

## Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini

### 1 Uvodna pojasnila

1.1 **Zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini** (v nadaljevanju zavarovanje za tujino) je zavarovanje, ki skladno s temi splošnimi pogoji krije stroške nujne zdravniške oskrbe, stroške nujnega prevoza, vključno z medicinsko asistenco, in stroške taksi prevoza v primeru, če zavarovanec zbolí ali se poškoduje v tujini. Obseg zavarovalnega kritja in zavarovalna vsota sta navedena na polici.

1.2 **Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini** (v nadaljevanju splošni pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe o zdravstvenem zavarovanju z medicinsko asistenco v tujini, ki je sklenjena med vami in zavarovalnico Vita, življenjska zavarovalnica, d.d.

1.3 **Z zavarovalno pogodbo o zdravstvenem zavarovanju z medicinsko asistenco v tujini** (v nadaljevanju zavarovalna pogodba) se obvezujete, da boste zavarovalnici plačali določena denarna sredstva (premijo), zavarovalnica pa se obvezuje, da bo ob nastopu zavarovalnega primera zavarovancu povrnila dokazane stroške nujne zdravniške oskrbe ter stroške nujnega in taksi prevoza, vendar največ do višine zavarovalne vsote, navedene na polici.

1.4 Z izrazom »**vi**« je v teh splošnih pogojih naslovljen zavarovalec, če ni določeno drugače.

1.5 Izrazi, navedeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:  
**Zavarovalec** ste vi, fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklenete zavarovalno pogodbo in plačate premijo.

**Zavarovanec** (zavarovana oseba) je fizična oseba, katere premoženjski interes je zavarovan in ki je navedena na polici oz. v prilogi k polici ter ima urejeno stalno ali začasno bivališče v Republiki Sloveniji.

**Zavarovalnica** je Vita, življenjska zavarovalnica, d.d., Trg republike 3, 1000 Ljubljana.

**Upravičenec** je zavarovana oseba, ki je v primeru nastopa zavarovalnega primera upravičena do izplačila zavarovalnine oz. povračila stroškov.

**Polica** je listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi in njen sestavni del. Izda jo zavarovalnica zavarovalcu.

**Asistenčni center** je pogodbeni partner zavarovalnice, ki v imenu zavarovalnice opravlja storitve asistenčnega centra 24 ur na dan, 7 dni v tednu.

**Zavarovalna premija** so denarna sredstva, ki jih zavarovalec plača zavarovalnici. Višina zavarovalne premije je odvisna od vrste zavarovanja (zavarovanje z določenim trajanjem oz. Multitrip zavarovanje), obsega zavarovalnega kritja, trajanja zavarovanja, višine zavarovalnih vsot in načina sklenitve (individualno, družinsko ali skupinsko).

**Zavarovalnina** je denarni znesek, ki ga zavarovalnica izplača ob nastanku zavarovalnega primera.

**Zavarovalna vsota** je najvišji znesek zavarovalnine, do katerega zavarovalnica jamči izplačilo v primeru nastanka zavarovalnega primera.

**Zavarovalni primer** je negotov dogodek, ki ga krije ta zavarovalna pogodba in ki nastopi v obdobju zavarovalnega kritja po zavarovalni pogodbi.

**Zavarovalno leto** je obdobje enega leta, ki se prične z dnem začetka zavarovanja, ki je določen na polici.

**Medicinska asistenca** je storitev, ki zavarovancu nudi organizacijo in pomoč v primeru, če zbolí ali se telesno poškoduje v tujini, in jo zagotavlja zavarovalnica Vita, življenjska zavarovalnica, d.d. s pomočjo asistenčnega centra.

**Tujina** je geografsko področje, na katerem zavarovalnica zavarovancu v skladu s to zavarovalno pogodbo nudi zavarovalno kritje. Za tujino se ne šteje Republika Slovenija in država, v kateri ima

zavarovanec urejeno stalno bivališče, v primeru Multitrip zavarovanja pa tudi ne država, v kateri ima zavarovanec urejeno začasno bivališče.

**Domovina** je država stalnega oz. začasnega prebivališča zavarovanca.

**Multitrip zavarovanje** je zavarovanje, ki velja za neomejeno število potovanj v tujino v obdobju zavarovalnega leta, pri čemer zavarovalno kritje na vsakem od teh potovanj velja le prvih 60 neprekinjenih koledarskih dni od dneva posameznega odhoda zavarovanca v tujino.

### 2 Osebe, ki jih je mogoče zavarovati

2.1 Zavarovanec je lahko oseba, ki na dan začetka zavarovanja še ni dopolnila 75 let. Zavarovana oseba, ki je na dan začetka zavarovanja že dopolnila 75 let, se lahko zavaruje z ustreznim doplačilom premije in le v primeru sklenitve individualnega zavarovanja.

2.2 Zavarujete se lahko vi sami ali pa zavarovanje sklenete za drugo osebo (individualno zavarovanje) oz. več oseb, ki predstavljajo skupino (skupinsko zavarovanje), lahko pa zavarovanje sklenete tudi za svojo družino (družinsko zavarovanje).

2.3 Zavarovalnica lahko v primeru skupinskega zavarovanja po lastni presoji omeji velikost skupine, tj. določi najmanjše oz. največje število oseb v skupini. Zavarovane osebe lahko potujejo skupaj ali ločeno.

