

Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje z asistenco v tujini SP-TAS-11

UVOD

1. Kaj je zdravstveno zavarovanje z asistenco na potovanjih v tujini

- 1.1 Zdravstveno zavarovanje z asistenco na potovanjih v tujini (v nadaljevanju: zavarovanje) je zavarovanje za primer kritja stroškov nujnih zdravstvenih storitev v tujini in drugih storitev v skladu s temi splošnimi pogoji, vključno z medicinsko asistenco, ki ga sklenete kot zavarovalec z Vzajemno zdravstveno zavarovalnico, d.v.z., za pogodbeno dogovorjeno zavarovalno dobo, območje in program.
- 1.2 Z »vi« je v teh splošnih pogojih naslovljen zavarovalec (sklenitelj zavarovanja), če ni izrecno določeno drugače. Z »mi« oziroma »zavarovalnica« je v teh splošnih pogojih imenovana Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.

2. Kaj so ti splošni pogoji

- 2.1 Splošni pogoji predstavljajo sestavni del zavarovalne pogodbe. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe tako hkrati soglašate z določili teh splošnih pogojev.

SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

3. Kdo in kako se lahko zavaruje po teh pogojih

- 3.1 Zavarovanec ste lahko sami ali pa zavarujete drugo osebo (posamično zavarovanje) ali več oseb, ki potujejo skupaj (skupinsko zavarovanje) oziroma starše in njihove otroke do 21. leta starosti, ki potujejo skupaj (družinsko zavarovanje).
- 3.2 Zavarovanec je lahko vsakdo, pri čemer se osebe, ki so ob začetku zavarovanja stare 70 let ali več, lahko zavarujejo z doplačilom premije v skladu z našim cenikom.

4. Kdaj je zavarovanje sklenjeno

- 4.1 Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko se z nami dogovorite o bistvenih elementih zavarovalne pogodbe, kot so določitev premije, programa, zavarovanja, območja zavarovalnega kritja in zavarovalne dobe.
- 4.2 Pogoj za veljavno sklenitev zavarovanja je, da podpišete polico oziroma da plačate premijo, če tako določimo v primeru sklenitve zavarovanja na daljavo.
- 4.3 Zavarovanje je neveljavno, če je sklenjeno po pričetku potovanja oziroma je zavarovanec ob sklenitvi zavarovanja že v tujini.

5. Območje in višina zavarovalnega kritja

- 5.1 Zavarovalno kritje velja le za območje, ki je navedeno v zavarovalni pogodbi. Zavarovalna pogodba se lahko sklene za območje razširjene Evrope (območje 1), območje Svet (območje 2) oziroma za Hrvaško (območje 3).
- 5.2 Območje razširjene Evrope pokriva območje do gorovja Ural in do južne meje Ruske federacije, območje mediteranskih dežel, Jordanije, Sirije in Kanarskih otokov. Območje Svet pa obsega ves svet.
- 5.3 Zavarovalno kritje ne velja za območje Republike Slovenije in za države, kjer ima zavarovanec stalno prebivališče.
- 5.4 Stroške storitev iz zavarovanja po teh splošnih pogojih krijemo do višine zavarovalne vsote. Zavarovalne vsote (za posamezno vrsto stroškov in skupna po polici) so določene na polici in se nanašajo na vse stroške storitev za zavarovanca, ki nastanejo v času zavarovalnega kritja. V primeru zavarovanja »multitrip« so na polici določene zavarovalne vsote za zavarovalno leto in za posamezen zavarovalni primer.

TRAJANJE ZAVAROVALNEGA KRITJA

6. Začetek zavarovalnega kritja

- 6.1 Zavarovalno kritje se prične ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, če ste do tedaj plačali premijo. Premija v celoti zapade v plačilo ob sklenitvi zavarovanja, če ni na polici dogovorjeno drugače.
- 6.2 Če zavarovalne premije do predvidenega začetka zavarovalnega kritja niste plačali, se kritje začne ob 24:00 tistega dne, ko ste premijo plačali.
- 6.3 Pri programu multitrip velja zavarovalno kritje vsakokrat prvih 60 dni od dneva posameznega odhoda v tujino, če ni na polici dogovorjeno drugače.

