

Splošni pogoji za celoletno prostovoljno zdravstveno zavarovanje pri potovanju in bivanju v tujini z asistenco za večkratna potovanja s trajanjem krajšim od 60 dni 01-ZZT-02/08

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

- (1) Splošni pogoji za celoletno prostovoljno zdravstveno zavarovanje pri potovanju in bivanju v tujini z asistenco za večkratna potovanja s trajanjem krajšim od 60 dni (v nadaljevanju: splošni pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki jo zavarovalec sklene z Adriatic Slovenico, zavarovalno družbo d.d. (v nadaljevanju: zavarovalnica).
- (2) Zavarovalec je oseba, ki sklene z zavarovalnico zavarovalno pogodbo; Zavarovanec je oseba, od katere bolezni, poškodbe ali smrti je odvisno povračilo nujnih stroškov zdravljenja ter prevoza in v korist, katere se sklene zavarovanje.
- (3) Družina so starši in otroci do 21. leta starosti, ki imajo isto stalno prebivališče in živijo v istem gospodinjstvu. Družinski člani lahko potujejo skupaj ali ločeno.
- (4) S pogodbo o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju oseb pri potovanju in bivanju v tujini z asistenco se zavarovalec zaveže, da bo zavarovalnici plačal premijo, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo ob nastopu zavarovalnega primera zavarovancu povrnila dokazane nujne stroške zdravljenja ter stroške prevoza, vendar največ do višine zavarovalne vsote.

2. člen OSEBE, KI JIH JE PO TEH POGOJIH MOGOČE ZAVAROVATI

- (1) Po teh splošnih pogojih se lahko sklene zavarovanje za zdrave osebe do dopolnjenega 70. leta starosti, ob povišani premiji pa tudi za osebe starejše od 70 let.
- (2) Duševno bolne osebe in osebe, ki nimajo popolne poslovne sposobnosti, so izločene iz zavarovanja.

3. člen SKLENITEV ZAVAROVANJA

- (1) Zavarovanje je potrebno skleniti pred začetkom potovanja. Zavarovanje, sklenjeno po pričetku potovanja, je neveljavno.
- (2) Zavarovanje je sklenjeno, ko zavarovalnica ali njena pooblaščenca oseba izda potrjeno zavarovalno polico. Zavarovalnica lahko pri pogodbah, sklenjenih na daljavo, določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.
- (3) Zavarovalec ima pravico, da v primeru, ko gre za pogodbo na daljavo, v roku 15 dni od dneva sklenitve zavarovanja odstopi od zavarovalne pogodbe. Odstop mora biti pisen in vložen na zavarovalnico do izteka roka, pri čemer se šteje, da je vložen v roku, če je do izteka roka priporočeno oddan na pošti. Zavarovalnica je v tem primeru upravičena obdržati premijo (stroške) za vsak dan, ko je nudila zavarovalno kritje.

4. člen ZAČETEK IN TRAJANJE ZAVAROVANJA

- (1) Zavarovalno kritje se začne ob 00.00 uri tistega dne, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja, če je do takrat plačana zavarovalna premija in če se je do takrat potovanje že pričelo. Če zavarovalna premija do tedaj ni plačana, se začne zavarovalno kritje ob 00.00 naslednjega dne, ko je plačana. Enako velja za primer, če se potovanje začne kasneje.
- (2) Zavarovalno kritje preneha ob 24.00 uri tistega dne, ki je v polici naveden kot dan prenehanja zavarovanja.
- (3) Zavarovanje velja za neomejeno število potovanj v enem zavarovalnem letu, s tem, da posamezno potovanje ne sme trajati več kot 60 dni.
- (4) Zavarovalno kritje je veljavno samo izven območja države stalnega bivališča zavarovanca.

5. člen OBSEG OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- (1) Zavarovalnica nudi asistenco in krije nujne stroške zdravljenja, stroške prevoza zavarovanca, ki so nastali v času potovanja in bivanja v tujini, razen v primerih, navedenih v 6. členu teh pogojev.
- (2) Asistenčne storitve klicnega centra CORIS v Ljubljani, 24 ur na dan in mreže CORIS po celem svetu, obsegajo:
 - organizacijo nujne zdravstvene pomoči,
 - organizacijo nujnih zdravstvenih prevozov zavarovanca,
 - obveščanje zavarovanca in njegovih najbližjih.
- (3) Nujni stroški zdravljenja obsegajo:
 - stroške medicinske oskrbe, obiska zdravnika, vključno z zdravili, izdanimi na zdravniški recept;

