

SPLOŠNI POGOJI ZA LETNO TURISTIČNO ZAVAROVANJE GENERALI TURIST

(S-TURIST-17)

VSEBINA

I. SPLOŠNE DOLOČBE

- Člen 1: Zavarovalni pogoji za letno turistično zavarovanje Generali TURIST
- Člen 2: Pomen nekaterih izrazov v teh pogojih
- Člen 3: Kdo je lahko zavarovanec?
- Člen 4: Kdaj je zavarovalna pogodba sklenjena?
- Člen 5: Kdaj velja zavarovalno kritje?
- Člen 6: Kje velja zavarovalno kritje?
- Člen 7: Kaj je izključeno iz zavarovalnega kritja?
- Člen 8: Kaj in koliko je zavarovalna vsota?
- Člen 9: Kdaj je potrebno premijo plačati in kakšne so posledice neplačila premije?
- Člen 10: Kaj je potrebno storiti ob nastopu zavarovalnega primera?
- Člen 11: Kako prijaviti zavarovalni primer?
- Člen 12: Kako zavarovalnica izplača zavarovalnino?
- Člen 13: Kakšen je način obveščanja?
- Člen 14: Sprememba naslova in vročanje
- Člen 15: Varstvo osebnih podatkov
- Člen 16: Preprečevanje pranja denarja in financiranja terorizma
- Člen 17: Postopek v primeru spora
- Člen 18: Dajatve
- Člen 19: Zaključne določbe

II. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE NA POTOVANJU V TUJINI

- Člen 20: Kaj je zavarovalni primer?
- Člen 21: Kakšen je obseg kritja zavarovalnice?
- Člen 22: Kakšen je obseg kritja za zavarovanje stroškov iskanja in reševanja?
- Člen 23: Kaj je izključeno iz zavarovalnega kritja?
- Člen 24: Kaj je potrebno storiti ob nastopu zavarovalnega primera?

III. ZAVAROVANJE POTOVALNE PRTLJAGE

- Člen 25: Kaj je zavarovalni primer?
- Člen 26: Kakšen je obseg kritja zavarovalnice?
- Člen 27: Kakšno je zavarovalno kritje za prtljago v motornih vozilih in prikolicah?
- Člen 28: Kakšno je zavarovalno kritje za prtljago pri šotorjenju in kampiranju?
- Člen 29: Kaj je izključeno iz zavarovalnega kritja?
- Člen 30: Kaj je potrebno storiti ob nastopu zavarovalnega primera?
- Člen 31: Kako se določi višina zavarovalnine?

IV. NEZGODNO ZAVAROVANJE

- Člen 32: Kaj je zavarovalni primer?
- Člen 33: Kakšen je obseg in kakšna omejitev kritja zavarovalnice?
- Člen 34: Kaj je izključeno iz zavarovalnega kritja?
- Člen 35: Kaj je potrebno storiti ob nastopu zavarovalnega primera?
- Člen 36: Kako se določi stopnja trajne invalidnosti?
- Člen 37: kako zavarovalnica izplača zavarovalnino?
- Člen 38: Izvedenski postopek

V. ZAVAROVANJE STROŠKOV ODPOVEDI POTOVANJA

- Člen 39: Kaj je predmet zavarovanja?
- Člen 40: Kaj je zavarovalni primer?
- Člen 41: Kdaj velja zavarovalno kritje?
- Člen 42: Kaj je izključeno iz zavarovalnega kritja?
- Člen 43: Kaj je potrebno storiti ob nastopu zavarovalnega primera?
- Člen 44: Kako se določi višina zavarovalnine?

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen: ZAVAROVALNI POGOJI

Splošni pogoji S-TURIST-17 za letno turistično zavarovanje Generali TURIST (v nadaljevanju: zavarovalni pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe za zavarovanje oseb, potovanja in prtljage pri potovanju in bivanju v tujini, ki jo zavarovalec sklene z GENERALI zavarovalnico d.d. Ljubljana (v nadaljevanju: zavarovalnica). Zavarovalni pogoji veljajo v delu »Zavarovanje stroškov odpovedi potovanja« le v primeru, da je bilo to kritje pisno dogovorjeno ob sklepanju zavarovanja.

2. člen: POMEN NEKATERIH IZRAZOV V TEH POGOJIH

- (1) **Zavarovanec**
je poimensko navedena oseba na veljavni pogodbi sklenjeni pri zavarovalnici in ima stalno ali začasno bivališče v Sloveniji;
- (2) **Zavarovalec**
je vsaka fizična ali pravna oseba, ki sklene z zavarovalnico zavarovalno pogodbo in se obveže plačati premijo;
- (3) **Zavarovalnica**
GENERALI zavarovalnica d.d. Ljubljana, Kržičeva ulica 3, 1000 Ljubljana, ki s pomočjo asistenčne družbe nudi pomoč osebam v tujini;
- (4) **Asistenčna družba**
Europ Assistance;
- (5) **Upravičenec**
je oseba, ki je upravičena do zavarovalnine oz. povračila stroškov v primeru nastanka zavarovalnega primera. Po pogojih S-TURIST-17 je upravičenec vedno zavarovanec;
- (6) **Družina**
Štejejo zavarovanec, njegov zakonec oz. zunajzakonski partner in njuni otroci, pastorki ali posvojenci (največ 5 otrok mlajših od 26 let), ki so med seboj v družinskem razmerju in bivajo na skupnem naslovu;
- (7) **Polica**
je listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi za letno turistično zavarovanje, katero je izdala zavarovalnica zavarovancu, ki potuje v tujino;
- (8) **Premija**
je znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po zavarovalni pogodbi za zavarovalno kritje. Odvisna je od starosti zavarovanca, izbrane vrste zavarovanja, trajanja in geografskega območja veljavnosti zavarovanja;
- (9) **Zavarovalna vsota**
je najvišji znesek, ki ga zavarovalnica izplača kot svojo obveznost iz zavarovalne pogodbe;
- (10) **Zavarovalnina**
je znesek, ki ga zavarovalnica izplača upravičencu ob nastanku zavarovalnega primera;
- (11) **Zavarovalni primer**
je dogodek, katerega posledice so zavarovane z zavarovalno pogodbo;
- (12) **Tujina**
področje, kjer zavarovalnica zavarovancu v skladu z zavarovalno pogodbo nudi zavarovalno kritje. Za tujino se v nobenem primeru ne šteje Slovenija in države, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče;
- (13) **Naravna nesreča**
je nesreča, ki jo povzroči potres, vihar, udor, poplava, zemeljski plaz ali snežni plaz. Za vihar se smatra veter s hitrostjo najmanj 62 km/h (8. stopnja po Beaufortovi lestvici);



3. člen: KDO JE LAHKO ZAVAROVANEC?

- (1) Zavarovanje se lahko sklene za osebo, ki ima stalno ali začasno bivališče v Sloveniji in ni starejša od 75 let. Zavarovanje za osebo, starejšo od 75 let, se lahko sklene le proti doplačilu in s pisnim dogovorom.
- (2) Zavarovanec ne more biti oseba, ki ji je v celoti odvzeta poslovna sposobnost, duševno motena oseba ali oseba z motnjami v živčnem sistemu.
- (3) Zavarovalno pogodbo, pri kateri je zavarovanec oseba, ki ima omejeno poslovno sposobnost ali ji je poslovna sposobnost v celoti odvzeta, lahko sklenejo samo starši oz. skrbniki zavarovanca.



4. člen: KDAJ JE ZAVAROVALNA POGODBA SKLENJENA?