7. Kdaj zavarovalno kritje preneha

- 7.1 Zavarovalno kritje preneha ob 24:00 uri tistega dne, ki je naveden na polici kot dan prenehanja zavarovalne pogodbe.
- 7.2 Zavarovalno kritje preneha tudi, če preneha zavarovanje (v primeru smrti zavarovanca, odpovedi oziroma prekinitve zavarovanja).

NAŠE OBVEZNOSTI

8. Kdaj nastopi zavarovalni primer

- 8.1 Zavarovalni primer nastane ob upravičeni potrebi zavarovanca po zdravstvenih in drugih storitvah, ki nastane zaradi nepredvidenih bolezni ali poškodb zavarovanca, ter se konča v trenutku, ko po mnenju zdravnika zavarovalnice zdravljenje zavarovanca ni več potrebno, oziroma z vrnitvijo zavarovanca v domovino (to je Slovenijo ali državo zavarovančevega stalnega bivališča, če je na polici tako dogovorjeno).
- 8.2 Nov zavarovalni primer nastane, ko so zaradi nepredvidenih bolezni ali poškodb, ki s prejšnjimi niso v vzorčni zvezi, potrebne zdravstvene ali druge storitve.

9. Kaj zavarovanje obsega

- 9.1 Zavarovanje obsega:

- medicinsko asistenco;
- kritje stroškov ostalih storitev (stroški prevozov, iskanja, reševanja in hotelske namestitve, stroški odvetniških storitev).

10. Kaj zajemajo stroški nujnih zdravstvenih storitev

- 10.1 Stroški nujnih zdravstvenih storitev so stroški, ki nastanejo zaradi nastopa nepredvidene bolezni ali poškodbe ter poleg stroškov nujnih zdravstvenih storitev, kot jih določa zakon, obsegajo še naslednje vrste stroškov:
- stroške zdravil in povojev, če jih predpiše zdravnik,
 - stroške medicinsko-tehničnih pripomočkov, ki so nujno potrebni za zdravljenje, če jih predpiše zdravnik,
 - stroške nujnih prevozov do najbližjega ustreznega zdravstvenega centra ali bolnišnice in nazaj do mesta bivanja (hotela ...) ter
 - stroške zdravljenja zob in ustne votline za odpravo akutnih bolečin zaradi bolezni ali sveže poškodbe zobovja, zdravljenja zobnih živcev, nujnega puljenja zob in zdravljenja ognjokov.

11. Kaj zajema medicinska asistenca

- 11.1 Medicinska asistenca je storitev, ki zajema organizacijo in nudenje pomoči zavarovancu v primeru nepredvidene akutne bolezni ali poškodbe.
- 11.2 Medicinsko asistenco zagotavlja naš pogodbeni partner Mondial Assistance (Elvia) in zajema naslednje storitve:
- izbiro najbližjega ustreznega zdravstvenega centra ali bolnišnice v tujini glede na diagnozo;
 - obvestilo bolnišnici o pogojih za plačilo bolnišničnega zdravljenja;
 - organizacijo obiska splošnega zdravnika ali zdravnika specialista pri zavarovancu v primeru, da zavarovanec ni zmožen sam priti do zdravnika;
 - posredovanje potrebnih informacij medicinskemu osebju po telefonu, če ima zavarovanec težave pri sporazumevanju v tujem jeziku;
 - na željo zavarovanca posredovanje informacij njegovim svojcem ali na zavarovančev službeni naslov;
 - spremembo hotelske, letalske ter rent-a-car rezervacije zaradi razlogov, na katere zavarovanec ne more vplivati (odložen let, hospitalizacija zavarovanca).

