

Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujino z asistenco

1. člen - SPLOŠNE DOLOČBE

- (1) Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini (v nadaljnjem besedilu splošni pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe, sklenjene med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d., Ljubljana (v nadaljnjem besedilu zavarovalnica).
- (2) Oseba, ki z zavarovalnico sklene pogodbo o zdravstvenem zavarovanju na potovanjih v tujini, se imenuje zavarovalec; oseba, od katere zdravljenja je odvisno izplačilo zavarovalnine in v korist katere se sklene zavarovanje, se imenuje zavarovanec.
- (3) S pogodbo o zdravstvenem zavarovanju na potovanjih v tujini se zavarovalec obveže, da bo zavarovalnici plačal določena denarna sredstva (premijo), zavarovalnica pa se obvezuje, da bo ob nastopu zavarovalnega primera zavarovancu povrnila dokazane stroške potrebne zdravniške oskrbe ter stroške prevoza, vendar največ do višine zavarovalne vsote dogovorjene na polici.

2. člen - OSEBE, KI JIH JE MOGOČE ZAVAROVATI

- (1) Po teh splošnih pogojih se lahko sklene zavarovanje za zdrave osebe do dopolnjenega 75. leta starosti, ob povišani premiji pa tudi za osebe starejše od 75 let.
- (2) Duševno bolne osebe in osebe, ki nimajo popolne poslovne sposobnosti, so izločene iz zavarovanja.
- (3) Družina so starši in otroci do 18. leta starosti oziroma do 26. leta starosti, če se šolajo, ter imajo isto stalno prebivališče in živijo v istem gospodinjstvu. Družinski člani lahko potujejo skupaj ali ločeno.

3. člen - PREDMET IN OBSEG ZAVAROVANJA

- (1) Zavarovalno kritje obsega nujne stroške potrebne zdravniške oskrbe ter stroške prevoza, zaradi nepredvidenih bolezni ali posledic nesreče oziroma nezgode, ki se pojavijo ali nastanejo med potovanjem ali bivanjem v tujini.
- (2) Zavarovalni primer se začne z začetkom zdravljenja in konča takrat, ko po mnenju lečečega zdravnika zdravljenje ni več potrebno oziroma po vrnitvi v Republiko Slovenijo in / oziroma državo, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.
- (3) Če se zdravljenje nanaša na bolezen ali posledice nezgode, ki s prejšnjimi niso v vzročni zvezi, zavarovalnica šteje to kot nov zavarovalni primer.

4. člen - SKLENITEV ZAVAROVANJA

- (1) Zavarovanje je potrebno skleniti v času, ko se zavarovanec nahaja v Republikli Sloveniji oziroma državi, kjer ima stalno ali začasno uradno bivališče. Če se ob sklenitvi zavarovanec nahaja v tujini, zavarovalno kritje prične veljati šele po preteku pet dni od dneva sklenitve zavarovanja.
- (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.

5. člen - ZAČETEK IN TRAJANJE ZAVAROVALNEGA KRITJA

- (1) Zavarovalno kritje se začne ob 00.00 tistega dne, ki je v zavarovalni polici naveden kot dan začetka zavarovanja, če je do takrat plačana zavarovalna premija. Če zavarovalna premija do tedaj ni plačana, se začne zavarovalno kritje ob 00.00 naslednjega dne, ko je plačana.
- (2) Zavarovalno kritje preneha ob 24.00 tistega dne, ki je v polici naveden kot dan prenehanja zavarovanja.
- (3) Zavarovalno kritje za posamezen zavarovalni primer oziroma posamezno potovanje preneha s potekom veljavnosti zavarovalne police ali z vrnitvijo v Republiklo Slovenijo in / oziroma državo, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče, ki ga odredi zdravnik. Za konec bivanja velja prestop državne meje Republike Slovenije in / oziroma države, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.

- (4) Zavarovalno kritje v nobenem primeru ne velja v Republikli Sloveniji in / oziroma državi, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.