- (1) Zavarovalna pogodba je sklenjena s plačilom premije in s podpisom police s strani zavarovalca in zavarovalnice.
- (2) V primeru sklepanja zavarovanja preko telefona ali spletne strani je zavarovalna pogodba sklenjena s trenutkom, ko je plačana premija, kar zavarovalec dokaže s potrdilom o plačilu. Zavarovalna polica in račun bosta v tem primeru posredovana elektronsko.
- (3) Zavarovalna pogodba mora biti sklenjena v Sloveniji pred odhodom zavarovanca na potovanje. V primeru, da se zavarovanec ob sklenitvi zavarovanja že nahaja v tujini, je zavarovanje nično.



5. člen: KDAJ VELJA ZAVAROVALNO KRITJE?

- (1) Zavarovanje se začne ob 0:00 uri tistega dne, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot začetek zavarovanja.
- (2) Zavarovanje preneha ob 24:00 uri tistega dne, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot konec zavarovanja.
- (3) Zavarovanje je sklenjeno za dobo najmanj enega leta in velja za vsa potovanja, ki ne trajajo več kot 90 zaporednih dni.
- (4) Če je v zavarovalni pogodbi naveden samo začetek zavarovalnega kritja, se zavarovalna pogodba in s tem zavarovalno kritje avtomatično podaljšuje iz leta v leto, dokler ni dana odpoved s strani zavarovalca ali zavarovalnice. Zavarovanje se odpove pisno, najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta. Zavarovalna pogodba se prav tako ne obnovi po koncu zavarovalnega leta v katerem zavarovanec dopolni 75 let.
- (5) Zavarovalno pogodbo lahko brez odpovednega roka ali s koncem tekočega zavarovalnega leta zavarovalec odpove v roku enega meseca od:
 - a) odklonitve izplačila upravičenega zahtevka za izplačilo zavarovalnine s strani zavarovalnice;
 - b) pravnomočnosti sodbe v primeru sodnega spora iz te zavarovalne pogodbe.
- (6) Zavarovalno pogodbo lahko zavarovalnica odpove z enomesečnim odpovednim rokom v roku enega meseca od:
 - a) dneva, ko pripozna utemeljenost zahtevka za izplačilo zavarovalnine;
 - b) dneva, ko izplača zavarovalnino;
 - c) dneva, ko odkloni zahtevek po izplačilu zavarovalnine, ki je bil dan z goljufivim namenom (v tem primeru lahko zavarovalnica odpove zavarovalno pogodbo tudi brez odpovednega roka).
- (7) Do prenehanja zavarovalne pogodbe pripada zavarovalnici ustrezni del premije.



6. člen: KJE VELJA ZAVAROVALNO KRITJE?

- (1) Če je kot veljavnost zavarovalnega kritja dogovorjena Evropa (po tarifi), obsega zavarovalno kritje sledeče države: Albanija, Alžirija, Andora, Armenija, Avstrija, Azerbajdžan, Belgija, Belorusija, Bolgarija, Bosna in Hercegovina, Ciper, Češka, Črna gora, Danska, Egipt, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Gruzija, Hrvaška, Irsko, Islandija, Italija, Izrael, Jordanija, Kanarski otoki, Kosovo, Latvija, Libanon, Libija, Lihtenštajn, Litva, Luksemburg, Madžarska, Makedonija, Malta, Maroko, Moldavija, Monako, Nemčija, Nizozemska, Norveška, Poljska, Portugalska (vključno z Madeiro in Azori), Romunija, Rusija, San Marino, Sirija, Slovaška, Srbija, Španija (vključno s Kanarskimi otoki, Baleari, Ceuto in Melillo), Švedska, Švica, Tunizija, Turčija, Ukrajina, Vatikan, Velika Britanija.
- (2) Če je kot veljavnost zavarovalnega kritja dogovorjen svet (po tarifi), obsega zavarovalno kritje vse države sveta.
- (3) Pri vseh kritjih je iz območja veljavnosti izključena Slovenija in države, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno prijavljeno bivališče.



7. člen: KAJ JE IZKLJUČENO IZ ZAVAROVALNEGA KRITJA?

- (1) Zavarovalno kritje ne velja za dogodke, ki:
 - a) so povzročeni namerno ali z grobo malomarnostjo zavarovanca. Za namerno dejanje zavarovanca šteje tudi tisto dejanje ali opustitev dejanja, zaradi katerega lahko pride do zavarovalnega primera, pa zavarovanec dejanje vseeno stori oz. opusti;

- b) so povezani s kakršnikoli vojnimi dogodki;
 - c) nastanejo zaradi nasilnih dejanj ob javnih shodih ali zborovanjih, če na njih zavarovanec aktivno sodeluje;
 - č) nastanejo zaradi samomora ali poskusa samomora zavarovanca;
 - d) nastopijo pri ekspedicijah v neosvojena ali neraziskana področja;
 - e) nastanejo zaradi odredb oblasti;
 - f) nastanejo zaradi opravljanja poklicnih rokodelskih opravil (ne velja v primeru odpovedi potovanja);
 - g) jih povzročijo ionizirajoča sevanja ali jedrska energija;
 - h) jih utrpijo osebe, katerim zavarovanja v skladu s 3. členom teh pogojev ni dovoljeno skleniti;
 - i) nastanejo pri uporabi padal ali druge letalne opreme (zmaji, ultra-lahka letala, baloni, ipd.);
 - j) pri udeležbi na športnih motornih dirkah (tudi pri testnih vožnjah in rallyjih) in pripadajočih treningih;
 - k) nastopijo pri sodelovanju na regijskih, državnih ali mednarodnih športnih tekmovanjih kot tudi na uradnih treningih za te prireditve;
 - l) nastanejo pri potapljanju, če zavarovanec nima mednarodno veljavne izkaznice za tisto globino potapljanja;
 - m) nastanejo pri alpinizmu, prostem plezanju in smučanju izven urejenih smučišč;
 - n) nastanejo pri jamarstvu;
 - o) nastanejo pri planinarjenju nad 3.000 metrov nadmorske višine, ter pri prostem plezanju;
 - p) nastopijo zaradi izvajanja ekstremnega športa ali so v neposredni zvezi s še posebej nevarno dejavnostjo, če je le ta povezana z nevarnostjo, ki precej presega običajno tveganje na potovanju (ne velja v primeru odpovedi potovanja)
 - r) nastanejo v neposredni ali posredni povezavi s terorističnim dejanjem, tudi če je nanj skupaj s terorističnim dejanjem vplival še kak drug vzrok ali dejanje. Šteje se, da je teroristično dejanje vsako nasilno dejanje, ki ogroža človeško življenje, premoženje ali infrastrukturo in sicer s silo, nasiljem ali grožnjo in je izvedeno zaradi političnih, verskih, ideoloških ali podobnih namenov, ter ima namen vplivati na vlado kakšne države ali ustrahovati javnost ali katerikoli njen del ali pa ima tak učinek. Za teroristično dejanje se šteje tako dejanje, ki je izvedeno samostojno, kakor tudi tisto, ki je izvedeno v povezavi s katerokoli organizacijo ali oblastjo;
 - s) jih utrpi zavarovanec zaradi bistvenega poslabšanja psihičnega in fizičnega zdravstvenega stanja zaradi alkohola, mamil ali zdravil.
- (2) Poleg izključenih dogodkov navedenih v prvi točki tega člena, ki niso zajeti v zavarovalno kritje, so določene tudi dodatne izključitve v zvezi s posameznimi kritji in sicer v členih 23, 29, 34 in 42.



8. ČLEN: KAJ IN KOLIKO JE ZAVAROVALNA VSOTA?