12. Katere druge stroške še krije to zavarovanje

- 12.1 Poleg stroškov nujnih zdravstvenih storitev ter medicinske asistencije zavarovanje krije še stroške:
- prevozov zavarovanca,
 - iskanja in reševanja zavarovanca,
 - namestitve ter
 - odvetniških storitev.
- 12.2 Stroški prevozov zavarovanca so stroški prevoza v domovino, ki ga organiziramo mi in nastanejo zaradi nastopa nepredvidene bolezni ali poškodbe ter obsegajo naslednje vrste stroškov:
- prevoz zavarovanca do bivališča ali bolnišnice v domovini, če zdravstveno stanje zavarovanca zahteva vrnitev v domovino. Če zdravnik zavarovalnice meni, da je prevoz zavarovanca možen, zavarovanec ali druga oseba v njegovem imenu pa prevoz zavrne, naša pogodbeno obveznost za ta zavarovalni primer preneha;
 - spremstvo naše zdravstvene ekipe pri prevozu zavarovanca v domovino, če to zahteva zdravstveno stanje zavarovanca;
 - prevoz umrlega zavarovanca s kraja smrti do kraja pokopa, če je ta v domovini;
 - prevoz v domovino za člane družine zavarovanca, če prevoznega sredstva, s katerim naj bi se vrnili v domovino, zaradi nezgode, ki je bila vzrok za nastop zavarovalnega primera, ni več mogoče uporabiti;
 - prevoz zavarovančevega otroka, mlajšega od 18 let, v spremstvu pooblaščenega osebe zavarovalnice do bivališča v domovini, če je zavarovanec, s katerim je otrok potoval, hospitaliziran ali je umrl, z otrokom pa na potovanju ni drugega polnoletnega svojca.
- 12.3 Stroški iskanja in reševanja zavarovanca so stroški, ki nastanejo zaradi iskanja oziroma reševanja obolelega ali poškodovanega zavarovanca zaradi nastopa nepredvidene bolezni ali poškodbe na težje dostopnem območju (kot so predvsem gore, morja, jezera, jame...), če iskanje oziroma reševanje zahteva svojec pogrešanega zavarovanca ali oseba, ki z njim potuje, organiziramo pa ga mi. Stroški iskanja in reševanja obsegajo stroške:
- iskanja uradno pogrešanega zavarovanca, ki nastanejo po nastanku nesreče.
 - reševanja zavarovanca, ki nastanejo po nastanku nesreče in po tem, ko je bil zavarovanec že lociran. Stroški reševanja so stroški prevoza zavarovanca s kraja nesreče do najbližjega zdravstvenega centra ali bolnišnice v tujini. Prevoz zavarovanca do zdravstvenega centra ali bolnišnice v tujini se šteje za reševanje in ne za prevoz, ne glede na nujnost.
- 12.4 Stroški namestitve za svojca in zavarovančeve otroke, mlajše od 18 let, ki potujejo skupaj s hospitaliziranim zavarovancem, so stroški največ sedmih nočitev po načrtovanem odhodu iz kraja, kjer je zavarovanec hospitaliziran.
- 12.5 Zavarovanje krije stroške odvetniških storitev v primeru, ko po naši presoji za obtožbo, ki bremenijo zavarovanca, po veljavni zakonodaji ni verjetno, da bo zavarovanec zanje obsojen. Stroški odvetniških storitev za vse obtožbe, ki se nanašajo na poklicno dejavnost zavarovanca, uporabo ali varovanje vozil, niso kriti.

