

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER

Zaključna projektna naloga

UČINKOVITA IZTERJAVA  
NEPLAČANE PREMIJE

Iztok Mermolja

Koper, 2009

Mentor: pred. mag. Maja Dimc



## **POVZETEK**

Zaključna projektna naloga obravnava problematiko povezano z izvajanjem prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, konkretnije z obdelavo in izterjavo terjatev iz naslova zavarovalne premije. Za celovito razumevanje problematike sta prvi dve poglavji namenjeni predstavitvi sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ter Triglav, zdravstvene zavarovalnice, d. d. V nadaljevanju je skozi analizo obstoječega poslovnega procesa izterjave neplačane premije ugotovljena potreba po prenovi poslovnega procesa in podan predlog za celovito upravljanje terjatev iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj ter ustrezno informacijsko podporo.

*Ključne besede:* zdravstveno zavarovanje, zavarovalna pogodba, zavarovalna premija, upravljanje terjatve, izterjava, prenova poslovnega procesa

## **SUMMARY**

The Final Project Thesis discusses problems associated with the implementation of voluntary health insurance, specifically the handling and recovery of receivables from insurance premiums. For a complete understanding of the issues the first two chapters present the health care and insurance system and Triglav Health Insurance, JSC. Further on, through the analysis of the current business process of the recovery of unpaid premiums, the Thesis acknowledges the need to reform the business process and hands over a suggestion for comprehensive management of debts, originating from voluntary health insurance premiums, and appropriate IT support.

*Key words:* health insurance, insurance contract, insurance premium, debts management, recovery, business process renewal

**UDK:** 368.811(043.2)



## VSEBINA

<b>1</b>	<b>Uvod.....</b>	<b>1</b>
1.1	Namen in cilji zaključne projektne naloge .....	1
1.2	Metode dela .....	2
1.3	Predvidene predpostavke in omejitve pri obravnavanju problema.....	3
1.3.1	Predvidene predpostavke.....	3
1.3.2	Omejitve pri obravnavanju problema.....	3
<b>2</b>	<b>Zdravstveno zavarovanje .....</b>	<b>5</b>
2.1	Zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.....	5
2.2	Sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji.....	7
2.2.1	Obvezno zdravstveno zavarovanje .....	7
2.2.2	Prostovoljna zdravstvena zavarovanja .....	9
2.2.3	Tipologija prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj .....	10
<b>3</b>	<b>Predstavitev Triglav, zdravstvene zavarovalnice, d. d. ....</b>	<b>13</b>
3.1	Poslovanje v obdobju od 2002 do 2009.....	13
3.2	Organizacija.....	14
3.3	Poslovni procesi.....	15
<b>4</b>	<b>Prenova poslovnega procesa izterjave neplačane premije .....</b>	<b>19</b>
4.1	Splošno o prenovi poslovnih procesov .....	19
4.2	Podlage za izterjavo neplačane premije.....	20
4.3	Analiza obstoječih postopkov izterjave neplačane premije.....	22
4.3.1	Pravila in pogoji opominjanja iz naslova terjatev zdravstvenih zavarovanj .....	22
4.3.2	Obstoječa pravila pri izvajanju nadaljnje izterjave neplačane premije.....	25
4.3.3	Pomanjkljivosti obstoječih postopkov izterjave neplačane premije.....	26
4.4	Predlog za vpeljavo celovitega upravljanja terjatev iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj .....	27
4.4.1	Interno opominjanje .....	28
4.4.2	Predsodna izterjava.....	32
4.4.3	Sodna izterjava .....	33
4.4.4	Odpis terjatev iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj .....	35
4.4.5	Predogled obdelave terjatev iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj .....	36
4.4.6	Predlog novega načina obdelave terjatev iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.....	38
4.4.7	Mejni zneski terjatev, stroški opominjanja in zamudne obresti .....	43

<b>5</b>	<b>Odprava drugih pomanjkljivosti v delovnih procesih povezanih z izterjavo neplačane premije .....</b>	<b>45</b>
5.1	Sprememba delovanja programskega modula za vnos in obdelavo podatkov o zavarovalni pogodbi.....	45
5.2	Sprememba delovanja programske opreme za obdelavo zavarovanj, ki jim veljavnost poteče .....	45
<b>6</b>	<b>Sklep .....</b>	<b>47</b>
	<b>Literatura in viri .....</b>	<b>49</b>
	<b>Priloge .....</b>	<b>51</b>

## **SLIKE**

Slika 2.1	Sistem zdravstvenega varstva.....	6
Slika 2.2	Stopnje pokrivanja stroškov uporabljenih zdravstvenih storitev .....	8
Slika 3.1	Organizacijska shema TZZ .....	15
Slika 3.2	Členjenost poslovnega procesa izterjave neplačane premije .....	17
Slika 4.1	Potek opominjanja.....	25
Slika 4.2	Predlog modela celovitega upravljanja terjatev .....	27
Slika 4.3	Pravila in pogoji obdelave terjatev .....	39
Slika 4.4	Potek obdelave terjatev .....	40

## **TABELE**

Tabela 2.1	Izdatki za zdravstvo po virih financiranja, Slovenija, 2003-2006.....	9
Tabela 4.1	Potek opominjanja glede na način plačila premije.....	24
Tabela 4.2	Statusi terjatev .....	37
Tabela 4.3	Mejni zneski odprtih terjatev.....	43
Tabela 4.4	Stroški opominjanja.....	44

## KRAJŠAVE

OZ	Obligacijski zakonik
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZIZ	Zakon o izvršbi in zavarovanju
ZDDPO-2	Zakona o davku od dohodkov pravnih oseb
RS	Republika Slovenija
MZ	Ministrstvo za zdravje
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
TZZ	Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d.
PZ zavarovalnica	zavarovalnica, ki v Republiki Sloveniji izvaja prostovoljna zdravstvena zavarovanja



## 1 UVOD

Živimo v času, v katerem smo priča nenehnim, hitrim in vse bolj nepredvidljivim spremembam, tako v sami organizaciji kot tudi v okolju, v katerem le-ta deluje. Vse izrazitejša konkurenčnost okolja, zmogljivejša informacijska tehnologija in nova (spo)znanja postavljajo pred organizacije zahtevo po kakovostnejših podatkih ter ustrežnejšemu upravljanju z njimi. Raziskave na področju zagotavljanja konkurenčne prednosti organizacije z ustrezno razvito informacijsko tehnologijo kažejo, da le-ta predstavlja eno redkih poslovnih priložnosti, ki jih ima na voljo v boju s svojo konkurenco na tržišču. Za doseg konkurenčne prednosti pa mora organizacija sama predhodno ugotoviti priložnosti, ki jih nudi informatika, opredeliti poslovno vizijo in izvesti prenovo na področju kadrov, poslovnih procesov in strategije (Kovačič 2004, 13). In ravno prenova poslovnih procesov, ustrežnejše in učinkovitejše upravljanje s podatki ter s tem zniževanje stroškov in skrajševanje časa, potrebnega za izvajanje poslovnih procesov oziroma posameznih aktivnosti znotraj le-teh, je problematika, ki jo bom obravnaval v zaključni nalogi.

Izterjava neplačane zavarovalne premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (v nadaljevanju: izterjava neplačane premije) se v Triglav, zdravstveni zavarovalnici, d. d., izvaja kot sklop medsebojno povezanih aktivnosti opominjanja iz naslova terjatev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanja, predsodne in sodne izterjave in poslovanja z odjemalci (zavarovalci, zavarovanci, plačniki premije, administratorji plačil ...). Obstoječa pravila in pogoji za opominjanje iz naslova terjatev prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj so v veljavi od leta 2006 in jih je potrebno prilagoditi današnjemu obsegu poslovanja Triglav, zdravstvene zavarovalnice, d. d., najnovejšim spoznanjem na področju izterjave dolgov, predvsem pa je potrebno informacijsko podpreti postopke predsodne in sodne izterjave ter pričeti učinkoviteje upravljati s podatki o terjatvah iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

### 1.1 Namen in cilji zaključne projektne naloge

Z zavarovalno pogodbo se zavarovalec zavezuje, da bo zavarovalnici plačal zavarovalno premijo ali prispevek, zavarovalnica pa se zavezuje, da bo, če se zgodi dogodek, ki pomeni zavarovalni primer, izplačala zavarovancu ali nekemu tretjemu zavarovalnino ali odškodnino oziroma storila kaj drugega.

Med izvajanjem zavarovanja pa lahko pride do nedoslednega izpolnjevanja zavarovalčeve zaveze na način, da slednji:

- izvede plačilo premije v znesku, ki je manjši od obračunanega (do takih primerov praviloma prihaja ob spremembah višine premije) ali
- ne izvede plačila premije.

V primeru, da premija ni plačana v celoti do dneva zapadlosti, lahko zavarovalnica zavarovalca pozove, naj plača premijo ter do poravnave obveznosti odvzame zavarovalno jamstvo. Če premija ni plačana v roku, ki je postavljen v pozivu, sme zavarovalnica skladno s splošnimi pogoji razdreti zavarovalno pogodbo, pri pristojnem sodišču pa sprožiti postopek izterjave neplačane premije skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi in stroški (Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d., 2005).

Z redno mesečno računalniško obdelavo Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d., zavarovalcem, ki niso plačali premije do dneva zapadlosti, posreduje poziv za plačilo, hkrati pa v poslovnih knjigah evidentira, da so bile terjatve obdelane. Na ta način lahko pooblaščen referent zavarovalnice (v nadaljevanju: referent) z vpogledom v podatke konta plačnika premije ugotovi, ali je zavarovalec pravočasno poravnal svoje obveznosti, v kolikor tega ni storil, pa kolikšen je znesek neplačane premije, in ali je bil poziv za plačilo zapadle neplačane premije že izstavljen, z vpogledom v podatke zavarovalne pogodbe pa, ali je bilo zaradi neplačila premije že odvzeto zavarovalno jamstvo, ali celo razdrta zavarovalna pogodba. Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d., vse terjatve do dolžnikov iz naslova premije po razdrtju zavarovalne pogodbe preda v nadaljnjo izterjavo zunanjemu izvajalcu. Podatki za nadaljnjo izterjavo se sicer pripravijo in izvozijo iz zavarovalniškega informacijskega sistema, vendar se to v sistemu ne zabeleži. Tako so referentom podatki o terjativah, ki so bile predane v izterjavo zunanjemu izvajalcu, na razpolago le v ločenih Excelovih preglednicah, kar pa otežuje njihovo delo (Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d., 2006).

Z zaključno nalogo želim poiskati in predstaviti možnosti optimizacije procesa z namenom učinkovitejše izterjave neplačane premije, hkrati pa bo naloga podlaga za pripravo zahtevka za dodelavo programske opreme.

Cilji dodelave programske opreme:

- informacijsko podpreti celoten proces izterjave neplačane premije,
- odpraviti napake zaradi ročne obdelave podatkov in s tem povečati zadovoljstvo odjemalcev,
- povečati zadovoljstvo zaposlenih,
- zmanjšati stroške dela,
- skrajšati čas obdelave podatkov,
- zmanjšati delež zapadle neplačane premije.

## 1.2 Metode dela

Teoretični del zaključne projektne naloge bo temeljil na zakonodaji, ki ureja področje zavarovalništva ter zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, splošnih in dodatnih pogojih ter obstoječih internih aktih Triglav, zdravstvene zavarovalnice, d. d. Zaključna projektna naloga bo oprta na lastne izkušnje pri izvajanju

procesa opominjanja in izterjave neplačane premije ter ugotovitvah in priporočilih domačih avtorjev pri obravnavi tovrstne problematike. Dodatno bom podatke pridobil s pomočjo osebnih intervjujev s sodelavci s področij Finance, Računovodstva in Zastopstva. Vprašanja bodo odprtega in zaprtega tipa, cilj pa je zbrati informacije o njihovih izkušnjah pri poslovanju z odjemalci in predlogih za učinkovitejšo izterjavo neplačane premije. S proučevanjem delovnih procesov bom analiziral njihovo učinkovitost ter glede na ugotovitve predlagal potrebne izboljšave, te pa vzajemno povezal v celoto. Pri tem bom uporabljal slikovno prikazovanje v obliki hodogramov.

Pri izdelavi bom praviloma uporabil naslednje znanstvene metode: metodo analize in sinteze, deskriptivno metodo, metodo klasifikacije ter metodo generalizacije in specializacije.

Naloga je strukturirana v dva glavna dela. V prvem delu sta predstavljena Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d., in okolje, v katerem le-ta deluje. Drugi del pa je posvečen prenovi poslovnega procesa izterjave neplačane premije in pripravi zahtev za informacijsko podporo.

### **1.3 Predvidene predpostavke in omejitve pri obravnavanju problema**

#### ***1.3.1 Predvidene predpostavke***

Z informacijsko podprtim procesom izterjave neplačane premije se odpravijo napake zaradi ročne obdelave podatkov, poveča se zadovoljstvo odjemalcev in zaposlenih, zmanjša stroške dela, skrajša čas izvajanja posameznih aktivnosti in delež zapadle neplačane premije.

Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d., sama izvaja opominjanje, medtem ko predsodno in sodno izterjavo neplačane premije po razdrtju zavarovalne pogodbe izvaja zunanji izvajalec. Zunanji izvajalec sodeluje tudi pri izvajanju internega opominjanja na način, da izvaja storitve telefonske podpore pisnemu obveščanju o zapadli premiji.

#### ***1.3.2 Omejitve pri obravnavanju problema***

Posledice neplačila premije dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: dopolnilno zdravstveno zavarovanje) so določene z Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ta namreč določa, da dopolnilno zdravstveno zavarovanje predstavlja javni interes Republike Slovenije (v nadaljevanju: RS) in skupaj z obveznim zdravstvenim zavarovanjem predstavlja del socialne varnosti zavarovanih oseb ter da zavarovalnica lahko razdre pogodbo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja le v primeru neplačila premije in pod točno določenimi pogoji (62. in 62.c člen ZZZV-UPB3).

## *Uvod*

Seveda pa obstaja možnost, da s programsko opremo ne bodo podprta vsa poslovna pravila oziroma bi bila njihova informatizacija predraga.

## 2 ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Zdravje je ena najvišjih vrednot v sodobnih družbah. Nima cene, poznamo le stroške zdravljenja bolezni in poškodb. Kmalu pa se lahko izkaže, da lahko stroški zdravljenja presegajo družinski proračun obolelega in njegove družine. Za premagovanje takšnih težav se je že v 17. stoletju razvil poseben sistem t. i. bratovskih skladnic, ki se štejejo za predhodnico socialnega zavarovanja. Prva bratovska skladnica na Slovenskem je bila ustanovljena v Idriji leta 1671 (Škufca 2008, 64). V njih so rudarjem obvezni prispevek za bolniško blagajno odtegovali od mezde, zbrana sredstva pa so bila namenjena za najnujnejšo podporo obolelim in onemoglim. Večina bratovskih skladnic v slovenskih deželah je bila ustanovljena po sprejemu »rudarskega« zakona v Avstriji iz leta 1854. Ta je uvedel obvezno zavarovanje rudarjev za bolezen, onemoglost in starost. Pravi razcvet bolniških blagajn v Avstro-ogrski monarhiji pa se zgodi v letu 1889, leto po tem, ko je bil sprejet Zakon o obveznem bolniškem zavarovanju. Začetki obstoječega zdravstvenega zavarovanja pa segajo v leto 1883, ko je nemški kancler Otto von Bismarck s svojo zakonodajo postavil temelje za prvi organiziran zdravstveno-zavarovalni sistem (Starman idr. 2000, 3.4 pogl.).

### 2.1 Zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje

Sistem zdravstvenega varstva je skupek družbenih, skupinskih in individualnih dejavnosti, ukrepov in storitev, ki se na eni strani nanašajo na krepitev, ohranjanje, vračanje in varovanje zdravja, po drugi pa na preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni, njihovo pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih (Starman idr. 2000, 3.4 pogl.).

Sestavine sistema zdravstvenega varstva lahko v grobem razdelimo v dve temeljni skupini, in sicer v pravne in institucionalne skupine. Pravne sestavine sistema zdravstvenega varstva tvorijo pravni akti, kot so zakoni, njihovi izvedbeni akti (na primer pravilniki, odločbe, navodila) in pravni predpisi posameznih v sistemu delujočih ustanov (npr. Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ali izvajalcev zdravstvenih storitev). Institucionalne sestavine predstavljajo državni organi (na primer Ministrstvo za zdravje, Zdravstveni svet,<sup>1</sup> Inštitut za varovanje zdravja<sup>2</sup>), izvajalci zdravstvenih dejavnosti in izvajalci zdravstvenega zavarovanja (Starman idr. 2000, 3.4 pogl.).

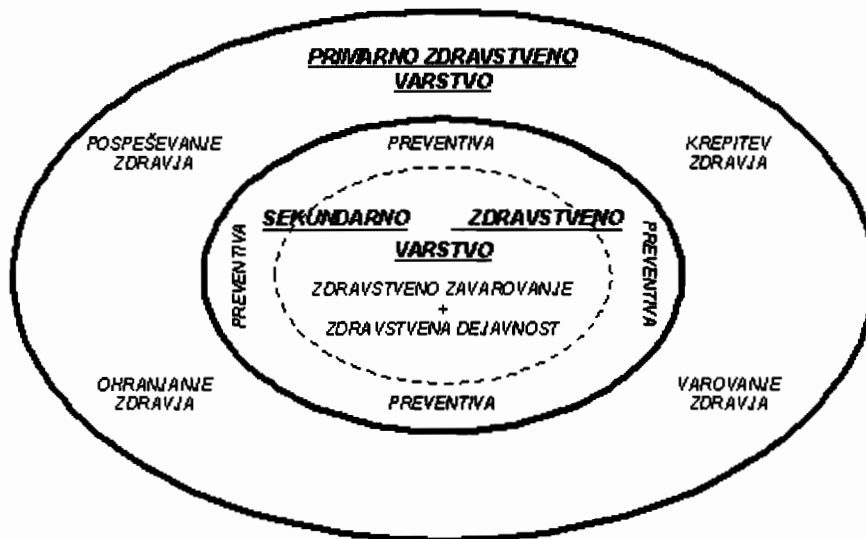
---

<sup>1</sup> Zdravstveni svet je najvišji strokovno usklajevalni in posvetovalni organ ministra za zdravje na področju zdravstvene dejavnosti, zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja.