- (1) Zavarovalna vsota v izbrani višini predstavlja najvišje možno plačilo zavarovalnice zavarovalnice za vse zavarovalne primere, ki so se zgodili v enem zavarovalnem letu, in ne za posamezni zavarovalni primer.
- (2) Ko je celotna zavarovalna vsota za posamezen del zavarovanja izplačana, zavarovalno kritje za ta del zavarovanja preneha.
- (3) Pri družinskem zavarovanju velja zavarovalna vsota v izbrani višini za vsakega posameznega zavarovanca posebej.
- (4) Zavarovalni pogoji veljajo v tistih delih, za katere je bilo zavarovalno kritje pisno dogovorjeno ob sklepanju zavarovanja.
- (5) Pri sklenitvi več zavarovanj za isto kritje zdravstvenih zavarovanj in prtljage, ki se glede na trajanje zavarovanja prekrivajo, ne veljajo večkratne zavarovalne vsote.



9. ČLEN: KDAJ JE POTREBNO PREMIJO PLAČATI IN KAKŠNE SO POSLEDICE NEPLAČILA PREMIJE?

- (1) Prvo ali enkratno premijo mora zavarovalec plačati ob prejemu police zavarovalnici, pri kateri je sklenil zavarovanje, vsako naslednjo premijo pa prvi dan vsakega zavarovalnega leta, če ni v zavarovalni pogodbi drugače dogovorjeno.
- (2) Zavarovalec mora pošiljati zavarovalnici premijo na lastno tveganje in na svoje stroške.
- (3) Če je premija plačana po pošti ali banki, velja kot dan plačila premije tisti dan, ko je prejem premije evidentiran pri zavarovalnici.
- (4) Če je dogovorjeno, da se premija, skladno z navodili o plačevanju premije, plačuje v obrokih, se zaračunava za odložene obroke doplačilna premija skladno z določili Pravilnika o plačevanju in knjiženju zavarovalnih premij. Če dospeli obrok premije ni plačan ob zapadlosti, se zavarovalcu zaračunajo zamudne obresti.
- (5) Če je bilo dogovorjeno obročno plačevanje premije, pa posamezni obrok ni plačan v roku, ki je za to predviden, lahko na podlagi zahteve zavarovalnice, zapade v plačilo celoletna premija. Dogovor o obročnem plačevanju premije je s tem odpovedan.
- (6) Za vsak dan prekoračitve roka plačila premije lahko zavarovalnica zaračuna zakonske zamudne obresti in stroške pošiljanja opominov.
- (7) Obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino preneha v primeru, če zavarovalec ne plača do zapadlosti zavarovalne premije, ki je zapadla po sklenitvi pogodbe, in tega tudi ne stori kdo drug, ki je za to zainteresiran, po tridesetih dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset dni od zapadlosti premije.
- (8) Zavarovalnica lahko po izteku roka iz sedmega odstavka tega člena, če je zavarovalec v zamudi s plačilom premije, ki jo je treba plačati po sklenitvi pogodbe, oziroma druge in naslednjih premij, razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka, s tem da razdrte zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz sedmega odstavka tega člena in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in o prenehanju zavarovalnega kritja.
- (9) Če zavarovalec plača premijo po izteku roka iz sedmega odstavka tega člena, vendar v enem letu od zapadlosti premije in v skladu z osmim odstavkom tega člena zavarovalnica zavarovalne pogodbe ni odpovedala, je zavarovalnica dolžna, če nastane zavarovalni primer, plačati odškodnino oziroma zavarovalnino od 24. ure dneva, ko je bila plačana premija in zamudne obresti.
- (10) Če je dogovorjeno, da se letna premija plačuje obročno, pripada zavarovalnici v trenutku nastanka zavarovalnega primera celotna letna premija za tekoče zavarovalno leto. Zavarovalnica ima pravico, da ob kakršnem koli izplačilu iz navedenega zavarovanja odtegne letno premijo tekočega zavarovalnega leta in tudi zapadle obveznosti zavarovalca do zavarovalnice iz kakršnih drugih pravnih naslovov (npr. neplačane zapadle premije iz drugih zavarovalnih pogodb).
- (11) Zavarovalnici prav tako pripada premija za tekoče zavarovalno obdobje v celoti, če je bila zaradi zavarovane nevarnosti zavarovalnina izplačana ali je rezervirana oz. je škoda v postopku likvidacije, ne glede na to ali je bila pogodba skladno s 5. členom teh pogojev predčasno prekinjena.
- (12) Zavarovalnica zavarovalcu premijo v celoti povrne, če je bilo zavarovanje odpovedano najmanj 48 ur pred datumom začetka zavarovanja navedenega na zavarovalni polici.
- (13) Če je bila zavarovalna pogodba sklenjena na daljavo (preko spleta ali telefona), lahko zavarovalec brez razloga zavarovalno pogodbo odpove, vendar najkasneje 48 ur pred datumom začetka zavarovanja navedenega na zavarovalni polici.



10. ČLEN: KAJ JE POTREBNO STORITI OB NASTOPU ZAVAROVALNEGA PRIMERA?

- (1) Obveznosti zavarovanca, katerih kršitev vpliva na oprostitve ali zmanjšanje plačila zavarovalnice s strani zavarovalnice, so naslednje: Zavarovanec je dolžan:
 - a) preprečevati nastop zavarovalnih primerov ali pa zmanjševati njihove posledice in pri tem upoštevati vse napotke zavarovalnice;
 - b) obrazce za prijavo in obdelavo zavarovalnega primera popolno izpolniti in priložiti vso potrebno dokumentacijo in jo najkasneje v 30-ih dneh od datuma konca potovanja posredovati zavarovalnici;
 - c) napraviti vse, kar je potrebno, da se pojasnijo vzroki, potek in posledice zavarovalnega primera;
 - d) pooblastiti in naročiti vsem državnim organom in lečečim zdravnikom in/ali bolnišnicam kot tudi drugim zavarovalnicam, ki se ukvarjajo z zavarovalnim primerom, da posredujejo zavarovalnici zahtevane informacije;
 - e) primerno in pravočasno zagotoviti možnost uveljavljanja odškodninskih zahtevkov do tretjih oseb ter jih, če je nujno, odstopiti zavarovalnici do višine zavarovalnine zaradi subrogacije;

- f) škode, ki so bile povzročene s kaznivimi dejanji, je potrebno nemudoma in z natančno predstavljenimi dejstvi ter opremljene s podatki o obsegu škode prijaviti pristojnemu varnostnemu organu ter pridobiti potrjeno prijavo;
- g) dokazna sredstva, ki utemeljujejo vzrok in višino zahtevka za izplačilo zavarovalnine, kot so policijski zapisniki, potrdila letalskih linij (upoštevati roke javljanja), posnetki dejanskega stanja, zdravniški in bolnišnični izvidi in računi, dokazila o nakupih, itd, takoj posredovati zavarovalnici v originalu;
- h) zavarovalnico obvestiti o spremembi zavarovančevega začasnega ali stalnega prebivališča.

- (2) Poleg teh splošnih obveznosti je zavarovanec dolžan izpolniti še posebne obveznosti, kot izhajajo iz členov 24, 30, 35 in 43 zavarovalnih pogojev.



11. člen: KAKO PRIJAVITI ZAVAROVALNI PRIMER?

- (1) Vsak zavarovalni primer je potrebno pisno prijaviti zavarovalnici najkasneje v 30-ih dneh od datuma konca potovanja oz. v primeru zavarovanja stroškov odpovedi potovanja v roku treh dni po stornaciji (odpovedi) potovanja. Obrazci za prijavo zavarovalnega primer so na voljo v poslovalnicah in na spletnih straneh zavarovalnice www.generalisi.si.
- (2) Izpolnjenemu obrazcu je potrebno priložiti kopijo zavarovalne pogodbe in vso ostalo potrebno originalno dokumentacijo (računi zdravstvenih storitev, zdravniški izvidi, policijski zapisniki...) ter vse poslati na sedež zavarovalnice.
- (3) Predloženi zdravniški in/ali bolnišnični računi morajo vsebovati ime in rojstne podatke zavarovanca kot tudi vrsto bolezni/poškodbe in zdravljenja. Če niso, se stroški prevajanja obračunajo skladno z veljavno tarifo pravilnika za vrednotenje dela sodnih tolmačev.