13. Izključitve in omejitve zavarovanja

13.1 Izključene so naše obveznosti, če so stroški nastali zaradi:

- zdravljenja ali zdravniške oskrbe in posledic zdravljenja, ki ni nujno potrebno, kar izključuje tudi vse zobozdravstvene storitve z izjemo nujnega zdravljenja za odpravo akutnih bolečin;
 - akutnega poslabšanja kroničnih bolezni, razen v primeru, ko je za zavarovanje določena skupna zavarovalna vsota v višini 75.000 EUR ali več;
 - bolezni, zdravstvenih stanj in poškodb, ki so obstajale pred odhodom v tujino ali so se pojavile in niso bile v celoti odpravljene pred odhodom v tujino;
 - zdraviliškega zdravljenja ter fizikalne terapije in helioterapije;
 - estetskega zdravljenja, namestitve umetnih udov ter vseh medicinsko-tehničnih pripomočkov in opreme, ki niso nujne za zavarovančovo življenje (kot na primer kolenska opornica, očala, kontaktne leče in podobno);
 - preventivnega cepljenja in zdravljenja ter potovanj s terapevtskim namenom;
 - nadstandardnih storitev, kot so na primer storitve v bolnišnici: enoposteljna soba, telefon, TV;
 - prevoza zaradi lažjih zdravstvenih težav, ki bi se lahko zdravile na kraju škodnega dogodka in zavarovancu ne bi onemogočile nadaljevanja dopustovanja oziroma potovanja;
 - zdravljenja ali medicinske nege, ki jo nudi svojec zavarovanca;
 - nosečnosti, namerne prekinitve nosečnosti, komplikacij ob nosečnosti in poroda, razen v primeru reševanja življenja matere oziroma otroka, pod pogojem, da ni zaključen 30. teden nosečnosti in da je nosečnica mlajša od 36. let;
 - spolno prenosljivih bolezni, vključno z AIDS-om;
 - duševnih bolezni in bolezni depresij;
 - bolezni in nezgod, ki jih utрпи zavarovanec v času aktivnega športnega udejstvovanja na tekmovanjih, prireditvah ali treningih oziroma pripravah, ki jih organizirajo športne zveze ali društva, razen če je to izrecno dogovorjeno in je plačana ustrezna višja premija;
 - nezgod, ki jih utрпи zavarovanec pri alpinizmu, smučanju in deskanju izven urejenih smučišč, avto-moto športih, globinskem potapljanju, uporabi letalnih naprav ali pri drugih ekstremnih športih;
 - nezgod pri profesionalnem fizičnem delu, razen če je to izrecno dogovorjeno in je plačana ustrezna višja premija;
 - nezgod, nastalih pod vplivom alkohola, mamil ali narkotikov. Šteje se, da je prometna nesreča nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca ob prometni nesreči, če stopnja alkohola v krvi zavarovanca presega dovoljeno mejo alkohola v krvi za udeležence v prometu v skladu z veljavno slovensko zakonodajo;
 - samomora in poskusa samomora;
 - sodelovanja pri pripravi, poskusu ali izvršitvi naklepne kaznivega dejanja, kakor tudi pri pobegu po takšnem dejanju, ter sodelovanja pri pretepu ali fizičnem obračunavanju, razen v primeru dokazane samoobrambe;
 - radioaktivnega sevanja, epidemij, pandemije, ki jo razglasi Svetovna zdravstvena organizacija, onesnaženja okolja ali naravnih nesreč;
 - nesreč v času državljanske vojne ali vojne s tujo državo, nemirov, demonstracij, terorističnih dejanj, sabotaž ali poskusov umora.
- 13.2 Izključene so vse naše obveznosti za razliko v stroških, ki so nastali zaradi težjih akutnih bolezni ali težjih poškodb brez naše odobritve, kot je določeno v točki 14.1 teh pogojev. Če kot zavarovanec ali druga oseba v vašem imenu odklonite predlagano nujno zdravljenje v najbližjem ustreznem zdravstvenem centru ali bolnišnici v tujini, preneha naša pogodbeno obveznost za ta zavarovalni primer, vi kot zavarovanec pa sami nosite posledice zapletov svojega zdravstvenega stanja.

