

Splošni pogoji za kolektivno zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini za imetnike NLB Zlate Mastercard plačilne kartice

NLB Vita Tujina

- 1 Uvodna pojasnila**
 - 1.1 Zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini** (v nadaljevanju zavarovanje za tujino) je zavarovanje, ki skladno s temi splošnimi pogoji krije stroške nujne zdravniške oskrbe in stroške nujnega prevoza, vključno z medicinsko asistenco, v primeru, če zbolite ali se poškodujete v tujini.
 - 1.2 Splošni pogoji za kolektivno zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini** (v nadaljevanju splošni pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe o zdravstvenem zavarovanju z medicinsko asistenco v tujini, ki je sklenjena med zavarovalcem NLB d.d. (v nadaljevanju banka) in zavarovalnico Vita, življenjska zavarovalnica, d.d. (v nadaljevanju zavarovalnica).
 - 1.3 Z zavarovalno pogodbo o zdravstvenem zavarovanju z medicinsko asistenco v tujini** (v nadaljevanju zavarovalna pogodba) se banka obveže, da bo zavarovalnici plačala 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, navedene v teh splošnih pogojih.
 - 1.4 Z »vi«** je v teh splošnih pogojih naslovljen zavarovanec (zavarovana oseba), če ni določeno drugače.
 - 1.5 Izrazi navedeni v teh splošnih pogojih pomenijo:**

Zavarovalec je banka, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo o zdravstvenem zavarovanju z medicinsko asistenco v tujini in plača premijo.

Zavarovanec (zavarovana oseba) ste vi, imetnik NLB Zlate Mastercard plačilne kartice, ki imate urejeno stalno ali začasno uradno bivališče v Republiki Sloveniji in želite biti zavarovani v tujini po teh splošnih pogojih.

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

Upravičenec ste vi, ki ste kot zavarovanec v primeru zdravljenja upravičeni do izplačila zavarovalnine oz. povračila stroškov.

Izvajalec asistenc je pogodbeni partner, ki v imenu zavarovalnice opravlja storitve asistenčnega centra 24 ur na dan, 7 dni v tednu in 365 dni na leto.

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

Zavarovalna vsota je najvišji znesek, do katerega zavarovalnica plača stroške nujne zdravniške oskrbe po tej zavarovalni pogodbi in je navedena v teh splošnih pogojih.

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

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

Tujina je geografsko področje, na katerem vam zavarovalnica v skladu s to zavarovalno pogodbo nudi zavarovalno kritje. Za tujino se ne šteje Republika Slovenija in država, v kateri imate uradno stalno ali začasno bivališče.