2.4 Pri družinskem zavarovanju so lahko zavarovane osebe, ki živijo z vami v skupnem gospodinjstvu in s katerimi ste v družinskem razmerju: zakonec, zunajzakonski partner ali partner iz druge pravno priznane partnerske zveze, otroci, vnuki, pastorki ali posvojenci do 26. leta starosti. Z družinskimi člani lahko potujete skupaj ali ločeno.

2.5 Duševno bolne osebe in osebe, ki jim je bila poslovna sposobnost popolnoma odvzeta s pravnomočno odločbo sodišča, ne morejo biti zavarovane.

### 3 Sklenitev zavarovalne pogodbe

3.1 Zavarovalna pogodba mora biti sklenjena in premija plačana vsaj en dan pred odhodom zavarovanca v tujino, če v splošnih pogojih ni izrecno določeno drugače. Zavarovanje ne bo veljavno, če:

- se ob sklenitvi zavarovalne pogodbe zavarovanec že nahaja v tujini ali
- je premija plačana naslednji ali katerikoli drug dan po odhodu zavarovanca v tujino.

3.2 Zavarovalna pogodba je vsakokrat sklenjena, ko zavarovalnica izda zavarovalno polico in je hkrati plačana zavarovalna premija.

3.3 V primeru sklenitve zavarovalne pogodbe na daljavo se šteje, da je zavarovanje sklenjeno s plačilom premije.

3.4 Ne glede na določila splošnih pogojev v točki 3.1 se zavarovalna pogodba v skladu s prejšnjo točko lahko sklene na daljavo tudi po odhodu zavarovanca v tujino, pri čemer veljajo posebna določila glede trajanja zavarovanja, kot je določeno v točki 5.5 teh splošnih pogojev.

### 4 Zavarovalna premija

4.1 Višina zavarovalne premije je določena na polici in se plača najkasneje ob sklenitvi zavarovanja v enkratnem znesku za celotno trajanje zavarovanja oz. kot letna premija za prvo zavarovalno leto v primeru sklenitve zavarovanja z nedoločenim trajanjem.

4.2 Nadaljnje zavarovalne premije v primeru sklenitve zavarovanja z nedoločenim trajanjem zapadejo v plačilo na prvi dan vsakega naslednjega zavarovalnega leta. Če zavarovalec premije, ki je dospela, ne plača v roku 30 dni od dospelosti in tega tudi ne stori kakšna druga oseba, ki ima pravni interes,

