

Splošni pogoji za kolektivno zavarovanje imetnikov bančnih paketov

1 Uvodna pojasnila in določbe

- 1.1 Kolektivno zavarovanje imetnikov bančnih paketov NLB d.d.** (v nadaljevanju zavarovanje imetnikov bančnih paketov) je zavarovanje, ki skladno s temi splošnimi pogoji krije izplačilo zavarovalnine v primeru nezgodne smrti ali popolne trajne invalidnosti kot posledice nezgode in ni geografsko omejeno (v nadaljevanju nezgodno zavarovanje), stroške nujne zdravniške oskrbe ter stroške nujnega prevoza, vključno z medicinsko asistenco, v primeru, če zavarovanec zbolí ali se poškoduje v Republiki Hrvaški (v nadaljevanju zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini) in stroške zdravstvenega posveta na daljavo. Obseg zavarovalnega kritja in zavarovalne vsote opredeljujejo ti splošni pogoji.
- 1.2** S temi **splošnimi pogoji** se Vita, življenjska zavarovalnica, d.d. (v nadaljevanju zavarovalnica) in Nova ljubljanska banka d.d., Ljubljana (v nadaljevanju zavarovalec oziroma banka) dogovorita o pogojih zavarovanja imetnikov bančnih paketov.
- 1.3 Zavarovalna pogodba** po teh splošnih pogojih je sklenjena, ko zavarovalec in zavarovalnica podpišeta zavarovalno pogodbo o zavarovanju imetnikov bančnih paketov (v nadaljevanju zavarovalna pogodba). Zavarovalna pogodba in vsi dodatki k zavarovalni pogodbi so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki.
- 1.4** Pomen izrazov, navedenih v teh splošnih pogojih:
- Zavarovalec** je banka, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo.
- Zavarovanec** (zavarovana oseba) je fizična oseba s stalnim ali začasnim bivališčem v Republiki Sloveniji, od katere smrti ali invalidnosti je odvisno izplačilo zavarovalnine oziroma katere premoženjski interes je zavarovan. Zavarovanec je imetnik bančnega paketa v skladu s Splošnimi pogoji poslovanja z osebnimi računi NLB.
- Bančni paket** je skupek finančnih storitev banke, kot so opredeljene v Splošnih pogojih poslovanja z osebnimi računi NLB in ki v skladu z dogovorjenim v tej zavarovalni pogodbi vključuje tudi storitev zavarovanja imetnikov določenega bančnega paketa.
- Upravičenec** je oseba, ki ji zavarovalnica skladno z določili teh splošnih pogojev izplača zavarovalnino v primeru nastanka zavarovalnega primera.
- Zavarovalna premija** (premija) so denarna sredstva, ki jih zavarovalec plača zavarovalnici.
- Zavarovalnina** je denarni znesek, ki ga zavarovalnica izplača ob nastanku zavarovalnega primera.
- Polica** je listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi, ki vsebuje vse bistvene sestavine zavarovanja. Če se spremenijo bistvene sestavine zavarovalne pogodbe, lahko zavarovalnica polico dopolni ali jo nadomesti z novo polico, ki odraža takšno spremembo.
- Zavarovalna vsota** je najvišji znesek zavarovalnine, do katerega zavarovalnica jamči izplačilo v primeru nastanka zavarovalnega primera.
- Zavarovalni primer** je dogodek, ki ga krije ta zavarovalna pogodba in ki nastopi v času trajanja zavarovalnega kritja po zavarovalni pogodbi.
- Asistenčni center za pomoč v tujini** je asistenčni center zavarovalnice, ki je pogodbeni partner zavarovalnice in v imenu zavarovalnice organizira pomoč v tujini in nudi podporo pri uveljavljanju zavarovalnega kritja za zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini 24 ur na dan, 7 dni v tednu.
- Medicinska asistenca** je storitev, ki zavarovancu nudi organizacijo in pomoč v primeru, če zbolí ali se telesno poškoduje v tujini, in jo zagotavlja zavarovalnica Vita,

življenjska zavarovalnica, d.d. s pomočjo asistenčnega centra za pomoč v tujini.

Tujina je geografsko področje, na katerem zavarovalnica zavarovancu nudi zavarovalno kritje zdravstvenega zavarovanja z medicinsko asistenco in je omejeno na ozemlje Republike Hrvaške. Za tujino se v vsakem primeru ne šteje Republika Slovenija in država, v kateri ima zavarovanec urejeno stalno ali začasno bivališče.

Domovina je država stalnega oziroma začasnega prebivališča zavarovanca.

Asistenčni center za zdravstveni posvet je asistenčni center zavarovalnice, ki je pogodbeni partner zavarovalnice in v imenu zavarovalnice nudi podporo pri uveljavljanju zavarovalnega kritja zdravstvenega posveta na daljavo vsak delovnik med 8.00 in 17.00 uro.

Novonastala bolezen, stanje ali poškodba je prvič medicinsko ugotovljena bolezen, stanje ali poškodba, ki nastopi po sklenitvi zavarovanja v času trajanja zavarovalnega kritja.

Zdravnik cenzor je zdravnik določene specializacije, pooblaščen s strani zavarovalnice za presojo obsega posledic zavarovalnega primera.

2 Osebe, ki jih je mogoče zavarovati

- 2.1** Po teh splošnih pogojih je zavarovan imetnik bančnega paketa ne glede na njegovo zdravstveno stanje, splošno delovno sposobnost in starost, razen če je v točki 2.2 teh splošnih pogojev izključen iz zavarovanja.
- 2.2** Zavarovanci, mlajši od 18 let, in zavarovanci, ki jim je bila poslovna sposobnost delno ali popolnoma odvzeta s pravnomočno odločbo sodišča, so izključeni iz zavarovanja.
- 2.3** Zavarovane so osebe, ki so v času trajanja odpovednega roka, opredeljenega v točki 9.1 teh splošnih pogojev, prvič postale imetniki bančnih paketov.