6. člen - PLAČILO ZAVAROVALNE PREMIJE

- (1) Zavarovalec je dolžan plačati zavarovalno premijo takoj ob prejemu zavarovalne police.
- (2) Za preračun zavarovalne premije v uradno denarno enoto Republike Slovenije se upošteva srednji tečaj Banke Slovenije na dan plačila premije.
- (3) Če se nakazuje premija po pošti ali banki, velja, da je zavarovalnici plačana ob 24.00 tistega dne, ko je plačilo potrjeno na pošti ali banki.

7. 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 pogodbe v nobenem primeru ni možna po začetku zavarovalnega kritja.
- (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 zavarovalno premijo (stroške) za vsak dan zavarovalnega kritja. Zavarovalec nima pravice do odstopa od pogodbe pri zavarovalnih pogodbah z veljavnostjo krajšo od enega meseca.
- (4) V primeru odpovedi zavarovalne pogodbe, zavarovalnica vrne 85% plačane premije, preostanek pa si zavarovalnica pridrži za administrativne stroške.

8. člen - OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- (1) Zavarovalnica nudi asistenco in krije nujne stroške zdravljenja, ki so nastali zaradi zdravniške pomoči, katere namen je izključno odpravljanje posledic akutnih bolezni ali nezgod, stroške potrebnega prevoza zavarovanca v Republiklo Slovenijo in / oziroma državo, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče, in so le ti nastali v času potovanja in bivanja v tujini razen v primerih, navedenih v 9. členu teh pogojev.
- (2) Za **stroške potrebne zdravniške oskrbe** v smislu teh pogojev veljajo izključno stroški:
 - a) zdravniške oskrbe;
 - b) zdravil in povojev, če jih predpiše zdravnik;
 - c) pripomočkov, ki so potrebni za zdravljenje (npr. mavec, opornice, obveze in bergle), če jih predpiše zdravnik;
 - d) zdravniško predpisanih toplotnih terapij, obsevanj in ostalih fizikalnih terapij;
 - e) rentgenske diagnostike;
 - f) oskrbe v ambulanti, ki razpolaga z zadostnimi diagnostičnimi in terapevtskimi zmogljivostmi in dela po metodah, ki so v državi začasnega bivanja znanstveno priznane in klinično preizkušene. Zavarovanec se mora obrniti na bolnišnico v kraju začasnega bivanja oziroma v najbližjo primerno bolnišnico;
 - g) prevoza do bolnišnice;
 - h) operacije (vključno z odvisnimi stroški operacije);
 - i) nujnih zobozdravstvenih posegov, potrebnih za odpravo akutne bolečine zaradi bolezni ali sveže poškodbe zobovja, do višine 150 EUR, vključno z ekstrakcijo zoba, kakor tudi enostavnih popravil zobnih protez, ne pa izdelave nadomestnih zob, zobnih kron, zobnih plomb ali zaliv;
 - j) hospitalizacije do dne, ko zdravstveno stanje zavarovanca le temu dovoljuje prevoz v državo stalnega in / oziroma začasnega urejenega bivališča, kjer bo nadaljeval z zdravljenjem.
- (3) Za **stroške prevoza** v smislu teh pogojev veljajo izključno:
 - a) povečani stroški prevoza zavarovanca v domovino, ki ga odredi zdravnik, če v obiskanem kraju ali v bližnji okolici ni mogoče nuditi zadostne medicinske oskrbe in to lahko vpliva na poslabšanje bolnikovega zdravja. Poleg tega se povrnejo tudi dodatni povečani stroški za spremljevalca, če je zdravniško spremstvo potrebno ali predpisano z zakonom;

b) v primeru smrti - potrebni povečani stroški prevoza v domači kraj, ali nujni povečani stroški, ki so posledica pokopa v tujini, vendar največ do zneska, dogovorjenega na zavarovalni polici.

Povečani stroški v smislu zgornjih določil so:

- v primeru prevoza bolnika v domovino tisti, ki so dodatno nastali zaradi nastopa zavarovalnega primera ob vrnitvi domov;
- v primeru smrti tisti, ki presega stroške, ki bi nastali ob smrti zavarovanca doma;

c) stroški prevoza zavarovančevega otroka, mlajšega od 18 let, do stalnega oziroma začasno urejenega bivališča, kot tudi stroški prevoza njegovega spremljevalca v primeru zavarovančeve hospitalizacije ali smrti.