12. ČLEN: KAKO ZAVAROVALNICA IZPLAČA ZAVAROVALNINO?

- (1) Plačilo zavarovalnine je zavarovalnica dolžna plačati v 14 dneh od dneva dokončne ugotovitve utemeljenosti zahtevka in višine obveznosti zavarovalnice.
- (2) Če potekajo v zvezi z zavarovalnim primerom civilni ali kazenski postopki, je zavarovalnica upravičena do konca teh postopkov ugovarjati zapadlosti svoje dajatve.

13. ČLEN: KAKŠEN JE NAČIN OBVEŠČANJA?

- (1) Dogovori o vsebini zavarovalne pogodbe so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki.
- (2) Vsa obvestila in izjave, ki jih je treba dati po določbah zavarovalne pogodbe, morajo biti pisne.
- (3) Obvestilo ali izjava je dana pravočasno, če se pošlje pred potekom roka s priporočenim pismom.
- (4) Izjava, ki jo je treba dati drugemu, velja šele tedaj, ko jo ta prejme.



14. člen: SPREMEMBA NASLOVA IN VROČANJE

- (1) Zavarovalec mora obvestiti zavarovalnico o spremembi naslova svojega bivališča oziroma sedeža ali svojega imena oziroma firme v roku 8 dni od dneva spremembe.
- (2) Če je zavarovalec spremenil naslov bivališča oziroma sedež ali svoje ime oziroma firmo, pa tega ni sporočil zavarovalnici, poštne pošiljke pa ni mogoče zavarovalcu vročiti na zadnji sporočeni naslov, lahko zavarovalnica izjave in druga obvestila pošlje na naslov zavarovalca, ki je naveden v Centralnem registru prebivalstva. Opustitev dolžnosti sporočanja spremembe naslova ima lahko za posledico škodo, ki jo je v takem primeru zavarovalec dolžan povrniti zavarovalnici skladno s pravili odškodninskega prava.
- (3) Če se zavarovalec preseli izven Evropske unije, mora zavarovalnici sporočiti ime osebe v Sloveniji, ki je pooblaščen za sprejemanje izjav zavarovalnice.

15. člen: VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

- (1) Zavarovalec oz. zavarovanec pooblašča zavarovalnico in asistenčno družbo, da v njegovem imenu pridobi in vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, ki je potrebna za ugotavljanje okoliščin za sklenitev zavarovanja in pri ugotavljanju obveznosti zavarovalnice.
- (2) Zavarovalnica oz. asistenčna hiša se obvezuje, da bo zdravstvene podatke kot vse druge osebne podatke, varovala v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov, Zakonom o zavarovalništvu in Zakonom o zdravstveni dejavnosti.
- (3) Zavarovalec oz. zavarovanec v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov in zakonom, ki ureja zavarovalništvo, potrjuje, da soglaša z obdelavo svojih osebnih podatkov (ime in priimek, naslov stalnega in začasnega prebivališča, telefonska številka, naslov elektronske pošte, davčna številka, enotna matična številka ter vse druge osebne podatke, posredovane v zavarovalni dokumentaciji) za namene pogajanj pred sklenitvijo, sklenitve in izvajanja zavarovalne pogodbe z zavarovalnico. Zavarovalec oz. zavarovanec soglaša in pooblašča zavarovalnico oz. katerikoli drugo osebo, ki pridobi pravice iz zavarovalne pogodbe, da pri pristojnih državnih organih ali drugih institucijah opravi poizvedbe o naslovu bivališča, zaposlitve, premoženjskem stanju in prejemkih, ter jih uporabi, če je to za izvajanje pogodbe potrebno.
- (4) Zavarovalec oz. zavarovanec dovoljuje zavarovalnici oz. katerikoli drugi osebi, ki pridobi pravice iz zavarovalne pogodbe, posredovanje in zbiranje podatkov o morebitnem neizpolnjevanju njegovih obveznosti iz zavarovalne pogodbe tudi drugim finančnim ustanovam.
- (5) Zavarovalec oz. zavarovanec prav tako do preklica soglaša z obdelavo svojih, v nadaljevanju navedenih, osebnih podatkov za vzorčenje, anketiranje, prilagajanje ponudbe, raziskave trga, obveščanje o ponudbi, dogodkih in ugodnostih ter ugotavljanje uporabe storitev zavarovalnice in/ali njenih povezanih oseb (neposredno trženje) prek lastnih prodajnih poti, povezanih oseb ali zavarovalnih zastopnikov oz. posrednikov. V slednjem primeru bo lahko zavarovalnica oz. upravljavec osebnih podatkov tem osebam za te namene posredovala osebne podatke zavarovalca oz. zavarovanca (ime in priimek, naslov stalnega in začasnega prebivališča, telefonske številke, naslov elektronske pošte in druge podatke za doseg teh namenov). Zavarovalec oz. zavarovanec je obveščen o pravici pri upravljavcu ali uporabniku osebnih podatkov zahtevati vpogled, prepis, kopiranje, dopolnitev, popravek, blokiranje ali izbris svojih osebnih podatkov ter o pravici do začasnega ali trajnega prenehanja uporabe svojih osebnih podatkov za namene neposrednega trženja. Zavarovalec oz. zavarovanec lahko dovoljenje za uporabo osebnih podatkov za namene neposrednega trženja kadarkoli prekliče s pisno zahtevo poslano na naslov: GENERALI zavarovalnica d.d. Ljubljana, Kržičeva ulica 3, 1000 Ljubljana. Navedeni osebni podatki se bodo uporabljali le v času zavarovanja in z namenom obveščanja zavarovalca oz. zavarovanca o novostih in ponudbah zavarovalnice.

16. člen: PREPREČEVANJE PRANJA DENARJA IN FINANCIRANJA TERORIZMA

Zavarovalec oz. zavarovanec je seznanjen s tem, da sta lahko sklenitev in/ali izvajanje zavarovalne pogodbe predmet urejanja predpisov o preprečevanju pranja denarja in financiranja terorizma, v zvezi s čimer:

- (a) je dolžan zavarovalnici na njen poziv predložiti morebitne nadaljnje podatke (npr. o izvoru sredstev in premoženja, ki so/bodo predmet transakcij v zvezi z zavarovalno pogodbo),
- (b) lahko nastanejo pravne posledice glede veljavnosti zavarovalne pogodbe, zavarovalnega kritja in izplačila zavarovalnine. Zavarovalnica ni odgovorna za škodo, ki bi nastala zavarovalcu, zavarovancu ali upravičencu iz zavarovalne pogodbe zaradi izvajanja prej navedenih predpisov.

17. člen: POSTOPEK V PRIMERU SPORA

- a) Zoper odločitev in postopke zavarovalnice je dovoljena pritožba v skladu s pravilnikom o notranjem postopku za reševanje pritožb v zavarovalnici.
- b) V primeru nestrinjanja z dokončno odločitvijo o pritožbi v notranjem pritožbenem postopku zavarovalnice ali če zavarovalnica o

pritožbi ne odloči v 30 dneh po prejemu, ima stranka možnost vložiti pritožbo na Varuha dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu pri Slovenskem zavarovalnem združenju, GlZ, Železna cesta 14, Ljubljana, vložiti tožbo pri stvarno in krajevno pristojnem sodišču ali pa s pobudo začeti mediacijski postopek pri Mediacijskem centru pri Slovenskem zavarovalnem združenju, GlZ, Železna cesta 14, Ljubljana, ki ga GENERALI d.d. priznava tudi kot pristojnega izvajalca izvensodnega reševanja potrošniških sporov po postopku in na način, ki ga določa Pravilnik o postopku mediacij v domačih in čezmejnih potrošniških sporih (kontaktni podatki v zadevah potrošniških sporov: e-naslov irps@zav-zdruzenje.si, telefonska številka 00386 1 3009381, spletna stran www.zav-zdruzenje.si/ izvensodno-resevanje-potrosniskih-sporov)

18. člen: DAJATVE

Vrsta in višina dajatev je odvisna od veljavne zakonodaje:

- (1) Davek od prometa zavarovalnih poslov se plačuje po stopnji 8,5 % od zavarovalne premije.
- (2) V primeru, da se davčna zakonodaja spremeni, bo zavarovalnica predpisane davke obračunala v skladu z veljavno zakonodajo.