3 Trajanje zavarovanja in doba zavarovalnega kritja

- 3.1** Začetek zavarovanja je ob 00.00 tistega dne, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot dan začetka zavarovanja, razen če ni opredeljeno kako drugače. Zavarovanje preneha ob 24.00 tistega dne, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot dan prenehanja zavarovanja.
- 3.2** Zavarovalno kritje za posameznega zavarovanca začne ob 00.00 naslednjega dne, ko zavarovanec pristopi k bančnemu paketu pri banki oziroma v skladu s pravili banke, določenimi z vsakokrat veljavnimi Splošnimi pogoji poslovanja z osebnimi računi NLB, vendar ne pred dnem, ki je v tej zavarovalni pogodbi naveden kot začetek zavarovanja.
- 3.3** Zavarovalno kritje za zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini velja za večkratna potovanja v tujino v obdobju enega leta (Multitrip zavarovanje), pri čemer število potovanj ni omejeno, vendar zavarovalno kritje na vsakem od teh potovanj velja le prvih 45 neprekinjenih koledarskih dni od dneva posameznega odhoda zavarovanca v tujino. Zavarovalno kritje v tem primeru vselej preneha z vrnitvijo zavarovanca v domovino.
- 3.4** Zavarovalno kritje za vsakega zavarovanca v vsakem primeru preneha ob 24.00 tistega dne:
- ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot datum prenehanja zavarovanja;
 - ko zavarovanec ni več imetnik bančnega paketa;
 - ko se zavarovanec na podlagi podane zahteve izključi iz zavarovanja;
 - ko zavarovanec umre ali postane popolni trajni invalid.

- 3.5 Zavarovalno kritje za smrt za vsakega zavarovanca preneha tudi ob 24.00 tistega dne, ko mu je bila delno ali popolnoma odvzeta poslovna sposobnost.
- 3.6 Če zavarovanec postane popolni trajni invalid zaradi nezgode, se zavarovalno kritje za tega zavarovanca ponovno vzpostavi z naslednjim mesecem po nastanku popolne trajne invalidnosti zaradi nezgode.
- 4 Obseg in višina zavarovalnega kritja**
- 4.1 Zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini**
- 4.1.1 Zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco in stroške nujne zdravstvene oskrbe, nujnih zobozdravstvenih storitev ter nujnega prevoza v primeru bolezni ali poškodbe, ki se pojavijo ali nastanejo med potovanjem ali bivanjem v tujini.
- 4.1.2 Zavarovalne vsote, do katerih zavarovalnica krije stroške v protivrednosti po lokalni valuti, so naslednje:
- za primer nujne zdravniške oskrbe (vključno z nujno zobozdravstveno oskrbo) in prevoza v primeru bolezni ali poškodbe: 5.000 EUR za prvih 45 neprekinjenih koledarskih dni posameznega potovanja zavarovanca v tujino;
 - za nujne zobozdravstvene storitve: 100 EUR za posamezni zavarovalni primer.
- 4.1.3 Izplačana zavarovalnina v nobenem primeru ne more biti višja od stroškov, ki so zavarovancu dejansko nastali z zavarovalnim primerom.
- 4.1.4 Za stroške nujne zdravstvene oskrbe se štejejo stroški za zdravstvene storitve, ki so nujno potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij ali preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja zavarovanca v primeru, da nenadno zbolí ali se poškoduje v tujini.
- 4.1.5 Zavarovalni primer nastopi, če zavarovanec zbolí ali se poškoduje v tujini in je potrebna medicinska asistenca ali nujna zdravstvena oziroma zobozdravstvena oskrba, vključno z nujnim prevozom, in se konča takrat, ko po mnenju lečečega zdravnika zdravljenje ni več potrebno oziroma se lahko nadaljuje ob vrnitvi v domovino. V vsakem primeru pa se zavarovalni primer konča po vrnitvi zavarovanca v Republiko Slovenijo oziroma državo, v kateri ima zavarovanec prijavljeno stalno ali začasno bivališče.
- 4.1.6 Medicinska asistenca zavarovancu 24 ur na dan, 7 dni v tednu nudi:
- organizacijo nujne zdravstvene oskrbe;
 - organizacijo nujnih zdravstvenih prevozov;
 - posredovanje nujnih informacij njegovim najbližjim.
- 4.1.7 Stroški nujne zdravstvene oskrbe zavarovanca krijejo:
- stroške medicinske oskrbe in obiska zdravnika, vključno z zdravili in zdravniškimi pripomočki, izdanimi na zdravniški recept ali predpisanimi na zdravniškem izvidu;
 - stroške zdravljenja zavarovanca do dne, ko zdravstveno stanje dovoljuje prevoz v domovino, kjer bo nadaljeval z zdravljenjem;
 - nujno zobozdravstveno pomoč, ki je potrebna za odpravo akutne bolečine zaradi bolezni ali sveže poškodbe zobovja, in z izključitvijo zalivk, ki so bile posledica predhodnega zdravljenja, ali kakršnihkoli zobnih protez.
- 4.1.8 Stroški nujnega zdravstvenega prevoza zavarovanca krijejo:
- stroške nujnega prevoza zavarovanca do najbližje bolnišnice ali klinike in nazaj do mesta nahajanja v tujini;
 - premestitev zavarovanca, 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 nujnega prevoza zavarovanca v domovino z rednimi letalskimi, cestnimi ali pomorskimi povezavami, če zavarovanec zbolí ali se poškoduje v tujini in če se iz zdravstvenih razlogov ne more vrniti na način, kakršen je bil prvotno načrtovan, vključno s prevozom z rešilnim avtom do letališča oziroma pristanišča ali drugega postajališča in z letališča oziroma iz pristanišča ali drugega postajališča pod ustreznim zdravniškim nadzorom v ustrezno bolnišnico ali zdravstveno ustanovo v bližini stalnega oziroma začasnega bivališča zavarovanca, pod pogojem, da zavarovančevo zdravstveno stanje to omogoča;
- d. stroške prevoza posmrtnih ostankov zavarovanca na kraj pogreba v domovino, vendar največ do zavarovalne vsote, ki je določena na polici, z izključitvijo stroškov pogreba in kremacije;
- e. dodatne stroške prevoza in stroške bivanja za osebo, ki na zahtevo oziroma po priporočilu lečečega zdravnika ostane v spremstvu zavarovanca, oziroma stroške prevoza ožjega sorodnika iz domovine do kraja hospitalizacije, če zavarovancu ni mogoče zagotoviti drugačnega spremstva; kriti so stroški rednega letalskega prevoza (ekonomski razred) ali vožnje z vlakom (vključno s 1. razredom) in stroški bivanja (standardna hotelska namestitve v hotelu s tremi zvezdicami) za največ 7 nočitev po posameznem zavarovalnem primeru, če se zavarovalnica in zavarovanec ne dogovorita drugače;
- f. stroške prevoza otroka zavarovanca, mlajšega od 18 let, do stalnega oziroma začasnega bivališča, kot tudi stroške prevoza njegovega spremljevalca v primeru zavarovančeve hospitalizacije ali smrti v tujini; kriti so stroški predstavitve letalske karte oziroma povratnega rednega poleta ali druge vrste javnega prevoza v ekonomskem razredu v državo stalnega oziroma začasnega bivališča otroka in spremljevalca;
- g. stroške organizacije nujne vrnitve zavarovanca v domovino v primeru težje bolezni ali smrti družinskega člana zavarovanca (zakonec, zunajzakonski partner ali partner iz druge pravno priznane partnerske zveze, otroci, pastorki ali posvojenci do 26. leta starosti); kriti so stroški predstavitve letalske karte oziroma povratnega rednega poleta ali druge vrste javnega prevoza v ekonomskem razredu v domovino zavarovanca.
- 4.1.9 Nujni prevoz ali vrnitev zavarovanca v domovino z zračnim rešilnim prevozom je omejena na medcelinski transport.
- 4.1.10 Nadzorni zdravnik asistenčnega centra za pomoč v tujini v kontaktu z lečečim zdravnikom odloča o tem, ali je zdravstveno stanje zavarovanca takšno, da mu omogoča vrnitev v domovino na način, kot je to prvotno nameraval, ali pa so okoliščine takšne narave, da je treba prevoz urediti drugače. V vsakem primeru bo nadzorni zdravnik asistenčnega centra v kontaktu z lečečim zdravnikom izbral datum in način prevoza zavarovanca v domovino.
- 4.1.11 V primeru, da zavarovana oseba ali njen predstavnik odkloni vrnitev v domovino, bodo nadaljnji stroški zdravstvene oskrbe omejeni do višine zneska stroškov vrnitve, kot če bi ta bila opravljena.
- 4.2 Omejitve in izključitve kritja iz zdravstvenega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini**
- 4.2.1 Izključene so obveznosti zavarovalnice, tako nudenja medicinske asistenc kot kritja stroškov nujne