(4) Maksimalno jamstvo zavarovalnice na posameznem potovanju je določeno z zavarovalno vsoto na polici.

9. člen - IZKLJUČITVE IZ ZAVAROVALNEGA KRITJA

(1) Zavarovalnica ne krije stroškov zdravniške oskrbe in stroškov prevoza, če je primer nastal zaradi:

- a) potresa;
- b) jedrske reakcije, radiacije ali kontaminacije;
- c) neposredne ali posredne povezave s terorističnim dejanjem, kot tudi ne zaradi preprečevanja oziroma zatiranja terorističnih dejanj;
- d) kroničnih bolezni in posledic, ki so nastale in bile znane in pričakovane že ob začetku zavarovanja, tudi če niso bile zdravljene, kakor tudi bolezni, zdravljenih v zadnjih 3 mesecih pred začetkom zavarovanja, vključno z njihovimi posledicami, razen če gre za nepredvideno zdravniško pomoč za odpravljanje akutne življenjske nevarnosti ali za ukrepe, katerih namen je izključno odpravljanje akutnih bolečin. Iste izključitve veljajo za posledice nesreče;
- e) bolezni in nezgod, ki jih utрпи zavarovanec kot posledico vojnih dogodkov in v aktivnem sodelovanju v neredih;
- f) boleznih in nezgod, ki jih utрпи zavarovanec v času aktivnega športnega udejstvovanja, tekmovanja ali priprav, v organizaciji posameznika oziroma športne zveze ali društva, razen če je to izrecno dogovorjeno in je plačana ustrezna višja premija;
- g) bolezni in nezgod, ki jih utрпи zavarovanec pri kaznivih dejanjih, ali jih namerno povzroči, ali pa če so posledica vinjenosti ali vpliva mamil;
- h) odstranitev lepotnih napak ali telesnih anomalij, preventivnih cepljenj, dezinfekcij, zdravniških izvidov in testiranj.

(2) Zdravstveno zavarovanje tudi ne nudi asistenc in ne krije stroškov:

- a) ki nastanejo v času bivanja v kopalniščih, zdraviliščih, sanatorijih, okrevališčih, zdravstvenih zavodih in domovih ali podobnih ustanovah zaradi okrevanja;
- b) psihoanalitičnega ali psihoterapevtskega zdravljenja;
- c) povezanih z nosečnostjo, porodom in njegovih posledic, razen pri akutnem, nenormalnem poteku nosečnosti in njegovih posledicah, ko zavarovalnica krije stroške zdravniških ukrepov za neposredno odpravljanje življenjske nevarnosti za mater ali otroka, če nosečnica ob nastopu akutne komplikacije še ni izpolnila 39. leta življenja ali če trideseti teden nosečnosti še ni zaključen;
- d) zdravniške pomoči pri težavah, ki so tipične za nosečnost in njene posledice, vključno s spremembo kroničnih težav, ki so posledica nosečnosti;
- e) nadzora nosečnosti ali stroškov prekinitve nosečnosti;
- f) oskrbe, ki jo nudi zavarovančev partner, otroci ali starši, razen dokazanih materialnih stroškov;
- g) rehabilitacije in protez.

(3) Izključene so vse obveznosti zavarovalnice v primeru:

- a) če zavarovanec ne obvesti zavarovalnice ali njenih predstavnikov o nastanku zavarovalnega primera, telefonsko ali pisno, v roku 5 dni od začetka bolezni ali poškodbe;
- b) če ne spoštuje drugih navodil za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja v primeru bolezni ali nezgode;
- c) dajanja neresničnih podatkov zavarovalca oziroma zavarovanca o trajanju potovanja, o okoliščinah poškodbe ali vrste bolezni ter kakršnekoli prevar ali ponaredb;
- d) posebnih storitev v bolnišnici - nadstandard, kot je enoposteljna soba, telefon, TV, posebne namestitve, itn.;
- e) operacije ali zdravljenja, katerega se lahko prestavi brez kakršnihkoli posledic na čas povratka v državo stalnega oziroma začasno urejenega bivališča zavarovanca;
- f) oskrbe, ki ni navedena v 8. členu teh pogojev.