19. člen: ZAKLJUČNE DOLOČBE

- (1) Za sklenjeno zavarovalno pogodbo se ne glede na državljanstvo zavarovalca uporablja slovenska zakonodaja, predvsem določila Obligacijskega zakonika (OZ) in Zakona o zavarovalništvu (ZZavar-1).
- (2) Za nadzor nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (3) Zavarovalec se zavezuje, da bo sodeloval z zavarovalnico v postopkih, določenih predpisi s področja davkov ter preprečevanja pranja denarja in financiranje terorizma.
- (4) Zavarovalnica ne zagotavlja zavarovalnega jamstva in zato nima obveznosti iz zavarovalne pogodbe, v primeru, če bi takšno izplačilo izpostavilo zavarovalnico kakršnim koli sankcijam, prepovedim ali omejitvam na podlagi resolucij Združenih narodov ali trgovinskim ali ekonomskim sankcijam, kršitvam zakonov ali predpisov Evropske Unije, Združenega kraljestva ali Združenih držav Amerike.
- (5) Zavarovalec je dolžan nemudoma sporočiti zavarovalnici vsako spremembo osebnih podatkov.
- (6) Če so asistenčne storitve opravljene v državi, ki ne uporablja EUR za denarno valuto, so stroški s strani zavarovalnice kriti do protivrednosti v lokalni valuti po srednjem tečaju Banke Slovenije na dan opravljene asistenčne storitve.
- (7) Vsa sporočila in izjave je potrebno podajati v pisni obliki.
- (8) Asistenčne storitve zavarovalnice so organizirane s pomočjo pogodbenega partnerja Europ Assistance.

II. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE NA POTOVANJU V TUJINI



20. ČLEN: KAJ JE ZAVAROVALNI PRIMER?

Zavarovalni primer je nastop akutne bolezni (ni poslabšanje že obstoječe bolezni), nastop nezgode ali smrti zavarovanca v tujini. Kot tujina ne velja Slovenija in tudi ne država, kjer ima zavarovanec svoje stalno aličasno bivališče.



21. člen: KAKŠEN JE OBSEG KRITJA ZAVAROVALNICE?

- (1) Zavarovalnica povrne dokazane stroške do višine zavarovalne vsote za:
 - a) nujno ambulantno zdravniško zdravljenje;
 - b) nujne zobozdravstvene storitve v višini do 200 EUR;
 - c) zdravniško predpisana zdravila;
 - d) medicinsko nujen transport zdravil in serumov iz najbližjega depoja.
- (2) Zavarovalnica jamči tudi za stroške naslednjih storitev:
 - a) nujno bolnišnično zdravljenje. Bolnišnica v državi potovanja mora biti splošno priznana kot bolnišnica in imeti stalno zdravniško vodstvo. Upošteva se bolnišnica, ki se nahaja v državi potovanja oz. je najbližje dosegljiva;
 - b) transport v najbližje dosegljivo bolnišnico ter medicinsko nujno premeditev, ki jo organizira zavarovalnica;
 - c) vrnitev zavarovanca v Slovenijo ali v sosednjo državo, če se je potovanje pričelo tam. Transport organizira zavarovalnica in sicer takoj, ko je to medicinsko smiselno in potrebno, z medicinsko adekvatnim transportnim sredstvom (vključno z ambulantnim letalom);
 - d) če zaradi zdravstvenih razlogov ni možen prevoz zavarovanca domov do konca zavarovanja, povrne zavarovalnica stroške zdravljenja do dneva, ko je ta prevoz mogoč, vendar skupaj ne več kot za 30 dni po nastopu zavarovalnega primera;
 - e) transport potovalne prtljage, ki sta jo pripeljala zavarovanec in spremljajoča oseba;
 - f) prevoz umrlega v domovino na kraj zavarovančevega pogreba, z izključitvijo stroškov pogreba.
- (3) Zavarovalnica jamči bolnišnici v tujini, če le-ta to zahteva, garancijo za stroške do 15.000 EUR, ki se lahko po potrebi zvišajo do zavarovalne vsote, navedene v zavarovalnem dokazilu.
- (4) Če mora zavarovanec zaradi nezgode ali bolezni ostati v bolnišnici 7 dni ali več, bo zavarovalnica na željo zavarovanca organizirala obisk ene osebe, ki jo bo imenoval zavarovanec.
- (5) Zavarovalnica bo krila stroške povratne vozovnice za javni prevoz (ekonomski razred) iz oz. v Slovenijo in namestitve za dve zaporedni nočitvi. Zavarovalnica krije stroške za storitve po tej točki v skupni višini 400 EUR (prevoz in prenočitev skupaj).



22. ČLEN : KAKŠEN JE OBSEG KRITJA ZA ZAVAROVANJE STROŠKOV ISKANJA IN REŠEVANJA?

Zavarovalnica povrne dokazane stroške iskanja in reševanja zavarovanca do vsote 5.000 EUR, če je nepoškodovan, ranjen ali mrtev, ker:

- a) je utrpel nezgodo;
- b) se nahaja v tiski v gorah ali na morju;
- c) obstaja utemeljena domneva, da je nastopila situacija, navedena pod točko a) ali b).



23. člen: KAJ JE IZKLJUČENO IZ ZAVAROVALNEGA KRITJA?

Ne nadomestijo se stroški za:

- a) zdravljenje in transport v povezavi z:
 - dializo, transplantacijo organov, aidsom, shizofrenijo;
 - naslednjimi boleznimi, če so bile bolnišnično zdravljene v zadnjih 12 mesecih pred sklenitvijo zavarovanja: bolezni srca, infarkt, rak, diabetes (tip 1), epilepsija, multipla skleroza, psihične bolezni;
- b) zdravljenje, ki je izključni ali delni razlog za potovanje;
- c) zdravljenje, za katero je bilo znano in pričakovano že ob nastopu potovanja, da lahko nastopi med načrtovanim potekom potovanja;
- d) uveljavljanje postopkov zdravljenja, vezanih na kraj (zdravljenje v zdravilišču);
- e) konzervirno ali protetično zdravljenje zob;
- f) pridobitev pripomočkov (npr. očala, vložki, proteze);
- g) rojevanje in prekinitev nosečnosti;
- h) nalezljive spolne bolezni;
- i) cepljenje, zdravniška spričevala in atesti;
- j) kontrolni pregledi in zdravljenje (npr. terapije);
- k) posebne storitve v bolnišnici, kot enoposteljna soba, telefon, TV, posebna nastanitev, itd.;
- l) kozmetični tretmaji;



24. člen: KAJ JE POTREBNO STORITI OB NASTOPU ZAVAROVALNEGA PRIMERA?