- ima zavarovalnica pravico, da razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka. Zavarovalna pogodba v tem primeru preneha po 30 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa ta rok ne more poteči prej kot 30 dni po zapadlosti premije.
- 4.3 Če zavarovalec po izteku roka iz prejšnje točke, vendar v enem letu od zapadlosti premije, plača zapadlo premijo oz. vse obroke zapadle premije skupaj s pripadajočimi zakonskimi zamudnimi obrestmi, je zavarovalnica dolžna v primeru nastanka zavarovalnega primera izpolniti svoje obveznosti iz točke 7, z omejitvijo, da zavarovalno kritje znova velja šele od 24.00 tistega dne, ko je bila v celoti plačana zapadla premija skupaj z zamudnimi obrestmi, vse to pa pod pogojem, da zavarovalnica zavarovalne pogodbe ni razdrla.
- 4.4 Višina zavarovalne premije, ki je navedena na polici, se med zavarovalnim letom ne spreminja. V primeru sklenitve zavarovanja z nedoločenim trajanjem se premija za tekoče zavarovalno leto poviša v skladu z vsakokrat veljavnim premijskim cenikom zavarovalnice, če je zavarovanec v izteklem zavarovalnem letu dopolnil 75 oz. 85 let.
- 4.5 Zavarovalnica sme morebitno neplačano premijo tekočega zavarovalnega leta oz. druge zapadle obveznosti zavarovalca odtegniti ob izplačilu zavarovalnine.
- 5 Trajanje zavarovanja in doba zavarovalnega kritja**
- 5.1 Zavarovanje se lahko sklene za čas potovanja v tujini z določenim trajanjem največ do enega leta ali za večkratna potovanja v tujino v obdobju zavarovalnega leta (Multitrip zavarovanje).
- 5.2 Pri Multitrip zavarovanju število potovanj v tujino v obdobju zavarovalnega leta ni omejeno, vendar zavarovalno kritje na vsakem od teh potovanj velja le prvih 60 neprekinjenih koledarskih dni od dneva posameznega odhoda zavarovanca v tujino.
- 5.3 Zavarovalno kritje se začne ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja, če je bila ob sklenitvi plačana celotna zavarovalna premija. Če ob sklenitvi premija ni bila plačana, se zavarovalno kritje začne ob 00.00 naslednjega dne, ko je bila premija v celoti plačana.
- 5.4 Ne glede na določilo točke 3.1 se zavarovalno kritje lahko začne ob 00.00 na dan odhoda zavarovanca v tujino, če je zavarovalna pogodba sklenjena pri zavarovalnem zastopniku ali s posredovanjem zavarovalnega posrednika na dan odhoda zavarovanca v tujino in je ob sklenitvi plačana celotna premija, kot datum začetka zavarovanja pa je na polici naveden datum sklenitve zavarovalne pogodbe.
- 5.5 Če se zavarovanec ob sklenitvi zavarovalne pogodbe na daljavo že nahaja v tujini, je začetek zavarovanja in zavarovalnega kritja mogoč najprej na četrti dan od dneva sklenitve zavarovalne pogodbe (pri čemer se kot dan sklenitve upošteva časovni pas po sedežu zavarovalnice) in pod pogojem, da je bila ob sklenitvi plačana celotna premija in zavarovalni primer ni bil v nastajanju oz. še ni nastal.
- 5.6 Če je na polici naveden samo datum začetka zavarovanja, se zavarovanje molče podaljšuje iz leta v leto, dokler ga katera od strank pisno ne odpove v skladu s točko 11 teh splošnih pogojev oz. dokler ne preneha v primeru razdora pogodbe zaradi neplačila premije v skladu s točko 4.2.
- 5.7 Zavarovalna pogodba in zavarovalno kritje v celoti prenehata ob 24.00:
- tistega dne, ki je na zavarovalni polici naveden kot datum konca zavarovanja;
  - na dan učinkovanja odpovedi zavarovalne pogodbe v skladu s točko 11 teh splošnih pogojev;
- c. ko nastopijo posledice neplačila premije v skladu s točko 4.2.
- 6 Geografska veljavnost in višina zavarovalnega kritja**
- 6.1 Zavarovalnica zagotavlja zavarovalno kritje samo v primeru nastanka zavarovalnega primera v tujini.
- 6.2 Višino zavarovalnega kritja predstavljajo zavarovalne vsote, ki so določene na polici.
- 6.3 Zavarovalna vsota pomeni najvišje možno plačilo zavarovalnine za vse zavarovalne primere, ki se zgodijo zavarovancu v izbranem času trajanja zavarovanja v tujini, kar vključuje tudi nujne zobozdravstvene storitve, nujno zdravljenje v primeru akutnega poslabšanja kroničnih bolezni, stroške nujnega prevoza in stroške taksi prevoza. Posamezni zavarovalni primer za nujne zobozdravstvene storitve, nujno zdravljenje v primeru akutnega poslabšanja kroničnih bolezni in stroške taksi prevoza je navzgor omejen z zavarovalnimi vsotami, ki so opredeljene na polici.
- 6.4 Pri Multitrip zavarovanju zavarovalna vsota na polici pomeni najvišje možno plačilo zavarovalnine za vse zavarovalne primere v tujini, ki so se zavarovancu na vsakem od teh potovanj zgodili v prvih 60 neprekinjenih koledarskih dneh od dneva posameznega odhoda zavarovanca v tujino.
- 6.5 Pri družinskem in skupinskem zavarovanju za tujino so zavarovalne vsote določene po posamezniku, tj. zavarovancu, ki je naveden na polici oz. v prilogi k polici.
- 6.6 Če je zavarovalec tudi pri drugih zavarovalnicah sklenil zavarovanje, ki krije enako izgubo, škodo, strošek ali obveznost kot predmetno zavarovanje, je dolžan zavarovalnici nemudoma sporočiti imena in naslove drugih zavarovalnic ter zavarovalne vsote posameznih, z njimi sklenjenih zavarovalnih pogodb.
- 6.7 Zavarovalnina v nobenem primeru ne more biti višja od stroškov, ki so zavarovancu dejansko nastali z zavarovalnim primerom.
- 7 Obseg zavarovalnega kritja**
- 7.1 Zavarovalno kritje obsega medicinsko asistenco in stroške nujne zdravstvene oskrbe, nujnih zobozdravstvenih storitev in nujnega prevoza v primeru bolezni ali poškodb, ki se pojavijo ali nastanejo med potovanjem ali bivanjem v tujini.
- 7.2 Če je z zavarovalno pogodbo tako dogovorjeno in če je plačana ustrezna premija, zavarovalno kritje obsega tudi stroške nujnega zdravljenja v primeru akutnega poslabšanja kroničnih bolezni in stroške taksi prevoza.
- 7.3 Za stroške nujne zdravstvene oskrbe se štejejo stroški za zdravstvene storitve, ki so nujno potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij ali preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja zavarovanca v primeru, da nenadno zbolí ali se poškoduje v tujini.
- 7.4 Za stroške taksi prevoza se štejejo stroški nenujnega prevoza zavarovanca do najbližje bolnišnice ali klinike in nazaj do mesta nahajanja v tujini, ki si ga je organiziral zavarovanec sam oz. mu ga je organiziral asistenčni center, in vključujejo zlasti stroške taksi prevoza, mestnega in primestnega prevoza ter pomorskega prevoza.
- 7.5 Zavarovalni primer nastopi, če zavarovanec zbolí ali se poškoduje v tujini in je potrebna medicinska asistenca ali nujna zdravstvena oz. zobozdravstvena oskrba, vključno z nujnim ali nenujnim prevozom, in se konča takrat, ko po mnenju lečečega zdravnika zdravljenje ni več potrebno oz. se lahko nadaljuje ob vrnitvi v domovino. V vsakem primeru pa se zavarovalni primer konča po vrnitvi zavarovanca v Republiko Slovenijo oz. v državo, v kateri ima zavarovanec prijavljeno stalno bivališče, v primeru Multitrip zavarovanja pa tudi državo, v kateri ima zavarovanec prijavljeno začasno bivališče.