10. člen - DOLŽNOSTI ZAVAROVANCA OZIROMA ZAVAROVALCA

(1) Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila asistenčnega klicnega centra glede nudenja in organiziranja pomoči. V primeru neupoštevanja določi

tega člena in ukrepanja brez odobritve zavarovatelja zavarovanec izgubi pravice iz tega zavarovanja.

- (2) Zahtevek iz zavarovanja je potrebno uveljavljati v treh mesecih po končanem zdravljenju oziroma prevozu v domovino ali smrtnem primeru.
- (3) Zavarovalec in zavarovanci so zavarovalnici na njeno zahtevo dolžni dati vse podatke, ki so potrebni za ugotavljanje zavarovalnega primera ali pa za ugotavljanje obsega zavarovalnega kritja v skladu s sklenjeno zavarovalno pogodbo.
- (4) Zavarovalec in zavarovanci pooblaščajo zavarovalnico za zbiranje vseh njej potrebnih podatkov pri tretjih osebah (zdravnikih, zobozdravnikih, zdravstvenih delavcih, zdravstvenih zavodih vseh vrst, zavodih zdravstvenega zavarovanja, uradih za zdravstvo ali za oskrbo).
- (5) Zavarovalnica lahko zahteva predložitev dokumentacije, prevedene v slovenski ali angleški jezik.
- (6) Zavarovalnica je prosta obveznosti, če zavarovalec ali zavarovanec kršita določila tega člena.

11. člen - IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

- (1) Zavarovalnica je dolžna izpolniti svojo obveznost le v primeru, če so bili poleg dokaza o zavarovalnem kritju predloženi zahtevani dokazi, navedeni v odstavkih od (2) do (5) tega člena.
- (2) Zavarovalnici je treba izročiti izvornike računov o nastalih stroških. Če izroči upravičenec do zavarovalnine duplikate računov, mora te overiti pri ustanovi, ki ima izvornike.
- (3) Na računih mora biti vpisano zavarovančevo ime, opis bolezni, navedbe posameznih zdravniških storitev s podatki o zdravljenju; iz računa za zdravlilo mora biti jasno vidno predpisano zdravlilo, cena in štampiljka lekarne. Pri oskrbi zob morajo imeti računi opis zdravljenih zob in zdravniških posegov, ki so bili na njih izvedeni.
- (4) Zahtevek za izplačilo prevoznih ali pogrebnih stroškov je potrebno utemeljiti z računi, kot tudi z uradnim mrliškim listom in z zdravniškim potrdilom o vzroku smrti, zahtevek za povračilo stroškov prevoza bolnika v domovino pa s predložitvijo računov in zdravniškega potrdila z opisom bolezni. Zdravniško potrdilo mora poleg tega dokazovati medicinsko nujnost povratnega prevoza.
- (5) Zavarovalnica izplača zavarovalnino zavarovancu, ki je imel zavarovalni primer. Če pa je katera od navedenih oseb zaradi posledic zavarovalnega primera umrla, izplača zavarovalnica zavarovalnino njegovim dedičem.
- (6) Če je zavarovanec ob sklenitvi neresnično prijavil svojo starost, njegova resnična starost pa presega 75 let, se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med dogovorjeno premijo in premijo, ki bi morala biti plačana pri resnični zavarovančevi starosti.
- (7) Zavarovalnina se obračuna in izplača v evrih kot uradna denarna enota Republike Slovenije.

12. člen - KONEC ZAVAROVALNEGA KRITJA

- (1) Zavarovalno kritje preneha:
 - s potekom veljavnosti zavarovalne police ali
 - z vrnitvijo v domovino ali
 - s prevozom v smislu določila a) točke (3) odstavka 8. člena.
- (2) Za konec bivanja v tujini velja prestop državne meje Republike Slovenije in / oziroma države, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.
- (3) Če se zdravljenje brez prekinitve nadaljuje tudi po preteku veljavnosti zavarovalne police, nudi zavarovalnica zavarovalno kritje tudi za stroške tega zdravljenja, toda največ za 4 tedne in s pogojem, da obolelega zavarovanca ni bilo mogoče prepeljati domov ali če se povratek zavleče zaradi vzrokov, na katere zavarovanec ni mogel vplivati.