zdravstvene oskrbe, nujnih zobozdravstvenih storitev in nujnega zdravstvenega prevoza, v primerih:

- 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 življenje zavarovanca, npr. kolenska opornica, očala ipd.;
- b. nadstandardnih bolnišničnih storitev, zdraviliškega zdravljenja, kiropraktike in fizikalne terapije ter helioterapije, psihoterapije, preventivnih pregledov in cepljenj;
- c. prevoza za težave, ki se lahko zdravijo v tujini, kjer se zavarovanec nahaja, ali zaradi lažjih zdravstvenih težav, ki zavarovanca ne bi ovirale pri nadaljevanju dopustovanja oziroma potovanja, kot tudi zdravljenja ali operacije, ki se lahko brez posledic prestavi na čas povratka v domovino;
- 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 priznано;
- e. ki nastanejo kot posledica zdravljenja v Sloveniji ali v državi stalnega oziroma začasnega bivališča zavarovanca oziroma bolezni, zdravstvenih stanj in poškodb, 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 je zavarovanec že bil zdravljen (pri čemer se okrevanje šteje kot del bolezni), vključno s ponavljajočimi se izvini in izpahi;
- f. načrtovanega zdravljenja in operativnih posegov;
- g. ki so posledica psihičnih motenj, duševnih bolezni in depresij;
- h. ki nastanejo zaradi nalezljivih spolnih bolezni (vključno z okužbo z virusom HIV oziroma aidsom), epidemij, pandemij, onesnaženja okolja in naravnih nesreč;
- i. ki so posledica nosečnosti, tipičnih težav v času nosečnosti ter poroda po 37. tednu nosečnosti, razen v primeru reševanja življenja matere in otroka;
- j. prekinitve nosečnosti, umetne oploditve, zdravljenja neplodnosti ali kontracepcije;
- k. ki so 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;
- l. kot posledica vseh oblik žarčenja, posrednega ali neposrednega radioaktivnega sevanja;
- m. ki so neposredno ali posredno povezani s terorističnim dejanjem oziroma zaradi preprečevanja ali zatiranja terorističnih dejanj;
- n. ki nastanejo zaradi namernega ali naklepnega kaznivega dejanja zavarovanca;
- o. kot posledica udeležbe zavarovanca pri pretepu ali fizičnem obračunavanju, razen v primeru dokazane samoobrambe;
- p. samomora ali poskusa samomora zavarovanca;
- q. zavestnega samopoškodovanja ali povzročitve bolezni;
- r. poškodb, ki jih zavarovanec utрпи pri uporabi strelnega orožja ali opravljanju posebno nevarnih opravil, kot npr. pri ravnanju z eksplozivnimi sredstvi;
- s. delovanja alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi na zavarovanca; če se ne dokaže nasprotno, se šteje, da je zavarovalni primer nastal zaradi delovanja alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi na zavarovanca:

- če je imel zavarovanec kot voznik v prometni nesreči v krvi več kot 0,5 % alkohola (več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka) oziroma več kot 1 % alkohola (več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka) v drugih nezgodah;
 - če zavarovanec ob nastanku zavarovalnega primera odkloni ali se izmakne ugotavljanju stopnje njegove alkoholiziranosti;
 - če je imel zavarovanec v nezgodi v krvi kakršnokoli količino mamil ali drugih psihoaktivnih snovi;
- t. poškodb zavarovanca, ki so posledica opravljanja posebej nevarnih del, kot so npr. poklicno potapljanje, poklicno jamarstvo, delo v kamnolomih, predorih, jaških, rudnikih ipd., delo oziroma opravila, pri katerih pride do stika s škodljivimi, strupenimi, eksplozivnimi ali radioaktivnimi materiali, delo na naftnih ploščadih, delo v cirkusih, kaskaderstvo, čiščenje zunanjih fasad, fotografiranje iz zraka, škropljenje s pesticidi z letalom, opravljanje dela specialne oborožene enote policije ali vojske, oboroženo osebno varovanje oseb in/ali prostorov;
 - u. ki nastopijo zaradi neupoštevanja javno izdanih opozoril za najvišje stopnje nevarnosti s strani uradnih institucij na državni ali lokalni ravni (npr. opozorilo glede najvišje stopnje nevarnosti snežnih plazov);
 - v. ki so posledica vožnje motornih, zračnih, vodnih in drugih vrst vozil brez ustreznih in veljavnih uradnih dovoljenj;
 - w. ki nastanejo zaradi izvajanja športnih aktivnosti na profesionalni ravni;
 - x. ki nastanejo zaradi izvajanja ekstremnega športa ali nevarne dejavnosti, če to bistveno presega običajno tveganje pri nahajanju v tujini, kot npr. avto-moto šport, dirke z motornimi čolni, potapljanje, kajtanje, helikoptersko smučanje, smučanje ali deskanje zunaj urejenih smučišč, akrobatsko smučanje, alpinizem, planinarjenje nad 3.000 metri nadmorske višine, plezanje, jamarstvo, gorsko kolesarstvo in spust s kolesi (downhill) izven urejenih poti, letalstvo, padalstvo, zmajjarstvo, skoki z elastiko (bungee jumping), spuščanje po jekleni vrvi (zip-lining), kanjoning, vožnja s kajakom oziroma kanujem ter rafting na divjih vodah nad 3. težavnostno stopnjo, strongman, ultramaraton in podobne aktivnosti ter, udeležba v ekspedicijah v neosvojena in neraziskana področja ipd.
- 4.2.2 Zavarovalec odgovarja zavarovalnici za škodo, ki ji nastane s tem, da zavarovanec ali njegov predstavnik ne spoštuje navodil asistenčnega centra za pomoč v tujini za uveljavljanje pravic iz tega zavarovanja.
- 4.2.3 Zavarovanec do vrnitve v domovino na stroške zavarovalnice ni upravičen v primeru, da se zdravniški ekipi asistenčnega centra za pomoč v tujini brez upravičenega razloga prepreči dostop do zavarovanca, razen če na to ni mogoče vplivati.
- 4.2.4 Izključene so vse obveznosti zavarovalnice v primeru navajanja neresničnih podatkov o trajanju zdrževanja v tujini, o okoliščinah poškodbe ali vrsti bolezni ter v primeru kakršnihkoli prevar ali ponaredb.
- 4.2.5 Zavarovalnica ne nosi odgovornosti za zamude ali neizpolnitve nudenja asistenc 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.