- (1) Za vse nastale stroške do višine 150 EUR mora zavarovanec jamčiti sam in klic v asistenčni center ni obvezen. Zavarovanec mora v tem primeru vložiti zavarovalnici odškodninski zahtevek za povračilo nastalih stroškov najkasneje v 30-ih dneh od datuma konca potovanja.
- (2) Za jamstvo kritja stroškov s strani zavarovalnice višjih od 150 EUR in stroškov za storitve iz 2. točke 21. člena in iz vseh točk 22. člena je pred kakršnimkoli ukrepanjem obvezen klic v asistenčni klicni center. Stroške klica v asistenčni klicni center plača zavarovanec sam in niso predmet zahtevka za izplačilo zavarovalnice.
- (3) Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila asistenčnega klicnega centra glede nudenja in organiziranja pomoči. V primeru neupoštevanja določil tega člena in ukrepanja brez odobritve zavarovalnice zavarovanec izgubi pravice iz tega zavarovanja.
- (4) Zavarovalec ali zavarovanec pooblašča zavarovalnico, da lahko v primeru, ko je plačala zdravstveno storitev v tujini, namesto zavarovalca oz. zavarovanca zahteva povračilo teh stroškov po predpisih obveznega zdravstvenega zavarovanja neposredno od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

III. ZAVAROVANJE POTOVALNE PRTLJAGE



25. ČLEN: KAJ JE ZAVAROVALNI PRIMER?

- (1) Zavarovalni primer je poškodba, uničenje ali izguba stvari zaradi prometne nesreče, požara, eksplozije, naravnih nesreč in vlomne tatvine pri dokazanem delovanju tretjih oseb.
- (2) Stvari so zavarovane proti nevarnosti vlomne tatvine le, če se nahajajo v zaprtem in zaklenjenem prostoru, tako da njihov odvzem s strani tretje osebe ni možen brez premagovanja neke ovire. Ob nastanku zavarovalnega primera morajo biti vidni sledovi nasilnega delovanja tretje, s strani zavarovanca nepooblaščen osebe (vlomna tatvina).



26. člen: KAKŠEN JE OBSEG KRITJA ZAVAROVALNICE?

- (1) Zavarovani so naslednji predmeti:
 - a) prtljaga;
 - b) osebne stvari v lasti ali posesti zavarovanca.
- (2) Zavarovalno kritje se ne nanaša na naslednje predmete, ki niso zavarovani:
 - a) zlato, gotovina, čeki, kreditne kartice, bančne kartice, vrednostni papirji, vozovnice, listine in vsakovrstni dokumenti (voznikiški izpit, potni list, osebna izkaznica, zdravstvena kartica,...);
 - b) antikvitet, predmeti s pretežno umetniško in zbirateljsko vrednostjo;
 - c) živali;
 - d) motorna vozila, zračna in vodna plovila skupaj s pripadajočo opremo ter tudi padala, zmaji, ipd;
 - e) predmeti, ki služijo izvajanju poklica, kot so prodajno blago, vzorčne kolekcije, orodje, instrumenti in računalniki (npr. prenosni računalniki).
- (3) Orožje in pribor je izključeno iz zavarovalnega kritja, če ni v zavarovalni pogodbi dogovorjeno drugače.



27. člen: KAKŠNO JE ZAVAROVALNO KRITJE ZA PRTLJAGO V MOTORNIM VOZILIH IN PRIKOLICAH?

- (1) Zavarovalno kritje proti vlomni tatvini za prtljago v motornih vozilih in prikolicah obstaja za predmete samo, če se nahajajo v notranjem ali prtljažnem prostoru, ki je trdno obdano s kovino, trdo plastiko ali steklom, in ki je zaklenjen, in so uporabljene vse obstoječe varnostne naprave.
- (2) Na dvokolesnem vozilu mora biti potovalna prtljaga hranjena v zaprtih in zaklenjenih prtljažnikih iz kovine ali trde plastike, ki jih nepooblaščen oseba ne more odpreti ali sneti brez uporabe sile.
- (3) Zavarovalnica krije stroške iz tega člena do skupnega zneska največ 200 EUR.



28. člen: KAKŠNO JE ZAVAROVALNO KRITJE ZA PRTLJAGO PRI ŠOTORJENJU IN KAMPIRANJU?

- (1) Zavarovalno kritje pri šotorjenju in kampiranju velja le za tista mesta, ki se nahajajo na uradnem in priznanem kampirnem mestu pod upravljanjem državnih organov, društev ali podjetij.
- (2) Zavarovalno kritje velja, če so zavarovani predmeti predani v hrambo vodstvu kampinga ali pa se nahajajo v vozilu (prikolici) ali avtomobilu, vendar samo, če so izpolnjeni pogoji pod 1. in 2. točko 27. člena.
- (3) Zavarovalnica krije stroške iz tega člena do skupnega zneska največ 200 EUR.



29. člen: KAJ JE IZKLJUČENO IZ ZAVAROVALNEGA KRITJA?

Zavarovalno kritje ne obstaja za dogodke, če:

- (a) nastanejo v hrambi pri transportnem podjetju ali prevozu v javnem prometu, torej po krivdi transportnega podjetja (npr. na letalu, avtobusu, taxiju...);
- (b) nastanejo zaradi naravnih lastnosti ali pomanjkljive kvalitete, nošenja, obrabe, pomanjkljive embalaže ali pomanjkljivega zapiranja zavarovanih predmetov;
- (c) so povzročeni po krivdi zavarovanca zaradi pozabljanja, puščanja, zgubljanja, založitve, pomanjkljivega nadzora, pomanjkljive hrambe, ali če zavarovanec pusti predmete pasti, viseti, stati;
- (d) nastopijo ob uporabi športnih naprav (kolesa, deske za surfanje, smuči itd.);
- (e) predstavljajo posledice zavarovalnih primerov;
- (f) nastanejo zaradi rop ali roparske tatvine.



30. člen: KAJ JE POTREBNO STORITI OB NASTOPU ZAVAROVALNEGA PRIMERA?

- (1) Vsak zavarovalni primer po 25. členu mora zavarovanec takoj prijaviti policiji in zahtevati potrdilo o prijavi. Nastanek zavarovalnega primera po 25. členu se pri zavarovalnici dokazuje izključno s policijskim zapisnikom.
- (2) Poleg policijskega zapisnika je potrebno pri prijavi zavarovalnega primera zavarovalnici predložiti tudi kopijo računa, ki potrjuje obstoj predmeta, ki naj bi bil z zavarovalnim primerom izgubljen. V nasprotnem primeru zavarovalnica krije trenutno škodo, vendar največ do zneska 65 EUR za vse predmete skupaj.

31. člen: KAKO SE DOLOČI VIŠINA ZAVAROVALNINE?

- (1) Ob zavarovalnem primeru nadomesti zavarovalnica (do dogovorjene zavarovalne vsote)
 - izginule predmete v višini trenutne vrednosti;
 - za filme, nosilce zvoka in podatkov ter podobno, samo njihovo materialno vrednost.
- (2) Kot trenutna vrednost velja nova vrednost zavarovanega predmeta na dan škode, znižane za zmanjšano vrednost zaradi starosti in obrabe. Če ni možen nov nakup, se upošteva cena nakupa predmetov enake vrste in kvalitete.
- (3) Zavarovalnica se odpoveduje ugovoru podzavarovanja.

IV. NEZGODNO ZAVAROVANJE



32. člen: KAJ JE ZAVAROVALNI PRIMER?

- (1) Zavarovalni primer je nezgoda, ki se zavarovancu pripeti na potovanju in ima za posledico najmanj 50% invalidnost.
- (2) Za nezgodo velja od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki nenadoma od zunaj, mehansko ali kemijsko, vpliva na njegovo telo in ima za posledico telesno poškodbo.
- (3) Za nezgodo se štejejo tudi naslednji dogodki, ki se zgodijo neodvisno od zavarovančeve volje:
 - opekline, oparine;
 - učinki strele ali električnega toka;
 - vdihovanje plinov ali hlapov, zaužitje strupenih ali jedkih snovi, razen če učinki nastajajo postopoma;
 - izpahi okončin ter pretegnjenje in raztrganje mišic, kit, ovojnic, vezi na okončinah in hrbtnici, ki nastanejo zaradi nenadne in nepričakovane spremembe smeri gibanja.
- (4) Bolezni se ne štejejo kot nezgode, prenosljive bolezni pa tudi ne kot posledice nezgode. To ne velja za bolezni tetanus in steklino, če sta povzročeni zaradi nezgode, kot opisane v 2. točki tega člena.



