

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 zdraviljenja 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 zavarovanecu povrnila dokazane stroške potrebne zdravniške oskrbe ter stroške prevoza, vendar največ do višine zavarovalne vsote.

2. člen: PREDMET IN OBSEG ZAVAROVANJA

- (1) Zavarovalno kritje obsega stroške potrebne zdravniške oskrbe ter stroške prevoza zaradi nepredvidenih bolezni ali posledic nesreče oz. 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.
- (3) Če se zdravljenje nanaša na bolezen ali posledice nezgode, ki s prejšnjimi niso v vzročni zvezi, zavarovalnica šteje to kot nov zavarovalni primer.

3. člen: SKLENITEV ZAVAROVANJA

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

5. 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.

6. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- (1) Zavarovalnica povme - razen v primerih, navedenih v 7. členu teh pogojev - stroške potrebne zdravniške oskrbe in stroške prevoza, ki so nastali zavarovanecu v času potovanja v tujini.
- (2) Za stroške potrebne zdravniške oskrbe v smislu teh pogojev veljajo izključno stroški:
 - a) zdravniške oskrbe;
 - b) zdravlil in povišev, 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 obmiti 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 poškodbe zobovja, vključno z ekstrakcijo zoba, kakor tudi enostavnih popravil zobnih protez, ne pa izdelave nadomestnih zob ali zobnih kron.
- (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 povmejo 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 v 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 presegajo stroške, ki bi nastali ob smrti zavarovanca doma.
- (4) Maksimalno jamstvo zavarovalnice na posameznem potovanju je določeno z zavarovalno vsoto na polici.

7. člen: IZKLJUČITVE IZ ZAVAROVALNEGA KRITJA

Zavarovalnica ne krije stroškov zdravniške oskrbe in stroškov prevoza zaradi:

- a) kroničnih bolezni in posledic, ki so nastale in bile znane 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;
- b) bolezni in nezgod, ki jih utrpi zavarovanec kot posledico vojnih dogodkov in v aktivnem sodelovanju v neredih;
- c) bolezni in nezgod, ki jih utrpi zavarovanec v času aktivnega športnega tekmovanja ali priprav, ki jih organizirajo športne zveze ali društva, razen če je to izrecno dogovorjeno in je plačana ustrežna višja premija;

- d) bolezni in nezgod, ki jih zavarovanec utrpi pri kaznivih dejanjih ali jih namerno povzroči, ali pa če so posledica vinjenosti ali vpliva mamili;
- e) odstranitve lepotnih napak ali telesnih anomalij, preventivnih cepljenj, dezinfekcij, zdravniških izvidov in testiranj;
- f) stroškov, ki nastanejo v času bivanja v kopališčih, zdraviliščih, sanatorijih, okrevališčih, zdravstvenih zavodih in domovih ali podobnih ustanovah zaradi okrevanja;
- g) stroškov psihoneurološkega ali psihoterapevtskega zdravljenja;
- h) stroškov, 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 36. leta življenja in če trideset teden nosečnosti še ni zaključen;
- i) zdravniške pomoči pri težavah, ki so tipične za nosečnost in njene posledice, vključno s spremembo kroničnih težav, ki so posledica nosečnosti;
- j) nadzorovanja nosečnosti ali stroškov prekinitve nosečnosti;
- k) oskrbe, ki jo nudi zavarovančev partner, otroci ali starši, razen dokazanih materialnih stroškov;
- l) rehabilitacije in protez;
- m) oskrbe, ki ni navedena v 6. členu teh pogojev.

8. člen: DOLŽNOSTI ZAVAROVALNICA OZIROMA ZAVAROVALCA

- (1) Zahtevek iz zavarovanja je potrebno uveljavljati v treh mesecih po končanem zdravljenju oziroma prevozu v domovino ali smrtnem primeru.
- (2) Zavarovalec in zavarovanec so zavarovalnici na njeno zahtevo dolžni dati vse podatke, ki so potrebni za ugotavljanje zavarovalnega primera ali pa za ugotavljanje obsega zavarovalnega kritja.
- (3) Zavarovalec in zavarovanec 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).
- (4) Zavarovalnica je prosta obveznosti, če zavarovalec ali zavarovanec kršita določila tega člena.

9. 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 izročil 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 lekame. Pri oskrbi zob morajo imeti račun opisi zdravljenih zob in zdravniških posegov, ki so bili na njih izvedeni.
- (4) Zahtevek za izplačilo prevoznih ali pogrebniških stroškov je potrebno utemeljiti z računi, kot tudi z uradnim mliškim 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 zavarovanecu, ki je imel zavarovalni primer. Če pa je katere 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 65 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, do uvedbe evra kot uradne denarne enote Republike Slovenije, pa se izplača v tolaški protivednosti po srednjem tečaju Banke Slovenije, ki velja na dan izplačila.

10. 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 6. člena.
- (2) Za konec bivanja v tujini velja prestop državne meje Republike Slovenije.
- (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 obbolelega zavarovanca ni bilo mogoče prepeljati domov ali če se povratek zavleče zaradi vzrokov, na katere zavarovanec ni mogel vplivati.

11. člen: ODPSTOP IN POBOT ZAHTEVKOV

- (1) Če ima zavarovalec ali zavarovanec proti tretjim osebam odškodninske zahtevke, ki niso zavarovalnopravne 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.

12. člen: VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

- [1] Zavarovalec in skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov dovoljuje, da se osebni podatki iz ponudbe ali pristopne izjave uporabljajo v zbirki podatkov, ki jo vzpostavi, vodi in vzdržuje zavarovalnica in z njo kapitalsko povezana ter pooblaščenca podjetja za zastopanje in posredovanje zavarovanj.
- [2] Navedeni osebni podatki se bodo uporabljali le v času trajanja zavarovanja in z namenom obveščanja zavarovalca o novostih in ponudbah zavarovalnice. Zavarovalnica se obvezuje, da bo zdravstvene podatke, kot tudi vse druge osebne podatke, skrbno varovala v skladu z veljavno zakonodajo.

13. člen: IZVENSODNO REŠEVANJE SPOROV

- (1) Zoper odločitev zavarovalnice je dovoljena pritožba. Pritožba se vložiti 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 nestrinjavanja z odločitvijo pritožbene komisije se lahko po posebnem dogovoru nadaljuje postopek za izvensodno rešitev spora pri arbitraži zavarovalnice ali pri medijskem centru, ki deluje v okviru Slovenskega zavarovalnega združenja.

14. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

Za odnose med zavarovalnico in zavarovalcem, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se uporabljajo zakonska določila, ki urejajo obligacijska razmerja.