Domovina je država stalnega ali začasnega prebivališča zavarovanca.
- 2 Osebe, ki jih je mogoče zavarovati**
 - 2.1** Zavarujete se lahko v skladu s to zavarovalno pogodbo, če ste imetnik NLB Zlate Mastercard plačilne kartice in na dan začetka zavarovanja še niste dopolnili 90 let.
 - 2.2** Duševno bolne osebe in osebe, ki jim je bila poslovna sposobnost popolnoma odvzeta s pravnomočno odločbo sodišča, ne morejo biti zavarovane.
- 3 Sklenitev zavarovalne pogodbe**
 - 3.1** Zavarovalna pogodba po teh splošnih pogojih je sklenjena, ko banka in zavarovalnica podpišeta zavarovalno pogodbo. Zavarovalna pogodba in vsi dodatki k pogodbi so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki.
- 4 Trajanje zavarovanja in doba zavarovalnega kritja**
 - 4.1** Zavarovalno kritje vam začne veljati:
 - a. za vse novo odobrene NLB Zlate MasterCard plačilne kartice ob 00.00 10. dneva v naslednjem mesecu po odobritvi vloge za NLB Zlato Mastercard plačilno kartico;
 - b. za vse obstoječe NLB Zlate MasterCard plačilne kartice pa ob 00.00 10. dne v naslednjem mesecu po obletnici odobritve NLB Zlate MasterCard plačilne kartice.
 - 4.2** Zavarovanje vam velja za zavarovalno dobo enega leta od pričetka zavarovalnega kritja, pri čemer se avtomatično podaljšuje za novo enoletno zavarovalno dobo, in sicer pod pogojem, da zavarovalec plača letno premijo za naslednjo enoletno zavarovalno dobo. Zavarovanje se vam avtomatično podaljšuje po poteku vsakokratne predhodne enoletne zavarovalne dobe, in sicer 10. dne v mesecu, vse dokler ob začetku nove zavarovalne dobe še niste dopolnili starosti 90 let.
 - 4.3** Zavarovani ste za večkratna potovanja v tujino v obdobju enega leta (Multitrip zavarovanje), pri čemer število potovanj ni omejeno, vendar vam zavarovalno kritje velja le prvih 45 neprekinjenih koledarskih dni od dneva posameznega odhoda v tujino.
 - 4.4** Zavarovanje vam preneha:
 - a. ob 24.00 na 10. dan v naslednjem mesecu po dnevu, ko NLB Zlato MasterCard kartico odpoveste ali jo odpove banka;
 - b. ob 24.00 na dan, ko se izteče zavarovalna doba in ta ni avtomatsko podaljšana, ker ste ob začetku nove zavarovalne dobe že dopolnili 90 let.
 - 4.5** Zavarovalno kritje za posamezen zavarovalni primer preneha z vrnitvijo zavarovanca iz tujine.
- 5 Geografska veljavnost in višina zavarovalnega kritja**
 - 5.1** Zavarovanje in zavarovalno kritje velja za območje vsega sveta razen Slovenije in države, kjer imate uradno prijavljeno stalno ali začasno bivališče.
 - 5.2** Zavarovalne vsote, določene v točki 5.3 teh splošnih pogojev, pomenijo najvišje možno plačilo zavarovalnine za vse zavarovalne primere, ki se vam zgodijo v prvih 45 neprekinjenih koledarskih dneh od dneva vašega posameznega odhoda v tujino, kar vključuje tudi nujne zobozdravstvene storitve. Pri tem je posamezni zavarovalni primer za nujne zobozdravstvene storitve navzgor omejen z zavarovalno vsoto za nujne zobozdravstvene storitve.
 - 5.3** Zavarovalne vsote, do katerih zavarovalnica krije stroške v protivrednosti po lokalni valuti, so naslednje:

- a. za primer nujne zdravniške oskrbe (vključno z nujno zobozdravstveno oskrbo) in prevoza v primeru bolezni ali poškodbe: 15.000 EUR za prvih 45 dni posameznega potovanja zavarovanca v tujino,
- b. za nujne zobozdravstvene storitve: 100 EUR za posamezni zavarovalni primer.
- 5.4 Če je zavarovalec tudi pri drugih zavarovalnicah sklenil zavarovanje, ki krije enako izgubo, škodo, strošek ali obveznost kot predmetno zavarovanje, je dolžan zavarovalnici nemudoma sporočiti imena in naslove drugih zavarovalnic ter zavarovalne vsote posameznih, z njimi sklenjenih zavarovalnih pogodb.
- 5.5 Zavarovalnina v nobenem primeru ne more biti višja od škode, ki je zavarovancu nastala z nastankom zavarovalnega primera.
- 6 Obseg zavarovalnega kritja**
- 6.1 Zavarovalno kritje obsega stroške medicinske asistencije in stroške nujne zdravniške oskrbe, nujnih zobozdravstvenih storitev in prevoza v primeru bolezni ali poškodb, ki se pojavijo ali nastanejo med potovanjem v tujini.
- 6.2 Za nujne stroške se štejejo stroški za storitve, ki so nujno potrebne za ohranjanje vaših življenjskih funkcij ali preprečitev hudega poslabšanja vašega zdravstvenega stanja, v primeru, da nenadno zbolite ali se poškodujete v tujini.
- 6.3 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 oziroma državo, kjer imate uradno prijavljeno stalno ali začasno prebivališče.
- 6.4 Nov zavarovalni primer nastane, če je zaradi bolezni ali poškodbe v tujini, ki s prejšnjimi niso v vzročni zvezi, potrebna nujna zdravniška oskrba ali prevoz.
- 6.5 Medicinska asistenca klicnega centra vam 24 ur na dan in 7 dni v tednu nudi:
 - a. organizacijo nujne zdravstvene oskrbe,
 - b. organizacijo nujnih zdravstvenih prevozov,
 - c. posredovanje nujnih informacij vašim najbližjim.
- 6.6 Stroški nujne zdravstvene oskrbe vam krijejo:
 - a. stroške medicinske oskrbe in obiska zdravnika, vključno z zdravili in zdravniškimi pripomočki izdanimi na zdravniški recept ali predpisanimi na zdravniškem izvidu;
 - b. stroške vašega zdravljenja do dne, ko vaše zdravstveno stanje dovoljuje prevoz v državo vašega stalnega ali začasnega prebivališča, kjer boste nadaljevali z zdravljenjem;
 - c. nujno zobozdravstveno pomoč, ki je potrebna za odpravo akutne bolečine zaradi bolezni ali sveže poškodbe zobovja in z izključitvijo kakršnihkoli zobnih protez ali zalivk.
- 6.7 Stroški nujnega zdravstvenega prevoza vam krijejo:
 - a. stroške vašega prevoza do najbližje bolnišnice ali klinike;
 - b. vašo premestitev, če to zahtevajo zdravstveni razlogi, pod potrebnim zdravniškim nadzorom (z zračnim rešilnim prevozom, rednim komercialnim poletom ali rešilnim avtom) v bolnišnico, ki bo ustrezneje opremljena za zdravljenje določene telesne poškodbe ali bolezni;
 - c. stroške vašega prevoza v domovino, če zbolite ali se poškodujete v tujini, če se iz zdravstvenih razlogov ne morete vrniti na način, kot ste to prvotno nameravali, vključno s prevozom z rešilnim avtomobilom do letališča in z letališča pod ustreznim zdravniškim nadzorom (z rednimi letalskimi linijami) v ustrezno bolnišnico ali zdravstveno ustanovo v bližini vašega stalnega ali