33. člen: KAKŠEN JE OBSEG IN KAKŠNA OMEJITEV KRITJA ZAVAROVALNICE?

- (1) Zavarovalno kritje se zagotavlja samo za telesne poškodbe povzročene zaradi nezgode.
- (2) Pri izračunu stopnje invalidnosti se odšteje višina predhodne invalidnosti samo, če je zaradi nezgode prizadeta telesna ali duševna zmožnost, ki je bila prizadeta že pred tem. Predinvalidnost se oceni v skladu z 36. členom, točkami od 2 do 5.
- (3) Če so bolezni ali hibe, ki so obstajale že pred nezgodo, vplivale na posledice nezgode, se izplačilo zmanjša ustrezno deležu bolezni ali hibe, v kolikor ta delež znaša vsaj 25 odstotkov.
- (4) Za organsko povzročene motnje živčnega sistema se zavarovalnina izplača le, če in v kolikor je ta motnja posledica pri nezgodi povzročene organske poškodbe. Duševne in psihične motnje (nevroza, psihonevroze) ne štejejo kot posledice nezgode.
- (5) Pri herniji medvretenčne ploščice se zavarovalnina izplača samo, če je nastala zaradi direktnega mehanskega delovanja na hrbtnico in če ne gre za poslabšanje bolezenskega pojava, nastalega pred nezgodo.
- (6) Pri trebušni kili kakršne koli vrste se zavarovalnina izplača samo, če je mehanski vpliv od zunaj neposredno povzročil stanje in je bila poleg kile klinično ugotovljena poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju.



34. člen: KAJ JE IZKLJUČENO IZ ZAVAROVALNEGA KRITJA?

Iz zavarovanja so izključene sledeče nezgode:

- a) nastale zaradi telesnih poškodb pri terapevtskih ukrepih in posegih, ki jih zavarovanec izvaja ali pusti izvajati na svojem telesu, v kolikor zavarovalni primer ni bil povod za to dejanje;
- b) pri uporabi zračnih plovil, razen kot letalskih potnik v motornih letalih, ki imajo dovoljenje za prevoz potnikov. Za letalskega potnika se šteje vsak, ki ni v nobeni povezavi z upravljanjem zračnega plovila, ni član posadke, niti ne izvaja poklicne dejavnosti povezane z zračnim plovilom;
- c) pri vožnji kopenskih ali vodnih vozil, če voznik za njihovo uporabo v državi, kjer se je nezgoda zgodila, ne poseduje zahtevanega dovoljenja za upravljanje.



35. člen: KAJ JE POTREBNO STORITI OB NASTOPU ZAVAROVALNEGA PRIMERA?

- (1) Zavarovanec mora:
 - a) po nezgodi takoj zagotoviti zdravniško pomoč in z zdravniško oskrbo nadaljevati do konca zdravljenja; prav tako mora poskrbeti za primerno nego in po možnosti za preprečitev in zmanjšanje posledic nezgode;
 - b) pooblastiti zdravnike in/ali bolnišnične ustanove, ki so ga zdravile ali opravljale preiskave, in jih pozvati, da podajo informacije in predložijo poročila, ki jih zahteva zavarovalnica.
- (2) Zavarovalnica lahko zahteva, da zavarovanca pregleda zdravnik, ki ga določi ona.
- (3) V primeru kršitve 1. točke tega člena ali če zavarovanec ne dovoli pregleda s strani zdravnika določenega s strani zavarovalnice, je zavarovalnica oproščena vseh svojih obveznosti.

36. člen: KAKO SE DOLOČI STOPNJA TRAJNE INVALIDNOSTI

- (1) Če v enem letu po dnevu nezgode ostane kot posledica nezgode trajna invalidnost, ki je najmanj 50 odstotna, se izplača zavarovalnina v dogovorjeni višini zavarovalne vsote.
- (2) Za ocenitev stopnje invalidnosti veljajo naslednje stopnje:

Pri popolni izgubi ali popolni funkcionalni nezmožnosti

– roke od ramenskega sklepa navzdol	70 %
– roke nad komolčnim sklepom	65 %
– roke pod komolčnim sklepom ali zapestja	60 %
– palca	20 %
– kazalca	10 %
– ostalih prstov	5 %
– noge nad sredino stegna	70 %
– noge do sredine stegna	60 %
– noge do sredine goleni ali stopala	50 %
– palca na nogi	5 %
– ostalih prstov na nogi	2 %
– vida na obeh očesih	100 %
– vida na enem očesu	35 %
– če je bil vid drugega očesa izgubljen že pred nastopom zavarovalnega primera	60 %
– sluha na enem ušesu	15 %
– če je bil sluh drugega ušesa izgubljen že pred nastopom zavarovalnega primera	45 %
– voha	10 %
– okusa	5 %
- (3) Pri delni izgubi ali funkcionalni nezmožnosti prej navedenih delov telesa ali organov se stopnje točke 2 uporabljajo v sorazmerju z delno izgubo.
- (4) Če se stopnja invalidnosti skladno z 2. točko ne da določiti, je merodajno, koliko je telesna ali duševna zmožnost oškodovana z medicinskega vidika.
- (5) Več stopenj invalidnosti iz 2. in 4. točke se seštevajo; višina zavarovalnega kritja je omejena z zavarovalno vsoto.

37. člen: KAKO ZAVAROVALNICA IZPLAČA ZAVAROVALNINO?

- (1) V prvem letu po nezgodi se zavarovalnina za invalidnost izplača le v primeru, da sta vrsta in obseg posledic nezgode z zdravniškega vidika jasno določeni.
- (2) Če stopnja trajne invalidnosti ni jasno določena, imata zavarovanec in zavarovalnica pravico, da stopnjo invalidnosti zdravniško in na novo izračunata vsako leto do treh let od dneva nezgode.

- (3) Če zavarovanec v treh letih po nastanku nezgode umre iz razloga, ki ni povezan z nezgodo, se zavarovalnina izplača le, če se je lahko po zadnjih zdravniških izvidih nedvoumno ugotovilo najmanj 50% trajno invalidnost. Pri kasnejši smrti zahtevkov za izplačilo zavarovalnine ni upravičen.
- (4) Zavarovalnica se obvezuje, da se bo do zahtevkov za izplačilo za trajno invalidnost v roku treh let opredelila, če in v kakšni višini bo priznala izplačilo. Roki začnejo teči s prejemom dokumentacije, ki jo mora predložiti oseba, ki vlaga zahtevo, za ugotovitev poteka nezgode in posledic nezgode ter o zaključku zdravljenja.

38. člen: IZVEDENSKI POSTOPEK

- (1) Zavarovalnica in zavarovanec imata pravico zahtevati, naj o določenih spornih dejstvih glede vrste in obsega posledic po nezgodi oz. glede tega, ali in v kolikšni meri je poškodba zavarovanca v vzročni zvezi z nezgodo, odločajo zdravniki izvedenci.
- (2) Enega izvedenca imenuje zavarovalnica, drugega pa zavarovanec. Imenovana izvedenca pred pričetkom dela imenujeta tretjega izvedenca, ki poda svoje strokovno mnenje le, kadar so ugotovitve prvih dveh izvedencev različne in le v mejah njihovih ugotovitev.
- (3) Vsaka stranka plača stroške izvedenca, ki ga je imenovala. Za tretjega izvedenca plača vsaka stranka polovico stroškov.

V. ZAVAROVANJE STROŠKOV ZARADI ODPOVEDI POTOVANJA



39. člen: KAJ JE PREDMET ZAVAROVANJA?

- (1) Predmet zavarovanja so v obdobju enega leta rezervirana potovanja, ki ne trajajo dlje od 90 zaporednih dni. Naslednje določbe, ki se navezujejo na potovanje, se smiselno uporabi tudi za objekte v najemu.