13. člen - ODSTOP IN POBOT ZAHTEVKOV

- (1) Če ima zavarovalec ali zavarovanec proti tretjim osebam odškodninske zahtevke, ki niso zavarovalno pravne narave, mora te zahtevke do višine izplačane zavarovalnine pisno odstopiti zavarovalnici.
- (2) Če se zavarovalec ali zavarovanec odpove takšnemu zahtevku - ali pravici za zavarovanje zahtevka - brez privolitve zavarovalnice, izgubi pravico do ustreznega dela zavarovalnine.
- (3) Če prejme zavarovalec ali zavarovanec nadomestilo od osebe, odgovorne za škodo, sme zavarovalnica od zavarovalnine odbiti znesek tega nadomestila.
- (4) Terjatve proti zavarovalnici zavarovalec ali zavarovanec ne more niti zastaviti niti odstopiti.

14. člen - VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

- (1) Zavarovalec dovoljuje, da se v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, obdelujejo osebni podatki iz zavarovanja v zbirki podatkov, ki jo vzpostavi, vodi in vzdržuje zavarovalnica.

- (2) Zavarovalec dovoljuje zavarovalnici, da v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, obdeluje osebne podatke iz zavarovalne pogodbe in iz dokumentov nastalih ob izvajanju zavarovalne pogodbe, razen občutljivih osebnih podatkov, za namene neposrednega trženja, profiliranja strank in izvajanja bonitetnih programov, zase in za družbe skupine Triglav v Sloveniji ter jih posreduje v obdelavo za enake namene družbam skupine Triglav, ki se ukvarjajo z zavarovalniško dejavnostjo, dejavnostjo zavarovalnega zastopanja ali posredovanja ali dejavnostjo upravljanja finančnih skladov. Družbe Skupine Triglav so navedene na vsakokratnem seznamu, dostopnem na www.triglav.eu.
- (3) Osebne podatke iz prejšnjih odstavkov, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko za namene iz prejšnjih odstavkov obdelujejo tudi pooblaščenice družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o opravljanju storitev zavarovalnega zastopanja oziroma zavarovalnega posredovanja in pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov. Informacija o pooblaščenih družbah je dostopna na www.triglav.si.
- (4) Zavarovalec lahko dovoljenje za obdelavo osebnih podatkov za namene iz 2. odstavka kadarkoli prekliče s pisno zahtevo poslano na naslov: Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva 19, 1000 Ljubljana.

15. člen - IZVENSODNO REŠEVANJE SPOROV

- (1) Zoper odločitev zavarovalnice je dovoljena pritožba. Pritožba se vloži na tisto organizacijsko enoto Zavarovalnice Triglav, d.d., kjer je bilo sklenjeno zavarovanje. Pritožba se lahko odda osebno, po pošti ali na spletnih straneh www.zav-triglav.si.

- (2) Pritožbo obravnava pristojna pritožbena komisija v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek zavarovalnice. Odločitev pritožbene komisije je dokončna.
- (3) V primeru nestrinjanja z odločitvijo pritožbene komisije se lahko po posebnem dogovoru nadaljuje postopek za izvensodno rešitev spora pri arbitraži zavarovalnice ali pri mediacijskem centru, ki deluje v okviru Slovenskega zavarovalnega združenja.

16. člen - UPORABA ZAKONA

Za razmerje med zavarovalcem in zavarovalnico se uporabljajo tudi določila Obligacijskega zakonika.

17. člen - PRISTOJNOST V PRIMERU SPORA

Spore med zavarovalcem oziroma zavarovancem na eni in zavarovalnico na drugi strani rešuje sodišče, pristojno po kraju sklenitve zavarovalne pogodbe, ali po posebnem dogovoru Arbitraža pri Zavarovalnici Triglav, d.d., ali pa po posebnem dogovoru Mediacijski center pri Slovenskem zavarovalnem združenju.