- 4.2.6 Zavarovalnica in asistenčni center za pomoč v tujini ne prevzemata odgovornosti:
- za kakovost dela in storitev, opravljenih s strani tretjih oseb, kakor tudi ne za škodo, ki bi jo le-te povzročile;
 - 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 asistenčni center za pomoč v tujini ne moreta prevzeti stroškov asistenc na licu mesta in jih bo moral zavarovanec ali njegov predstavnik poravnati sam, po povratku v domovino pa njihovo povračilo uveljavljati neposredno pri zavarovalnici.
- 4.3 **Nezgodno zavarovanje**
- 4.3.1 Nezgodno zavarovanje obsega zavarovalno kritje za primer nezgodne smrti in popolne trajne invalidnosti kot posledice nezgode. Zavarovalno kritje ni geografsko omejeno.
- 4.3.2 Obveznost zavarovalnice je podana za nezgode zavarovanca, nastale med trajanjem zavarovalnega kritja, in le za tiste posledice nezgode, ki so nastopile in so bile ugotovljene v roku enega leta od dneva nastanka nezgode, če ni v teh splošnih pogojih določeno drugače.
- 4.3.3 Zavarovalna vsota za nezgodno smrt in nezgodno popolno trajno invalidnost je enaka višini pozitivnega stanja na osebnem računu zavarovanca ob 00.00 na dan nastanka nezgode, vendar ne manj kot 1.000 EUR in ne več kot 10.000 EUR.
- 4.3.4 Zavarovalnica v primeru nastanka zavarovalnega primera izplača dogovorjeno zavarovalno vsoto, in sicer:
- zavarovalno vsoto za nezgodno smrt, če je zavarovanec zaradi nezgode umrl, ali
 - zavarovalno vsoto za nezgodno popolno trajno invalidnost, če je zavarovanec zaradi nezgode postal popolni trajni invalid.
- 4.3.5 Za nezgodo se v skladu s temi splošnimi pogoji šteje zunanji, nenaden, nepredviden, bodoč in od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo ter povzroči njegovo smrt ali popolno trajno invalidnost.
- 4.3.6 Nezgodo v smislu prejšnje točke predstavljajo zlasti, a ne izključno, povoženje, trčenje, udarec s predmetom ali ob predmet, udar električnega toka ali strele, padec, zdrs, strmoglavljenje, ranitev z različnimi predmeti ali eksplozivnimi snovmi, vbod s predmetom, udarec ali ugriz živali.
- 4.3.7 Za nezgodo se štejejo tudi naslednji nenadni, nepredvideni in od volje zavarovanca neodvisni dogodki:
- utopitev in zadavitev;
 - opekline in oparine;
 - zastrupitev zaradi vdihavanja strupenih plinov in hlapov, z izjemo poklicnih obolenj;
 - zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno), kot tudi zaradi vdihavanja pare in plinov, z izjemo poklicnih obolenj.
- 4.3.8 Za nezgodo in posledice nezgode nikakor ne štejejo:
- poškodbe medvretenčnih ploščic, krvavitve iz notranjih organov in možganske krvavitve, razen v primeru, ko je nezgoda prevladujoče (t.j. več kot 50 %) vplivala na nastanek poškodbe oziroma krvavitve in ne gre za izključitev v skladu s točko 4.4.2.;
 - poškodbe, ki so posledica terapijskega zdravljenja ali operacij, vključno z radiognostičnim in radioterapevtskim zdravljenjem v primerih, ko takšno zdravljenje ali operacija ni posledica predhodne nezgode;
 - alergična stanja in infekcijske bolezni, ki so posledica pika mrčesa ali ugriza živali, z izjemo:
- stekline,
 - tetanusa,
 - vstopa patogenih bakterij ali virusov v zavarovančevo telo, kot posledica nujnega medicinskega zdravljenja ali operacije poškodbe zavarovanca;
- d. zastrupitve, ki so posledica zaužitja trdnih ali tekočih snovi skozi usta oziroma požiralnik;
 - e. patološka stanja, ki so posledica psihološkega stanja po nezgodi (kot npr. anksioznost, posttravmatska stresna motnja, ipd.);
 - f. trebušne, popkovne, vodne in druge kile, razen v primeru, ko nastanejo zaradi delovanja zunanje neposredne sile na telo zavarovanca;
 - g. poškodbe, ki izvirajo iz predhodnih poškodb;
 - h. bolezni, poklicne bolezni, nalezljive bolezni oziroma bolezenska stanja, tudi če so posledica nezgode;
 - i. poškodbe, ki so posledica osteoporoze ali tumorjev kosti;
 - j. poškodbe, ki so posledica preobremenitve zaradi ponavljajočih se obremenitev z nižjimi silami (kot npr. stresni zlomi kosti ali stresne razpoke v kosteh).
- 4.3.9 Za popolno trajno invalidnost kot posledico nezgode se štejejo izrecno naslednje posledice nezgode:
- izguba obeh dlani nad zapestjem ali izguba obeh stopal nad gležnjem oziroma kombinacija obojega;
 - popolna in neozdravljiva izguba vida na obeh očesih;
 - popolna in neozdravljiva ohromelost; za takšno ohromelost se šteje:
 - ohromelost vsaj dveh udov,
 - izguba nadzora nad govorom, ravnotežjem, dihanjem, delovanjem sečil ali delovanjem črevesja;
 - d. neozdravljive poškodbe možganov v tolikšni meri, da zavarovanec ni več zmožen samostojnega življenja in potrebuje pomoč tretje osebe.
- 4.3.10 Stopnja invalidnosti se določa najmanj 3 mesece po končanem zdravljenju, ko so posledice poškodb ustaljene, razen za primer izgube nadzora nad delovanjem sečil ali delovanjem črevesja, ko se stopnja invalidnosti določi po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot 2 leti po nezgodi.
- 4.3.11 Če zavarovanec po istem zavarovalnem primeru umre zaradi posledic nezgode v enem letu po dnevu nezgode, izplača zavarovalnica upravičencu samo zavarovalnino za primer nezgodne smrti, v primeru da zavarovalnina za primer trajne invalidnosti še ni bila izplačana.
- 4.4 **Omejitve in izključitve kritja iz nezgodnega zavarovanja**
- 4.4.1 Če zavarovanec, ki je starejši od 75 let, zaradi nezgode umre ali postane popolni trajni invalid, zavarovalnica izplača 50 % dogovorjene zavarovalne vsote.
- 4.4.2 Zavarovalnica je prosta svoje obveznosti iz nezgodnega zavarovanja, če je nezgoda ali poškodba, ki je nastala zaradi nezgode, posledica:
- neposrednega ali posrednega delovanja jedrske energije ali radioaktivnega sevanja;
 - vojnega stanja oziroma vojnih dogodkov v Republiki Sloveniji;
 - posredne ali neposredne aktivne udeležbe zavarovanca v terorističnih dejanjih, vojnah in drugih podobnih dogodkih, uporih, državljskih nemirih in drugih podobnih dogodkih, sabotražah in drugih podobnih dogodkih, ne glede na območje, kjer se dogodki izvršijo;
 - vojne, vojnih dogodkov, oboroženih spopadov, uporabe jedrskega, biološkega ali kemičnega