<sup>2</sup> Inštitut za varovanje zdravja RS skupaj z devetimi območnimi Zavodi za zdravstveno varstvo predstavlja osnovo preventivnega zdravstvenega varstva. Med najpomembnejša področja, s katerimi se ukvarjajo strokovnjaki inštituta danes, sodijo: socialna medicina, higiena, zdravstvena ekologija, epidemiologija nalezljivih bolezni, javno zdravstveni laboratoriji, zdravstvena informatika, mentalna higiena in promocija zdravja.

Sistem zdravstvenega varstva ločimo na primarno in sekundarno zdravstveno varstvo. Primarno zdravstveno varstvo je celota vseh najrazličnejših dejavnosti in ukrepov vseh državnih ter družbenih ustanov, skupin, organizacij, društev in posameznikov, ki se nanašajo na ohranjanje, krepitev, napredovanje, utrjevanje in varovanje zdravja. Po svoji temeljni usmeritvi je usmerjeno v zdravje. Sekundarno zdravstveno varstvo je dejavnost organiziranih državnih, družbenih in zasebnih ustanov, ki se ukvarjajo s problematiko bolezni in poškodb. Ukvarja se s preventivno dejavnostjo, ki pomeni načrtno delovanje za zgodnje odkrivanje in preprečevanje obolenosti, z diagnosticiranjem bolezni, njihovim zdravljenjem ter rehabilitacijo obolelih in poškodovanih (Starman idr. 2000, 3.4 pogl.).

**Slika 2.1** Sistem zdravstvenega varstva



Vir: Gracar 2006, 3.

Sisteme zdravstvenega varstva lahko razdelimo v tri temeljne tipe (Starman idr. 2000, 3.4 pogl.):

- *Sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja* ali Bismarckov sistem. Gre za sistem obveznega državnega zavarovanja, ki temelji na solidarnosti. Vključuje pokrivanje stroškov zdravljenja in rehabilitacije ter nadomestila plač za čas odsotnosti z dela zaradi bolezni ali poškodbe. Pokrivanje navedenih stroškov temelji na z zakonom predpisanih prispevkih, od katerih polovico plačujejo delodajalci, preostalo polovico pa zaposleni iz bruto plače. Posebnost sistema je tripartitnost, ki jo predstavljajo država, nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja in izvajalci zdravstvene dejavnosti. Tripartitnost je metoda usklajevanja programov zdravstvenega varstva in dogovarjanja o njihovem finančnem pokrivanju. Tipična predstavnika sta Nemčija in Avstrija.

- *Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva* ali *Bewerigeev sistem*.<sup>3</sup> Posebnost tega sistema je, da je zdravstveno varstvo v celoti podržavljeno. Nosilec organiziranja, delovanja in izvajanja sistema je država sama. Financiranje je zagotovljeno iz državnega proračuna, v sistem pa so vključeni vsi državljani. Sčasoma se je sistem precej izrodil in ga danes uporabljajo večinoma le še ljudje iz nižjih družbenih slojev, medtem ko premožnejši zdravstvene storitve uveljavljajo v okviru dodatnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.
- Tržni sistem zdravstvenega varstva temelji na načelu ponudbe in povpraševanja.<sup>4</sup> Zdravstveno zavarovanje ni obvezno, ampak stvar prostovoljne odločitve vsakega posameznika. Nosilec zdravstvenega zavarovanja so zasebne zavarovalnice.

Slovenski sistem zdravstvenega zavarovanja temelji na zgodovinskem izročilu Bismarckovega sistema.

## **2.2 Sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji**

ZZVZZ v svojem 1. členu zdravstveno varstvo opredeljuje kot sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih ter pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti (ZZVZZ-UPB3).

Zdravstveno zavarovanje je torej zavarovanje, ki nam zagotavlja višjo socialno varnost ob bolezni ali poškodbi (Starman idr. 2000, 3.4 pogl.). Deli se na dve osnovni obliki, in sicer na obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

### **2.2.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje**

Obvezno zdravstveno zavarovanje obsega zavarovanje, v katerega so vključeni vsi prebivalci, ki imajo stalno prebivališče v RS, opravlja se kot javna služba, po načelih javnih financ in v breme javne porabe. Edini izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS), ki je javni zavod. Obvezno zdravstveno zavarovanje se financira iz prispevnih stopenj, ki jih sprejema državni zbor RS.

---

<sup>3</sup> Sistem je po 2. svetovni vojni uvedel angleški ekonomist Beveridge. Sistem je vpeljan v Veliki Britaniji, Italiji, na Švedskem in Danskem.

<sup>4</sup> Tipičen predstavnik so Združene države Amerike.

Obvezno zdravstveno zavarovanje obsega zavarovanje za primer:

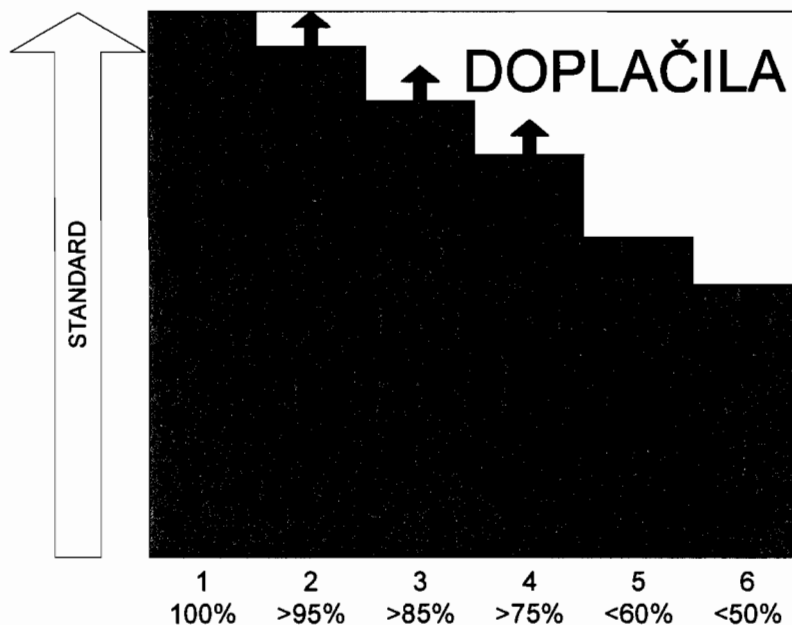
- bolezni in poškodbe izven dela,
- poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavlja:

- plačilo stroškov zdravstvenih storitev,
- nadomestilo plače za čas odsotnosti z dela zaradi bolezni in poškodbe,
- pogrebnina in posmrtnina,
- povračilo potnih stroškov v zvezi z uporabo zdravstvenih storitev.

V 23. členu ZZVZZ so zdravstvene pravice razvrščene v šest skupin. Ta razvrstitev je potrebna zaradi različne stopnje pokrivanja stroškov uporabljenih zdravstvenih storitev v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZVZZ-UPB3).

**Slika 2.2** Stopnje pokrivanja stroškov uporabljenih zdravstvenih storitev



Vir: Gracar 2006, 9.

V prvo skupino so razvrščene zdravstvene storitve, ki se v celoti pokrivajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V preostale skupine pa so zdravstvene storitve razvrščene tako, da se določen del pokriva iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, razliko do polne vrednosti zdravstvene storitve pa je zavarovana oseba zavezana doplačati sama oziroma je plačilo te razlike pravica iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.



### 2.2.2 Prostovoljna zdravstvena zavarovanja

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja krijejo zavarovancem stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki ter izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja (61. člen ZZVZZ-UPB3). Takšna zavarovanja smejo na območju RS izvajati zavarovalnice, ki izpolnjujejo zakonske pogoje in so pridobile dovoljenje Agencije za zavarovalni nadzor.

Po podatkih Statističnega urada RS (2008) se je v letu 2006 več kot četrtina tekočih izdatkov za zdravstvo financirala iz zasebnih virov, pri čemer je delež sredstev iz zdravstvenih zavarovanj obsegal 14 %, delež sredstev iz neposrednih plačil gospodinjestev pa 12 %.

**Tabela 2.1** Izdatki za zdravstvo po virih financiranja, Slovenija, 2003-2006

Leto	Skupaj	Sektor država	Zasebni sektor
2003	2.180.134.000	1.566.664.000	613.470.000
2004	2.274.172.000	1.665.809.000	608.363.000
2005	2.432.666.000	1.751.687.000	680.979.000
2006	2.572.022.000	1.858.366.000	713.656.000

Vir: Statistični urad RS 2008.

Mancini (2009, 66) navaja, da premija za zdravstveno zavarovanje predstavlja 19,29 % v letu 2008 zbrane zavarovalne premije v Sloveniji, izplačane zavarovalnine pa kar 26,76 % vseh izplačanih odškodnin. V letu 2008 so PZ zavarovalnice zbrale 389,6 milijonov EUR premij. Največji delež pri tem zavzema dopolnilno zdravstveno zavarovanje, in sicer kar 97,4 %, kar pa je nekoliko manj kot leto prej,<sup>5</sup> saj se njegov delež zmanjšuje na račun novih oblik prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Podatek, da je bil v letu 2006 delež sredstev za financiranje zdravstva iz neposrednih plačil kar 12 %, pa potrjuje dejstvo, da je na trgu prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj še veliko možnosti za ponudbo dodatnih, nadomestnih in vzporednih zdravstvenih zavarovanj. V obliki odškodnin oziroma zavarovalnin je bilo leta 2008 izplačanih 322 milijonov EUR, kar je več kot leta 2007. To pomeni, da se je poslabšal tudi škodni rezultat, in sicer na 82,7 % (Mancini 2009, 66).

V nadaljevanju je razdelana tipologija prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj in po tipu zavarovanja naveden primer.

<sup>5</sup> V letu 2007 je dopolnilno zdravstveno zavarovanje zavzemalo 97,6 % prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

### **2.2.3 Tipologija prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj**

Skladno z 61. členom ZZVZZ lahko PZ zavarovalnice uvedejo naslednje tipe prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (ZZVZZ-UPB3):

- *dopolnilno zdravstveno zavarovanje*, ki ob uresničevanju pravic do zdravstvenih storitev po postopkih in pogojih, kot so predpisani v obveznem zdravstvenem zavarovanju, krije razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje predstavlja javni interes RS in se izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med spoloma. Skupaj z obveznim zdravstvenim zavarovanjem predstavlja del socialne varnosti zavarovanih oseb. V enaki obliki ga izvajajo tri PZ zavarovalnice: Adriatic Slovenica, d. d., in Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d., kot delniški družbi, ter Vzajemna, d. v. z., ki je družba za vzajemno zavarovanje,
- *nadomestno zdravstveno zavarovanje*, ki največ v obsegu standarda obveznega zdravstvenega zavarovanja krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki osebam, ki po predpisih RS ne morejo biti obvezno zavarovane. Primer tega tipa zavarovanja je VOZ – zavarovanje za tujce, ki ga izvaja Vzajemna, d. v. z. Osebe si s sklenitvijo zavarovanja zagotovijo zdravstveno varnost v skoraj enakem obsegu kot tisti, ki vstopajo v obvezno zdravstveno zavarovanje na podlagi ZZVZZ. Na ta način lahko uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev iz obveznega zavarovanja v obsegu (v celoti ali v odstotnem deležu), kot ga določa ZZVZZ (Vzajemna, zdravstvena zavarovalnica, d. v. z. b.l.),
- *dodatno zdravstveno zavarovanje*, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki in za izplačila denarnih prejemkov, ki niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in niso niti dopolnilno niti nadomestno zdravstveno zavarovanje. Kot primer lahko navedem zavarovanje zobozdravstvenega nadstandarda, ki ga izvaja zavarovalnica Adriatic Slovenica, d. d. Zavarovanje krije stroške nadstandardnih zobozdravstvenih storitev in zobnoprotopetičnih izdelkov, stroške implantacij, obveznega letnega preventivnega pregleda s profesionalnim čiščenjem in stroške potrebnih zdravljenj in sanacij (Adriatic Slovenica, d. d. b.l.),
- *vzporedno zdravstveno zavarovanje*, ki krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinsko-tehničnimi pripomočki, ki so sicer pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, a jih zavarovanci uveljavljajo po drugačnih postopkih in ob drugih pogojih, kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje. Tak tip zdravstvenega zavarovanja izvaja Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. Zavarovanje zdraviliškega zdravljenja

po poškodbah krije stroške zdraviliškega zdravljenja v primeru poškodb. Zavarovanec je do zdraviliškega zdravljenja upravičen v primeru, da mu le-to zagotavlja bistveno izboljšanje zdravstvenega stanja za daljši čas ali povrnitev funkcionalnih in delovnih sposobnosti ali pa v daljšem časovnem obdobju preprečuje poslabšanje zdravstvenega stanja (Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2009f).

Kot je bilo že omenjeno, največji delež zbrane premije za prostovoljno zdravstveno zavarovanje predstavlja premija dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Po podatkih iz letnih poročil za leto 2008 ima največji tržni delež na področju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja Vzajemna, d. v. z., in sicer 61 %, sledi ji Adriatic Slovenia, d. d., s 23 %, Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d., pa ima 16 % tržni delež.



### **3 PREDSTAVITEV TRIGLAV, ZDRAVSTVENE ZAVAROVALNICE, D. D.**

Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d., je delniška družba v skoraj 100% lasti Zavarovalnice Triglav, d. d. Njena osnovna dejavnost je razvoj produktov ter izvajanje vseh vrst in tipov zdravstvenih zavarovanj.

#### **3.1 Poslovanje v obdobju od 2002 do 2009**

Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. (v nadaljevanju: TZZ), je bila kot specializirana zdravstvena zavarovalnica v obliki delniške družbe registrirana leta 2002, na slovenski trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj pa aktivno tržno nastopila v letu 2004. Razvojna strategija zavarovalnice je predvidevala zagonsko obdobje do leta 2007 in je primarno vključevala zahteven vstop na trg dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in zagotavljanje kapitalske ustreznosti zavarovalnice.

S 1. septembrom 2005 je stopil v veljavo dopolnjen ZZVZZ, ki je narekoval preureditev obstoječih pogodb dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ter omogočil zamenjavo zavarovalnice. TZZ je po odprtju trga dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj postala najhitreje rastoča zdravstvena zavarovalnica v Sloveniji, saj je od sredine oktobra do konca leta 2005 povečala svoj tržni delež z 0,7 % na skoraj 15 %. V drugi polovici leta 2006 se je TZZ predstavila z akcijo »Hej, stari«, ki je bila namenjena ozaveščanju mladih o pomenu zdravega življenjskega sloga in seznanjanju z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem. V tem letu je TZZ sklenila blizu 16 tisoč novih dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, poslovno leto pa zaključila z 200 tisoč zavarovanci. V letu 2007 je TZZ trgu ponudila svoje prvo dodatno zdravstveno zavarovanje, in sicer Zavarovanje zdraviliškega zdravljenja po poškodbah. Leto je zaključila z 217.468 zavarovanci, od tega je bilo 215.659 zavarovancev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in blizu 2 tisoč zavarovancev Zdraviliškega zdravljenja po poškodbah. Po zbrani premiji se je uvrstila na 7. mesto med klasičnimi zavarovalnicami v Sloveniji, na trgu dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja pa je imela 15 % tržni delež. V letu 2008 je TZZ pričela z razvojem prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki bodo zajemala širše varstvo zavarovancev pred tveganji, povezanimi s spremembami zdravstvenega stanja. Leto je zaključila z 240.000 zavarovanci dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in 2.200 zavarovanci Zdraviliškega zdravljenja po poškodbah. Po zbrani premiji se je uvrstila na 8. mesto med klasičnimi zavarovalnicami v Sloveniji, na trgu dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj pa je dosegla 16 % tržni delež (Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2009e).

V letu 2009 se TZZ intenzivno ukvarja z razvojem in izvajanjem sistema vodenja kakovosti po zahtevah standarda ISO 9001/2000 ter nenehnega izboljševanja njegove učinkovitosti, tako da (Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2009b):

- sporoča zaposlenim, kako pomembno je izpolnjevanje zahtev odjemalcev kot tudi zahtev zakonodaje,
- spremlja politiko kakovosti,
- zagotavlja, da so cilji kakovosti določeni,
- izvaja vodstvene preglede,
- zagotavlja razpoložljivost virov.

TZZ je v prvi polovici leta 2009 izvedla notranje presoje vseh poslovnih procesov z namenom, da bi lahko jeseni izvedla tudi zunanjo presojo in pridobila certifikat ISO 9001/2000.

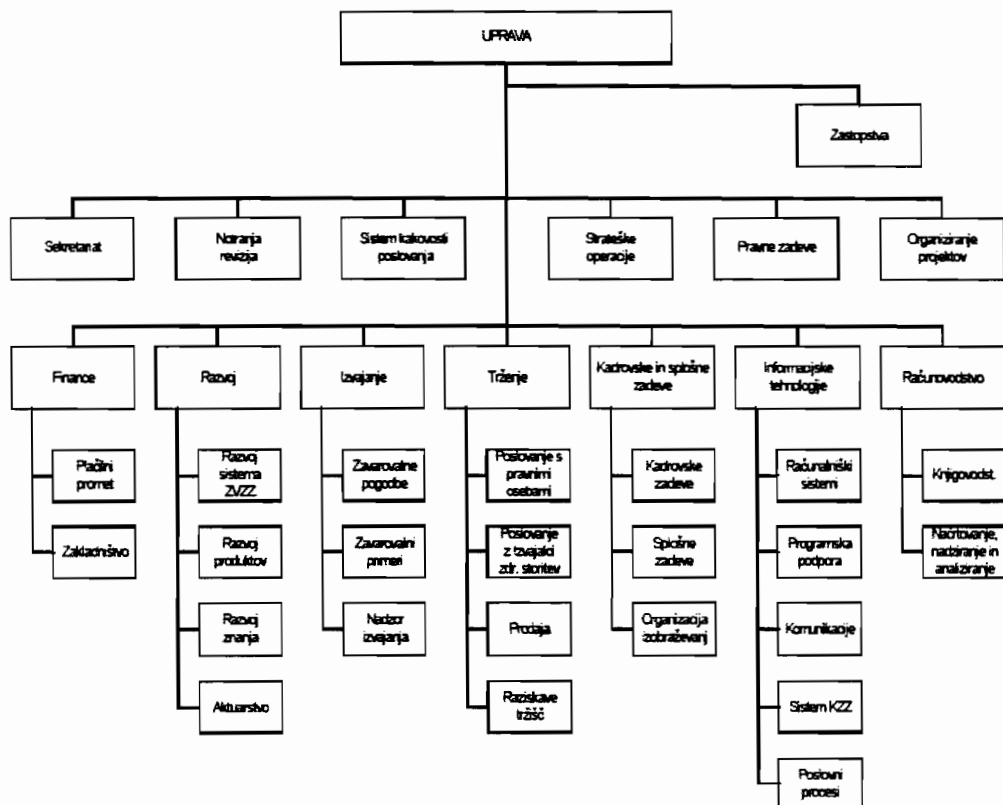
### **3.2 Organizacija**

Organizacija TZZ temelji na naravi dela specializirane zavarovalnice kot finančno poslovnega subjekta in na načelih smotrne organizacije ter smiselne delitve dela (Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2003).