- 7.6 Nov zavarovalni primer nastane, če je zaradi nove bolezni ali poškodbe v tujini, ki s predhodnimi niso v vzročni zvezi, potrebna medicinska asistenca ali nujna zdravstvena oz. zobozdravstvena oskrba, vključno z nujnim ali nenujnim prevozom.
- 7.7 Medicinska asistenca klicnega centra zavarovancu 24 ur na dan, 7 dni v tednu nudi:
- organizacijo nujne zdravstvene oskrbe,
  - organizacijo nujnih zdravstvenih prevozov,
  - posredovanje nujnih informacij njegovim najbližjim.
- 7.8 Stroški nujne zdravstvene oskrbe zavarovanca krijejo:
- stroške medicinske oskrbe in obiska zdravnika, vključno z zdravili in zdravniškimi pripomočki, izdanimi na zdravniški recept ali predpisanimi na zdravniškem izvidu;
  - stroške zdravljenja zavarovanca do dne, ko zdravstveno stanje dovoljuje prevoz v državo zavarovančevega stalnega ali začasnega prebivališča, kjer bo nadaljeval z zdravljenjem;
  - nujno zobozdravstveno pomoč, ki je potrebna za odpravo akutne bolečine zaradi bolezni ali sveže poškodbe zobovja, in z izključitvijo kakršnihkoli zobnih protez ali zalivk, ki so bile posledica predhodnega zdravljenja.
- 7.9 Če je z zavarovalno pogodbo tako dogovorjeno, stroški nujne zdravstvene oskrbe vključujejo tudi stroške medicinske oskrbe in stroške zdravljenja zavarovanca v primeru akutnega poslabšanja kroničnih bolezni, vendar le v primeru naslednjih kroničnih bolezni: bolezni srca, astme, ledvičnih kamnov in sladkorne bolezni.
- 7.10 Stroški nujnega zdravstvenega prevoza zavarovanca krijejo:
- stroške nujnega prevoza zavarovanca do najbližje bolnišnice ali klinike in nazaj do mesta nahajanja v tujini;
  - premestitev zavarovanca, če to zahtevajo zdravstveni razlogi, pod potrebnim zdravniškim nadzorom (z zračnim rešilnim prevozom, rednim komercialnim poletom ali rešilnim avtom) v bolnišnico, ki bo ustrezneje opremljena za zdravljenje določene telesne poškodbe ali bolezni;
  - stroške nujnega prevoza zavarovanca v domovino z rednimi letalskimi, cestnimi ali pomorskimi povezavami, če zavarovanec zboli ali se poškoduje v tujini in se iz zdravstvenih razlogov ne more vrniti na način, kakršen je bil prvotno načrtovan, vključno s prevozom z rešilnim avtom do letališča oz. pristanišča ali drugega postajališča in z letališča oz. pristanišča ali drugega postajališča pod ustreznim zdravniškim nadzorom v ustrezno bolnišnico ali zdravstveno ustanovo v bližini stalnega oz. začasnega bivališča zavarovanca, pod pogojem, da zavarovančevo zdravstveno stanje to omogoča;
  - stroške prevoza posmrtnih ostankov zavarovanca na kraj pogreba v domovino, vendar največ do zavarovalne vsote, ki je določena na polici, z izključitvijo stroškov pogreba in kremacije;
  - datatne stroške prevoza in stroške bivanja za osebo, ki na zahtevo oz. po priporočilu lečečega zdravnika ostane v spremstvu zavarovanca, oz. stroške prevoza ožjega sorodnika iz domovine do kraja hospitalizacije, če zavarovancu ni mogoče zagotoviti drugačnega spremstva; v primerih, ko je zavarovanec mladoletna oseba, se krijejo dodatni stroški prevoza in stroški bivanja za osebo, ki ostane v spremstvu zavarovanca, ne glede na to, ali je spremstvo priporočil lečeči zdravnik; kriti so stroški rednega letalskega prevoza (ekonomski razred) ali vožnje z vlakom (vključno s 1. razredom) in stroški bivanja (standardna hotelska namestitvev v hotelu s tremi zvezdicami) za največ 7 nočitev po posameznem zavarovalnem primeru, če se zavarovalnica in zavarovanec ne dogovorita drugače;
- f. stroške prevoza otroka zavarovanca, mlajšega od 18 let, do stalnega oz. začasnega bivališča, kot tudi stroške prevoza njegovega spremljevalca v primeru zavarovančeve hospitalizacije ali smrti v tujini; kriti so stroški prestavitve letalske karte oz. povratnega rednega poleta (ekonomski razred); če prestavitev letalske karte ni mogoča, so kriti stroški vožnje z vlakom (vključno s 1. razredom) v državo stalnega oz. začasnega bivališča otroka in spremljevalca;
- g. stroške organizacije nujne vrnitve zavarovanca v domovino v primeru težje bolezni ali smrti družinskega člana zavarovanca (zakonec, zunajzakonski partner ali partner iz druge pravno priznane partnerske zveze, otroci, pastorki ali posvojenci do 26. leta starosti); kriti so stroški prestavitve letalske karte oz. povratnega rednega poleta (ekonomski razred); če prestavitev ni mogoča, so kriti stroški vožnje z vlakom (vključno s 1. razredom) v državo stalnega oz. začasnega bivališča zavarovanca.
- 7.11 Nujni prevoz ali vrnitev zavarovanca v domovino z zračnim rešilnim prevozom je omejena na medcelinski transport.
- 7.12 Nadzorni zdravnik asistenčnega centra v kontaktu z lečečim zdravnikom odloča o tem, ali je zdravstveno stanje zavarovanca takšno, da mu omogoča vrnitev v domovino na način, kakršen je bil prvotno načrtovan, ali pa so okoliščine takšne narave, da je treba prevoz urediti drugače. V vsakem primeru bo nadzorni zdravnik asistenčnega centra v kontaktu z lečečim zdravnikom izbral datum in način prevoza zavarovanca v domovino.
- 7.13 V primeru, da zavarovana oseba ali njen predstavnik odkloni vrnitev v domovino, bodo nadaljnji stroški zdravstvene oskrbe omejeni do višine zneska stroškov vrnitve, kot če bi bila vrnitev izvedena.
- 8 Izključitve iz zavarovalnega kritja in omejitve odgovornosti zavarovalnice**
- 8.1 Obveznosti zavarovalnice, tako nudenje medicinske asistencije kot kritje stroškov nujne zdravstvene oskrbe, nujnih zobozdravstvenih storitev, nujnega zdravstvenega prevoza in stroškov taksi prevoza, so izključene v primerih:
- zdravljenja ali zdravstvene oskrbe, ki iz medicinskega vidika ni nujno potrebna, estetskega zdravljenja, namestitve umetnih udov in vseh medicinskih pripomočkov, ki niso nujni za življenje zavarovanca, npr. kolenska opornica, očala ipd.;
  - nadstandardnih bolnišničnih storitev, zdraviliškega zdravljenja, kiropraktike in fizikalne terapije ter helioterapije, preventivnih pregledov in cepljenj;
  - prevoza za težave, ki se lahko zdravijo na kraju škodnega dogodka, ali zaradi lažjih zdravstvenih težav, ki zavarovanca ne bi ovirale pri nadaljevanju dopustovanja oz. potovanja, kot tudi zdravljenja ali operacije, ki se lahko brez posledic prestavi na čas povratka v domovino;
  - zdravljenja in zdravstvene oskrbe, ki ju ne opravi zdravnik ali zdravstveno osebje z ustrežno kvalifikacijo, ali ko gre za zdravljenje, ki ni znanstveno ali medicinsko priznано;
  - ki nastanejo kot posledica zdravljenja v Sloveniji ali v državi stalnega oz. začasnega bivališča zavarovanca oz. bolezni, zdravstvenih stanj in

