



Splošni pogoji za turistično zavarovanje z asistenco v tujini

veljajo od 1.7.2010

I. UVODNE DOLOČBE

1. člen

(1) Splošni pogoji za turistično zavarovanje z asistenco v tujini (v nadaljnjem besedilu: Splošni pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki jo skleneta zavarovanec in Zavarovalnica Maribor d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).

2. člen

Pomen nekaterih pojmov uporabljenih v pogojih:

(1) asistenca:

je zagotavljanje pomoči in olajševanje položaja osebi v težavah;

(2) zavarovanec:

je oseba, ki ima sklenjeno veljavno polico pri Zavarovalnici Maribor d.d. in ima stalno prebivališče v Sloveniji;

(3) upravičenec:

je oseba, ki je upravičena do izplačila zavarovalnine;

(4) zavarovatelj:

Zavarovalnica Maribor d.d., ki nudi asistenco na potovanju v tujini s pomočjo svojega pogodbenega partnerja AXA Assistance Deutschland;

(5) sorodniki:

so zavarovančevi starši, otroci, zakonec ali izven zakonski partner, brat, sestra;

(6) polica:

je listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi za turistično zavarovanje z asistenco v tujini, ki jo je izdala zavarovalnica zavarovancu, ki potuje v tujino;

(7) premija:

je znesek, ki ga mora zavarovanec plačati po zavarovalni pogodbi. Odvisna je od izbranega paketa storitev, morebitne odbitne franšize ter trajanja potovanja;

(8) zavarovalnina:

je znesek, ki ga zavarovalnica plača po zavarovalni pogodbi;

(9) zahtevek:

je kakršenkoli dogodek, ki lahko povzroči, da je potreben poseg s strani AXA Assistance Deutschland;

(10) zavarovalni primer:

je dogodek, katerega posledica je zavarovana z zavarovalno pogodbo:

- telesna poškodba, ki jo povzroči enkratno, nenaden dogodek, ki deluje od zunaj in z vidnimi sredstvi na zavarovančevo telo, kar izključuje bolezen ali obolenje, in se dogodi zavarovancu po začetku potovanja v tujino, med katerim taka telesna poškodba povzroči, da zavarovanec ali njegovi predstavniki zahtevajo pomoč oz. asistenco, - bolezen, ki pomeni nenadno in nepredvidljivo obolenje ali nalezljivo bolezen, ki se je pričela ali nastala po začetku potovanja zavarovanca v tujino, med katerim takšno obolenje povzroči, da zavarovanec ali njegovi predstavniki zahtevajo pomoč oz. asistenco;

(11) zavarovalna vsota:

je znesek, do katerega zavarovalnica plača stroške storitev po zavarovalni pogodbi;

(12) zdravniška ekipa:

je skupina zdravnikov, ki jo določi glavni zdravniški uslužbenec zavarovatelja in lečeči zdravnik;

(13) kritično zdravstveno stanje:

je telesna poškodba ali bolezen, ki je tako resna, da je ogroženo življenje zavarovanca;

(14) evro (EUR):

je veljavna denarna enota Evropske unije;

(15) odbitna franšiza:

je znesek, do katerega zavarovanec sam plača stroške storitev ob vsakem zavarovalnem primeru;

(16) letni agregat (velja samo za sklenjena Letna turistična zavarovanja z asistenco v tujini):

zavarovanec oz. upravičenec lahko koristi maksimalno 150.000 € zavarovalnine po veljavni letni polici turističnega zavarovanja z asistenco v tujini sklenjeni pri Zavarovalnici Maribor d.d.;

(17) država stalnega prebivališča:

Slovenija.

II. SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

3. člen:

(1) Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko zavarovanec in zavarovalnica podpišeta polico.

(2) Zavarovalnica lahko, pri pogodbah sklenjenih na daljavo, določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.

(3) Za zavarovanca, ki je ob sklenitvi zavarovanja že v tujini, je zavarovanje nično.