VAŠE PRAVICE IN OBVEZNOSTI

14. Kaj morate storiti takoj ob nastopu zavarovalnega primera

- 14.1 Če kot zavarovanec težje zbolite ali se težje poškodujete ali potrebujete bolnišnično zdravljenje ali prevoz v domovino, morate o tem nemudoma obvestiti naš asistenčni center. Če asistenčnega centra ne obvestite in zaradi vašega ravnanja iz zavarovanja nastanejo višji stroški, kot bi nastali, če bi asistenčni center obvestili, lahko zavrne plačilo razlike v stroških.
- 14.2 Če kot zavarovanec lažje zbolite ali se lažje poškodujete in stroški ne presegajo 50,00 EUR, klic na asistenčni center ni obvezen. V tem primeru stroške nujnih zdravstvenih oziroma drugih storitev plačate sami, po povratku v domovino pa njihovo povračilo uveljavljate neposredno pri nas. Tudi v primeru klica na asistenčni center sami plačate stroške, ki so nižji od 50,00 EUR, po povratku v domovino pa njihovo povračilo uveljavljate neposredno pri nas.

15. Uveljavljanje zavarovalnine

- 15.1 Če sami plačate stroške nujnih zdravstvenih oziroma drugih storitev izvajalcu storitve, uveljavljate zavarovalnino pri nas. V nasprotnem primeru plačamo mi zavarovalnino neposredno izvajalcu opravljenih storitev, ob upoštevanju pogojev iz točke 13.
- 15.2 O uveljavljanju zavarovalnine nas morate obvestiti najkasneje v roku treh mesecev po povratku v domovino. Predložiti nam morate zahtevek za povračilo zavarovalnine z vso potrebno dokumentacijo o zavarovalnem primeru in nam nuditi vse informacije o zavarovalnem primeru. Dokumentacija o zavarovalnem primeru obsega:
- izvirnike računov o opravljenih storitvah,
 - zdravstveno dokumentacijo o zavarovalnem primeru, ki opravičuje nujnost zdravljenja,
 - dodatno dokumentacijo, če jo zahtevamo.
- 15.3 Iz računov za zdravstvene storitve mora biti razviden datum opravljene storitve ter podatki o izstavljalcu računov ter zavarovančovo ime, opis bolezni in opravljene storitve. Iz računov za zdravila morajo biti razvidna še predpisana zdravila, iz računov za zobozdravstvene storitve pa opis zdravljenih zob in opravljenih posegov.

15.4 Zavarovalnino vam povrnemo v višini zneska stroškov, preračunanega v EUR na dan izplačila, najpozneje v štirinajstih dneh od dneva, ko smo prejeli zahtevek z vso dokumentacijo v zvezi s tem škodnim primerom. Rok se lahko ustrezno podaljša, če je za ugotovitev obstoja in višine naše obveznosti potreben daljši čas.

15.5 V primeru, če pravočasno oziroma pravilno izpolnitev naših obveznosti po splošnih pogojih preprečijo nepričakovane težave, omejitve ali okoliščine (višja sila, stavka, tehnične težave in podobno), nismo odškodninsko odgovorni.

15.6 Kot zavarovalec ali zavarovanec nas pooblaščate, da lahko v primeru, ko smo plačali zdravstveno storitev v tujini, namesto vas zahtevamo povračilo teh stroškov po predpisih obveznega zdravstvenega zavarovanja neposredno od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

DRUGE DOLOČBE

16. Sprememba višine premije

16.1 Pri zavarovanjih, sklenjenih za več kot eno leto, lahko spremenimo višino premije zavarovanja v primeru povečanih stroškov in drugih dejavnikov, ki vplivajo na naše obveznosti.

16.2 O nameravani spremembi višine premije in razlogu za to vas obvestimo ob izteku zavarovalnega leta, vi pa lahko v roku 30 dni od prejema našega obvestila odpoveste pogodbo s trimesečnim odpovednim rokom.