- poškodb, ki so obstajale ali so se pojavile in niso bile v celoti odpravljene pred odhodom v tujino, kar vključuje vse kronične in ponavljajoče se bolezni (z izjemo tistih, ki so navedene v točki 7.9 teh splošnih pogojev in če je takšno kritje dogovorjeno z zavarovalno pogodbo), zaradi katerih je zavarovanec že bil zdravljen (pri čemer se okrevanje šteje kot del bolezni), vključno s ponavljajočimi se izvini in izpahi;
- f. ki so posledica potovanja s terapevtskim ciljem, preventivnega zdravljenja ali cepljenj, zdraviliškega zdravljenja, psihoterapije, zdravljenja s sončno svetlobo in toploto ali odpravljanja lepotnih napak;
- g. načrtovanega zdravljenja in operativnih posegov;
- h. ki so posledica psihičnih motenj, duševnih bolezni in depresij;
- i. ki nastanejo zaradi nalezljivih spolnih bolezni (vključno z okužbo z virusom HIV oz. aidsom), epidemij, pandemij, onesnaženja okolja in naravnih nesreč;
- j. ki so posledica nosečnosti, tipičnih težav v času nosečnosti in poroda, razen v primeru reševanja življenja matere in otroka;
- k. prekinitve nosečnosti, umetne oploditve, zdravljenja neplodnosti ali kontracepcije;
- l. ki so posledica vojne (naj bo vojna napovedana ali ne), notranjih in civilnih nemirov, neredov, uporov, demonstracij, vstaj, dejanj tujega sovražnika, sovražnosti, vojaškega ali protizakonitega udara ter drugih dogodkov, povezanih z višjo silo;
- m. ki so posledica aktivnega služenja zavarovanca v oboroženih enotah vojske ali policije;
- n. ki nastanejo zaradi namernega ali naklepnega kaznivega dejanja zavarovanca;
- o. samomora ali poskusa samomora zavarovanca;
- p. zavestnega samopoškodovanja ali povzročitve bolezni;
- q. poškodb, ki jih zavarovanec utrpi pri uporabi strelnega orožja ali opravljanju posebno nevarnih opravil, kot npr. pri ravnanju z eksplozivnimi sredstvi;
- r. poškodb zavarovanca, ki so posledica opravljanja posebej nevarnih del, kot so npr. poklicno potapljanje, poklicno jamarstvo, delo v kamnolomih, predorih, jaških, rudnikih, delo na gradbiščih, naftnih ploščadih, delo v cirkusih, kaskaderstvo, čiščenje zunanjih fasad, fotografiranje iz zraka, škropljenje s pesticidi z letalom, oboroženo osebnostno varovanje oseb;
- s. priprave ali udeležbe zavarovanca kot tekmovalca na športnih prireditvah, stavah, razstavah, kakršnihkoli dirkah (konjskih, kolesarskih, motornih ipd.) ali treningih, razen če je to na polici posebej dogovorjeno in je za to plačana ustrezna višja premija;
- t. ki so posledica vožnje motornih in drugih vozil brez ustreznih uradnih dovoljenj;
- u. ki nastanejo zaradi izvajanja športnih aktivnosti na profesionalni ravni, razen če je to na polici posebej dogovorjeno in je za to plačana ustrezna višja premija;
- v. ki nastanejo zaradi izvajanja ekstremnega športa ali nevarne dejavnosti na profesionalni ali rekreativni ravni, če to bistveno presega običajno tveganje pri nahajanju v tujini, kot npr. potapljanje, kajtanje, helikoptersko smučanje, plezanje, alpinizem, jamarstvo, športno letalstvo, padalstvo, letenje z zmaji in z jadralnimi letali, vključno s smučanjem ali deskanjem na snegu izven urejenih smučišč ter udeležbami v ekspedicijah v neosvojenih in neraziskana področja, razen če je to na polici posebej dogovorjeno in je za to plačana ustrezna višja premija;
- w. ki nastanejo pri planinarjenju in trekingu nad 3.000 metri nadmorske višine, razen če je to na polici posebej dogovorjeno in je za to plačana ustrezna višja premija;
- x. kot posledica udeležbe zavarovanca pri pretepu ali fizičnem obračunavanju, razen v primeru dokazane samoobrambe;
- y. kot posledica vseh oblik žarčenja, posrednega ali neposrednega radioaktivnega sevanja;
- z. ki so neposredno ali posredno povezani s terorističnim dejanjem oz. zaradi preprečevanja ali zatiranja terorističnih dejanj.
- 8.2 Zavarovalec odgovarja zavarovalnici za škodo, ki ji nastane s tem, da zavarovanec ali njegov predstavnik ne spoštuje navodil asistenčnega centra za uveljavljanje pravic iz tega zavarovanja.
- 8.3 Zavarovanec do vrnitve v državo svojega stalnega oz. začasnega bivališča na stroške zavarovalnice ni upravičen v primeru, da se zdravniški ekipi asistenčnega centra zavarovalnice brez upravičenega razloga prepreči dostop do zavarovanca, razen če na to ni mogoče vplivati.
- 8.4 Izključene so vse obveznosti zavarovalnice v primeru navajanja neresničnih podatkov o trajanju zadrževanja v tujini, o okoliščinah poškodbe ali vrsti bolezni ter v primeru kakršnihkoli prevar ali ponaredb.
- 8.5 Izključene so vse obveznosti zavarovalnice zaradi delovanja alkohola, mamil, zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi na zavarovanca; če se ne dokaže nasprotno, se šteje, da je zavarovalni primer nastal zaradi delovanja alkohola na zavarovanca:
- a. če je imel zavarovanec kot voznik v prometni nesreči v krvi več kot 0,5 ‰ alkohola (več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka) oz. več kot 1 ‰ alkohola (več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka) v drugih nezgodah;
- b. če zavarovanec ob nastanku zavarovalnega primera odkloni ali se izmakne ugotavljanju stopnje njegove alkoholiziranosti.
- 8.6 Zavarovalnica ne nosi odgovornosti za zamude ali neizpolnitve nujenja asistencije v primeru: stavke, vojne invazije, dejanj tujega sovražnika, sovražnosti (naj bo vojna napovedana ali ne), državljanske vojne, upora, prevrata, terorizma ali vojaškega prevrata, nemirov, radioaktivnosti, lokalnih omejitev ali kakršnegakoli drugega dogodka višje sile.
- 8.7 Zavarovalnica in asistenčni center ne prevzemata odgovornosti:
- a. za kakovost dela in storitev, opravljenih s strani tretjih oseb, kakor tudi ne za škodo, ki bi jo le-te povzročile;
- b. za zamude ali napake pri zagotavljanju lokalnih storitev zaradi omejitev, ki jih izvajajo lokalne oblasti; v določenih regijah v svetu zaradi lokalnih omejitev zavarovalnica in asistenčni center ne moreta prevzeti stroškov asistencije na licu mesta in jih bo moral zavarovanec ali njegov predstavnik poravnati sam, po povratku v domovino pa njihovo povračilo uveljavljati neposredno pri zavarovalnici.
- 9 Način uveljavljanja pravic po zavarovalnem primeru**
- 9.1 Ob nastanku zavarovalnega primera mora zavarovanec ali njegov predstavnik nemudoma oz. najkasneje v roku 48 ur od nastanka zavarovalnega primera na lastne stroške obvestiti asistenčni center zavarovalnice, ki organizira pomoč v tujini, na telefonsko številko: +386 59 69 22.
- 9.2 V primeru, da zavarovanec ali njegov predstavnik ne obvesti asistenčnega centra zavarovalnice v roku 48 ur po nastanku zavarovalnega primera in zaradi tega