- orožja na ozemlju izven meja Republike Slovenije, razen v primerih, ko se je zavarovanec nepričakovano znašel v takšnih situacijah izven meja Republike Slovenije in se je nezgoda pripetila v prvih 7 dneh od dneva nastanka takšnih dogodkov, pod pogojem, da zavarovanec v njih ni posredno ali neposredno aktivno sodeloval;
- e. vožnje motornih, zračnih, vodnih in drugih vrst vozil brez ustreznih uradnih dovoljenj;
 - f. uporabe strelnega orožja ali ravnanja z eksplozivnimi sredstvi;
 - g. nepravilne uporabe ali neuporabe zaščitne čelade oziroma opreme, če je ta predpisana z zakonom ali drugimi predpisi (kot npr. predpisi glede varnosti pri delu);
 - h. neuporabe varnostnega pasu v vozilu, ki ima vgrajene varnostne pasove, ko je bilo to v gibanju, ali neuporaba zaščitne čelade, kot to določa veljavni Zakon o varnosti cestnega prometa;
 - i. neupoštevanja javno izdanih opozoril za najvišje stopnje nevarnosti s strani uradnih institucij na državni ali lokalni ravni (kot npr. opozorilo glede najvišje stopnje nevarnosti snežnih plazov ipd.);
 - j. namerne povzročitve s strani zavarovalca, zavarovanca ali upravičenca, med drugim samomor ali poskus samomora, umor, namerno pohabljanje in druge samopovzročene poškodbe in njihove posledice, ne glede na psihično stanje povzročitelja v trenutku njihovega nastanka;
 - k. izgube ali motnje zavesti, slabosti, kapi, epileptičnega oziroma podobnega napada ali zavarovančevega predhodnega zdravstvenega stanja, ki vpliva na zavarovančevo sposobnost zaznavanja in odzivanja na konkretne nevarnostne okoliščine,
 - l. delovanja alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi na zavarovanca v času nezgode. Šteje se, če se ne dokaže nasprotno, da je nezgoda nastala zaradi vzročne zveze delovanja alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi na zavarovanca:
 - če je imel zavarovanec kot voznik v prometni nesreči v krvi več kot 0,5 ‰ alkohola (več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka) oziroma več kot 1 ‰ alkohola (več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka) v drugih nezhodah;
 - če zavarovanec ob nezgodi odkloni ali se izmakne ugotavljanju stopnje njegove alkoholiziranosti;
 - če je imel zavarovanec v nezgodi v krvi kakršnokoli količino mamil ali drugih psihoaktivnih snovi;
 - m. vožnje zavarovanca z letalom, tako civilnim kot vojaškim, ki ni registrirano za javni potniški promet ali katerega ni upravljala oseba s predpisanim in veljavnim dovoljenjem za vožnjo; obveznosti zavarovalnice so vselej izključene, če je zavarovanec v času vožnje z letalom opravljal delo pilota, kopilota oziroma člana letalske posadke;
 - n. izvajanja prostočasnih športnih ali rekreacijskih aktivnosti, iz katerih izhaja povečano tveganje za nastanek nezgode, kot npr., a ne izključno: alpinizem, jamarstvo, letalstvo, padalstvo, zmajarstvo, borilni športi, smučarski skoki, skoki z vodnimi smučmi, akrobatsko, helikoptersko in turno smučanje/deskanje ali smučanje/deskanje in izvajanje drugih zimskih športov izven urejenih prog, skoki z elastiko (bungee jumping), spuščanje po jekleni vrvi (zip-lining), kanjoning, vožnja s kajakom oziroma kanujem ter rafting na divjih vodah nad 3. težavnostno stopnjo, strongman, ultramaraton in podobne aktivnosti, skalno ali ledeniško plezanje nad 3. težavnostno stopnjo (po lestvici UIAA), plezanje ferat nad 3. težavnostno stopnjo, potapljanje brez mednarodno priznane licence za potapljanje do dopuščene globine potapljanja, kolesarjenje in kolesarski spusti izven urejenih poti, udeležba v ekspedicijah v neosvojena in neraziskana področja, druge športne in rekreacijske aktivnosti, ki niso posebej navedene, vendar gre za aktivnosti, pri katerih obstaja povečano tveganje za nastanek nezgode;
 - o. izvajanja športnih aktivnosti pri treningu ali udeležbi na javnih športnih tekmovanjih, kjer zavarovanec sodeluje kot registriran član športne zveze ali društva oziroma je za izvajanje športnih aktivnosti deležen posrednega ali neposrednega plačila;
 - p. opravljanja posebej nevarnih del oziroma opravil, kot so: poklicno potapljanje, poklicno jamarstvo, delo v kamnolomih, predorih, jaških, rudnikih ipd., delo oziroma opravila, pri katerih pride do stika s škodljivimi, strupenimi, eksplozivnimi ali radioaktivnimi materiali, delo na naftnih ploščadih, delo v cirkusih, kaskaderstvo, čiščenje zunanjih fasad, fotografiranje iz zraka, škropljenje s pesticidi z letalom, opravljanje dela specialne oborožene enote policije ali vojske, oboroženo osebno varovanje oseb in/ali prostorov;
 - q. udeležbe zavarovanca kot voznika ali sopotnika na dirkah ali treningih z motornimi kopenskimi vozili ter zračnimi in vodnimi plovili.
- 4.5 **Zdravstveni posvet na daljavo**
- 4.5.1 Zdravstveni posvet na daljavo zajema oceno zdravstvenih simptomov zavarovanca s strani zdravnika in pisno zdravniško mnenje na podlagi postavljenega vprašanja zavarovanca in prejetih informacij, ki jih zavarovanec poda glede simptomov v zvezi z novonastalo boleznijo, stanjem ali poškodbo v primeru nastopa nenujnih zdravstvenih težav.
- 4.5.2 Zdravstveni posvet na daljavo se izvede preko video klica ali telefonske linije.
- 4.5.3 Zdravniško mnenje je podano v obliki izvida na daljavo ali delovne diagnoze, ki je zavarovancu poslana po klasični ali elektronski pošti.
- 4.5.4 Zdravstveni posvet na daljavo ni namenjen posvetom v primeru nujnih – urgentnih zdravstvenih stanj, ki so življenjsko ogrožajoča. Če zdravnik iz razgovora z zavarovancem oceni, da gre v konkretnem primeru za stanje, ki ogroža življenje ali izkazuje potrebo po nujni medicinski pomoči, ga napoti na pristojno zdravstveno službo ali na telefonsko številko 112, zavarovanec pa je v celoti sam odgovoren za ustrezno ravnanje.
- 4.6 **Omejitve in izključitve kritja zdravstvenega posveta na daljavo**
- 4.6.1 Zavarovalnica omogoča koriščenje največ dveh zdravstvenih posvetov na daljavo v posameznem zavarovalnem letu.
- 4.6.2 Izključene so vse obveznosti zavarovalnice v primeru posredovanja neresničnih podatkov, prevare, zamolčanja, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca oziroma zavarovanca.
- 4.6.3 Zavarovalnica ne prevzema odgovornosti za kakovost, zakonitost, ustreznost in strokovnost opravljene zdravstvene storitve.
- 5 **Način uveljavljanja pravic po zavarovalnem primeru**
- 5.1 **Zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini**
- 5.1.1 Ob nastanku zavarovalnega primera mora zavarovanec ali njegov predstavnik nemudoma oziroma najkasneje v roku 48 ur od nastanka zavarovalnega primera na lastne stroške obvestiti