17. Odpoved zavarovanja

17.1 Kot zavarovalec imate pravico do odpovedi zavarovalne pogodbe. Zavarovanje s trajanjem do enega leta preneha veljati na dan, ko prejmemo vašo pisno izjavo o odpovedi zavarovalne pogodbe, zavarovanje s trajanjem eno leto ali več pa lahko odpoveste po izteku prvega zavarovalnega leta s trimesečnim odpovednim rokom.

17.2 Če zavarovanje s trajanjem do enega leta odpoveste pred pričetkom zavarovalnega kritja, lahko zadržimo 20 % premije, preostanek pa vam vrnemo. Če zavarovanje odpoveste po pričetku zavarovalnega kritja, nam pripada premija za celotno obdobje trajanja zavarovanja. Če odpoveste zavarovanje s trajanjem eno leto ali več, nam pripada premija do izteka odpovednega roka.

17.3 Če ste sklenili zavarovanje na daljavo (tj. preko interneta, po pošti ipd.) ter za obdobje enega meseca ali več, imate v skladu z zakonom, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da odstopite od zavarovalne pogodbe s pisnim sporočilom nam v petnajstih dneh od dneva sklenitve pogodbe. Če odstopite od zavarovalne pogodbe pred pričetkom zavarovalnega kritja, vam premijo vrnemo.

17.4 Če premija do zapadlosti ni plačana, lahko razdremo zavarovalno pogodbo po 30 dneh od dneva, ko vam je bilo vročeno naše priporočeno pismo z obvestilom o zapadlosti premije, prenehanju zavarovalnega kritja in razdoru zavarovalne pogodbe, vendar ne prej kot v 30 dneh od zapadlosti premije v kadilo.

18. Stroški storitev

18.1 Kot zavarovalec ste dolžni plačati storitve, ki jih posebej zahtevate od nas. Ceno teh storitev objavimo v vsakokratnem veljavnem ceniku storitev.

19. Osebnih podatki

19.1 Zavarovalec oziroma zavarovanec s sklenitvijo zavarovanja izrecno dovoljujete, da vaše osebne podatke v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, zbiramo, obdelujemo, shranjujemo in posredujemo v zvezi z vsemi našimi postopki, vključno z vpogledom našega pooblaščenega zdravnika v ustrezno medicinsko dokumentacijo. Hkrati nas pooblaščate, da smemo posamezne podatke tudi preverjati pri ustanovah, ki razpolagajo z osebnimi podatki.

19.2 Osebnih podatke iz predhodne točke lahko uporabimo tudi za obveščanje zavarovalca oziroma zavarovanca in neposredno trženje. Kadarkoli lahko pisno zahtevate, da vaše podatke prenehamo uporabljati za ta namen.

19.3 Kot zavarovanec oziroma zavarovalec ste nas dolžni pisno obvestiti o spremembi osebnih podatkov in drugih za zavarovanje relevantnih okoliščinah v roku 8 dni od dneva spremembe.

20. Izvensodno reševanje sporov

20.1 V primeru spora v zvezi z zavarovalno pogodbo se spor lahko rešuje v izvensodnem postopku z vložitvijo pritožbe. Pritožbo vložite ustno ali pisno na naši poslovni enoti, preko spletnih strani www.vzajemna.si ali po elektronski pošti reklamacije@vzajemna.si.

20.2 Pritožbo obravnava naš pristojni organ, v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek. Interni pritožbeni postopek je organiziran na dveh stopnjah. Odločitev pritožbene komisije na drugi stopnji je dokončna.

20.3 V primeru nestrinjanja z odločitvijo pritožbene komisije lahko nadaljujete postopek za izvensodno rešitev spora pri medijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja oziroma pri Varuhu pravic s področja zavarovalništva.

21. Končne določbe

21.1 Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo zakonska določila, ki urejajo obilgacijska razmerja v Republiki Sloveniji.

21.2 V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče Republike Slovenije, krajevno pa sodišče v Ljubljani.

21.3 Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.

21.4 Ti splošni pogoji se uporabljajo od 1. maja 2011.