- nastanejo višji stroški, kot bi nastali, če bi bil asistenčni center pravočasno obveščen, ima zavarovalnica pravico zavrniti plačilo razlike v stroških ali izstaviti račun za nastale dodatne stroške.
- 9.3 Brez predhodnega telefonskega klica na asistenčni center zavarovalnice in s strani asistenčnega centra prejete privolitve v zdravljenje zavarovanec ne bo upravičen do povrnitve stroškov, ki jih je neposredno plačal sam ali kakšna druga oseba v njegovem imenu, razen v primeru izrecne odobritve s strani zavarovalnice.
- 9.4 V primeru, ko je življenje zavarovanca ogroženo, je treba, ne glede na določila teh splošnih pogojev, vedno poskušati urediti nujen prevoz do zdravstvene ustanove, ki je najbližja mestu nastanka zavarovalnega primera, s pomočjo ustreznih prevoznih sredstev, takoj ko je mogoče, pa obvestiti asistenčni center zavarovalnice.
- 9.5 Ob klicu v klicni center asistenčnega centra mora zavarovanec ali njegov predstavnik posredovati naslednje podatke:
- ime, priimek, datum rojstva in naslov prebivališča zavarovanca;
  - kraj in telefonsko številko, na kateri je dosegljiv;
  - kratak opis zdravstvenega problema, ki ga ima, in naravo pomoči, ki jo potrebuje;
  - informacijo o dolžini oz. trajanju potovanja ter informacijo, ali se nahaja v državi stalnega oz. začasnega prebivališča.
- 9.6 Zdravniki asistenčnega centra se bodo takoj, ko bodo obveščeni o nezgodi ali bolezni, povezali z lečečim zdravnikom, ugotovili postopek in ustreznost zdravljenja, svetovali in organizirali ter v okviru zavarovalne vsote prevzeli stroške zdravljenja in prevoza do najbližje ustrezne bolnišnice ali v domovino.
- 9.7 Stroške nujne zdravstvene oskrbe, ki ne presegajo skupnega zneska 150 EUR po zavarovalnem primeru, poravnava zavarovanec sam, po povratku v domovino pa se njihovo povračilo uveljavlja neposredno pri zavarovalnici.
- 9.8 Stroške nujne zdravstvene oskrbe, ki znašajo več kot 150 EUR, zavarovalnica povrne neposredno izvajalcu opravljenih storitev, če je zavarovanec do tega upravičen skladno z določili teh splošnih pogojev.
- 9.9 Zahtevek za uveljavljanje pravice do zavarovalnine je treba predložiti zavarovalnici najkasneje v roku 3 mesecev po vrnitvi v državo zavarovančevega stalnega oz. začasnega bivališča. K zahtevku je treba predložiti vso potrebno dokumentacijo o zavarovalnem primeru in zavarovalnici nuditi vse informacije o zavarovalnem primeru. Dokumentacija o zavarovalnem primeru obsega:
- zdravstveno dokumentacijo o zavarovalnem primeru, ki upravičuje nujnost zdravljenja;
  - kopijo zavarovalne police;
  - originalni račun stroškov tuje zdravstvene pomoči; predloženi zdravniški in/ali bolnišnični računi morajo vsebovati ime in rojstne podatke zavarovanca, kot tudi vrsto bolezni in zdravljenja;
  - originalni račun za zdravila in prevoze;
  - v primeru nezgode uradno poročilo ali potrdilo uradnega organa, izdano v tujini na podlagi okoliščin nesreče oz. poškodbe;
  - uradni prevod dokumentacije na zahtevo zavarovalnice;
  - dodatno dokumentacijo na zahtevo zavarovalnice (kot npr. verodostojen dokaz, da bivanje zavarovanca v tujini ni bilo daljše od 60 dni).
- 9.10 Zavarovanec je dolžan takoj storiti vse, kar je v njegovi moči, da se prepreči nadaljnje nastajanje škode, pri čemer mora upoštevati navodila asistenčnega centra zavarovalnice in poskušati omejiti stroške po najboljših močeh.