Zavarovalnica je organizirana kot centralno urejena družba, ki na sedežu zavarovalnice v Kopru in v Pisarni Centrale v Ljubljani izvaja vodstvene, razvojne, nadzorne in v omejenem obsegu tudi funkcije izvajanja. Organizirana je v štirih nivojih, in sicer (Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2003):

- uprava,
- službe Centrale,
- področja Centrale in
- oddelki.

Slika 3.1 Organizacijska shema TZZ



Vir: Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2009d, 4.

Za dostopnost zavarovalnih storitev ima TZZ vzpostavljena zastopstva na naslednjih lokacijah: Celje, Koper, Kranj, Krško, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto, Postojna, Slovenj Gradec in Trbovlje. Zastopstva so organizacijska enota, enakovredna področjem. Poslovno mrežo zavarovalnice dopolnjuje z izvajanjem storitve prek družb za zavarovalno zastopanje in posredovanje ter s sodelovanjem s številnimi organizacijami (Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2009d, 5).

31. 12. 2008 je bilo v zavarovalnici zaposlenih 82 oseb, od katerih ima 43 % visoko izobrazbo, magisterij ali doktorat.

### 3.3 Poslovni procesi

Poslovni proces opredeljujemo kot skupek logično povezanih izvajalskih in nadzornih postopkov, katerih izid je načrtovani izdelek ali storitev (Kovačič 2004, 37).

V TZZ so identificirane skupine poslovnih procesov, ki se nanašajo na izvajanje poslovnih aktivnosti in se glede na dejavnost izvajanja nalog delijo na (Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2009b):

- temeljne poslovne procese in
- podporne poslovne procese.

Temeljni poslovni procesi zajemajo aktivnosti na področju temeljne dejavnosti družbe, kot so razvoj novih proizvodov in programske podpore, aktivnosti trženja in prodaje zavarovalnih storitev, obdelave (izvajanja) zavarovanj ter finančne aktivnosti pri obvladovanju kapitala družbe. V področje temeljnih poslovnih procesov so tako vključene naslednje skupine procesov:

- posebni temeljni procesi vključujejo procese zastopstev in zdravstvene točke,
- finance,
- razvoj,
- izvajanje zavarovalnih pogodb,
- izvajanje zavarovalnih primerov,
- trženje in prodaja.

Podporni poslovni procesi vključujejo skupine procesov, ki zajemajo izvajanje nalog podporne dejavnosti v družbi, kot so upravljanja virov, informatike in računovodstva. V področje podpornih poslovnih procesov so vključene naslednje skupine procesov:

- kadrovske in splošne zadeve (upravljanje virov),
- informacijske tehnologije,
- računovodstvo.

Upravljavski poslovni proces vključuje skupino procesov vodenja, ta pa procese:

- uprava,
- sekretariat, notranje revidiranje,
- sistem vodenja kakovosti,
- strateške operacije,
- pravne zadeve in
- organiziranje projektov.

Znotraj vsake skupine poslovnih procesov so definirani konkretni procesi izvajanja nalog. Za vsak proces posebej so definirani vhodi in izhodi procesa, cilji in značilne karakteristike procesa ter sam opis poteka procesa. Vsi identificirani procesi so dokumentirani v elektronski obliki. Tako se na enovit in učinkovit način zagotavlja pregled nad delovanjem procesa, medsebojne povezave med procesi, kar je lahko

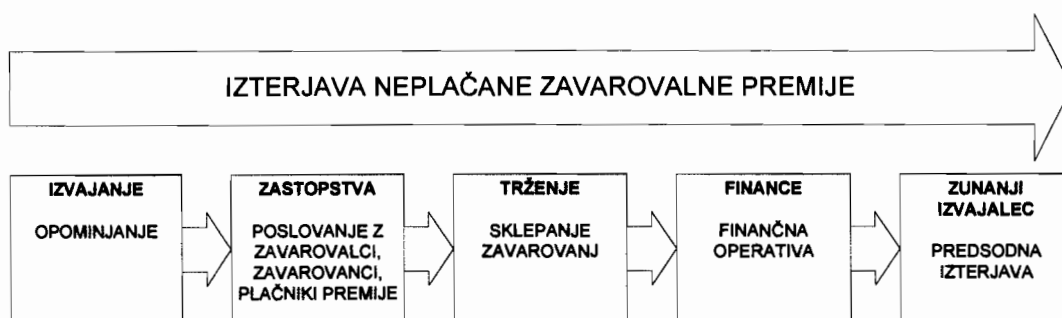


izhodišče za sistem stalnega izboljševanja učinkovitosti pri doseganju postavljenih ciljev vsakega procesa (Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d.d. 2009b).

Izterjava neplačane premije je skupek več ali manj medsebojno povezanih oziroma soodvisnih delovnih procesov (slika 3.2):

- opominjanja iz naslova terjatev zavarovalne premije, ki se ga izvaja znotraj procesa obdelave zavarovalnih pogodb zdravstvenih zavarovanj, za katerega je odgovorno področje izvajanja;
- poslovanja z zavarovalci/zavarovanci, s plačniki premije in pravnimi osebami (administratorji plačil), ki se izvaja na zastopstvih;
- sklepanja zavarovanj preko zunanjih prodajnih poti, ki je v domeni področja trženja in
- priprave in koordinacije predsodne in sodne izterjave, ki se ga izvaja znotraj procesa finančne operative, in za katerega je odgovorno področje financ.

**Slika 3.2** Členjenost poslovnega procesa izterjave neplačane premije



Vir: prirejeno po Triglav, zdravstveni zavarovalnici, d. d. 2006.



## **4 PRENOVA POSLOVNEGA PROCESA IZTERJAVE NEPLAČANE PREMIJE**

Organizacija izterjave dolga je danes pomemben dejavnik poslovanja vsakega podjetja. Tisto podjetje, ki se s to dejavnostjo ne ukvarja oziroma jo prepušča običajnim tokovom, nima perspektive (Prek in Rems 2000, 58).

Formul, kako izterjati dolg, je veliko, uspešnih nekoliko manj. V naslednjih poglavjih bom predstavil predlog sprememb postopkov izterjave, ki bi bila po mojem mnenju najprimernejša za TZZ.

### **4.1 Splošno o prenovi poslovnih procesov**

Prenova poslovnih procesov je nov način izboljševanja delovanja organizacij, pomeni pa analiziranje in spreminjanje celotnega poslovnega procesa. Prenova poslovnih procesov zajema področje racionalizacije, standardizacije in poenostavitve postopkov ter uvajanja nujnih organizacijskih sprememb in razmer za uvedbo sodobnih konceptov skupinskega dela in sodobne informacijske tehnologije. Projekti prenove poslovnih procesov so različni po svojem obsegu in vsebini oziroma vidiku prenove. Z vidika prenove lahko govorimo o projektnih aktivnostih izboljšav ali o celoviti prenovi procesa (Kovačič 2004, 34-35).

Za projekte izboljšav je značilno, da potekajo največkrat nepretrgoma, pri čemer so aktivnosti usmerjene v obravnavo obstoječega poslovnega procesa, ki se izboljšuje postopno, največkrat se izvaja v okviru ene same poslovne funkcije, v projektno skupino pa so vključeni neposredni izvajalci procesa. Cilji takšnih projektov so največkrat analiza, poenostavitev in avtomatizacija delovnih procesov ter zniževanje stroškov (Kovačič 2004, 35).

Projekti celovite prenove procesa ali celo poslovanja se začnejo najpogosteje kot odgovor vodstva organizacije na ključna vprašanja poslovne uspešnosti. Cilj projektov je doseči konkurenčno prednost. Vodstvo organizacije mora upoštevati spremenjeno poslovno vlogo in strateške cilje, ko opredeljuje in oblikuje strategijo organizacije in si prizadeva prenavo postopkov tudi praktično izpeljati. Gre torej za enkraten projekt, ki poteka ne glede na obstoječe organizacijske pregrade med funkcionalnimi celotami in sodi med projekte z visoko stopnjo tveganja (Kovačič 2004, 35).

Prenova poslovnih procesov naj vključuje naslednja temeljna izhodišča in globalne cilje (Kovačič 2004, 41):

- poenostavitev poslovnih postopkov z odstranitvijo nepotrebnih odobritev izvedbe, dokumentacije in drugih organizacijskih aktivnosti,
- skrajševanje poslovnega cikla, povečanje odgovornosti in posledično znižanje stroškov poslovanje,

- dvigovanje dodane vrednosti ter ob tem postopno dvigovanje kakovosti izdelkov in storitev organizacije,
- zniževanje stroškov izvajanja postopkov ob ohranjanju ustreznega razmerja s kakovostjo in dobavnimi roki,
- povečanje zanesljivosti in doslednosti izvajanja postopkov in s tem kakovosti izdelkov in storitev,
- prenova poslovnih procesov v smeri tesnejšega in bolj neposrednega povezovanja z dobavitelji,
- usmerjanje v lastne ključne zmožnosti in prenos izvajanja drugih procesov, ki niso ključni ali pri katerih nismo konkurenčni, zunaj organizacije.

Proces izterjave neplačane premije v TZZ poteka skozi različne organizacijske enote in je obremenjen z vsemi težavami, ki se običajno pojavljajo pri prehodu iz enega funkcionalnega dela organizacije v drugega. Kovačič (2004, 45) namreč navaja, da nenehne, hitre in vse bolj nepredvidljive spremembe poslovnega okolja zahtevajo spremembo tradicionalnega razmišljanja ter posledično delovanja in organiziranosti organizacije. Trdi, da je tradicionalni model delovanja organizacije kljub prizadevanju pogosto »slep« in ni primeren za področje prevzemanja delovnih obveznosti izvajalcev v delovnem procesu. Tudi zgoraj omenjen avtor ugotavljata, da je potrebno preseči tradicionalno, v izvajanje poslovnih funkcij usmerjeno in z zasebnimi vrtički obremenjeno razmišljanje o poslovanju organizacije. Skozi tako imenovane funkcijske silose organizacije potekajo poslovni procesi, v katerih se vzpostavljajo in končujejo vse poslovne aktivnosti. Te morajo potekati čim bolj neobremenjeno od »ograd«, s katerimi so omejene posamezne funkcije oziroma organizacijske enote ali posamezniki. Kovačič ugotavlja, da ključni problem pri tekočem zaporednem izvajanja poslovnih aktivnosti pri klasični, funkcionalni organiziranosti organizacije predstavljajo prehodi med posameznimi organizacijskimi enotami. Zato je potrebno poskrbeti za ustrezno organizacijsko prenavo in informacijsko podporo, ki bosta zagotovili optimalen in čim bolj nemoten potek izvajanja poslovnih procesov v organizaciji.

Cilj zaključne projektne naloge je pripraviti izhodišča za prenavo procesa izterjave neplačane premije. Govorimo torej o projektu izboljšav obstoječih delovnih procesov in njihovi tesnejši ter optimalnejši povezavi z namenom učinkovitejšega izvajanja enovitega poslovnega procesa.

## **4.2 Podlage za izterjavo neplačane premije**

Obligacijski zakonik (v nadaljevanju: OZ) v svojem 921. členu določa:

»Z zavarovalno pogodbo se zavarovalec zavezuje, da bo zavarovalnici plačal zavarovalno premijo ali prispevek, zavarovalnica pa se zavezuje, da bo, če se zgodi

dogodek, ki pomeni zavarovalni primer, izplačala zavarovancu ali nekemu tretjemu zavarovalnino ali odškodnino ali storila kaj drugega.« (OZ-UPB1).

Zavarovalec je v prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo, zavarovanec pa je fizična oseba, katere interes je zavarovan (61. člen ZZVZZ-UPB3).

Dolžnost plačevanja in sprejemanja premije je natančneje zapisana v 936. členu OZ. Ta določa, da (OZ-UPB1):

- je premijo dolžan plačati zavarovalec, vendar pa je zavarovalnica dolžna sprejeti premijo od vsakogar, kdor ima za to plačilo pravni interes,
- se premija plačuje v dogovorjenih rokih; če jo je treba plačati naenkrat, se plača ob sklenitvi pogodbe,
- je premijo treba plačati v kraju, v katerem ima zavarovalec sedež oziroma prebivališče, če ni v pogodbi določen kakšen drug kraj.

Zavarovalnice omogočajo plačevanje premije na več načinov in z različno dinamiko. Kombinacije so rezultat poslovnih pravil posamezne zavarovalnice, zavarovalec pa način in dinamiko plačevanja določi ob sklenitvi zavarovanja oziroma lahko poda zahtevo za spremembo med samim izvajanjem zavarovanja.

TZZ omogoča plačevanje premije na naslednje načine (Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2009a):

- z računom v primerih, ko je plačnik premije pravna oseba (v nadaljevanju: račun),
- z računom s posebno položnico v primerih, ko je plačnik premije fizična oseba (v nadaljevanju: račun s PP),
- z obremenitvijo transakcijskega računa fizične osebe (v nadaljevanju: direktna obremenitev),
- z odtegljajem pri plači,
- z odtegljajem pri pokojnini,
- z dinamiko, ki je lahko: enkratna, mesečna, četrtna, polletna ali letna.

937. člen OZ sicer določa posledice, če premija ni plačana, vendar tudi hkrati določa, da se določbe člena ne uporabljajo za življenjsko zavarovanje in zdravstveno zavarovanje. Ne glede na to pa PZZ zavarovalnice določbe 937. člena OZ smiselno uporabljajo pri obravnavi neplačil premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

Vendar je tudi pri temu dopolnilno zdravstveno zavarovanje izjema. Posledice neplačila dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja so namreč zapisane v 62.c členu ZZVZZ. Ta v drugem in tretjem odstavku določa, da (ZZVZZ-UPB3):

- če zavarovanec ali druga zainteresirana oseba do zapadlosti ne plača premije po pogodbi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, preneha obveznost zavarovalnice po 60-ih dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu vročeno priporočeno pismo z obvestilom o zapadlosti premije;
- zavarovalnica lahko po izteku zgoraj navedenega roka razdre pogodbo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja brez odpovednega roka in izterja neplačane premije s pripadajočimi obrestmi; razdrtje zavarovalne pogodbe in prenehanje zavarovalnega kritja nastopi z iztekom roka, če je bil zavarovalec oziroma zavarovanec v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju zavarovalnega kritja primerno obveščen.

Navedene zakonske in pogodbeno dogovorjene pravice in obveznosti so podlaga, da lahko zavarovalnica v primeru neplačila izvaja postopke, kot je to navedeno v nadaljevanju.

### **4.3 Analiza obstoječih postopkov izterjave neplačane premije**

TZZ je v zagonskem obdobju od 2002 do 2007 večino virov usmerila v zagon poslovanja, vstop na trg dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in zagotavljanje kapitalske ustreznosti.

TZZ je dopolnilno zdravstveno zavarovanje pričela izvajati s 1. 1. 2004, prvo opominjanje iz naslova terjatev zdravstvenih zavarovanj pa izvedla v aprilu 2004 po pravilih in pogojih, ki se do danes niso bistveno spremenili. Na kratko so opisani v naslednjem poglavju, medtem ko so postopki predsodne in sodne izterjave dolga opisani v poglavju 4.3.2, v poglavju 4.3.3 pa so zapisane ugotovljene pomanjkljivosti pri izvajanju obstoječih postopkov.

#### **4.3.1 Pravila in pogoji opominjanja iz naslova terjatev zdravstvenih zavarovanj**

Po datumu zapadlosti se zavarovalcem, ki niso pravočasno plačali zavarovalne premije, posreduje poziv za plačilo, hkrati pa v poslovnih knjigah evidentira, da so bile odprte terjatve obdelane. Opominjanje se praviloma izvaja dvakrat mesečno. S prvim opominjanjem se obdela le tiste zavarovalne pogodbe, ki zaradi neplačila izpolnjujejo pogoje za prenehanje. Izvaja se ga le nekaj dni po datumu zapadlosti, ki je praviloma 18. v mesecu. Na ta način lahko zavarovalec še pravočasno poravnava dolg in se lahko zavarovalna pogodba reaktivira z datumom prenehanja. V kolikor pa je zavarovalec zamudil s plačilom dolga (datum plačila je večji od datuma prenehanja), se lahko sklene le nova zavarovalna pogodba, vendar s kasnejšim datumom začetka. Zavarovalne pogodbe, ki še ne izpolnjujejo pogojev za prenehanje in premija zanje ni bila poravnana, se opominjajo okoli 27. v mesecu. Izhod iz obdelave so dokumenti opominjanja, ki se jih prejemnikom računov oziroma zavarovalcem pošilja z navadno ali priporočeno

pisemsko pošiljko. Še preden pa zadolžena oseba pristopi k opominjanju, ta najprej izvede računalniško obdelavo »Pregled opominjanja« in tako pridobi poročilo s stanjem terjatev po kontih plačnikov premije. V kolikor pri pregledu podatkov ugotovi, da stanje na posameznem kontu plačnika premije odstopa od poslovnih pravil, se na predmetni zavarovalni pogodbi programsko zaustavi opominjanje ter o tem obvesti zadolženo osebo na zastopstvu TZZ, ki je dolžna napako odpraviti. Opominjanje se izvaja po naslednjih pravilih in pogojih (Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2006):

- opominjanje se izvaja za vse plačnike premije, ki imajo na dan izvedbe opominjanja zapadle terjatve, starejše od »n« dni,
- terjatve se združujejo na nivoju posamezne pogodbe,
- iz opominjanja so izvzete vse pogodbe, katerih seštevek terjatev ne presega mejnega zneska,
- iz opominjanja so izvzete vse pogodbe, ki imajo v informacijskem sistemu zavedeno, da je opominjanje ustavljeno,
- opominjanje se izvaja po načinu plačila,
- opominjanje posamezne terjatve poteka v treh korakih, pri čemer status 3 pomeni tudi prenehanje zavarovalne pogodbe,
- datum prenehanja zavarovalne pogodbe je enak datumu naslednjega fakturiranja,
- stroški opominjanja in zakonske zamudne obresti se ne obračunavajo,
- opomin ter obvestilo o prenehanju zavarovalne pogodbe se zavarovalcu pošljejo s priporočenim pismom, preostale dokumente pa z navadno pisemsko pošiljko,
- z obdelavo se glede na način plačila, datuma predhodnega opominjanja in statusa terjatve le-tem spreminjajo statusi, plačnikom premije oziroma zavarovalcem pa pošiljajo dokumenti opominjanja, kot je to opredeljeno v tabeli 4.1 in sliki 4.1.