- začasnega bivališča, pod pogojem, da vam zdravstveno stanje to omogoča.
- d. stroške prevoza vaših posmrtnih ostankov na kraj pogreba v domovino, z izključitvijo stroškov pogreba.

- 6.8 Zdravniški prevoz ali vrnitev v domovino z zračnim rešilnim sredstvom je omejena samo na medcelinski transport.
- 6.9 Nadzorni zdravnik izvajalca asistencije v kontaktu z lečečim zdravnikom odloča o tem, ali je vaše zdravstveno stanje takšno, da vam omogoča vrnitev domovino na način, kot ste to prvotno nameravali, ali pa so okoliščine takšne narave, da je vaš prevoz treba urediti drugače. V vsakem primeru bo nadzorni zdravnik izvajalca asistencije v kontaktu z lečečim zdravnikom izbral datum in način vašega prevoza v domovino.
- 6.10 V primeru, da vi ali vaš predstavnik odklonite vrnitev v domovino, bodo nadaljnji stroški zdravstvene oskrbe kriti do višine zneska stroškov vrnitve, če bi ta bila opravljena, hkrati pa izgubite pravico do ugodnosti, ki so navedene v točki 6.7.

7 Izključitve iz zavarovalnega kritja in omejitve odgovornosti zavarovalnice

- 7.1 Izključene so obveznosti zavarovalnice, tako nudenje asistencije kot kritje stroškov nujnega zdravljenja in nujnega zdravstvenega prevoza, za stroške:
 - a. zdravljenja ali zdravstvene oskrbe, ki iz medicinskega vidika ni nujno potrebna, estetskega zdravljenja, namestitve umetnih udov in vseh medicinskih pripomočkov, ki niso nujni za vaše življenje, npr. kolenska opornica, očala itd.;
 - b. nadstandardnih bolnišničnih storitev, zdraviliškega zdravljenja, kiropraktike in fizikalne terapije ter helioterapije, preventivnih pregledov in cepljenj;
 - c. prevoza za težave, ki se lahko zdravijo na kraju škodnega dogodka, ali zaradi lažjih zdravstvenih težav, ki vas ne bi ovirale pri nadaljevanju dopustovanja oziroma potovanja, kot tudi zdravljenja ali operacije, ki se lahko brez posledic prestavi na čas povratka v državo vašega stalnega ali začasnega bivališča,
 - d. zdravljenja in zdravstvene oskrbe, ki ju ne opravi zdravnik ali zdravstveno osebje z ustrežno kvalifikacijo, ali ko gre za zdravljenje, ki ni znanstveno ali medicinsko priznano;
 - e. ki nastanejo kot posledica zdravljenja v Sloveniji ali v državi stalnega ali začasnega bivališča zavarovanca, ali ko gre za bolezni, zdravstvena stanja in poškodbe, ki so obstajale ali so se pojavile in niso bile v celoti odpravljene pred odhodom v tujino, kar vključuje vse kronične in ponavljajoče se bolezni, zaradi katerih ste že bili zdravljeni (pri čemer se okrevanje šteje kot del bolezni), vključno s ponavljajočimi se izvini in izpahi;
 - f. ki so posledica potovanj s terapevtskim ciljem, preventivnega zdravljenja ali cepljenj, zdraviliškega zdravljenja, psihoterapije, zdravljenja s sončno svetlobo in toploto ali odpravljanja lepotnih napak;
 - g. načrtovanega zdravljenja in operativnih posegov;
 - h. kot posledica psihičnih motenj, duševnih bolezni in depresij;
 - i. ki nastanejo zaradi nalezljivih spolnih bolezni (vključno z aidsom), epidemij, pandemij, onesnaženja okolja in naravnih nesreč;
 - j. ki so posledica nosečnosti, tipičnih težav v času nosečnosti in poroda, razen v primeru reševanja življenja matere in otroka;

- k. prekinitev nosečnosti, umetne oploditve, zdravljenja neplodnosti ali kontracepcije;