- 9.11 Zavarovalnici oz. asistenčnemu centru mora zavarovanec ali njegov predstavnik predložiti vse podatke in druge dokaze, ki jih ima na voljo in so nujno potrebni za ugotavljanje vzroka, obsega in višine škode ter organizacijo asistencije, vključno z ureditvijo vrnitve v državo zavarovančevega stalnega oz. začasnega bivališča, če je to potrebno. V primeru, da zavarovalnica ali asistenčni center zavarovalnice potrebuje dodatne informacije v zvezi z zavarovalnim primerom, mora zavarovanec pooblastiti zavarovalnico ali asistenčni center, da od državnih organov in lečečih zdravnikov in/ali bolnišnic, kot tudi drugih zavarovalnic, ki se ukvarjajo z zavarovalnim primerom, pridobijo vse zahtevane informacije.
- 9.12 Če zavarovanec ali njegov predstavnik odkloni predlagano nujno zdravljenje v najbližjem ustreznem zdravstvenem centru ali bolnišnici v tujini ali če se na zahtevo asistenčnega centra zavarovalnice ne pusti pregledati zdravniku, ki ga imenuje zavarovalnica ali njeni predstavniki, preneha pogodbeno obveznost zavarovalnice za ta zavarovalni primer, posledice morebitnih zapletov zdravstvenega stanja pa nosi sam.
- 9.13 Če je zavarovanec po opravljenem telefonskem klicu na asistenčni center zavarovalnice nujne zdravstvene storitve, ki presegajo znesek 150 EUR, ne glede na navodila asistenčnega centra plačal sam, zavarovalnica povrne stroške zavarovancu skladno z določili teh pogojev po predložitvi zahtevane dokumentacije.
- 9.14 Zahtevek za uveljavljanje pravice do zavarovalnine v zvezi z zavarovalnim primerom bo zastaral v roku 3 let po preteku koledarskega leta, v katerem je pravica do uveljavljanja zavarovalnine nastala, oz. v roku 5 let po preteku koledarskega leta, v katerem je pravica do uveljavljanja zavarovalnine nastala, pod pogojem, da zainteresirana oseba ni vedela, da je zavarovalni primer nastopil.
- 10 Izplačilo zavarovalnine**
- 10.1 Zavarovalnica upravičencu izplača zavarovalnino v roku 14 dni, šteto od dneva, ko razpolaga z vso dokumentacijo o zavarovalnem primeru, ki omogoča ugotovitev obstoja in višine njene obveznosti.
- 10.2 Če zavarovanec ne predloži potrebne dokumentacije in zavarovalnica zaradi tega ne more ugotoviti obstoja svoje obveznosti, lahko zavarovalnica začasno odkloni izplačilo svoje obveznosti.
- 10.3 Če višina obveznosti zavarovalnice ni ugotovljena v roku 14 dni, zavarovalnica upravičencu nesporni del svoje obveznosti na njegovo zahtevo izplača kot predujem.
- 10.4 Zavarovalnino zavarovalnica povrne v višini zneska stroškov, ki je preračunan v EUR po srednjem tečaju Banke Slovenije na dan izplačila zavarovalnine.
- 10.5 Zavarovalnica ob vsakem zavarovalnem primeru skladno s temi pogoji plača oz. povrne stroške zdravljenja ali prevoza v celoti, vendar največ do zneska še neizkoriščene zavarovalne vsote, navedene na polici.
- 10.6 Zavarovalnica si pridržuje pravico do povrnitve vseh nastalih stroškov v primeru, ko se naknadno ugotovi, da je zavarovalni primer nastal zaradi kronične bolezni, čezmernega uživanja alkohola ali zdravil, opravljanja posebej nevarnih del in drugih izključitev, ki so navedene v 8. točki teh splošnih pogojev.
- 10.7 Če ima zavarovanec proti tretjim osebam odškodninske zahtevke, ki niso zavarovalnopravne narave, lahko te zahtevke v dogovoru z zavarovalnico do višine izplačane zavarovalnine pisno odstopi zavarovalnici.
- 11 Odpoved zavarovalne pogodbe**
- 11.1 Odpoved zavarovalne pogodbe je mogoča zgolj pred datumom začetka zavarovanja, ki je naveden na polici.