**Tabela 4.1** Potek opominjanja glede na način plačila premije

Način plačila	1. korak	2. korak	3. korak
Račun	Opomin prejme plačnik premije*	Opomin prejme zavarovalec	Obvestilo o prenehanju pogodbe prejme zavarovalec
Račun s posebno položnico	Obvestilo o neplačani premiji prejme plačnik premije**	Opomin prejme zavarovalec	Obvestilo o prenehanju pogodbe prejme zavarovalec
Neposredna obremenitev	Obvestilo o neplačani premiji prejme plačnik premije**	Opomin prejme zavarovalec	Obvestilo o prenehanju pogodbe prejme zavarovalec
Odtegljaj pri pokojnini	Obvestilo o neplačani premiji prejme plačnik premije**	Opomin prejme zavarovalec	Obvestilo o prenehanju pogodbe prejme zavarovalec
Odtegljaj pri plači	Obvestilo o neodtegnjenih premijah prejme delodajalec	Opomin prejme zavarovalec	Obvestilo o prenehanju pogodbe prejme zavarovalec
Sprememba statusa OP	0 → 1	1 → 2	2 → 3
Pogoj	Sysdate_1 – datum zapadlosti > »n1«	Sysdate_2 – sysdate_1 > »n2«	Sysdate_3 – sysdate_2 > »n3«

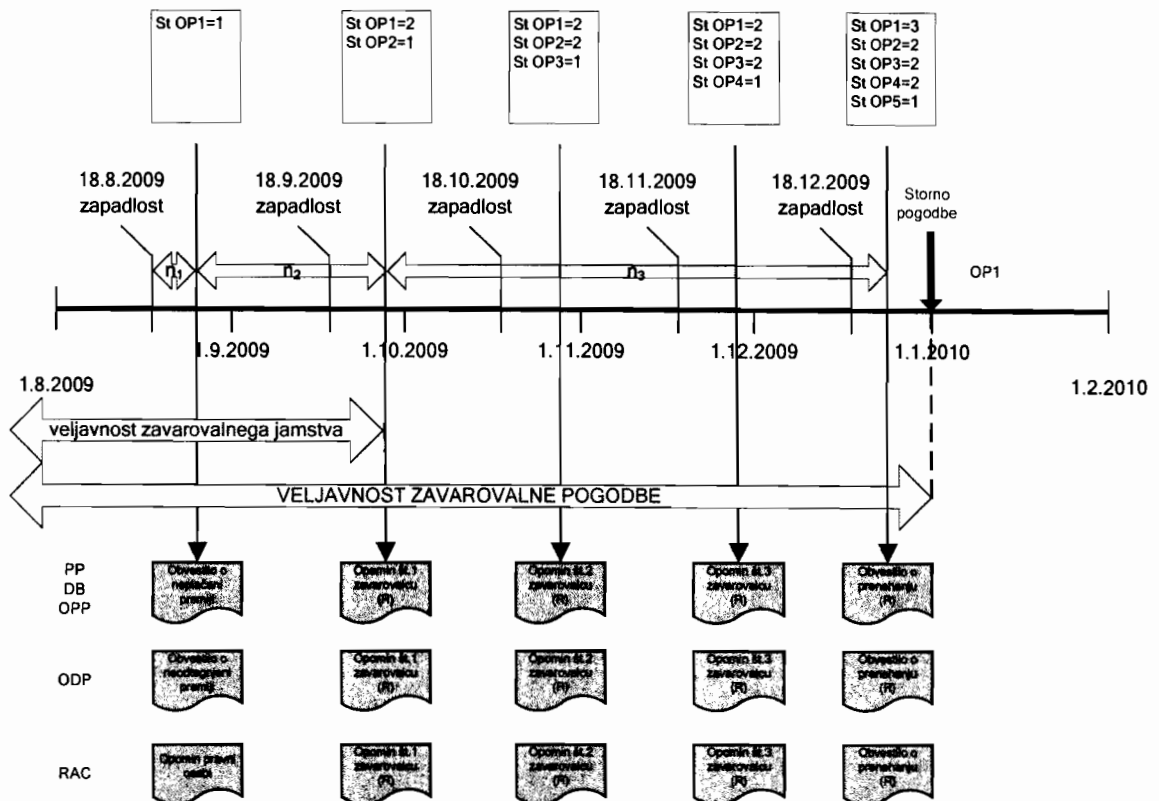
\* pravna oseba

\*\* fizična oseba

Vir: Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2006.



Slika 4.1 Potek opominjanja



Vir: prirejeno po Triglav, zdravstveni zavarovalnici, d. d. 2006.

Podatke o terjatvah iz naslova premije po razdrtju zavarovalne pogodbe TZZ preda pogodbenemu partnerju, ki izvaja nadaljnje postopke predsodne izterjave.

#### 4.3.2 Obstoječa pravila pri izvajanju nadaljnje izterjave neplačane premije

Zadolžene osebe področja financ obdobjno pripravijo seznam terjatev po pogodbah, ki so prenehale veljati in ga posredujejo v pregled zadolženim osebam na zastopstvih. Te pregledajo seznam ter po potrebi izločijo podatke za pogodbe, ki ne izpolnjujejo kriterijev za izterjavo oziroma za katere se ve, da izterjava ne bo uspešna in je potrebno podati predlog upravi za odpis dolga.<sup>6</sup>

Zadolžena oseba področja financ nato pregledan seznam posreduje zunanjemu izvajalcu, ki predsodno izterjavo vrši na način, da dolžniku posreduje najprej zahtevo po plačilu dolga (1. opomin), izterjavo pa dodatno podpre s telefonskimi klici. V kolikor dolžnik do zapadlosti ni poravnal dolga, mu zunanji izvajalec posreduje ponovno

<sup>6</sup> Najpogostejši tovrstni primeri so iz naslova dopolnilnega zdravstvenega zavarovanj oseb, ki so v RS bili le na začasnem delu, pred odhodom iz RS pa zavarovalnici niso podali zahteve za prenehanje zavarovanja.

zahtevo po plačilu dolga (2. opomin), v kolikor pa tudi ta ni bila uspešna, posreduje še zadnji opomin pred začetkom izvršilnega postopka (odvetniški opomin). Tovrstno opominjanje se lahko izvede večkrat. Komunikacija tako poteka med zavarovalcem in zunanjim izvajalcem, med zavarovalcem in TZZ ter med zunanjim izvajalcem in TZZ. Pooblaščen oseba TZZ ima neposreden vpogled v evidenco telefonskih klicev zunanjega izvajalca.

#### **4.3.3 Pomanjkljivosti obstoječih postopkov izterjave neplačane premije**

Pomanjkljivosti obstoječih postopkov TZZ pri izvajanju izterjave neplačane premije so:

- z obstoječo računalniško obdelavo »Pregled opominjanja« pridobimo pregled zapadlih terjatev po kontih plačnikov premije in le po posameznem načinu plačila. Pregled ne vsebuje podatkov o številki zavarovalne pogodbe, zato mora zadolžena oseba z dodatnim vpogledom v programsko opremo ugotoviti, za katere pogodbe premija ni bila plačana. Ravno tako zadolžena oseba nima vpogleda v stanje zavarovalnih pogodb z ustavljenim opominjanjem;
- podatki o terjatvah se združujejo na nivoju konta in ne na nivoju zavarovalne pogodbe. To lahko povzroči, da izdani dokumenti opominjanja ne odražajo realnega dolga zavarovalca in je potrebno tovrstne primere obdelovati ročno;
- ker se z neplačevanjem premije na pogodbi pojavljajo nove terjatve in te pridobivajo vedno nove statuse, zavarovalec lahko prejme tudi tri opomine s priporočeno pisemsko pošiljko, zakonska dolžnost zavarovalnice pred razdrtjem pogodbe pa je izpolnjena že s pošiljanjem ene priporočene pisemske pošiljke z obvestilom o zapadlosti premije in možnosti razdrtja pogodbe v primeru nadaljnega neplačevanja;
- pisno opominjanje, ki ga izvaja TZZ, ni podprto s telefonsko izterjavo, kar zmanjšuje uspešnost izterjave;
- podatki za nadaljnjo izterjavo se sicer pripravijo in izvozijo iz zavarovalniškega informacijskega sistema, vendar se to v sistemu na terjatvah ne zabeleži. Podatki o terjatvah, ki so bile predane v izterjavo zunanjemu izvajalcu, so tako na razpolago le v ločenih podatkovnih zbirkah, kar pa otežuje delo referentov pri komunikaciji z dolžniki;
- podatke o morebiti dogovorjenem obročnem odplačevanju dolga se ne zabeleži v zavarovalniškem informacijskem sistemu, temveč v Excelovih preglednicah. To lahko privede do primerov, da se navkljub dogovoru o obročnem odplačevanju dolga terjatve posredujejo v izterjavo zunanjemu izvajalcu.

S predlogom za vpeljavo celovitega upravljanju terjatev iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki sledi v nadaljevanju, bom skušal navedene

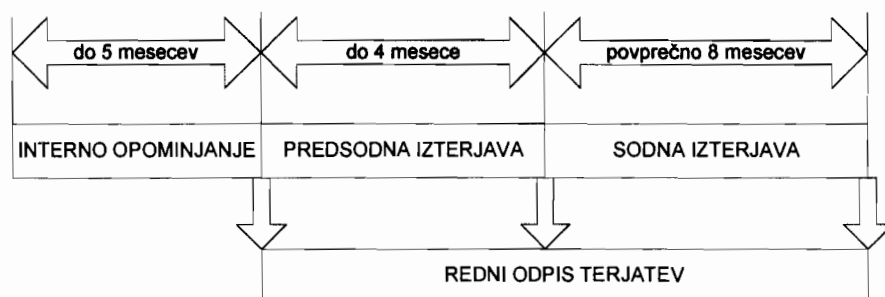
pomanjkljivosti odpraviti, proces optimizirati, hkrati pa tudi podati zahteve za celovito informacijsko podporo procesa.

#### 4.4 Predlog za vpeljavo celovitega upravljanja terjatev iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj

Celovito upravljanje terjatev predstavlja niz medsebojno povezanih aktivnosti upnika za pridobitev dolžnikovega plačila za pogodbeno dogovorjene in tudi opravljene storitve. V nadaljevanju je prikazan predlog modela celovitega upravljanja terjatev iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki obsega:

- interno opominjanje,
- predsodno izterjavo,
- sodno izterjavo in
- odpis terjatev.

Slika 4.2 Predlog modela celovitega upravljanja terjatev



Izhajam iz predpostavke, da se obdelava terjatev iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (v nadaljevanju: obdelava terjatev) tudi v nadaljnje izvaja enotno za vsa prostovoljna zdravstvena zavarovanja, saj bi bila uvedba ločenega in drugačnega postopka izterjave neplačane premije za zavarovanja, ki niso dopolnilno zdravstveno zavarovanje, glede na njihov trenutni obseg nesmotrna.

Zaradi obstoječega sistema knjiženja<sup>7</sup> je potrebno zagotoviti, da se terjatve združujejo na nivoju zavarovalne pogodbe in ne zgolj na nivoju konta plačnika premije.

Obdelava terjatev poteka v sedmih korakih, od katerih se jih pet izvaja kot del internega opominjanja, predsodna in sodna izterjava pa vsebujeta vsaka po en korak.

<sup>7</sup> Pri načinu plačila »Račun« se knjigovodski dokumenti knjižijo na konto pravne osebe, pri ostalih načinih plačila pa na konto fizične osebe - zavarovalca.

#### **4.4.1 Interno opominjanje**

Interno opominjanje predstavlja niz medsebojno povezanih aktivnosti s ciljem, da do razdrtja zavarovalne pogodbe zaradi neplačevanja ne bi prišlo. Mesečno se tako izvajajo naslednje aktivnosti:

- predogled podatkov zavarovalnih pogodb, ki podležejo pogojem za opominjanje,
- zaustavitev obdelave terjatev na zavarovalnih pogodbah z neustreznimi podatki,
- zaustavitev obdelave terjatev na zavarovalnih pogodbah, za katere je bila dogovorjena začasna odložitvev plačila premije,
- obdelava terjatev,
- pošiljanje obvestil o zapadlosti premije,
- podpora opominjanju s strani zastopnikov v primeru, ko gre za novo sklenitev, prva premija pa do zapadlosti ni bila poravnana in
- telefonska podpora opominjanja.

Pred vsako obdelavo terjatev se izvede pregled podatkov zavarovalnih pogodb, ki podležejo pogojem za opominjanje, in s tem pridobi vpogled v podatke o obsegu obdelave, morebitnih odstopanjih od poslovnih pravil in o zavarovalnih pogodbah z že zaustavljenim opominjanjem. Zadolžena oseba mora biti pri pregledu podatkov predvsem pozorna na število zavarovalnih pogodb po posameznem koraku internega opominjanja. V primeru večjih odstopanj glede na rezultate predhodnih obdelav mora pri zaposlenih v področju računovodstva preveriti, ali so vzrok za tovrstno število terjatev kakršnekoli težave pri knjiženju premije, ter o tem obvestiti nadrejenega, ki tudi odobri izvedbo obdelave terjatev. Pri pregledu analitičnih postavk mora zadolžena oseba preveriti, ali podatki za posamezno zavarovalno pogodbo odstopajo od pričakovanih, in o tem obvestiti zadolženo osebo na predmetnem zastopstvu, katerega naloga je napako/pomanjkljivost odpraviti še pred izvedbo dejanskega opominjanja. V kolikor napake ni možno odpraviti pred izvedbo obdelave terjatev, se na zavarovalni pogodbi z neustreznim stanjem programsko zaustavi obdelavo terjatev, in sicer največ za obdobje enega meseca. V tem obdobju mora zadolžena oseba na zastopstvu poskrbeti, da se neustrezno stanje odpravi. Zaustavitev obdelave terjatev se izvede tudi v primeru dogovora o začasni odložitvi plačila premije. Glede na posamezne življenjske situacije se lahko zadolžena oseba na zastopstvu z zavarovalcem dogovori za začasni odlog plačila in časovno omejeno zaustavitev obdelave terjatev, pri čemer mora zavarovalec zavarovalnici predložiti ustrezna dokazila. Zadolžena oseba na zastopstvu mora zavarovalca seznaniti z dejstvom, da v kolikor ne bo izpolnil dogovorjenega, zaustavitev obdelave terjatev pomeni le povečanje dolga zaradi poznejšega prenehanja

zavarovalne pogodbe. Zadolžena oseba zaustavitev obdelave terjatev izvede tako, da v programski opremi na zavarovalni pogodbi označi ustrezno polje in vnese ustrezni datum. Po izteku tega obdobja se samodejno vzpostavi ponovna obdelava terjatev.

Praksa pri izvajanju internega opominjanja je pokazala, da je smotrno obdelavo terjatev izvajati dvakrat mesečno. S prvo obdelavo se zajame vse zavarovalne pogodbe, ki izpolnjujejo pogoje za prenehanje. Da bi lahko zavarovalci poravnali dolg še pred dejanskim datumom prenehanja zavarovalne pogodbe, se obdelava izvaja okoli 23. v mesecu. Če je zavarovalec pravočasno poravnal dolg in podal zahtevo za obnovitev veljavnosti, lahko TZZ reaktivira zavarovalno pogodbo z datumom prenehanja in zavarovanec ponovno pridobi zavarovalno jamstvo. V kolikor zavarovalec ni pravočasno poravnal dolga, se lahko sklene le nova zavarovalna pogodba, vendar s kasnejšim datumom začetka. Terjatve za zavarovalne pogodbe, ki še ne izpolnjujejo pogojev za prenehanje oziroma so že v postopku predsodne izterjave, se obdelajo v zadnjih delovnih dnevih meseca.

Obstoječa obdelava terjatev znotraj internega opominjanja ima le tri korake, pri čemer se drugi korak ponovi trikrat, kar pomeni, da zavarovalec dobi tri enaka obvestila o zapadlosti premije in možnosti razdrtja zavarovalne pogodbe. Vsa tri obvestila se zavarovalcu posredujejo s priporočeno pisemsko pošiljko. Predlagam, da se interno opominjanje izvaja v petih korakih. Na ta način se lahko zagotovi stopenjska izterjava, kar lahko poveča njeno učinkovitost, dodatno pa zniža stroške poštnine, saj predvidevam pošiljanje le enega obvestila o zapadli premiji s priporočeno pisemsko pošiljko. TZZ prejme veliko priporočenih pisemskih pošiljk vrnjenih, ker jih naslovniki ne želijo prevzeti oziroma dvigniti. Zaradi zmanjšanja njihovega števila se zmanjšajo tudi manipulativni stroški obdelave nevročenih pisemskih pošiljk. Kot je bilo že navedeno, predlagam uvedbo petstopenjskega internega opominjanja ter posledično tudi pošiljanja pet različnih obvestil, kot sledi.