- asistenčni center za pomoč v tujini na telefonsko številko: +386 59 69 22 00.
- 5.1.2 V primeru, da zavarovanec ali njegov predstavnik ne obvesti asistenčnega centra za pomoč v tujini v roku 48 ur po nastanku zavarovalnega primera in zaradi tega nastanejo višji stroški, kot bi nastali, če bi bil asistenčni center za pomoč v tujini pravočasno obveščen, ima zavarovalnica pravico zavrniti plačilo razlike v stroških ali izstaviti račun za nastale dodatne stroške.
- 5.1.3 Brez predhodnega telefonskega klica na asistenčni center za pomoč v tujini in s strani asistenčnega centra za pomoč v tujini prejete privolitve v zdravljenje zavarovanec ne bo upravičen do povrnitve stroškov, ki jih je neposredno plačal sam ali kakšna druga oseba v njegovem imenu, razen v primeru izrecne odobritve s strani zavarovalnice.
- 5.1.4 V primeru, ko je življenje zavarovanca ogroženo, je treba, ne glede na določila teh splošnih pogojev, 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 asistenčni center za pomoč v tujini.
- 5.1.5 Ob klicu asistenčnega centra za pomoč v tujini mora zavarovanec ali njegov predstavnik posredovati naslednje podatke:
- ime, priimek, datum rojstva in naslov prebivališča zavarovanca;
 - kraj in telefonsko številko, na kateri je dosegljiv;
 - kratak opis zdravstvenega problema, ki ga ima, in naravo pomoči, ki jo potrebuje;
 - informacijo o dolžini oziroma trajanju potovanja ter informacijo, ali se nahaja v državi stalnega oziroma začasnega prebivališča.
- 5.1.6 Zdravniki asistenčnega centra za pomoč v tujini se bodo takoj, ko bodo obveščeni o nezgodi ali bolezni, povezali 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.
- 5.1.7 Stroške nujne zdravstvene oskrbe, ki ne presegajo skupnega zneska 150 EUR po zavarovalnem primeru, poravnava zavarovanec sam, po povratku v domovino pa se njihovo povračilo uveljavlja neposredno pri zavarovalnici. Stroške nujne zdravstvene oskrbe, ki znašajo več kot 150 EUR, zavarovalnica povrne neposredno izvajalcu opravljenih storitev, če je zavarovanec do tega upravičen skladno z določili teh splošnih pogojev.
- 5.1.8 Zahtevek za uveljavljanje pravice do zavarovalnine je treba predložiti zavarovalnici najkasneje v roku 3 mesecev po vrnitvi v domovino. K zahtevku je treba predložiti vso potrebno dokumentacijo o zavarovalnem primeru in zavarovalnici nuditi vse informacije o zavarovalnem primeru. Dokumentacija o zavarovalnem primeru obsega:
- zdravstveno dokumentacijo o zavarovalnem primeru, ki upravičuje nujnost zdravljenja;
 - 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;
 - originalni račun za zdravila in prevoze;
 - v primeru nezgode uradno poročilo ali potrdilo uradnega organa, izdano v tujini na podlagi okoliščin nesreče oziroma poškodbe;
 - uradni prevod dokumentacije na zahtevo zavarovalnice;
 - dodatno dokumentacijo na zahtevo zavarovalnice (kot npr. verodostojen dokaz, da bivanje zavarovanca v tujini ni bilo daljše od 45 dni).
- 5.1.9 Zavarovanec je dolžan takoj storiti vse, kar je v njegovi moči, da se prepreči nadaljnje nastajanje škode, pri čemer mora upoštevati navodila asistenčnega centra za pomoč v tujini in poskušati omejiti stroške po najboljših močeh.
- 5.1.10 Zavarovalnici oziroma asistenčnemu centru za pomoč v tujini mora zavarovanec ali njegov predstavnik dati vse podatke in druge dokaze, ki jih ima na voljo in so nujno potrebni za ugotavljanje vzroka, obsega in višine škode ter organizacijo asistencije, vključno z ureditvijo vrnitve v državo zavarovančevega stalnega oziroma začasnega bivališča, če je to potrebno. V primeru, da zavarovalnica ali asistenčni center za pomoč v tujini potrebuje dodatne informacije v zvezi z zavarovalnim primerom, mora zavarovanec 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 ali asistenčnemu centru za pomoč v tujini vse zahtevane informacije.
- 5.1.11 Če zavarovanec ali njegov predstavnik odkloni predlagano nujno zdravljenje v najbližjem ustreznem zdravstvenem centru ali bolnišnici v tujini ali če se na zahtevo asistenčnega centra za pomoč v tujini ne pusti pregledati zdravniku, ki ga imenuje zavarovalnica ali njeni predstavniki, preneha pogodbeno obveznost zavarovalnice za ta zavarovalni primer, posledice morebitnih zapletov zdravstvenega stanja pa nosi sam.
- 5.1.12 Če je zavarovanec po opravljenem telefonskem klicu na asistenčni center za pomoč v tujini nujne zdravstvene storitve, ki presegajo znesek 150 EUR, ne glede na navodila asistenčnega centra plačal sam, zavarovalnica povrne stroške zavarovancu skladno z določili teh pogojev po predložitvi zahtevane dokumentacije.
- 5.1.13 Zahtevek za uveljavljanje pravice do zavarovalnine v zvezi z zavarovalnim primerom bo zastaral v roku 3 let po preteku koledarskega leta, v katerem je pravica do uveljavljanja zavarovalnine nastala, oziroma v roku 5 let po preteku koledarskega leta, v katerem je pravica do uveljavljanja zavarovalnine nastala, pod pogojem, da zainteresirana oseba ni vedela, da je zavarovalni primer nastopil.
- 5.2 **Nezgodno zavarovanje**
- 5.2.1 Na zahtevo zavarovalnice, zavarovanca ali upravičenca je zavarovalec dolžan zavarovalnici izstaviti potrdilo, da je oseba, ki se ji je pripetila nezgoda, zavarovana kot imetnik bančnega paketa.
- 5.2.2 Zavarovanec oziroma upravičenec mora zavarovalnici predložiti vsa potrebna obvestila za razjasnitev dogodkov in okoliščin, ki so pomembne za ugotovitev obstoja in višine njene obveznosti.
- 5.2.3 Če je zavarovanec zaradi nezgode poškodovan, mora ukreniti vse potrebno za zdravljenje in se glede načina zdravljenja ravnati po zdravnikovih navodilih in nasvetih.
- 5.2.4 Če je upravičenec za primer popolne trajne invalidnosti zaradi nezgode zavarovanec sam, mora le-ta zavarovalni primer prijaviti takoj, ko mu zdravstveno stanje to omogoča.
- 5.2.5 V prijavi popolne trajne invalidnosti je treba navesti vse potrebne podatke o okoliščinah nastanka nezgode in predložiti zavarovalnici dokaze o ustaljenih posledicah za določitev popolne trajne invalidnosti (zdravniško spričevalo).
- 5.2.6 Zavarovalnica ima pravico na svoje stroške napotiti zavarovanca k zdravniku cenzorju, ki poda poročilo o posledicah nezgode. V tem primeru se za ugotavljanje popolne trajne invalidnosti zavarovanca upošteva poročilo zdravnika cenzorja.
- 5.2.7 V primeru smrti zavarovanca je treba poleg pisne prijave zavarovalnega primera zavarovalnici predložiti dokumente, ki potrjujejo smrt in okoliščine smrti