- V tem primeru zavarovalnica povrne plačano premijo. Če je bila zavarovana tudi druga oseba (v primeru družinskega oz. skupinskega zavarovanja), je treba v primeru odpovedi zavarovalne pogodbe o tem obvestiti tudi druge zavarovance.
- 11.2 Če trajanje zavarovanja ni določeno, lahko zavarovalnica odstopi od pogodbe z dnem zapadlosti letne premije, pod pogojem, da o tem pisno obvesti zavarovalca najmanj 3 mesece pred zapadlostjo letne premije. Šteje se, da trajanje zavarovanja ni določeno, če je na polici dogovorjen samo datum začetka zavarovanja.
- 11.3 Če trajanje zavarovanja ni določeno, lahko zavarovalec odstopi od pogodbe z dnem zapadlosti letne premije, pod pogojem, da o tem pisno obvesti zavarovalnico najmanj en mesec pred zapadlostjo letne premije.
- 11.4 V primeru sklenitve zavarovalne pogodbe na daljavo (npr. prek spletne strani) za zavarovalno dobo, daljšo od enega meseca, lahko zavarovalno pogodbo brez razloga kadarkoli odpoveste s pisno zahtevo zavarovalnici v roku 14 dni od dneva sklenitve 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 zavarovalno premijo za vsak dan zavarovalnega kritja. Če je zavarovalna pogodba sklenjena na daljavo za zavarovalno dobo, krajšo od enega meseca, odstop od zavarovalne pogodbe ni mogoč.
- 12 Reševanje pritožb in sporov**
- 12.1 Zavarovalec oziroma zavarovanec se lahko pritoži zoper ravnanje zavarovalnice tako, da o tem zavarovalnico obvesti v pisni obliki v skladu s Pravili za reševanje pritožb strank, ki so javno objavljena na spletni strani [www.zav-vita.si](http://www.zav-vita.si).
- 12.2 Zavarovalnica obravnava prejeto pritožbo skladno z internim pritožbenim postopkom. Odločitev pritožbenega organa zavarovalnice je dokončna.
- 12.3 Če se pritožbi ne ugotovi ali v primeru, da odločitev pritožbenega organa ni sprejeta v roku 30 dni od dneva prejema pritožbe, se lahko postopek za izvensodno reševanje spora nadaljuje pri Mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon: (01) 300 93 81, elektronski naslov: [irps@zav-zdruzenje.si](mailto:irps@zav-zdruzenje.si), spletni naslov: [www.zav-zdruzenje.si](http://www.zav-zdruzenje.si). Navedeni izvajalec je registriran kot izvajalec izvensodnega reševanja potrošniških sporov v skladu z Zakonom o izvensodnem reševanju potrošniških sporov in ga zavarovalnica priznava kot pristojnega za izvensodno reševanje potrošniških sporov.
- 12.4 V primeru spora, do katerega pride zaradi domnevne kršitve Zavarovalnega kodeksa ter drugih dobrih poslovnih običajev in temeljnih standardov zavarovalne stroke, je predviden postopek pri Varuhu dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu.
- 12.5 V primeru spora je za sojenje stvarno pristojno sodišče Republike Slovenije.
- 13 Varstvo osebnih podatkov**
- 13.1 Sestavni del teh splošnih pogojev je Politika zasebnosti zavarovalnice Vita, življenjska zavarovalnica, d.d. Zavarovalec s sklenitvijo zavarovalne pogodbe potrjuje, da je seznanjen z vsebino te politike in jo v celoti sprejema.
- 14 Končne določbe**
- 14.1 Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo zakonska določila, ki urejajo obligacijska razmerja v Republiki Sloveniji.
- 14.2 Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- 15 Poročilo o solventnosti in finančnem položaju**
- 15.1 Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice je javno dostopno na spletni strani [www.zav-vita.si](http://www.zav-vita.si).
- 16 Cenik zavarovalnice**
- 16.1 Zavarovalnica ima pravico zahtevati plačilo za vse storitve, povezane z izvajanjem zavarovalne pogodbe, in za storitve, ki jih zavarovalec posebej zahteva od zavarovalnice (spremembe zavarovalne pogodbe, dvojniki police, vinkulacija, priprava dodatnih informativnih izračunov ipd.). Višino vseh stroškov določi zavarovalnica v vsakokratnem veljavnem ceniku, ki je javno dostopen na spletni strani zavarovalnice [www.zav-vita.si](http://www.zav-vita.si) in na sedežu družbe.