- stroške hospitalizacije do dne, ko zdravstveno stanje zavarovanca le temu dovoljuje prevoz v državo stalnega prebivališča, kjer bo nadaljeval z zdravljenjem.
- (4) Stroški prevoza obsegajo:
- stroške prevoza zavarovanca do najbližje bolnišnice ali klinike;
 - stroške prevoza obolelega ali poškodovanega zavarovanca v domovino s predhodnim soglasjem CORIS centra, če se zavarovanec iz zdravstvenih razlogov ne more vrniti v domovino na način, kot je to prvotno nameraval;
 - stroške posmrtnih ostankov zavarovanca v domovino.
- (5) Dodatne stroške prevoza in stroške bivanja za osebo, ki na zahtevo oziroma po priporočilu lečečega zdravnika ostane v spremstvu zavarovanca, mlajšega od 18 let, oziroma stroške prevoza ožjega sorodnika iz domovine do kraja hospitalizacije, če mladoletnemu zavarovancu ni mogoče zagotoviti drugačnega spremstva.
- (6) Stroške prevoza zavarovančevega otroka, mlajšega od 18 let, do stalnega bivališča, kot tudi stroške prevoza njegovega spremljevalca v primeru zavarovančeve hospitalizacije ali smrti
- (7) Stroški, navedeni v 5. in 6. odstavku tega člena, se ne vrnejo brez predhodnega dovoljenja klicnega centra CORIS.
- (8) Za nujne stroške se štejejo stroški za storitve, ki so nujno potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij ali preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja nenadno obolelega ali poškodovanega zavarovanca.
- (9) Skupni znesek nujnih stroškov zdravljenja in stroškov prevoza na osebo, če so le-ti z medicinskega stališča upravičeni ter stroškov, navedenih v 5. in 6. odstavku tega člena, za vse zavarovalne primere, ki nastanejo v času trajanja zdravstvenega zavarovanja, ne sme presegati zneska 10.000 EUR oziroma zneska, navedenega v polici.

6. člen IZKLJUČITEV OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- (1) V celoti so izključene vse obveznosti zavarovalnice, če je primer nastal:
1. zaradi potresa;
 2. zaradi vojne v državi, notranjih nemirov in vstaj;
 3. zaradi terorizma;
 4. zaradi poskusa samomora ali naklepne samopoškodbe;
 5. zaradi vožnje motornih in drugih vozil brez ustreznih uradnih dovoljenj;
 6. pod vplivom alkohola, drog ali zdravil.
- (2) Zdravstveno zavarovanje tudi ne nudi asistenc in ne krije stroškov, nastalih kot posledica:
1. priprave ali udeležbe:
 - na avto-moto tekmovanjih ter pri vožnjah po dirkališčih;
 - v športnem letalstvu, padalstvu, pri letenju z zmaji in z jadralnimi letali;
 - pri alpinizmu;
 - pri smučanju in deskanju na snegu izven urejenih smučišč;
 - pri jamarstvu in pri ostalih ekstremnih športih;
 - pri planinarjenju in trekingu nad 3.000 metrov nadmorske višine, če to v polici ni posebej dogovorjeno;
 - pri potapljanju in podvodnem ribolovu, če to v polici ni posebej dogovorjeno;
 - pri prostem plezanju, če to v polici ni posebej dogovorjeno;
 - na drugih športnih tekmovanjih, če to v polici ni posebej dogovorjeno;
 2. vseh kroničnih bolezni, ponavljajočih izvinov in izpahov ter ostalih bolezni ponavljajočega se značaja oziroma poslabšanja že obstoječih bolezni;
 3. zdravljenja poškodb, ki so nastale pred začetkom trajanja zdravstvenega zavarovanja;
 4. psihičnih motenj;
 5. nalezljivih spolnih bolezni;
 6. nosečnosti, rednih pregledov v času nosečnosti, tipičnih težav v času nosečnosti ter poroda, razen v primeru reševanja življenja matere oziroma otroka, pod pogojem, da je nosečnica mlajša od 38 let in da ni zaključen 30.-ti teden nosečnosti;
 7. prekinitve nosečnosti;
 8. zobozdravstvenih storitev, razen nujne zobozdravstvene pomoči, ki je potrebna za odpravo akutne bolečine zaradi bolezni ali sveže poškodbe zobovja, vključno z ekstrakcijo zoba, do višine 100 EUR;
 9. posebne storitve v bolnišnici - nadstandard, kot je enoposteljna soba, telefon, TV, posebne nastanitve, itn).
 10. operacije ali zdravljenja, katerega se lahko prestavi brez kakršnihkoli posledic na čas povratka v državo stalnega prebivališča zavarovanca;
 11. nezgode pri profesionalnem fizičnem delu, če to v polici ni posebej dogovorjeno.
- (3) Zavarovalnica ne krije stroškov v naslednjih primerih:
1. če zavarovanec ne obvesti zavarovalnice ali njenih predstavnikov o nastanku zavarovalnega primera, telefonsko ali pisno, v roku 5 dni od začetka bolezni ali poškodbe;
 2. če ne spoštuje drugih navodil za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja v primeru bolezni ali nezgode;
 3. če se na zahtevo zavarovalnice ne pusti pregledati zdravniku, ki ga imenuje zavarovalnica ali njeni predstavniki;

- (4) Izključene so vse obveznosti zavarovalnice v primeru dajanja neresničnih podatkov zavarovalca oziroma zavarovanca o trajanju potovanja, o okoliščinah poškodbe ali vrsti bolezni ter kakršnekoli prevar ali ponaredb.