1. *Korak 1:* če premija do zapadlosti ni bila poravnana, se ne glede na način plačila Obvestilo o zapadli zavarovalni premiji in možnosti odvzema jamstva (priloga 1) posreduje vedno zavarovalcu, saj je dosedanja praksa pokazala, da pošiljanje obvestil o zapadli premiji pravnim osebam<sup>8</sup> ali delodajalcem<sup>9</sup> ni doseglo pričakovanih učinkov. V tem primeru gre praviloma za neizveden odtegljaj pri plači oziroma neizvedeno plačilo računa zaradi prenehanja delovnega razmerja ali nastopa porodniške odsotnosti, o kateri zavarovalnica ni bila obveščena, da bi lahko izvedla spremembo načina plačila na račun s posebno položnico. Dodatno se v postopek internega opominjanja vključi tudi zavarovalne zastopnike oziroma posrednike pri sklepanju zavarovanja (v

---

<sup>8</sup> Velja za način plačila »Račun«.

<sup>9</sup> Velja za način plačila »Odtegljaj pri plači«.

nadaljevanju: zastopnik). To velja predvsem za primere, ko je bilo sklenjeno novo zavarovanje, prva premija pa do zapadlosti ni bila poravnana. Zastopnik namreč prejme izplačilo sklepalne provizije le, če je bila premija poravnana, kar pomeni, da ima velik interes za motiviranje zavarovalca k plačilu dolga. V ta namen se zastopniku mesečno posreduje poročilo, ki vsebuje podatke za zavarovalne pogodbe, pri katerih je zaveden kot prodajalec in prva premija ni plačana.

2. *Korak 2:* če zavarovalec ni poravnal dolga po prvem obvestilu o zapadlosti premije, se mu tokrat posreduje Obvestilo o zapadli premiji in možnosti razdrtja zavarovalne pogodbe (priloga 2), in sicer s priporočeno pisemsko pošiljko. Pošiljanje obvestila o zapadli premiji in možnem razdrtju pogodbe pomeni pomemben mejnik pri izvajanju zavarovalne pogodbe prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovalnica lahko razdre zavarovalno pogodbo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja po izteku 60-dnevnega roka, štetega od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu vročeno priporočeno pismo z obvestilom o zapadlosti premije in možnem razdrtju zavarovalne pogodbe, medtem ko lahko zavarovalno pogodbo ostalih zdravstvenih zavarovanj razdre že po 30-ih dneh od vročitve obvestila. Predlagana pravila obdelave terjatev izpolnjujeta oba pogoja. Dodatno se v tem koraku začne z zaračunavanjem stroškov, saj sem mnenja, da je potrebno stroške internega opominjanja v večji meri prevaliti na redne neplačnike.<sup>10</sup> Dodatno se v tem koraku prične s telefonsko podporo pisnemu opominjanju. Prek in Rems (2000, 54) namreč trdita, da se veliko večji učinek doseže, če se pošiljanje opominov in dopisov za izterjavo podpre tudi s telefonskimi klici na te naslove. S telefonskimi klici se prične dan pred zapadlostjo, ki je bila navedena v obvestilu o zapadli premiji. Najprimernejši čas za telefonske klice je od 7. do 10. ure, pri čemer je pomembno, da se podatki o telefonskem pogovoru zapišejo (Repič 2009). Na tak način se lahko v nadaljnje spremlja, ali je bil sporazum o plačilu dolga dosežen in tudi realiziran. Od uvodnega vtisa na dolžnika je v veliki meri odvisna uspešnost izterjave. Dolžniku je potrebno na jasn, razumljiv in poljuden način predstaviti namen klica ter ga povprašati, zakaj obveznosti niso bile poravnane in kdaj ter kako jih bo poravnal. S postavljanjem odprtih vprašanj je potrebno pridobiti podatke, pomembne za nadaljnje izvajanje zavarovanja ter poiskati možne rešitve, ki bodo zadovoljile obe strani. Dolžnika je potrebno opozoriti, da če se dogovorjenega ne bo držal, lahko zavarovalnica zaračuna dodatne stroške in zamudne obresti. Prek in Rems (2000, 54) priporočata, naj ima podjetje poseben »team«, ki se ukvarja

---

<sup>10</sup> V tem koraku zavarovalec dolguje že dve mesečni premiji.

samo s telefonsko izterjavo, pri čemer so rezultati odvisni od priprave na delo in motivacije oseb, ki izterjujejo po telefonu. TZZ ne razpolaga s tovrstnim kadrom, ustanovitev takega oddelka pa ni ekonomsko upravičena, zato predlagam, da telefonsko podporo pisnemu opominjanju opravlja zunanji izvajalec. Ta namreč svoje storitve obračuna le glede na pogodbeno dogovorjen odstotek od uspešno izterjane premije.

3. *Korak 3* se izvaja, če zavarovalec ni poravnal dolga po obvestilu o zapadlosti iz koraka 2. Zavarovalcu se posreduje Poziv k poravnavi dolga (priloga 3) z navadno pisemsko pošiljko, pri tem pa ponovno zaračuna stroške opominjanja. Tudi v tem koraku se pisni poziv podpre s telefonskimi klici. Dodatno se lahko pisno opominjanje podpre še s kratkimi sporočili preko mobilnih omrežij ali elektronske pošte ter tudi preko teh komunikacijskih poti skuša zavarovalca obvestiti o zapadli premiji. Velikokrat se namreč zgodi, da zavarovalec spremeni bivališče, o tem pa ne obvesti zavarovalnice in ta račune za plačilo premije še naprej pošilja na prejšnji naslov.
4. *Korak 4* se izvaja, če zavarovalec nadaljuje z neplačevanjem premije in predstavlja zadnji korak pred prenehanjem zavarovalne pogodbe. Z dokumentom Zadnji poziv k poravnavi dolga (priloga 4) se zavarovalca zadnjič pozove k poravnavi dolga pred skorajšnjim prenehanjem zavarovalne pogodbe, dodatno pa ponovno seznanj s pravico zavarovalnice, da pri pristojnem sodišču sproži postopek izterjave neplačanih obveznosti skupaj s pripadajočimi stroški in zamudnimi obrestmi. Ključnega pomena je, da zavarovalec razume, da bo zavarovalnica razdrila zavarovalno pogodbo izključno zato, ker on ni zagotavljal plačila premije oziroma zavarovalnice ni obvestil o okoliščinah, pomembnih za izvajanje zavarovanja. Kot primer okoliščine, pomembne pri izvajanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, lahko navedem ponovno pridobitev statusa študenta. V času šolanja zavarovanec ni zavezanec za plačilo razlike med celotnimi stroški zdravstvenih storitev in stroški teh storitev, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, vendar lahko zavarovalnica zavarovalni pogodbi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja dodeli status mirovanja le, če jo je zavarovanec o ponovni pridobitvi statusa študenta obvestil in ji posredoval novo potrdilo o šolanju. V praksi se velikokrat zgodi, da zavarovalnica o tem ni obveščena, zavarovalcu še naprej pošilja račune, ki jih pa ta ne plačuje, saj meni, da je vse urejeno.
5. *Korak 5* je zadnji korak internega opominjanja in pomeni razdrtje zavarovalne pogodbe. Obvestilo o prenehanju zavarovalne pogodbe (priloga 5) se zavarovalcu posreduje s priporočeno pisemsko pošiljko. Zavarovalca se pri tem obvesti, da ima možnost poravnati dolg do datuma prenehanja in podati zahtevo za obnovitev veljavnosti zavarovalne pogodbe. Tudi v tem koraku se

pisno obveščanje podpre s telefonskimi klici. V kolikor zavarovalec do naslednje mesečne obdelave terjatev ne poravna dolga, ki sestoji iz zneska neplačane premije in stroškov internega opominjanja, se prične s predsodno izterjavo.

#### **4.4.2 Predsodna izterjava**

Predsodna izterjava predstavlja niz medsebojno povezanih aktivnosti po razdrtju zavarovalne pogodbe z namenom, da bi bile terjatve poravnane še za zavarovalnico v sprejemljivem roku, s tem pa odpade potreba po sodni izterjavi. Predsodna izterjava se, podobno kot interno opominjanje, izvaja izključno s pošiljanjem pisnih obvestil in s telefonskimi klici. Poslovna odločitev zavarovalnice je bila, da jo v celoti izvaja specializiran zunanji izvajalec.

TZZ z redno mesečno obdelavo terjatev (korak 6) najprej preveri višino zneska terjatev po posamezni zavarovalni pogodbi, ki je prenehala veljati, ne glede na razlog njenega prenehanja. Zavarovalne pogodbe, za katere terjatve ne dosegajo mejnega zneska za predsodno izterjavo, se izločijo, zanje pripravi in s strani Uprave pooblaščenim osebi posreduje predlog za odpis terjatev iz naslova zavarovalne premije. Pooblaščenim oseba lahko predlog za odpis terjatev iz naslova zavarovalne premije (v nadaljevanju: predlog za odpis terjatev) sprejme in zadolženi osebi področja računovodstvo naloži, da odpise terjatev evidentira v poslovnih knjigah ali predlog zavrne, kar pomeni, da se tudi podatki za te zavarovalne pogodbe posredujejo v postopek predsodne izterjave. Podatki za zavarovalne pogodbe, katerih znesek terjatev presega mejni znesek za predsodno izterjavo, se posredujejo zunanjemu izvajalcu. Ker TZZ nima lastne organizacijske enote, ki bi lahko izvajala predsodno izterjavo, je za ta del izterjave že vzpostavila pogodben odnos s specializiranim zunanjim izvajalcem. TZZ zunanjemu izvajalcu posreduje podatke o terjativah, ta pa izvaja stopenjsko predsodno izterjavo na način, da dolžniku posreduje najprej zahtevo po plačilu dolga (1. opomin), nato ponovno zahtevo po plačilu dolga (2. opomin), če pa tudi ta ni bila uspešna, še zadnji opomin pred začetkom izvršilnega postopka (odvetniški opomin). Pisno obveščanje dolžnika je podprto s telefonskimi klici. TZZ zunanjemu izvajalcu pri predsodni izterjavi nudi strokovno pomoč s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja in po potrebi posreduje tudi ustrezne dokumente zavarovalne pogodbe. Ker lahko dolžniki dolg poravnajo tudi na transakcijski račun TZZ, si mora ta z zunanjim izvajalcem dnevno izmenjevati podatke o prejetih plačilih, saj je potrebno po prejemu plačila nemudoma prekiniti s predsodno izterjavo.



#### **4.4.3 Sodna izterjava**

Kadar postane očitno, da nobena od predhodno uporabljenih tehnik prepričevanja dolžnika ne bo obrodila sadov, je edina realna izbira med uvedbo izvršbe oziroma opustitvijo upanja, da bo terjatev kadarkoli poravnana.

V koraku 7 se torej obdelajo terjatve, za katere predsodna izterjava ni bila uspešna. Tudi tokrat TZZ z redno mesečno obdelavo najprej preveri višino zneska terjatev po posamezni zavarovalni pogodbi, ki je prenehala veljati. Zavarovalne pogodbe, katerih znesek terjatev ne dosega mejnega zneska za sodno izterjavo, se izločijo in zanje pripravi ter Upravi posreduje predlog za odpis terjatev (priloga 7). Uprava lahko predlog za odpis terjatev sprejme in izda sklep, s katerim zadolženi osebi področja Računovodstvo naloži, da odpise terjatev evidentira v poslovnih knjigah, ali pa predlog zavrne, kar pomeni, da se tudi podatki za te dolžnike posredujejo v postopek sodne izterjave. Zoper dolžnika, ki tudi v postopku predsodne izterjave ni poravnal dolga, in je znesek terjatev večji od mejnega zneska za sodno izterjavo, se vloži predlog za izvršbo na podlagi verodostojne listine (v nadaljevanju: predlog za izvršbo). Predlog za izvršbo se na predpisanem obrazcu lahko vloži elektronsko ali v papirni obliki na Okrajno sodišče v Ljubljani, Centralni oddelek za verodostojno listino, Zaloška 59, Ljubljana (v nadaljevanju: CoVL). Pri elektronskem vlaganju obstajata dva načina vlaganja predlogov za izvršbo, in sicer:

- upnik lahko vloži predlog za izvršbo z izpolnitvijo pametnega obrazca ali z uvozom podatkov iz datoteke po strukturi, ki jo določi in na svoji spletni strani vsakokrat objavi Vrhovno sodišče Republike Slovenije, in
- upnik lahko naenkrat vloži tudi večje število predlogov za izvršbo (paket predlogov) na podlagi podatkov iz svoje zaledne aplikacije.

Papirnato vlaganje poteka tako, da upnik na spletni strani izpolni obrazec, ga natisne in po pošti pošlje sodišču, lahko pa natisne tudi prazen obrazec, ki ga izpolni ročno. Po vložitvi predloga za izvršbo je potrebno poravnati sodno takso, katere višina je odvisna od načina vlaganja (pisni predlog ali e-predlog) in števila predlaganih izvršilnih sredstev.

Glede na večje število dolžnikov je za TZZ najprimernejši paketni način vlaganja predlogov za izvršbo. Zadnja verzija XML sheme za elektronsko oddajo predlogov za izvršbo je dosegljiva preko spletne strani [http://www.sodisce.si/sodni\\_postopki/izvršba\\_na\\_podlagi\\_verodostojne\\_listine\\_\(covl\)/](http://www.sodisce.si/sodni_postopki/izvršba_na_podlagi_verodostojne_listine_(covl)/). Dodatna prednost e-predlogov za izvršbo je, da se verodostojne listine<sup>11</sup> v predlogu le

---

<sup>11</sup> V primeru TZZ so to: pristopnica/ponudba za sklenitev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, polica za prostovoljno zdravstveno zavarovanje in izpisek terjatev, ki ga je overila odgovorna oseba.

določno opredelijo. Predložiti jih je potrebno le kot dokaz v primeru ugovora v pravnem postopku. V kolikor je bil e-predlog za izvršbo popoln, se v roku 48ih ur od prejema avtomatsko izdela sklep o izvršbi, ki se vroči dolžniku. Ker se e-predlogu za izvršbo ne prilagajo nobene listine, se dolžniku hkrati s sklepom o izvršbi vroči tudi kopija predloga za izvršbo. Dolžnik lahko ugovor vloži na CoVL-u. O njem po odredbi sodnika odločata sodni referent in strokovni sodelavec na CoVL-ju. Zoper sklep, izdan v ugovoru, je dovoljena pritožba, o kateri odloča višje sodišče z območja, na katerem ima sedež okrajno sodišče, ki izvršilni postopek vodi in v njem odloča po pravnomočnosti sklepa o izvršbi.

Po pravnomočnosti sklepa o izvršbi CoVL izvede:

- tretje preverjanje podatkov z namenom pridobitve podatkov iz evidence Davčne uprave Republike Slovenije (transakcijski računi, delodajalec, KDD),
- vročanje pravnomočnega sklepa dolžnikovim dolžnikom (delodajalcu ali ZPIZ-u),
- obveščanja upnika o pravnomočnosti sklepa,
- prenos krajevne pristojnosti.

30. člen Zakona o izvršbi in zavarovanju (v nadaljevanju: ZIZ) določa, da se kot sredstva izvršbe za poplačilo denarne terjatve sme uporabiti samo: prodajo premičnin, prodajo nepremičnin, prenos denarne terjatve, unovčenje drugih premoženjskih oziroma materialnih pravic in nematerializiranih vrednostnih papirjev, prodajo deleža družbenika in prenos sredstev, ki so pri organizacijah, pooblaščenih za plačilni promet (ZIZ-UPB4).

Upnik lahko glede na okoliščine konkretnega primera izbira v ZIZ določena sredstva izvršbe za izterjavo denarne terjatve, ki jih lahko predlaga posamično ali več hkrati, in sicer:

- izvršbo na denarno terjatev; sem sodi izvršba na plačo, pokojnino in druge stalne prejemke, izvršba na sredstva na dolžnikovih računih ter izvršba na nematerializirane vrednostne papirje,
- izvršbo na dolžnikove premičnine, ki se opravi z rubežem, s cenitvijo, prodajo stvari in poplačilom upnikov,
- izvršbo na terjatev, da se izročijo in dobavijo premičnine ali da se izroči nepremičnina,
- izvršbo na druge premoženjske in materialne pravice (patent, užitek),
- izvršbo na nepremičnine, ki se opravi z zaznambo sklepa v zemljiški knjigi, ugotovitvijo vrednosti nepremičnine, s prodajo in poplačilom upnikov,
- izvršbo na delež družbenika, ki se opravi z zaznambo sklepa, prodajo deleža in poplačilom upnika.

Praviloma upnik izbira sredstva za izvršbo glede na informacije, ki jih ima o dolžnikovem premoženju. Ker TZZ tovrstnih informacij nima, 73 %<sup>12</sup> vseh terjatev pa predstavljajo terjatve v višini med 100 in 250 EUR,<sup>13</sup> je smotrno, da se kot prvo sredstvo izvršbe izbere vedno izvršba na dolžnikova denarna sredstva pri organizacijah za plačilni promet (v nadaljevanju: OPP), kot drugo pa izvršba na plačo ali pokojnino (Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2009e).