- zavarovanca: izpis iz matične knjige umrlih, zdravniško dokazilo o vzroku smrti in druge dokumente na zahtevo zavarovalnice.
- 5.2.8 Zavarovalnica ima pravico zahtevati od katerekoli stranke zavarovalne pogodbe, zdravstvene ustanove ali druge pravne ali fizične osebe naknadna pojasnila in dokazila v zvezi z nezgodo.
- 5.3 Zdravstveni posvet na daljavo**
- 5.3.1 Zavarovanec uveljavlja pravico do zdravstvenega posveta na daljavo s klicem na brezplačno telefonsko številko asistenčnega centra za zdravstveni posvet 080 10 84 vsak delovni dan med 8. in 17. uro.
- 5.3.2 Asistenčni center za zdravstveni posvet najkasneje naslednji delovni dan po prejemu zahteve za zdravstveni posvet na daljavo s telefonskim klicem ali uporabo (elektronske) pošte zavarovanca obvesti o upravičenosti do zdravstvenega posveta na daljavo.
- 5.4 V primeru odobritve uveljavljanja pravice do zdravstvenega posveta na daljavo asistenčni center za zdravstveni posvet v dogovoru z zavarovancem uredi termin zdravstvenega posveta na daljavo in o tem obvesti zavarovanca.
- 5.4.1 Zavarovalnica zagotavlja zavarovancu uveljavljanje pravice do zdravstvenega posveta na daljavo v roku, ki ni daljši od 5 delovnih dni od odobritve uveljavljanja pravice do zdravstvenega posveta na daljavo.
- 5.4.2 Ob dogovorjenem terminu se zavarovanec preko povezave, ki jo predhodno prejme s strani asistenčnega centra za zdravstveni posvet, vključni v video klic oziroma sprejme telefonski klic zdravnika.
- 5.5 Dogovorjeni termin izvedbe zdravstvenega posveta na daljavo lahko zavarovanec odpove ali predlaga spremembo le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati ali jih preprečiti, o čemer takoj obvesti asistenčni center za zdravstveni posvet in predloži dokazila.
- 5.6 V primeru odpovedi dogovorjenega termina izvedbe zdravstvenega posveta na daljavo s strani zavarovalnice, zavarovalnica omogoči zavarovancu nadomestni termin najkasneje 5 delovnih dni po dogovorjenem terminu.
- 6 Izplačilo zavarovalnine**
- 6.1 Zavarovalnica upravičencu izplača zavarovalnino v roku 14 dni, šteto od dneva, ko razpolaga z vso dokumentacijo o zavarovalnem primeru, ki omogoča ugotovitev obstoja in višine njene obveznosti. Če višina obveznosti zavarovalnice ni ugotovljena v roku 14 dni, zavarovalnica upravičencu nesporni del svoje obveznosti na njegovo zahtevo izplača kot predujem.
- 6.2 Če zavarovanec ne predloži potrebne dokumentacije in zavarovalnica zaradi tega ne more ugotoviti obstoja svoje obveznosti, lahko zavarovalnica začasno odkloni izplačilo svoje obveznosti.
- 6.3 Na zahtevo zavarovalnice mora upravičenec zavarovalnici predložiti dokazilo, s katerim dokaže upravičenost do izplačila, in osebni dokument za identifikacijo.
- 6.4 V primeru zdravstvenega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini zavarovalnica povrne zavarovalnino v višini zneska stroškov, ki je preračunan v EUR po srednjem tečaju Banke Slovenije na dan izplačila zavarovalnine.
- 6.5 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, opravljanja posebej nevarnih del in drugih izključitev, kot je navedeno v točkah 4.2 in 4.4 teh splošnih pogojev.
- 7 Upravičenci**
- 7.1 Upravičenec v primeru nezgodne smrti in popolne trajne invalidnosti kot posledice nezgode zavarovanca

- je banka, in sicer do višine dolga na osebnem računu zavarovanca, ugotovljenega na dan nezgode.
- 7.2 Če ni določeno drugače, veljajo kot upravičenci za pozitivno razliko med zavarovalnino in stanjem dolga na računu v primeru zavarovančeve nezgodne smrti:
- zavarovančevi otroci in zakonec v enakih delih;
 - če ni zakonca, zavarovančevi otroci v enakih delih;
 - če ni otrok, zavarovančev zakonec;
 - če ni oseb, navedenih v prejšnjih alinejah tega odstavka, zakoniti dediči zavarovanca.
- 7.3 Če ni določeno drugače, velja kot upravičenec za pozitivno razliko med zavarovalnino in stanjem dolga na računu v primeru zavarovančeve popolne trajne invalidnosti kot posledice nezgode zavarovanec sam.
- 7.4 Če ni določeno drugače, velja kot upravičenec v primeru zdravstvenega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini in v primeru zdravstvenega posveta na daljavo zavarovanec sam.
- 8 Način medsebojnega obveščanja**
- 8.1 Medsebojno obveščanje med zavarovalnico in zavarovalcem oziroma zavarovancem poteka v pisni obliki.
- 8.2 Škodni zahtevki, ki so namenjeni zavarovalnici, se predložijo v NLB poslovalnici, prek spletnega naslova zavarovalnice ali na sedežu zavarovalnice.
- 9 Odpoved zavarovalne pogodbe**
- 9.1 Zavarovalna pogodba je sklenjena za čas enega leta, pri čemer se zavarovanje avtomatično podaljšuje iz leta v leto, dokler ga katera od strank pisno ne odpove. Vsaka pogodbeni stranka lahko zavarovanje odpove s trimesečnim odpovednim rokom. Zavarovalna pogodba v vsakem primeru preneha veljati tudi na podlagi obojestranskega sporazuma.
- 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 ugoti 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 Izjava o zasebnosti zavarovalnice Vita, življenjska zavarovalnica, d.d. Zavarovalec s sklenitvijo zavarovalne pogodbe potrjuje, da je seznanjen z vsebino te izjave 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 obliigacijska 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, dvojniki police, vinkulacija, priprava dodatnih informativnih izračunov ipd.). 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.