7. člen OBVEZNOST ZAVAROVANCA

- (1) Zavarovanec mora zavarovalnici posredovati vse informacije, ki jih ta potrebuje za pravilno reševanje škodnega primera in mora poskušati omejiti stroške. V vsakem primeru mora zavarovanec ravnati po navodilih, ki jih dobi od zavarovalnice ali od njenih predstavnikov.
- (2) Če zavarovanec ni uporabil zdravstvene asistencije in je nujne zdravstvene storitve skladno s 5. členom teh pogojev plačal sam, mu zavarovalnica povrne stroške po vmitvi v državo stalnega prebivališča.
- (3) Stroški se povrnejo na osnovi sledečih dokumentov:
- a) v primeru bolezni:
 - zdravstvene dokumentacije, ki opravičuje nujnost zdravljenja,
 - b) v primeru nezgode:
 - zdravstvene dokumentacije,
 - uradnega poročila ali potrdila, napisanega v tujini na podlagi okoliščin nesreče oziroma poškodbe,
 - c) v obeh primerih:
 - ene kopije zavarovalne police,
 - originalnega računa stroškov tuje zdravstvene pomoči,
 - dodatne dokumentacije na zahtevo zavarovalnice.

8. člen PRAVICE ZAVAROVALNICE

- (1) V primeru nezgode, ki jo povzroči tretja oseba, ima zavarovalnica pravico do povračila stroškov, ki jih je plačal zavarovancu, od povzročitelja nezgode.
- (2) Zavarovalnica si pridržuje pravico do regresa vseh nastalih stroškov v primeru, ko se naknadno ugotovi, da je zavarovalni primer nastal zaradi kronične bolezni, čezmernega uživanja alkohola ali zdravil in podobno.
- (3) Zavarovalec (po izrecnem pooblastilu zavarovanca - v primeru ko zavarovalec ni zavarovanec) s to zavarovalno pogodbo odstopa morebitno bodočo terjatev, ki bi jo imel zavarovanec na podlagi škodnega dogodka iz naslova obveznega zavarovanja do ZZSZ, zavarovalnici, ki mu je to terjatev odkupila, s tem ko je plačala stroške, ki bi jih sicer dobil povrnjene iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovalnica lahko zahteva povračilo teh stroškov neposredno od ZZSZ.

9. člen PLAČILO PREMIJE

Zavarovalec je dolžan plačati zavarovalno premijo ob sklenitvi zavarovalne pogodbe.

10. člen ODPOVED POGODBE IN VRAČILO PREMIJE

- (1) Zavarovalec lahko odpove zavarovalno pogodbo v času, ko zavarovalno kritje še ni nastopilo - pred pričetkom potovanja v tujino.
- (2) Odpoved zavarovalne pogodbe je možna le v primeru, če potovanje odpade zaradi smrti ali bolezni zavarovanca ali ožjega družinskega člana. Odpoved v nobenem primeru ni možna po začetku zavarovalnega kritja.
- (3) V primeru odpovedi zavarovalne pogodbe zavarovalnica vrne 85% plačane premije.

11. člen VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov dovoljuje, da se njegovi osebni podatki uporabljajo v zbirki podatkov, ki jo vzpostavi, vodi in vzdržuje zavarovalnica in z njim kapitalsko povezana ter pooblaščen podjetja za zastopanje in posredovanje zavarovanj.
- (2) Zavarovalec (po izrecnem pooblastilu zavarovanca v primeru ko zavarovalec ni zavarovanec) dovoljuje zavarovalnici in njenemu pooblaščenцу vpogled v zdravstveno dokumentacijo zavarovanca.
- (3) Navedeni osebni podatki se bodo uporabljali le v času zavarovanja in z namenom obveščanja zavarovalca oziroma zavarovanca o novostih in ponudbah zavarovalnice. Zavarovalnica se obvezuje, da bo zdravstvene podatke, kot vse druge osebne podatke, skrbno varovala v skladu z veljavno zakonodajo.

12. člen IZVENSODNO REŠEVANJE SPOROV

- (1) Zoper odločitev zavarovalnice je dovoljena pritožba. Pritožba se vložijo na tisto organizacijsko enoto zavarovalnice, kjer je bilo sklenjeno zavarovanje. Pritožba se lahko odda osebno, po pošti ali prek spletne strani zavarovalnice.
- (2) Pritožbo obravnava pristojna pritožbena komisija v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek zavarovalnice. Odločitev pritožbene komisije je dokončna in nadaljnji postopki pri zavarovalnici niso možni.

- (3) V primeru nestrinjanja z odločitvijo pritožbene komisije , se lahko po posebnem dogovoru nadaljuje postopek za izvensodno rešitev spora pri mediacijskem centru, ki deluje v okviru Slovenskega zavarovalnega združenja.

13. člen ZAKLJUČNA DOLOČILA

- (1) Za razmerja pri zavarovalni pogodbi se uporablja slovensko pravo. Za spore iz te zavarovalne pogodbe je krajevno pristojno sodišče po kraju organizacijske enote zavarovalnice, pri kateri je bila zavarovalna pogodba sklenjena.
- (2) Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.