejo pomoč. Prvotno so asistenčni produkti nudili le pomoč osebam v težavah in zato tudi Zakon o zavarovalništvu govori o organizaciji pomoči osebam v težavah.

Asistenca je značilen odraz prenasičenih trgov, na katerih osnovna storitev ne zadostuje za ohranitev tržnega položaja in osveščeni potrošniki zahtevajo vse več od ponudnikov osnovne storitve.

Sistem našega zdravstvenega varstva zagotavlja osebam, ki so obvezno zdravstveno zavarovane v Republiki Sloveniji, pravico do nujnega zdravljenja med začasnim bivanjem v tujini. V ta namen je Republika Slovenija sklenila z nekaterimi evropskimi državami konvencijo, ki ureja področje uveljavljanja pravice do nujnega zdravljenja. Vendar je to zdravljenje omejeno predvsem na zdravnike oziroma ustanove, ki so del javne državne zdravstvene mreže. Stroške zdravljenja pri zasebnih zdravnikih ter ustanovah oziroma kjerkoli v državah, s katerimi ni sklenjena konvencija, pa mora človek sam poravnati na licu mesta. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije mu šele ob predložitvi celotne dokumentacije povrne (največkrat ne v celoti) nastale stroške. V vsakem primeru pa si mora človek sam poiskati ustrezno zdravniško pomoč.

Tu se je slovenskim zavarovalnicam ponudila možnost, da so slovenskemu trgu ponudile v tujini že precej dolgo znano zdravstveno zavarovanje v tujini z asistenco. Gre za sodelovanje slovenskih zavarovalnic in mednarodnih asistenčnih družb. Zavarovalnice skrbijo za plačilo nastalih stroškov, medtem ko asistenčne družbe najdejo ustrezno, strankam prijazno rešitev nastalih težav.

Prodaja zavarovalniških storitev je odvisna od številnih odločitev, povezanih z izbiro trženjskih poti. Tradicionalnemu načinu se bolj pridružujejo novi načini, ki so posledica hitrega tehnološkega napredka in posledično novega načina razmišljanja. Ne nazadnje pa vpliva na razvoj novih trženjskih poti v zavarovalništvu čedalje večja konkurenca zaradi nujnosti upoštevanja smernic Evropske unije. Načini distribucije zavarovalniških storitev pomembno vplivajo na velikost tržnega deleža zavarovalnic ter na njihovo dobičkonosnost, zato je razvijanje novih načinov trženja zavarovalniških storitev v njihovem interesu.

Na izbiro trženjskih poti vplivata predvsem dva dejavnika: stroški, ki jih zahteva posamezna trženjska pot, ter zadovoljstvo zavarovanca z načinom ponujene storitve;

poslovni odnos, ki se vzpostavi z zavarovancem, mora biti profesionalen, zaupanja vreden ter pristen. Čedalje večja konkurenčnost oziroma nujnost zmanjševanja stroškov narekuje razvoj novih oblik trženjskih poti, ohranjanje starih, tradicionalnih oblik trženjskih poti pa pomeni prednost pred novimi oblikami zaradi vzpostavljanja neposrednega stika z zavarovancem.

Ko se odločamo za sklenitev zdravstvenega zavarovanja v tujini, se moramo vprašati, kakšne so naše želje oziroma potrebe. Primerjave posameznih produktov so pokazale, da razlike med njimi obstajajo ne le v cenovnem, ampak tudi v vsebinskem smislu. Najpomembnejši elementi, ki vplivajo na izbiro so: ponudba (osnovno zavarovanje, družinsko itd.), pogoji oz. kritje, uveljavitev asistencije (če naše znanje tujih jezikov ni najboljšo, je zelo pomembno, da izberemo ponudnika, ki nam omogoča sporazumevanje v slovenskem jeziku 24 ur na dan) in višina premije.

Lepo bi bilo, če se nam na potovanjih in letovanjih ne bi zgodilo nič neprijetnega in bi domov prinesli le vesele spomine, vendar pa se na to žal ne moremo zanašati. Zaradi tega je prav, da se pred potovanjem zavarujemo in tako nekaj svojih bremen prenesemo na zavarovalnico – šele tako bodo naši izleti, dopusti ali potovanja res brezskrbni.