 - l. kot posledica vojne (naj bo vojna napovedana ali ne), notranjih in civilnih nemirov, neredov, uporov, demonstracij, vstaj, dejanj tujega sovražnika, sovražnosti, vojaškega ali protizakonitega udara ter drugih dogodkov povezanih z višjo silo;
 - m. ki nastanejo zaradi namernega ali naklepnega kaznivnega dejanja;
 - n. nezgod, ki jih zavarovanec utrpi pri uporabi strelnega orožja ali opravljanju posebno nevarnih opravil, kot je na primer ravnanje z eksplozivnimi sredstvi;
 - o. priprave ali udeležbe zavarovanca kot tekmovalca na športnih prireditvah, stavah, razstavah, kakršnihkoli dirkah (konjskih, kolesarskih, motornih itd.) ali treningih;
 - p. kot posledica vožnje motornih in drugih vozil brez ustreznih uradnih dovoljenj;
 - q. ki nastanejo zaradi izvajanja športnih aktivnosti na profesionalni ravni;
 - r. ki nastanejo zaradi izvajanja ekstremnega športa ali nevarne dejavnosti na profesionalni ali rekreativni ravni, če to bistveno presega običajno tveganje pri nahajanju v tujini, kot npr. potapljanje, kajtanje, helikoptersko smučanje, plezanje, alpinizem, jamarstvo, športno letalstvo, padalstvo, letenje z zmaji in jadralnimi letali, vključno s smučanjem ali deskanjem na snegu izven urejenih smučišč ter udeležbami v ekspedicijah v neosvojena in neraziskana področja;
 - s. ki nastanejo pri planinarjenju in trekingu nad 3.000 metri nadmorske višine;
 - t. kot posledica vaše udeležbe pri pretepu ali fizičnem obračunavanju, razen v primeru dokazane samoobrambe;
 - u. kot posledica vseh oblik žarčenja, posrednega ali neposrednega radioaktivnega sevanja, kot tudi izpostavljenosti sončnim in drugim žarkom, velikim spremembam temperature, razen v primeru reševanja tujega življenja;
 - v. ki so neposredno ali posredno povezani s terorističnim dejanjem, pri čemer se za teroristično dejanje šteje vsako nasilno dejanje ali dejanje, ki ogroža človeško življenje, premoženje ali nepremično premoženje ali infrastrukturo, in sicer s silo, nasiljem ali grožnjo, in je izvedeno zaradi političnih, verskih, ideoloških ali podobnih namenov ter ima namen vplivati ali vpliva na vlado katerekoli države ali ima namen ustrahovati ali ustrahuje javnost oziroma katerikoli njen del. Iz kritja so izključeni tudi škoda in stroški, nastali zaradi preprečevanja oziroma zatiranja terorističnih dejanj.
- 7.1 Zavarovalnica ne krije nobenih stroškov v primeru, da zavarovanec ali njegov predstavnik ne spoštuje navodil izvajalca asistencije za uveljavljanje pravic iz tega zavarovanja.
- 7.2 Do vrnitve v državo vašega stalnega ali začasnega bivališča na stroške zavarovalnice niste upravičeni v primeru, da se zdravniški ekipo asistenčnega centra zavarovalnice brez upravičenega razloga do vas prepreči dostop, razen če na to ni mogoče vplivati.
- 7.3 Izključene so vse obveznosti zavarovalnice v primeru navajanja neresničnih podatkov o trajanju zadrževanja v tujini, o okoliščinah poškodbe ali vrsti bolezni ter v primeru kakršnihkoli prevar ali ponaredb.
- 7.4 Zavarovalnica ne nosi odgovornosti za zamude ali neizpolnitve nudenja asistencije v primeru: stavke, vojne invazije, dejanj tujega sovražnika, sovražnosti (naj bo vojna napovedana ali ne), državljske vojne,