Ne glede na to, da lahko upnik vse do konca izvršilnega postopka predlaga nova sredstva predlagam, da se, v kolikor je bila izvršba na dolžnikova denarna sredstva pri OPP in na plačo ali pokojnino neuspešna, prekine s postopkom izvršbe, saj menim, da dolžnik v tem primeru nima zadostnih sredstev za poplačilo dolga, izbira preostalih sredstev izvršbe pa bi bila glede na višino terjatev nesmotrna. Postopek izvršbe na dolžnikova sredstva pri OPP poteka namreč tako, da sodišče naloži OPP, da blokira dolžnikova sredstva v višini obveznosti in po pravnomočnosti sklepa ta znesek izplača upniku. Če ob prejemu sklepa na dolžnikovem računu ni sredstev, pred prejemom sklepa pa najmanj tri mesece na dolžnikovem računu ni bilo nobenega priliva, OPP vrne sklep sodišču, ki izvršbo ustavi. Če pa so bili pred ali po prejemu sklepa o izvršbi določeni prilivi, ki pa ne zadoščajo za poplačilo dolga, OPP zadrži sklep o izvršbi in če v treh mesecu po prejema sklepa o izvršbi na dolžnikovem računu ni nobenega priliva sredstev, OPP vrne sklep o izvršbi sodišču, ki izvršbo zaustavi. Postopek izvršbe na dolžnikovo plačo poteka na naslednji način: v kolikor je upnik v predlogu navedel, kje je dolžnik zaposlen, sodišče pošlje sklep o izvršbi po pravnomočnosti v izvršitev dolžnikovemu dolžniku, ki mora pred izplačilom upniku upoštevati omejitve in prejemke, ki so izvzeti iz izvršbe, kakor določa ZIZ v 101. in 102. členu (ZIZ-UPB4). Dolžnikov dolžnik je dolžan izvršbo opravljati toliko časa, dokler upnik ni poplačan. Enako velja za izvršbo na pokojnino. V kolikor upnik v predlogu za izvršbo na dolžnikovo plačo ni navedel, kje je dolžnik zaposlen, ker s tem podatkom ne razpolaga, bo sodišče izvršbo na plačo ustavilo, kadar bo sodišče po pravnomočnosti sklepa o izvršbi opravilo poizvedbe o zaposlitvi in ugotovilo, da dolžnik ni zaposlen.

#### ***4.4.4 Odpis terjatev iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj***

V skladu s 21. členom Zakona o davku od dohodkov pravnih oseb (v nadaljevanju: ZDDPO-2) je odpis terjatev, priznan kot odhodek tudi na podlagi neuspešno zaključenega izvršilnega postopka sodišča ali brez sodnega postopka za poplačilo terjatev, če zavezanec dokaže, da bi stroški sodnega postopka presegli znesek poplačila terjatev, oziroma če dokaže, da so bila opravljena vsa dejanja, ki bi jih opravil s

---

<sup>12</sup> Stanje na dan 31. 1. 2009.

<sup>13</sup> Zneski predstavljajo stanje glavnice.

skrbnostjo dober gospodarstvenik, za dosego poplačila terjatev, oziroma da so nadaljnji pravni postopki ekonomsko neupravičeni (ZDDPO-2).

Predlog za vpeljavo celovitega upravljanja terjatev iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj predvideva možnost treh rednih odpisov, in sicer:

- pred pričetkom predsodne izterjave,
- pred pričetkom sodne izterjave,
- ob izteku zastaralnega roka.

V prvih dveh primerih znesek terjatve z vračunanimi stroški in zamudnimi obrestmi ne dosega zneska stroškov izvršilnega postopka in so torej nadaljnji postopki ekonomsko neupravičeni. Predlogi za odpis so rezultati redne mesečne obdelave terjatev. Z rednim odpisom se odpišejo tudi zastarane terjatve, torej tiste, za katere se je v postopku izvršbe ugotovilo, da niso izterljive. Ker v ZDDPO-2 zastaralni rok terjatev ni določen, se upošteva zastaralni rok iz OZ. 357. člen OZ namreč določa, da terjatve zavarovalnic iz zavarovalnih pogodb zastarajo v treh letih, pri čemer zastaralni rok začne teči prvi dan po dnevu, ko je upnik imel pravico terjati izpolnitev obveznosti (OZ-UPB1). Predlog za odpis zastaranih terjatev iz naslova zavarovalne premije poda upravi področje financ pred zaključkom poslovnega leta.

Možen je izredni odpis terjatev na osnovi ustrezne vloge dolžnika. V le-tej mora dolžnik navesti razlog nezmožnosti poplačila obveznosti. Vlogo obravnava za to pooblaščen oseb zavarovalnice na podlagi usmeritev uprave. V kolikor se izkaže, da premoženjsko stanje dolžnika ne zadošča za poplačilo terjatev, pooblaščen oseb izda nalog zadolženi osebi področja računovodstvo, da odpis terjatev evidentira v poslovnih knjigah. V nasprotnem primeru se vloga dolžnika zavrne in nadaljuje s postopki izterjave.

V naslednjem poglavju so podane zahteve za prenavo računalniške obdelave, s pomočjo katere se pridobi vpogled v stanje terjatev iz naslova neplačane premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj po pravilih in pogojih, ki veljajo za produkcijsko obdelavo. Na ta način se pridobi podatke o zavarovalnih pogodbah, ki izpolnjujejo pogoje za opominjanje, predsodno in sodno izterjavo, ter ugotovi morebitna odstopanja od poslovnih pravil.

#### ***4.4.5 Predogled obdelave terjatev iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj***

S pomočjo prenovljene računalniške obdelave »Predogled opominjanja« se zagotovi podrobnejši in enostavnejši vpogled v podatke o terjativah po pravilih in pogojih, ki veljajo za produkcijsko obdelavo.

Pred zagonom računalniške obdelave mora zadolžena oseba izbrati/vnesti naslednje parametre:

- *Za dan.* Z vnosom lahko uporabnik simulira stanje podatkov o terjatvah na določen dan. V kolikor polje ostane prazno, velja, da podatki veljajo na dan izvajanja obdelave.
- *Proizvod.* Privzeta vrednost parametra je »Vsi«, kar pomeni, da obdelava zajame in pregled vsebuje podatke za vse zavarovalne pogodbe. V kolikor se iz padajočega menija izbere oznaka posameznega nosilnega zavarovanja, pregled vsebuje podatke le za izbrano nosilno zavarovanje in pripadajoča dodatna zavarovanja.
- *Status terjatve.* Privzeta vrednost parametra je »Vsi«, kar pomeni, da obdelava zajame in pregled vsebuje podatke za vse statuse terjatev po posamezni zavarovalni pogodbi. V kolikor se v polju izbere posamezni status, pregled vsebuje podatke le za izbrani status terjatve, pri čemer je referenčni status terjatve za posamezno zavarovalno pogodbo tisti z najvišjo vrednostjo. Na izbiro so naslednji statusi terjatev:

**Tabela 4.2** Statusi terjatev

Vrednost parametra	Opis statusa
%	Vsi
1	Obvestilo o zapadlosti premije in možnosti odvzema jamstva
2	Obvestilo o zapadlosti premije in možnosti razdrtja pogodbe
2.1	Poziv k plačilu premije
2.2	Ponovni poziv k plačilu premije
3	Stornirano zavarovanje
4	V predsodni izterjavi
5	Predlog za redni mesečni odpis
6	V sodni izterjavi

- *Način plačila.* Privzeta vrednost parametra je »Vsi«, kar pomeni, da obdelava zajame in pregled vsebuje podatke za vse načina plačila. V kolikor se v polju izbere posamezni način plačila, pregled vsebuje podatke le za izbrani način plačila.

Rezultat obdelave je dokument »Predogled opominjanja« (priloga 8), ki glede na vhodne parametre prikazuje:

- vrstice s sintetičnimi podatki o skupnem znesku zapadlih terjatev in številu pogodb po posameznih statusih terjatve ter skupnem znesku zapadlih terjatev in številu pogodb z zaustavljenim opominjanjem/izterjavo,
- vrstice z analitičnimi podatki po posameznem statusu terjatve v obsegu:

### *Prenova poslovnega procesa izterjave neplačane premije*

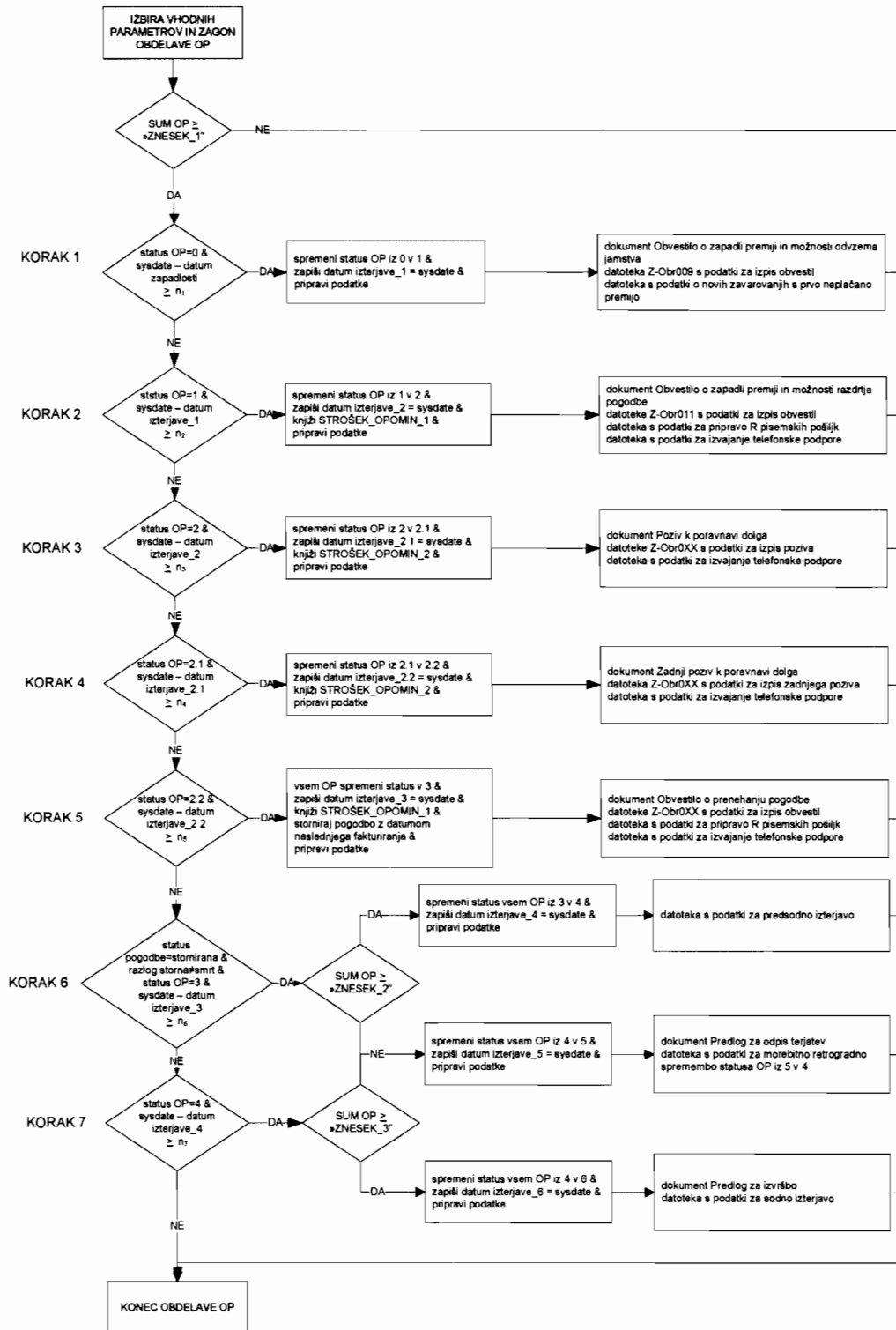
- ime in priimek/naziv plačnika premije,
  - številka pogodbe,
  - način plačila,
  - naziv administratorja,
  - znesek zapadlih terjatev po pogodbi,
  - oznaka nosilnega zavarovanja,
  - znesek zapadlih terjatev po nosilnem zavarovanju,
  - oznaka dodatnega zavarovanja,
  - znesek zapadlih terjatev po dodatnem zavarovanju,
- vrstice z analitičnimi podatki pogodb z zaustavljenim opominjanjem/izterjavo v obsegu:
- ime in priimek/naziv plačnika premije,
  - številka pogodbe,
  - način plačila,
  - naziv administratorja,
  - znesek zapadlih terjatev po pogodbi,
  - naziv zastopstva,
  - uporabniško ime referenta, ki je izvedel programsko zaustavitev opominjanja/izterjave,
  - datum zaustavitve opominjanja/izterjave,
  - datum, do katerega je zaustavljeno opominjanje/izterjava.

Pri pregledu podatkov mora zadolžena oseba upoštevati navodila iz poglavja 4.4.1.

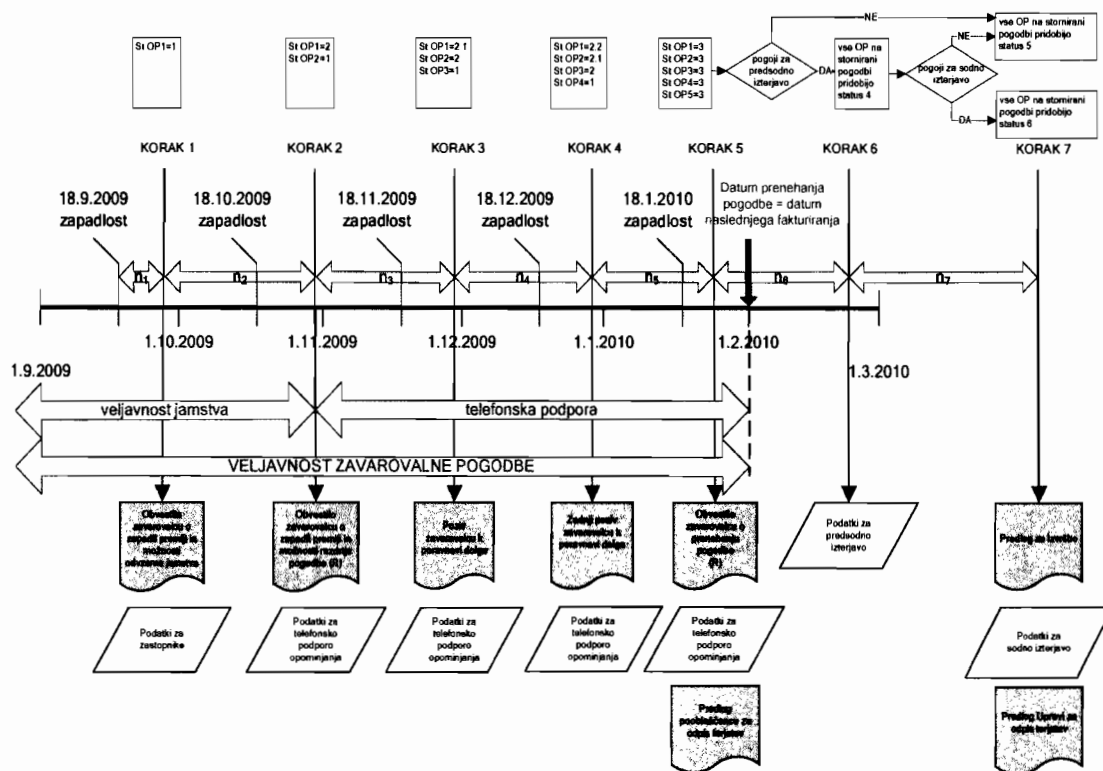
#### ***4.4.6 Predlog novega načina obdelave terjatev iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj***

Računalniška obdelava terjatev se izvaja v sedmih korakih. Predlogi pravil, pogojev in izhodov posameznega koraka so razvidni iz slike 4.3 in slike 4.4.

Slika 4.3 Pravila in pogoji obdelave terjatev



Slika 4.4 Potek obdelave terjatev



Pravila, pogoji in izhodi posameznega koraka so v nadaljevanju podani opisno. Vrednosti sistemskih parametrov »n« in »Mejni znesek« so predmet poslovnih odločitev, zato so v sliki 4.4 in v nadaljevanju prikazane kot spremenljivke.

1. V koraku 1 se terjatvam, katerih znesek presega znesek »Mejni znesek\_1«, so starejše od »n<sub>1</sub>« dni in imajo status 0, kar je tudi njihova privzeta vrednost, spremeni status v 1, hkrati pa pripiše datum spremembe, ki ga v nadaljevanju imenujemo datum izterjave. Izhod iz obdelave je datoteka s podatki za izpis dokumenta »Obvestilo o zapadli premiji in možnosti odvzema jamstva« (priloga 1), ki vsebuje posebno položnico s skupnim stanjem zapadlih terjatev po zavarovalni pogodbi in datoteka za zastopnike s podatki o novo sklenjenih zavarovanjih s prvo neplačano premijo.
2. V koraku 2 se:
  - terjatvam, ki so starejše od »n<sub>2</sub>« dni in v statusu 1, ta spremeni v 2, datum izterjave\_1 pa v datum izterjave\_2,
  - prvič zaračunajo stroške opominjanja v znesku »Strošek\_opomin\_1«,
  - prične s telefonsko podporo pisnemu opominjanju.



Izhod iz obdelave so datoteke s podatki za: izpis dokumenta »Obvestilo o zapadli premiji in možnosti razdrta zavarovalne pogodbe« (priloga 2), pripravo priporočenih pisemskih pošilk in izvajanje telefonske podpore izterjave. Znesek za plačilo na posebni položnici predstavlja skupni znesek zapadlih terjatev po zavarovalni pogodbi in stroškov opominjanja.

3. V koraku 3 se:

- terjatvam, ki so starejše od »n3« dni in v statusu 2, ta spremeni v 2.1, datum izterjave\_2 pa nadomesti z datumom izterjave\_3,
- zavarovalca bremeni za stroške opominjanja v znesku »Strošek\_opomin\_2«.

Izhod iz obdelave je datoteka s podatki za izpis dokumenta »Poziv k poravnavi dolga« (priloga 3), ki vsebuje posebno položnico s skupnim zneskom terjatev po zavarovalni pogodbi in stroškov opominjanja ter datoteko s podatki za izvajanje telefonske podpore izterjave.

4. V koraku 4 se:

- terjatvam, ki so starejše od »n4« dni in v statusu 2.1, ta spremeni v 2.2, datum izterjave\_3 pa v datum izterjave\_4,
- zavarovalcu zaračuna stroške opominjanja v znesku »Strošek\_opomin\_2«.

Izhod iz obdelave je datoteka s podatki za izpis dokumenta »Zadnji poziv k poravnavi dolga« (priloga 4) in datoteka s podatki za izvajanje telefonske podpore izterjave. Dokument »Zadnji poziv k poravnavi dolga« se zavarovalcu posreduje z navadno pisemsko pošiljko. Znesek na posebni položnici predstavlja skupni znesek zapadlih terjatev po zavarovalni pogodbi in stroškov opominjanja.