LITERATURA

Berkopec, Gregor. 1995. Nekateri vidiki in vprašanja uskladitve poslovanja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije z zakonom o zavarovalnicah. Ljubljana.

Bijelić, Mile. 1998. *Zavarovanje in pozavarovanje*, Ljubljana: Slovenica, zavarovalna hiša d.d.

Česen, Marjan. 1998. *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*, Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Devetak, Gabrijel. 1998. *Marketinška zasnova podjetja*. Moderna organizacija.

European Commission. 1998. *The Single Market Review, Impact on Service: Insurance*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Flis, Slavko. 1995. *Zbrani spisi o zavarovanju*. 2 knjiga. Ljubljana. Pozavarovalnica Sava, Zavarovalnica Triglav.

Informacija za zavarovane osebe o obveznem zdravstvenem zavarovanju med začasnim bivanjem v tujini. 2000. Ljubljana. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Insurance, Canterbury. 1996. Chartered institute of bankers.

Ivanjko, Šime. 1999. *ABC zavarovalništvo s praktičnimi primeri*, Založba Kapital.

Končina, Miro. 1994. *Trženje osebnih in premoženjskih zavarovanj na slovenskem zavarovalnem trgu*. Doktorska disertacija. Ljubljana.

Končina, Miro. 1994. Teoretična izhodišča za pristop k oblikovanju trženjskih strategij zavarovalnic v razmerah preobrazbe zavarovalništva v Sloveniji. *Zbornik referatov dnevov slovenskega zavarovalništva*. Bled.

Lloyd List events. 2000. LMTP Marine Insurance Seminar, *Seminar Documentation*. London.

Raziskava trga zavarovalniških storitev. 1998. Studio Marketing.

Rejda George E. 1986. *Principles of insurance*. Glenview: Scott, Foresman and Company.

Slovensko zavarovalno združenje. 2000. *Bilten 7. dnevi slovenskega zavarovalništva*.

Slovensko zavarovalno združenje. 2001. *Bilten 8. dnevi slovenskega zavarovalništva*.

Swiss Re. 1998. *Key Success Factors in Banassurance*. London: Swiss Re Life&Health.

Tekavčič, Metka. 2001. *Benchmarking in nefinančni kazalci za presojanje poslovanja*. Management v zdravstvu – pričakovanja in realnost. Ljubljana.

Uradni list RS št. 57. 1999. Zakon o davku od prometa zavarovalnih poslov.

Uradni list RS št. 13. 2000. Zakon o zavarovalništvu.

Watson Gregory H. 1993. *Strategic Benchmarking*. New York: John Wiley and Sons.

Williams C. Arthur Jr., Heins M. Richard. 1981. *Risk management and insurance*. New York. McGraw-Hill Book Company.

Allianz Suisse. 2003

<http://www.allianz-suisse.ch>

AXA.com Bienvenue. 2003

<http://www.axa.com>

CORRIS ASSISTANCE, 2003

<http://www.ass-coris.si>

ELVIA:assurance voyage, assistance repatriement et sante. 2003

<http://www.europ-assistance.com>

INTERNATIONAL ASSISTANCE GROUP, 2003

<http://www.iagnet.com>

INTER PARTNER ASSISTANCE Deutschland, 2003

<http://www.inter-partner.de>

MERCUR ASSISTANCE DEUTCHLAND AG, 2003

<http://www.mercur.de>

Prispevki 2004

<http://www.zzzs.si/Prispevki>

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

<http://www.adriatic.si>

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica

<http://www.vzajemna.si>

Zavarovalnica Maribor

<http://www.zav-mb.si>

Zavarovalnica Slovenica

<http://www.slovenica.si>

Zavarovalnica Tilia

<http://www.zav-tilia.si>

Zavarovalnica Triglav d.d.

<http://www.zav-triglav.si>

Zdravstvena zavarovanja – podrobnejše informacije

<http://www.zdravstvena.net>