upora, prevrata, terorizma, ali vojaškega prevrata, nemirov, radioaktivnosti, lokalnih omejitev ali kakršnegakoli drugega dogodka višje sile.

7.5 Zavarovalnica in izvajalec asistencije ne prevzemata odgovornosti:

- a. za kakovost dela in storitev, opravljenih s strani tretjih oseb, kakor tudi ne za škodo, ki bi jo le-te povzročile;
- b. za zamude ali napake pri zagotavljanju lokalnih storitev zaradi omejitev, ki jih izvajajo lokalne oblasti; v določenih regijah v svetu zaradi lokalnih omejitev zavarovalnica in izvajalec asistencije ne moreta prevzeti stroškov asistencije na licu mesta in jih boste morali vi ali vaš predstavnik poravnati sami, po povratku v domovino pa njihovo povračilo uveljavljati neposredno pri zavarovalnici.

8 Način uveljavljanja pravic po zavarovalnem primeru

- 8.1 Ob nastanku zavarovalnega primera morate vi ali vaš predstavnik nemudoma oziroma najkasneje v roku 48 ur od nastanka zavarovalnega primera obvestiti asistenčni center zavarovalnice, ki organizira pomoč v tujini, na telefonsko številko +386 (0) 59 69 22 00 (na stroške klicatelja).
- 8.2 V primeru, da zavarovanec ali njegov predstavnik ne obvesti asistenčnega centra zavarovalnice v roku 48 ur po nastanku zavarovalnega primera in zaradi tega ravnanja nastanejo višji stroški, kot bi nastali, če bi bil asistenčni center pravočasno obveščen, ima zavarovalnica pravico zavrniti plačilo razlike v stroških ali izstaviti račun za nastale dodatne stroške.
- 8.3 Brez predhodnega telefonskega klica na asistenčni center zavarovalnice in s strani asistenčnega centra prejete privolitve v zdravljenje ne boste upravičeni do povrnitve stroškov, ki jih boste neposredno plačali sami ali kakšna druga oseba v vašem imenu.
- 8.4 V primeru, ko je ogroženo vaše življenje, je treba, ne glede na pogodbeno določila, vedno poskušati urediti nujen prevoz do zdravstvene ustanove, ki je najbližja mestu nastanka zavarovalnega primera, s pomočjo ustreznih prevoznih sredstev, takoj ko je mogoče, pa obvestiti dežurni asistenčni center zavarovalnice.
- 8.5 Ob klicu v klicni center morate vi ali vaš predstavnik posredovati naslednje podatke:
- a. vaše ime, priimek in naslov;
 - b. številko in veljavnost vaše zavarovalne police;
 - c. kraj in telefonsko številko, na kateri ste dosegljivi;
 - d. kratek opis zdravstvenega problema, ki ga imate, in naravo pomoči, ki jo potrebujete.
- 8.6 Zdravniki asistenčnega centra se bodo takoj, ko bodo obveščeni o nezgodi ali bolezni, povezani z lečečim zdravnikom, ugotovili postopek in ustreznost zdravljenja, svetovali in organizirali, ter v okviru zavarovalne vsote prevzeli stroške zdravljenja in prevoza do najbližje ustrezne bolnišnice ali v domovino.
- 8.7 Stroške nujnih zdravstvenih storitev, ki ne presegajo skupnega zneska 150 EUR po zavarovalnem primeru, poravnate sami, po povratku v domovino pa njihovo povračilo uveljavljate neposredno pri zavarovalnici. Stroške, ki znašajo 150 EUR ali več, zavarovalnica povrne neposredno izvajalcu opravljenih storitev skladno z določili teh splošnih pogojev.
- 8.8 Zahtevek za uveljavljanje pravice do zavarovalnine je treba predložiti zavarovalnici najkasneje v roku 3 mesecev po vrnitvi v državo vašega stalnega bivališča. K zahtevku je treba predložiti vso potrebno dokumentacijo o zavarovalnem primeru in zavarovalnici nuditi vse informacije o zavarovalnem