5. V koraku 5 se:

- terjatvam, ki so starejše od »n5« dni in so v statusu 2.2, ta spremeni v 3, datum izterjave\_4 pa v datum izterjave\_5,
- zavarovalcu zaračunajo stroški opominjanja v znesku »Strošek\_opomin\_1«.

Zavarovalna pogodba skladno z zavarovalnimi pogoji in poslovnimi pravili preneha veljati z datumom poteka že obračunanega obdobja,<sup>14</sup> zato se tudi statusi vseh preostalih odprtih terjatev (status 0, 1, 2, 2.1 ali 2.2) spremenijo v 3. Na ta način je zagotovljeno, da se tudi nadaljnja izterjava lahko izvaja konsistentno oziroma da so v naslednjih korakih vse terjatve posamezne

---

<sup>14</sup> V programski opremi je ta datum zaveden tudi kot datum naslednjega fakturiranja.

zavarovalne pogodbe obdelane na enak način. Izhod iz obdelave so datoteke s podatki za: izpis dokumenta »Obvestilo o prenehanju zavarovalne pogodbe« (priloga 5), ki vsebuje posebno položnico s skupnim zneskom terjatev po zavarovalni pogodbi in stroškov opominjanja, pripravo priporočenih pisemskih pošilk in za izvajanje telefonske podpore izterjave.

6. V koraku 6 se za terjatve, ki so starejše od »n« dni in so v statusu 3, najprej preveri, ali skupni znesek odprtih terjatev po posamezni pogodbi presega znesek »mejni znesek\_2«. V kolikor ta ne presega zneska »Mejni znesek\_2«:

- se statusi terjatev spremenijo v 5, datum izterjave\_5 pa nadomesti z datumom izterjave\_6,
- je izhod iz obdelave pdf datoteka z dokumentom »Predlog pooblaščenim osebam za odpis dolga« (priloga 6) s seznamom tovrstnih pogodb,
- se pripravi datoteka s podatki o zavarovalnih pogodbah, za katere je bil podan predlog za odpis dolga.

Če pooblaščenim osebam odobri predlagan odpis dolga, se datoteka uporabi za knjiženje in zapiranje terjatev. V nasprotnem primeru se s posebno obdelavo uporabi datoteka za spremembo statusov terjatev iz 5 v 4 in pripravo datoteke s podatki za predsodno izterjavo. V kolikor skupni znesek terjatev po posamezni pogodbi presega znesek »Mejni znesek\_2«:

- se njihov status spremeni iz 3 v 4,
- datum izterjave\_5 pa v datum izterjave\_6 in
- je izhod iz obdelave datoteka s podatki za predsodno izterjavo.

7. V koraku 7 se za terjatve, ki so starejše od »n« dni in so v statusu 4, najprej preveri vrednost njihovega skupnega zneska. V kolikor je skupni znesek terjatev po posamezni zavarovalni pogodbi manjši od zneska »Mejni znesek\_3«, ki predstavlja strošek vložitve predloga za izvršbo:

- se statusi terjatev 4 nadomestijo s 5, datum izterjave\_6 pa nadomesti z datumom izterjave\_7,
- je izhod iz obdelave pdf datoteka z dokumentom »Predlog Upravi za odpis dolga« s seznamom tovrstnih pogodb (priloga 7),
- se pripravi datoteka s podatki o zavarovalnih pogodbah, za katere je bil podan predlog za odpis dolga.

Če uprava odobri predlagan odpis dolga, se datoteka uporabi za knjiženje in zapiranje terjatev. V nasprotnem primeru se s posebno obdelavo podatki iz datoteke uporabijo za spremembo statusov terjatev iz 5 v 6 in pripravo datoteke

s podatki za sodno izterjavo. V kolikor skupni znesek terjatev presega znesek »Mejni znesek\_3«:

- se statusi terjatev spremenijo v 6, datum izterjave\_6 zamenja z datumom izterjave\_7,
- je izhod iz obdelave pdf datoteka z dokumentom »Predlog za izvršbo« in datoteka s podatki za sodno izterjavo.

V postopku sodne izterjave se lahko izkaže, da terjatve iz naslova premije po zavarovalni pogodbi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja niso izterljive. V tem primeru je potrebno ponovno podati predlog upravi za odpis dolga ter v primeru odobritve odpisa dolga izvesti ročne vknjižbe in zapiranje terjatev.

#### **4.4.7 Mejni zneski terjatev, stroški opominjanja in zamudne obresti**

Mejni zneski terjatev in stroški opominjanja so predmet poslovnih odločitev TZZ, višina obrestne mere zamudnih obresti pa je predpisana z Zakonom o predpisani obrestni meri zamudnih obresti. Višino mejnih zneskov terjatev odobri uprava na vsakokratni predlog direktorja izvajanja, medtem ko so stroški opominjanja določeni s cenikom storitev TZZ, ki ga ravno tako sprejme uprava.

##### *Mejni zneski terjatev*

Predvideni so trije mejni zneski terjatev, in sicer:

**Tabela 4.3** Mejni zneski odprtih terjatev

Vrsta mejnega zneska	Sistemske parameter
Mejni znesek za opominjanje	»Mejni znesek_1«
Mejni znesek za predsodno izterjavo	»Mejni znesek_2«
Mejni znesek za sodno izterjavo	»Mejni znesek_3«

##### *Stroški opominjanja*

Stroški opominjanja vključujejo stroške:

- izdelave pisemske ovojnice,
- izdelave papirja s posebno položnico,
- dela zadolžene osebe oddelka zavarovalnih pogodb,
- izpisa dokumenta,
- kuvertiranja,
- izdelave arhivske pdf datotek,
- strošek poštnine za navadno ali priporočeno pisemsko pošiljko.

**Tabela 4.4** Stroški opominjanja

Strošek priprave, izpisa in posredovanje dokumenta	Vrsta pisemske pošiljke	Sistemski parameter
Obvestilo o zapadli premiji in možnosti razdrtja pogodbe, Obvestilo o prenehanju zavarovalne pogodbe	Priporočena	»Strošek_opomin_1«
Poziv k poravnavi dolga, Zadnji poziv k poravnavi dolga	Navadna	»Strošek_opomin_2«

*Zamudne obresti*

Poslovna odločitev je, da se zamudne obresti v fazi internega opominjanja ne zaračunavajo.

*Način oziroma vrstni red zapiranja terjatev*

Stroški opominjanja kot tudi zamudne obresti niso predmet Davka na dodano vrednost in davčnih evidenc. Zaradi enotnega pregleda nad terjatvami do zavarovalca bi bilo bolje stroške opominjanja in zamudne obresti beležiti na konto plačnika premije, vendar je potrebno zaradi predpisov tovrstne terjatve beležiti na ločen finančni konto.

Skladno s splošnimi pogoji zavarovanja se v primeru zaostankov pri plačilu premije oziroma drugih terjatev iz naslova zavarovalne pogodbe poravnava najstarejše obveznosti, medtem ko 288. člen OZ določa »Če dolguje dolžnik poleg glavnice tudi obresti in stroške, se ti vračunavajo tako, da se najprej odplačajo stroški, nato obresti in končno glavnica« (OZ-UPB1). Glede na navedeno je vrstni red zapiranja terjatev naslednji:

- najstarejša terjatev iz naslova stroškov opominjanja,
- najstarejša terjatev iz naslova zamudnih obresti,
- najstarejša terjatev iz naslova premije nosilnega zavarovanja in
- najstarejša terjatev iz naslova premije dodatnega zavarovanja.

## **5 ODPRAVA DRUGIH POMANJKLJIVOSTI V DELOVNIH PROCESIH POVEZANIH Z IZTERJAVO NEPLAČANE PREMIJE**

Ugotovljene pomanjkljivosti obstoječih postopkov TZZ pri izvajanju izterjave neplačane premije so zapisane v poglavju 4.3.3. Za odpravo nekaterih je potrebno izvesti dodelavo programskih modulov zavarovalniškega informacijskega sistema, kot sledi:

### **5.1 Sprememba delovanja programskega modula za vnos in obdelavo podatkov o zavarovalni pogodbi**

Programski modul za vnos in obdelavo podatkov o zavarovalni pogodbi je potrebno dodelati v delu, preko katerega se izvede prenehanje zavarovalne pogodbe.

Zavarovalec ali zavarovanec lahko odstopi od zavarovalne pogodbe skladno z zavarovanju pripadajočimi pogoji, v vsakem primeru pa zavarovalna pogodba in jamstvo prenehata s smrtjo zavarovanca. TZZ zahtevo za prenehanje zavarovalne pogodbe ali zavarovanja realizira tako, da v programski opremi stornira zavarovalno pogodbo, preveri stanje na kontu plačnika premije in v primeru preplačila izvede vračilo ter vlagatelja o izvedeni zahtevi pisno obvesti.

Ob izvedbi storna zavarovalne pogodbe pa se lahko ugotovi, da ima zavarovalec še neporavnane obveznosti iz naslova premije. V tem primeru se zavarovalcu poleg obvestila o prenehanju zavarovalne pogodbe posreduje še posebna položnica s stanjem neplačane premije. Da bi se v primeru, če zavarovalec ne poravnava dolga, lahko konsistentno izvajalo nadaljnje postopke izterjave, kot je to predvideno v poglavju 4.4, je potrebno programsko opremo dodelati tako, da se ob izvedbi storna zavarovalne pogodbe na vseh terjatev spremenijo obstoječi statusi (0, 1, 2, 2.1 ali 2.2) v status 3. Dodatno je potrebno programsko opremo dodelati tako, da bo omogočeno nadaljnje spreminjanje statusov terjatev na kontu plačnika premije tudi za stornirano zavarovalno pogodbo. To pravilo velja za statute terjatev 4, 5 in 6.

### **5.2 Sprememba delovanja programske opreme za obdelavo zavarovanj, ki jim veljavnost poteče**

Vsa prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ki se z datumom poteka zavarovanja ne obnovijo ali podaljšajo, potečejo ob 00.00 uri tistega dne, katerega datum je v zavarovalni pogodbi zapisan kot datum poteka zavarovanja. TZZ obdelavo tovrstnih zavarovalnih pogodb izvaja s pomočjo programske obdelave. Dejansko je potrebno tudi obdelavo potekov dodelati z enako funkcionalnostjo, kot je predvidena pri ročnem storniranju zavarovalne pogodbe, kar pomeni, da se bo ob izvedbi storna vsem terjatvam spremenil status na 3.



## 6 SKLEP

Da bi organizacija lahko delovala učinkovito, mora identificirati in voditi številne povezane aktivnosti. Izvajati mora nenehni nadzor nad njihovimi povezavami in medsebojnimi vplivi ter rezultati delovanja na osnovi objektivnih merjenj z namenom nenehnega izboljševanja. Aktivnosti mora izvajati tako, da so upoštevani interesi vseh vključenih strani – odjemalcev storitev, poslovnih partnerjev, vodstva in vseh zaposlenih, kakor tudi lastnikov in okolja, kjer organizacija deluje.

Izterjava neplačane zavarovalne premije se v Triglav, zdravstveni zavarovalnici, d. d., izvaja kot sklop medsebojno povezanih aktivnosti internega opominjanja, predsodne in sodne izterjave, ter poslovanja z odjemalci. Obstoječa pravila in pogoji za interno opominjanje so v veljavi od leta 2006 in jih je potrebno prilagoditi današnjemu obsegu poslovanja, najnovejšim spoznanjem na področju izterjave dolgov, predvsem pa je potrebno informacijsko podpreti postopke predsodne in sodne izterjave ter pričeti učinkoviteje upravljati s podatki o terjatev iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Veliko pozornosti je potrebno nameniti prenovi internega opominjanja. S posredovanjem stopenjskih pisnih obvestil o zapadlosti premije in telefonskimi klici se namreč lahko učinkoviteje in pravočasno odkrijejo vzroki za neplačevanje zavarovalne premije ter v dogovoru z zavarovalcem poiščejo rešitve za ureditev statusa zavarovalne pogodbe, še preden nastopijo pogoji za prenehanje. Ugotavlja se namreč, da veliko težav pri izvajanju zavarovalne pogodbe izhaja iz pomanjkljive komunikacije med pogodbenimi strankami oziroma zavarovalčevega ali zavarovančevega neobveščanja zavarovalnice o okoliščinah, pomembnih za izvajanje zavarovanja. Dodatno je bilo ugotovljeno, da je potrebno aktivnosti, ki so del različnih procesov in jih izvajajo različne organizacijske enote, združiti v enovit poslovni proces ter s tem zagotoviti celovito obravnavo problematike terjatev iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Predvidene predpostavke, da se lahko z informacijsko podprtim procesom izterjave neplačane premije odpravijo napake zaradi ročne obdelave podatkov, poveča zadovoljstvo odjemalcev in zaposlenih ter zmanjša delež zapadle neplačane premije, so potrdili tudi intervjuvani sodelavci, ali se bodo na ta račun zmanjšali tudi stroški dela pa bo potrdila šele analiza stroškov ter koristi.

S podajo predloga za vpeljavo celovitega upravljanja terjatev iz naslova premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanje je namen zaključne projektne naloge dosežen. Predlog vsebuje tako zahteve za spremembo tehnologije dela, kakor tudi zahteve za dodelavo informacijske podpore pri izterjavi neplačane premije, ter s tem Upravi predstavlja temelj za odločanje o pričetku projekta prenove procesa izterjave neplačane premije.

Naloga sicer obravnava konkreten primer iz poslovne prakse ene zavarovalnice, kot ogrodje pa se ga lahko uporabi tudi v preostalih zavarovalnicah, ki izvajajo prostovoljna

### *Sklep*

zdravstvena zavarovanja. Zakonska določila glede prenehanja zavarovalne pogodbe zaradi neplačevanja premije so namreč dolžne upoštevati vse zavarovalnice enako, odstopanja pri poslovnih pravilih pa se lahko urejajo z ustreznimi programski rešitvami.



## LITERATURA IN VIRI

- Adriatic Slovenica, d. d. B.l. *Zavarovanje zobozdravstvenega nadstandarda*.  
[Http://www.adriatic-slovenica.si/insurance.cp2?iid=83&linkid=Insurance&cid=20246](http://www.adriatic-slovenica.si/insurance.cp2?iid=83&linkid=Insurance&cid=20246) (18. 9. 2009).
- Gracar, Ivan. 2006. *Vpliv sprememb zavarovalne zdravstvene zakonodaje na delo zavarovalnih zastopnikov in posrednikov*.  
[Http://www.zav-zdruzenje.si/4\\_seminar\\_zz.html](http://www.zav-zdruzenje.si/4_seminar_zz.html) (18. 9. 2009).
- Križman, Vojko. 2002. *Upravljanje poslovnih procesov*. Ljubljana: Slovenski institut za kakovost in meroslovje.
- Kovačič, Andrej. 2004. *Prenova in informatizacija delovnih procesov*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
- Lipovec, Branko. 1996. *Izterjava v teoriji in praksi s primeri*. Radovljica: Skriptorij KA.
- Mancini, Tomaž. 2009. *Zdravstvena zavarovanja*. Statistični zavarovalniški bilten. Obligacijski zakonik (uradno prečiščeno besedilo) (OZ-UPB1). *Uradni list RS*, št. 97/2007.
- Prek, Miro in Matjaž Rems. 2000. *Učinkovita izterjava dolgov*. Ljubljana: Primath.
- Repič, Marko. 2009. *Kako v krizi uspešno izterjati dolg*. Ljubljana: Akademija Finance.
- Starman, Danijel, Renata Jakopanec Levart, Katerina Rihter, Šime Ivanjko, Gordana Ristin, Leonida Fric, Zvonimir Lešnik, Edi Bubnič, Tjaša Korbar, Marko Vončina, Matija Šenk, Slavica Glavaš, Matjaž Musli, Helena Bešter in Berni Strmčnik. 2000. *Izobraževanje zavarovalnih zastopnikov in zavarovalnih posrednikov*. Učbenik za slušatelje. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje, GIZ.
- Statistični urad Republike Slovenije. 2008. *Izdatki in viri financiranja zdravstva, Slovenija, 2003–2006*. [Http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=1955](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=1955) (18. 9. 2009).
- Škufca, Franc. 2008. *Zavarovalništvo na Slovenskem*. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje, GIZ
- Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2003. *Pravilnik o organizaciji*. Interno gradivo, Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d.
- Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2005. *Splošni pogoji dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (340.113.004.01)*. Koper: Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d.
- Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2006. *Navodilo za opominjanje iz naslova terjatev zdravstvenih zavarovanj*. Interno gradivo, Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d.
- Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2009a. *Navodilo za fakturiranje zavarovalne premije*. Interno gradivo, Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d.
- Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2009b. *Poslovník kakovosti*. Interno gradivo, Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d.
- Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2009c. *Pregled odprtih postavk*. Interno gradivo, Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d.

*Literatura in viri*

- Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2009d. *Revidirano letno poročilo za leto 2008*. Koper: Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d.
- Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2009e. *TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d. d., do danes*. [Http://www.zdravstvena.net/o\\_zavarovalnici.htm](http://www.zdravstvena.net/o_zavarovalnici.htm) (18. 9. 2009).
- Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. 2009f. *Zavarovanje zdraviliškega zdravljenja po poškodbah – ZZ69*. [Https://www.zdravstvena.net/secure/zdravilisko.asp](https://www.zdravstvena.net/secure/zdravilisko.asp) (18. 9. 2009).
- Vzajemna, zdravstvena zavarovalnica, d. v. z. B.l. *Zdravstveno zavarovanje za tujce*. [Http://www.vzajemna.si/default.asp?CatId=377](http://www.vzajemna.si/default.asp?CatId=377) (18. 9. 2009).
- Zakon o davku od dohodkov pravnih oseb (ZDDPO-2). *Uradni list RS*, št. 117/2006.
- Zakon o izvršbi in zavarovanju (uradno prečiščeno besedilo) (ZIZ-UPB4). *Uradni list RS*, št. 3/2007.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (uradno prečiščeno besedilo) (ZZVZZ-UPB3). *Uradni list RS*, št. 72/2006.