40. člen: KAJ JE ZAVAROVALNI PRIMER?

- (1) Zavarovalni primer nastane, če se potovanje ne prične zaradi enega izmed naslednjih vzrokov:
- nenadnega nastopa težke bolezni, težkih zdravstvenih posledic nezgode, preobčutljivosti na cepivo ali smrti zavarovane osebe. Bolezen, preobčutljivost na cepivo ali posledice nezgode veljajo za težke, če ima to za posledico nesposobnost udeležbe rezerviranega potovanja. Obstoječe bolezni (glej tudi 39. člen) so zavarovane samo, kadar te nepričakovano postanejo akutne. Psihična obolenja so zavarovana le, če se pojavijo prvič in je zaradi tega potrebno bolnišnično zdravljenje ali zdravljenje zdravnika psihiatra.
 - nenadnih in nepredvidljivih težkih nosečnostnih komplikacij (le-te mora potrditi zdravnik);
 - nenadne težke bolezni, težke zdravstvene posledice nezgod ali smrti družinskega člana ali druge bližnje osebe (le-ta mora biti ob sklenitvi zavarovanja poimensko navedena v zavarovalni polici; na eni rezervaciji se lahko navede samo ena bližnja oseba), če je zaradi tega navzočnost zavarovanca nujno potrebna. Za družinske člane se štejejo zakonci oz. zunajzakonski partner v skupnem gospodinjstvu, otroci, partnerjevi otroci, vnuki, starši, partnerjevi starši, mačeha in očim, stari starši, bratje in sestre ter zet in snaha zavarovane osebe;
 - večja premoženjska škoda na zavarovančevi lastnini v kraju bivanja, ki nastane kot posledice elementarne nesreče (požar itd.) ali kazniviga dejanja tretje osebe, zaradi česar je zavarovančeva prisotnost nujna.
- (2) Zavarovalni primer velja za prizadeto zavarovano osebo in za enakovredno zavarovane družinske člane, ki potujejo poleg. Enakovredno zavarovan je, kdor je pri zavarovalnici zavarovan za zavarovalni primer v skladu s 1. točko tega člena.



41. člen: KDAJ VELJA ZAVAROVALNO KRITJE?

- (1) Zavarovalno kritje za primer odpovedi potovanja prične veljati z vsakokratno rezervacijo potovanja in preneha z nastopom potovanja.
- (2) Za potovanja, ki so bila rezervirana pred sklenitvijo zavarovanja, zavarovalno kritje prične veljati 10. dan po sklenitvi zavarovanja (razen v primeru smrti, nezgode ali elementarne nesreče, kot je opisano v 40. členu).



42. člen: KAJ JE IZKLJUČENO IZ ZAVAROVALNEGA KRITJA?

- (1) Zavarovalni primer ne nastane, če je razlog za odpoved potovanja povezan z eno od naslednjih obolenj/zdravljenj zavarovane osebe: psihične bolezni (glej 40. člen, točko 1.a), dializa, presaditev organa, aids, shizofrenija.
- (2) Zavarovalni primer ne nastane, če je razlog za odpoved potovanja:
- povezan z eno od naslednjih bolezni, ki so bile pri zavarovani osebi bolniško zdravljene v zadnjih 12 mesecih pred rezervacijo potovanja: bolezni srca, srčna kap, rak, diabetes (tip 1), epilepsija, multipla skleroza;
 - obstajal ob sklenitvi zavarovanja ali rezervaciji potovanja ali pa ga je bilo mogoče predvideti.
- (3) Zavarovalni primer ne nastane, če je odpovedano potovanje povezano s službeno potjo, razen če to ni posebej pisno dogovorjeno ob sklepanju pogodbe.
- (4) Zavarovalni primer ne nastane, če turistična agencija odstopi od pogodbe o potovanju.
- (5) Zavarovalni primer ne nastane, če zdravnik specialist, ki ga je pooblastila zavarovalnica (glej 43. člen, 2. točka), ni potrdil nesposobnosti za potovanje.



43. člen: KAJ JE POTREBNO STORITI OB NASTOPU ZAVAROVALNEGA PRIMERA?

- (1) Zavarovanec je dolžan, če ne nastopi potovanja iz razloga, ki ga krije zavarovanje:
- takoj po nastanku zavarovalnega primera, rezervacijo potovanja nemudoma odpove na mestu rezervacije, tako da so stroški odpovedi potovanja čim nižji;
 - zavarovalnico takoj pisno obvesti o zavarovalnem primeru z navedbo razloga za odpoved in priloži potrdilo o rezervaciji in o zavarovanju;
 - v primeru nezmožnosti za potovanje zaradi zdravstvenih razlogov pisnemu obvestilu o zavarovalnem primeru priloži natančno zdravniško potrdilo/poročilo o nezgodi oz. bolezni, katero vsebuje popolno diagnozo ter datum nastanka nezgode oz. bolezni ali nezmožnosti za potovanje. Priložiti je potrebno tudi obvestilo o bolniškem staležu. V primeru psihičnega obolenja mora nezmožnost za potovanje dokazati zdravnik psihiater.
- (2) Zavarovanec mora na zahtevo zavarovalnice iti na pregled k s strani zavarovalnice pooblaščenemu zdravniku specialistu.
- (3) Zavarovanec mora zavarovalnici poleg že navedenih dokumentov takoj posredovati tudi naslednje dokumente:
- račun in potrdilo o plačilu rezerviranega potovanja kot npr. pogodba, račun, izpis letalske vozovnice. Pri letalskih vozovnicah mora zavarovanec predložiti »ticket refund«, znesek vračila letalskih taks ali pristojbin. V primeru, da je letalska karta »non refundable« in se ne vrne ničesar, je potrebno priložiti dokazilo letalske družbe, da zavarovanec ni bil prisoten na letalu;
 - obračun stroškov odpovedi potovanja (dokazilo o neudeležbi na potovanju kot npr. odpoved posredovana hotelu, višina stroškov s strani hotela, aranžmaja, kjer bodo razvidni stroški, ki so nastali zaradi odpovedi potovanja);
 - v celoti izpolnjen obrazec za prijavo škodnega primera;
 - zdravniško potrdilo, ki vsebuje datum nastopa bolezni/poškodbe vključno s popolno diagnozo;
 - druga dokazila, ki se nanašajo na vzrok in višino zavarovalnega zahtevka (npr. mrliški list, nosečniško knjižico, izpis iz ambulantne kartoteke, rojstni list kot dokazilo o sorodstvenem razmerju).
- (4) Zavarovanec mora na zahtevo zavarovalnice izročiti neuporabljene potovalne dokumente (original vstopnice, v kolikor niso bile plačane preko spleta, potrdilo o rezervaciji hotela, renta car-jar parkirišča itd.).

44. člen: KAKO SE DOLOČI VIŠINA ZAVAROVALNINE?

Zavarovalnica nadomesti zavarovancu v okviru zavarovalne vsote v primeru odpovedi potovanja tiste stroške odpovedi, ki bi morali biti plačani do trenutka nastopa zavarovalnega primera, in tiste uradne pristojbine, ki jih je zavarovanec dokazano plačal za pridobitev vizuma. V nobenem primeru se ne povrne stroškov prijavnine.

LEGENDA SIMBOLOV



Kaj je zavarovano?



Kaj ni zavarovano?



Ali je kritje omejeno?



Kje velja zavarovanje?



Kakšne so
moje obveznosti?



Kdaj in kako plačam?



Kdaj zavarovanje začne
in kdaj neha veljati?



Kako lahko odstopim
od pogodbe?

Pogoji so bili sprejeti s strani uprave zavarovalnice na seji dne 21.11.2017 in veljajo od 4.12.2017 dalje.