primeru. Dokumentacija o zavarovalnem primeru obsega:

- a. zdravstveno dokumentacijo o zavarovalnem primeru, ki upravičuje nujnost zdravljenja;
- b. kopijo zavarovalne police;
- c. originalni račun stroškov tuje zdravstvene pomoči; predloženi zdravniški in/ali bolnišnični računi morajo vsebovati ime in rojstne podatke zavarovanca kot tudi vrsto bolezni in zdravljenja;
- d. originalni račun za zdravila in prevoze;
- e. v primeru nezgode: uradno poročilo ali potrdilo uradnega organa, izdano v tujini na podlagi okoliščin nesreče oziroma poškodbe;
- f. uradni prevod dokumentacije na zahtevo zavarovalnice;
- g. dodatno dokumentacijo na zahtevo zavarovalnice.

8.9 Dolžni ste takoj storiti vse, kar je v vaši moči, da se prepreči nadaljnje nastajanje škode, pri čemer morate upoštevati navodila asistenčnega centra zavarovalnice in poskušati omejiti stroške po svojih najboljših močeh.

8.10 Zavarovalnici oz. izvajalcu asistencije morate vi ali vaš predstavnik predložiti vse podatke in druge dokaze, ki jih imate na voljo in so nujno potrebni za ugotavljanje vzroka, obsega in višine škode ter organizacijo asistencije, vključno z ureditvijo vaše vrnitve v državo stalnega ali začasnega prebivališča, če je to potrebno. V primeru, da zavarovalnica ali asistenčni center zavarovalnice potrebuje dodatne informacije v zvezi z zavarovalnim primerom, morate pooblastiti zavarovalnico ali asistenčni center, da od državnih organov in lečečih zdravnikov in/ali bolnišnic, kot tudi drugih zavarovalnic, ki se ukvarjajo z zavarovalnim primerom, pridobijo vse zahtevane informacije. Če svojih obveznosti iz tega člena v dogovorjenem roku ne izpolnite, zavarovalnica lahko odkloni plačilo zavarovalnine, če zaradi te opustitve ne more ugotoviti nastanka zavarovalnega primera.

8.11 Če vi ali vaš predstavnik odklonite predlagano nujno zdravljenje v najbližjem ustreznem zdravstvenem centru ali bolnišnici v tujini ali če se na zahtevo asistenčnega centra zavarovalnice ne pustite pregledati zdravniku, ki ga imenuje zavarovalnica ali njeni predstavniki, preneha pogodbeni obveznost zavarovalnice za ta zavarovalni primer, posledice morebitnih zapletov zdravstvenega stanja pa nosite sami.

8.12 Če niste uporabili medicinske asistencije skladno s točko 6.5 teh pogojev in ste po telefonskem klicu na asistenčni center nujne zdravstvene storitve plačali sami, vam zavarovalnica povrne stroške skladno z določili teh pogojev po predložitvi zahtevane dokumentacije.

8.13 Vaš zahtevek za uveljavljanje pravice do zavarovalnine v zvezi z zavarovalnim primerom bo zastaral v roku treh let od njegovega nastanka.