**PRILOGE**

- Priloga 1 Obvestilo o zapadli premiji in možnosti odvzema jamstva
- Priloga 2 Obvestilo o zapadli premiji in možnosti razdrtja zavarovalne pogodbe
- Priloga 3 Poziv k poravnavi dolga
- Priloga 4 Zadnji poziv k poravnavi dolga
- Priloga 5 Obvestilo o prenehanju zavarovalne pogodbe
- Priloga 6 Predlog pooblaščenim osebam za odpis terjatev
- Priloga 7 Predlog Upravi za odpis terjatev
- Priloga 8 Predogled opominjanja



Obvestilo o zapadli premiji in možnosti odvzema jamstva

STRANKA: »IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC«  
»NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA«  
OBVESTILO ŠT.: »ŠTEVILKA«  
ROK PLAČILA: »ZAPADLOST«  
TRR: »TRR«  
SKLIC: »SKLIC«  
DATUM: »DATUM«

»IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC«  
»KORESPONDENČNI NASLOV

**ZADEVA: OBVESTILO O ZAPADLI ZAVAROVALNI PREMIJI**

Spoštovani,

ob pregledu poslovnih knjig smo ugotovili, da nam iz naslova obveznosti po zavarovalni pogodbi za »NAZIV\_ZAVAROVANJA« številka »POGODBA\_ŠT« dolgujete znesek v višini »ZNESEK« EUR. Upoštevana so vplačila, ki so na naš račun prispela do dne »DATUM«. Posledica nadaljnjega neplačila zapadle zavarovalne premije je odvzem zavarovalnega jamstva na kartici zdravstvenega zavarovanja, kar pomeni, da boste zdravstvene storitve primorani plačati sami, zavarovalnici pa podati zahtevek za povrnitev stroškov doplačil. Prosimo vas, da znesek čimprej nakažete po priloženi položnici. V kolikor ste svoje obveznosti poravnali pred prejemom tega obvestila, štejte obvestilo za brezpredmetno.

Lep pozdrav,

ZA ZAVAROVALNICO

»NAZIV« ZAPADLA PREMIJA PO ZAVAROVALNI POGODBI »POGODBA\_ŠT«  
ZAPADLA PREMIJA PO ZAVAROVALNI POGODBI »POGODBA\_ŠT« »DATUM\_ZAP« »ZNESEK«  
»ZNESEK« »TRR\_ŠT«  
»REFERENCA« »REFERENCA«  
»IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC« »NAZIV« »IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC«  
»NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA« »NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA«  
ROK PLAČILA DO »DATUM\_ZAP«

»REFERENCA« ] »TRR\_2. DEL« ] »ZNESEK« ] »TRR\_1. DEL« ] 22 ]



Obvestilo o zapadli premiji in možnosti razdrtja zavarovalne pogodbe

STRANKA: »IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC«  
»NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA«  
OBVESTILO ŠT.: »ŠTEVILKA«  
ROK PLAČILA: »ZAPADLOST«  
TRR: »TRR«  
SKLIC: »SKLIC«  
DATUM: »DATUM«

»IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC«  
»NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA«

**ZADEVA: OBVESTILO O ZAPADLI ZAVAROVALNI PREMIJI**

Spoštovani,

ob pregledu poslovnih knjig smo ugotovili, da nam iz naslova obveznosti po zavarovalni pogodbi za »NAZIV\_ZAVAROVANJA« številka »POGODBA\_ŠT« dolgujete znesek v višini »ZNESEK\_OP« EUR, dodatno pa še stroške tega opominjanja v znesku »STROŠEK\_OPOMIN\_1« EUR. Prosimo vas, da vaše obveznosti do roka plačila poravnate po priloženi položnici, s čimer vam bo ponovno omogočeno koriščenje zdravstvenih storitev brez doplačila. V nasprotnem primeru lahko omenjeno zavarovalno pogodbo skladno s pogoji razdremo, zoper vas pa sprožimo postopek izterjave neplačanih obveznosti skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi.

Pri pregledu poslovnih knjig so bila upoštevana vplačila, ki so na naš račun prispela do dne »DATUM«. V kolikor ste svoje obveznosti poravnali pred tem datumom, štejte to obvestilo za brezpredmetno.

Lep pozdrav,

ZA ZAVAROVALNICO

»NAZIV« NEPORAVNANE OBVEZNOSTI PO ZAVAROVALNI POGODBI »POGODBA\_ŠT«  
NEPORAVNANE OBVEZNOSTI PO ZAVAROVALNI POGODBI »POGODBA\_ŠT« »DATUM\_ZAP« »ZNESEK«  
»ZNESEK« »TRR\_ŠT«  
»REFERENCA« »REFERENCA«  
»IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC« »NAZIV« »IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC«  
»NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA« »NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA«  
ROK PLAČILA DO »DATUM\_ZAP«

»REFERENCA« ] »TRR\_2. DEL« ] »ZNESEK« ] »TRR\_1. DEL« ] 22 ]





## Poziv k poravnavi dolga

STRANKA: »IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC«  
 »NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA«  
 OBVESTILO ŠT.: »ŠTEVILKA«  
 ROK PLAČILA: »ZAPADLOST«  
 TRR: »TRR«  
 SKLIC: »SKLIC«  
 DATUM: »DATUM«

»IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC«  
 »NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA«

**ZADEVA: POZIV K PORAVNAVI DOLGA**

Spoštovani,

ob pregledu poslovnih knjig smo ugotovili, da nam iz naslova obveznosti po zavarovalni pogodbi za »NAZIV\_ZAVAROVANJA« številka »POGODBA\_ŠT« dolgujete znesek v višini »ZNESEK\_OP« EUR, dodatno pa še stroške tega opominjanja v znesku »STROŠEK\_OPOMIN\_2« EUR. Pozivamo vas, da vaše obveznosti čimprej poravnate po priloženi položnici, saj bomo v nasprotnem primeru primorani omenjeno zavarovalno pogodbo razdreti, zoper vas pa sprožiti postopek izterjave neplačanih obveznosti skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi.

Pri pregledu poslovnih knjig so bila upoštevana vplačila, ki so na naš račun prispela do dne »DATUM«. V kolikor ste svoje obveznosti poravnali pred tem datumom, prosimo, da nas o tem obvestite na telefonsko številko »TF. ŠT.\_ZASTOPSTVO«.

Lep pozdrav,

ZA ZAVAROVALNICO

»NAZIV« NEPORAVNANE OBVEZNOSTI PO ZAVAROVALNI POGODBI »POGODBA\_ŠT«  
 NEPORAVNANE OBVEZNOSTI PO ZAVAROVALNI POGODBI »POGODBA\_ŠT« »DATUM\_ZAP« »ZNESEK«  
 »ZNESEK« »TRR\_ŠT«  
 »REFERENCA« »REFERENCA«  
 »IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC« »NAZIV« »IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC«  
 »NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA« »NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA«  
 ROK PLAČILA DO »DATUM\_ZAP«

»REFERENCA« ] »TRR\_2. DEL« ] »ZNESEK« ] »TRR\_1. DEL« ] 22 ]



## Zadnji poziv k poravnavi dolga

STRANKA: »IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC«  
 »NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA«  
 OBVESTILO ŠT.: »ŠTEVILKA«  
 ROK PLAČILA: »ZAPADLOST«  
 TRR: »TRR«  
 SKLIC: »SKLIC«  
 DATUM: »DATUM«

»IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC«  
 »NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA«

**ZADEVA: ZADNJI POZIV K PORAVNAVI DOLGA**

Spoštovani,

ob pregledu poslovnih knjig smo ugotovili, da nam iz naslova obveznosti po zavarovalni pogodbi za »NAZIV\_ZAVAROVANJA« številka »POGODBA\_ŠT« dolgujete znesek v višini »ZNESEK\_OP« EUR, dodatno pa še stroške tega opominjanja v znesku »STROŠEK\_OPOMIN\_2« EUR. Ponovno vas pozivamo, da vaše obveznosti čimprej poravnate po priloženi položnici, saj bomo v nasprotnem primeru lahko vašo zavarovalno pogodbo razdrli ter pričeli s postopkom izterjave neplačanih obveznosti skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi.

Pri pregledu poslovnih knjig so bila upoštevana vplačila, ki so na naš račun prispela do dne »DATUM«. V kolikor ste svoje obveznosti poravnali pred tem datumom, prosimo, da nas o tem nemudoma obvestite na telefonsko številko »TF. ŠT.\_ZASTOPSTVO«.

Lep pozdrav,

ZA ZAVAROVALNICO

»NAZIV« NEPORAVNANE OBVEZNOSTI PO ZAVAROVALNI POGODBI »POGODBA\_ŠT«  
 NEPORAVNANE OBVEZNOSTI PO ZAVAROVALNI POGODBI »POGODBA\_ŠT« »DATUM\_ZAP« »ZNESEK«  
 »ZNESEK« »TRR\_ŠT«  
 »REFERENCA« »REFERENCA«  
 »IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC« »NAZIV« »IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC«  
 »NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA« »NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA«  
 ROK PLAČILA DO »DATUM\_ZAP«

»REFERENCA« ] »TRR\_2.DEL« ] »ZNESEK« ] »TRR\_1.DEL« ] 22 ]



## Obvestilo o prenehanju zavarovalne pogodbe

STRANKA: »IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC«  
 »NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA«  
 OBVESTILO ŠT.: »ŠTEVILKA«  
 ROK PLAČILA: »ZAPADLOST«  
 TRR: »TRR«  
 SKLIC: »SKLIC«  
 DATUM: »DATUM«

»IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC«  
 »NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA«

**ZADEVA: OBVESTILO O PRENEHANJU ZAVAROVALNE POGODBE**

Spoštovani,

obveščamo vas, da zaradi neplačila zavarovalne premije, skladno s pogoji »NAZIV\_SPL\_POGOJI« - »OZNAKA\_SPL\_POGOJI«, razdiramo zavarovalno pogodbo za »NAZIV\_ZAVAROVANJA« številka »ŠT. POGODBA« in bo s tem omenjena zavarovalna pogodba z dnem »DATUM\_PRENEHANJA« prenehala veljati.

Ponovno vas pozivamo, da vaše obveznosti iz naslova neplačane zavarovalne premije in stroškov opominjanja v skupnem znesku »ZNESEK« čimprej poravnate po priloženi položnici. V nasprotnem primeru bomo zoper vas sprožili postopek sodne izterjave neplačanih obveznosti skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi in dodatnimi stroški.

V kolikor boste celoten dolg poravnali do dne »DATUM\_PRENEHANJA« in želite obnoviti veljavnost zavarovalne pogodbe »ŠT. POGODBA«, vas prosimo, da nas o tem obvestite na tel. št. »TF. ŠT.\_ZASTOPSTVO«. V nasprotnem primeru je možno skleniti novo zavarovalno pogodbo le tako, da nam posredujete novo pristopnico/ponudbo.

Lep pozdrav,

ZA ZAVAROVALNICO

»NAZIV« NEPORAVNANE OBVEZNOSTI PO ZAVAROVALNI POGODBI »POGODBA\_ŠT«  
 NEPORAVNANE OBVEZNOSTI PO ZAVAROVALNI POGODBI »POGODBA\_ŠT« »DATUM\_ZAP« »ZNESEK«  
 »ZNESEK« »TRR\_ŠT«  
 »REFERENCA« »REFERENCA«  
 »IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC« »NAZIV« »IME PRIIMEK\_ZAVAROVALEC«  
 »NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA« »NASLOV STALNEGA BIVALIŠČA«  
 ROK PLAČILA DO »DATUM\_ZAP«

»REFERENCA« ] »TRR\_2. DEL« ] »ZNESEK« ] »TRR\_1. DEL« ] 22 ]



## Predlog pooblaščenih oseb za odpis terjatev

»IME PRIIMEK_POOBLAŠČENCA« »FUNKCIJA«
--

**ZADEVA: PREDLOG ZA ODPIS TERJATEV IZ NASLOVA ZAVAROVALNE PREMIJE**

Pooblaščenim osebim se predlaga, da odobri odpis terjatev iz naslova neplačane zavarovalne premije, kot sledi:

Zap. št.	Dolžnik	Številka pogodbe	Oznaka zavarovanja	Znesek
1	»Ime in priimek«/»naziv«	»št. pogodbe«	»oznaka«	»znesek«
...	»Ime in priimek«/»naziv«	»št. pogodbe«	»oznaka«	»znesek«
N	»Ime in priimek«/»naziv«	»št. pogodbe«	»oznaka«	»znesek«
			SKUPAJ	»znesek«

**Obrazložitev predloga:**

Zavarovalnica ne uveljavlja terjatev do dolžnikov, katerih dolg iz naslova zavarovalne premije ne dosega mejnega zneska za predsodno izterjavo, ker so nadaljnji postopki izterjave ekonomsko neupravičeni.

Koper, »DATUM« Predlagatelj: »Ime priimek« Podpis \_\_\_\_\_

## IZPOLNI POOBLAŠČENA OSEBA PODROČJA IZVAJANJA

Datum prejema: \_\_\_\_\_ Predlog odobren:  DA  NE zaradi \_\_\_\_\_

Datum odobritve/zavrnitve, \_\_\_\_\_ Pooblaščenec: »Ime priimek« Podpis \_\_\_\_\_

## IZPOLNI ZADOLŽENA OSEBA PODROČJA RAČUNOVODSTVA

Datum prejema: \_\_\_\_\_

Odpis terjatev evidentiran v poslovnih knjigah dne \_\_\_\_\_

Zadolžena oseba: \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_





Predlog Upravi za odpis terjatev

PREDLAGATELJ: »IME PRIMEK«, »FUNKCIJA«  
ZADEVA: Odpis terjatev iz naslova zavarovalne premije

Upravi zavarovalnice se predlaga, da sprejme naslednje

S K L E P E

1. Uprava sprejme sklep, s katerim potrdi odpis terjatev iz naslova zavarovalne premije po priloženem seznamu številka »ŠTEVILKA«. Odpis omenjenih terjatev v skupnem znesku »ZNESEK« se izvede na dan »DATUM«.
2. Za izvršitev sklepa iz tč. 1 se zadolži »IME PRIMEK«, »FUNKCIJA«.
3. Sklep iz tč. 1 je potrebno izvršiti do »DATUM«.
4. O izvršitvi sklepa je dolžna zadolžena oseba seznaniti Upravo.
5. Odpravek sklepa se pošlje:
  - »IME PRIMEK«, »FUNKCIJA«,
  - »IME PRIMEK«, »FUNKCIJA«.

**Obrazložitev predlaganih sklepov:**

Zavarovalnica ne uveljavlja terjatev do dolžnikov, katerih dolg iz naslova zavarovalne premije ne dosega mejnega zneska za sodno izterjavo, ker so nadaljnji postopki izterjave ekonomsko neupravičeni.

Pripravljaec gradiva:  
»IME PRIMEK«, »FUNKCIJA«

Predlagatelj:  
»IME PRIMEK«, »FUNKCIJA«

Koper, dne »»DATUM«

## Seznam terjatev iz naslova zavarovalne premije številka »ŠTEVILKA«

Zap. št.	Dolžnik	Številka pogodbe	Oznaka zavarovanja	Znesek
1	»Ime in priimek«/»naziv«	»št. pogodbe«	»oznaka«	»znesek«
...	»Ime in priimek«/»naziv«	»št. pogodbe«	»oznaka«	»znesek«
N	»Ime in priimek«/»naziv«	»št. pogodbe«	»oznaka«	»znesek«
			SKUPAJ	»znesek«

Pripravil

»IME PRIMEK«, »FUNKCIJA«

Koper, dne »»DATUM«

## Predogled opominjanja

Obdelava: Predogled opominjanja

Datum: »DD.MM.LLLL«

Poročilo s podatki o stanju OP po kontih plačnikov premije

Št. strani: »1/1«

Sintetičnimi podatki za zavarovanje: »Oznaka nosilnega zavarovanja«

Status OP	Št. pogodb	Skupni znesek zapadlih OP
1 – obvestilo o zapadlosti premije in možnosti odvzema jamstva	»x«	»0,00«
2 – obvestilo o zapadlosti premije in možnosti razdrtja pogodbe	»x«	»0,00«
2.1 – poziv k plačilu premije	»x«	»0,00«
2.2 – ponovni poziv k plačilu premije	»x«	»0,00«
3 – stornirano zavarovanje	»x«	»0,00«
4 – v predsodni izterjavi	»x«	»0,00«
5 – predlog za redni mesečni odpis	»x«	»0,00«
6 – v sodni izterjavi	»x«	»0,00«
<b>SKUPAJ</b>	»x«	»0,00«

Pogodbe z ustavljenim opominjanjem	Št. pogodb	Skupni znesek zapadlih OP
	»x«	»0,00«

## Analitični podatki za korak izterjave »n«:

Zap. št.	Plačnik premije	Št. pogodbe	Razlog storna	Način plačila	Administrator	Znesek zapadlih OP po pogodbi	Oznaka nosilnega zavarovanja	Znesek zapadlih OP po nosilnem zavarovanju	Oznaka dodatnega zavarovanja	Znesek zapadlih OP po dodatnem zavarovanju
I	»Ime in priimek«/»naziv«	»št. pogodbe«	»razlog«	»način«	»naziv«	»0,00«	»oznaka«	»0,00«	»oznaka«	»0,00«
...	»Ime in priimek«/»naziv«	»št. pogodbe«	»razlog«	»način«	»naziv«	»0,00«	»oznaka«	»0,00«	»oznaka«	»0,00«
N	»Ime in priimek«/»naziv«	»št. pogodbe«	»razlog«	»način«	»naziv«	»0,00«	»oznaka«	»0,00«	»oznaka«	»0,00«

## Analitični podatki pogodb z ustavljenim opominjanjem:

Zap. št.	Plačnik premije	Št. pogodbe	Način plačila	Administrator	Znesek zapadlih OP po pogodbi	Zastopstvo	Referent	Datum ustavitve opominjanja	Opominjanje ustavljeno do datuma
I	»Ime in priimek«/»naziv«	»št. pogodbe«	»način«	»naziv«	»0,00«	»naziv«	»uporab. ime«	»dd.mm.ll«	»dd.mm.ll«
...	»Ime in priimek«/»naziv«	»št. pogodbe«	»način«	»naziv«	»0,00«	»naziv«	»uporab. ime«	»dd.mm.ll«	»dd.mm.ll«
N	»Ime in priimek«/»naziv«	»št. pogodbe«	»način«	»naziv«	»0,00«	»naziv«	»uporab. ime«	»dd.mm.ll«	»dd.mm.ll«