9 Izplačilo zavarovalnine

9.1 Zavarovalnica vam izplača zavarovalnino v roku 14 dni, šteto od dneva, ko razpolaga z vso dokumentacijo o zavarovalnem primeru, ki omogoča ugotovitev obstoj in višino njene obveznosti. V primeru vaše smrti pa zavarovalnica izplača zavarovalnino vašim dedičem.

9.2 Če znesek obveznosti zavarovalnice ni ugotovljen v roku 14 dni, vam zavarovalnica nesporni del svoje obveznosti na vašo zahtevo izplača kot predujem.

9.3 Zavarovalnino zavarovalnica povrne v višini zneska stroškov, ki je preračunan v EUR po srednjem tečaju Banke Slovenije na dan izplačila zavarovalnine.

9.4 Zavarovalnica ob vsakem zavarovalnem primeru skladno s temi pogoji plača oz. povrne stroške

zdravljenja ali prevoza v celoti, vendar največ do zneska še neizkoriščene zavarovalne vsote, navedene v teh splošnih pogojih.

9.5 Zavarovalnica si pridržuje pravico do povrnitve vseh nastalih stroškov v primeru, ko se naknadno ugotovi, da je zavarovalni primer nastal zaradi kronične bolezni, čezmernega uživanja alkohola ali zdravil in drugih izključitev, ki so navedene v 7. točki teh splošnih pogojev.

9.6 Zavarovalnica bo prevzela vaše mesto in ima pravico zoper tretjo osebo, ki je odgovorna za nastanek zahtevka za eno od zavarovalnin, uporabiti vsa pravna sredstva z namenom, da od nje izterja plačilo nastalih stroškov.

10 Reševanje pritožb in sporov

10.1 Zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec se lahko pritoži zoper ravnanje zavarovalnice tako, da o tem zavarovalnico obvesti v pisni obliki v skladu s Pravili za reševanje pritožb strank, ki so javno objavljena na spletni strani www.zav-vita.si.

10.2 Zavarovalnica obravnava prejeto pritožbo skladno z internim pritožbenim postopkom. Odločitev pritožbene komisije zavarovalnice je dokončna.

10.3 Če se pritožbi ne ugotovi ali v primeru, da odločitev pritožbenega organa ni sprejeta v roku 30 dni od dneva prejema pritožbe, se lahko postopek za izvensodno reševanje spora nadaljuje pri Mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon: (01) 300 93 81, elektronski naslov: irps@zav-zdruzenje.si, spletni naslov: www.zav-zdruzenje.si. Navedeni izvajalec je registriran kot izvajalec izvensodnega reševanja potrošniških sporov in ga zavarovalnica priznava kot pristojnega za izvensodno reševanje potrošniških sporov.

10.4 V primeru spora, do katerega pride zaradi domnevne kršitve Zavarovalnega kodeksa ter drugih dobrih poslovnih običajev in temeljnih standardov zavarovalne stroke, je predviden postopek pri Varuhu dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu.

10.5 V primeru spora je za sojenje stvarno pristojno sodišče Republike Slovenije.

11 Varstvo osebnih podatkov

11.1 Sestavni del teh splošnih pogojev je Politika zasebnosti zavarovalnice Vita, življenjska zavarovalnica, d.d. Zavarovalec s sklenitvijo zavarovalne pogodbe potrjuje, da je seznanjen z vsebino te politike in jo v celoti sprejema.

12 Končne določbe

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

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

13 Poročilo o solventnosti in finančnem položaju

13.1 Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice je javno dostopno na spletni strani www.zav-vita.si.

14 Cenik zavarovalnice

14.1 Zavarovalnica ima pravico zahtevati plačilo za vse storitve, povezane z izvajanjem zavarovalne pogodbe, in za storitve, ki jih zavarovalec posebej zahteva od

zavarovalnice (spremembe zavarovalne pogodbe, dvojnik police, vinkulacija, priprava dodatnih informativnih izračunov in podobno). Višino vseh stroškov določi zavarovalnica v vsakokratnem veljavnem ceniku, ki je javno dostopen na spletni strani zavarovalnice www.zav-vita.si in na sedežu družbe.