(4) Letno turistično zavarovanje z asistenco v tujini lahko sklene zavarovanec do 75. leta starosti, razen pri zavarovanju preko plačilnih oz. kreditnih kartic, kjer je starostna omejitev zavarovanja 90 let. Zavarovanec lahko v zavarovanje vključi tudi svojega zakonca ali izven zakonskega partnerja, do 75. leta starosti ter otroke do 25. leta starosti, če živijo na istem naslovu. Zavarovanje za otroke velja le, če potujejo z vsaj enim izmed staršev.

4. člen: Trajanje zavarovanja in jamstva

(1) Zavarovalni primer se začne z upravičeno potrebo zavarovanca po zdravstvenih in drugih storitvah, ki nastanejo zaradi nepredvidenih bolezni ali posledic nesreč po Splošnih pogojih, in se konča v trenutku, ko po zdravniškem mnenju pogodbenega partnerja zdravljenje zavarovanca ni več potrebno oz. s prevozom zavarovanca v Slovenijo.

(2) Zavarovanje se začne ob 0:00 uri tistega dne, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot začetek zavarovanja, in preneha ob 24:00 uri dneva prenehanja zavarovanja.

(3) Jamstvo zavarovalnice se začne ob 0:00 uri tistega dne, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot začetek zavarovanja, če je bila do tedaj plačana premija. Če premija do tedaj ni bila plačana, se jamstvo zavarovalnice začne ob 24:00 uri tistega dne, ko je bila premija plačana.

(4) Jamstvo zavarovalnice velja za območje vsega sveta z izključitvijo Slovenije in države, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.

(5) Jamstvo zavarovalnice preneha ob 24:00 uri dneva prenehanja zavarovanja.

5. člen: Geografska in časovna omejitev veljavnosti

(1) Zavarovanje velja za območje vsega sveta z izključitvijo Slovenije in države, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.

(2) Ugodnosti, ki jih nudi asistenca, bo moč koristiti dvaindevetdeset (92) zaporednih dni potovanja oz. bivanja v tujini.

III. PREDMET ZAVAROVANJA

6. člen:

(1) Predmet zavarovanja so stroški nujnih zdravstvenih in drugih storitev ter organizacija in nudenje pomoči zavarovancu.

IV. ZAVAROVALNO OBDOBJE

7. člen:

(1) Ugodnosti, ki jih nudi asistenca, navedene v členih od 12. do 28., se zagotovijo za obdobje največ dvanajst (12) zaporednih mesecev v času veljavnosti police.

8. člen: Zastaranje zahtevka

(1) Vsak odškodninski zahtevek v zvezi z zavarovalnim primerom bo zastaral v roku treh let od njegovega nastanka.

V. POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVIC

9. člen:

(1) V primeru potrebne pomoči mora zavarovanec takoj, ko je to možno, poklicati 24 - urni dežurni center zavarovatelja, od koder asistenčna družba organizira pomoč v tujini:

- v RS: 080-19-21

- izven RS: 00386 - 2 - 618 - 05 - 20 (na stroške zavarovanca)





TZ - 01/10

Splošni pogoji za turistično zavarovanje z asistenco v tujini

(2) Ob klicu v klicni center mora zavarovanec posredovati naslednje podatke:

- ime, priimek in naslov nosilca zavarovalne police,
- številko in veljavnost zavarovalne police,
- kraj in telefonsko številko, na kateri je dosegljiv,
- kratek opis problema, ki ga ima in naravo pomoči, ki jo potrebuje.

(3) Zdravniki asistenčne družbe 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.

VI. OBSEG OBVEZNOSTI ZAVAROVANCA

10. člen:

(1) V primeru potrebne pomoči mora zavarovanec takoj, ko je to možno (najkasneje v roku osemindvajset (48) ur od časa nastanka dogodka), poklicati 24 - urni dežurni center zavarovalca, od koder asistenčna družba organizira pomoč v tujini. Brez predhodnega klica zavarovanec ne bo upravičen do povrnitve stroškov, ki jih bo neposredno plačal sam ali oseba, ki deluje v njegovem imenu.

(2) Takoj, ko nastane zavarovalni primer, mora zavarovanec storiti vse, da omeji ali prepreči nadaljnje posledice.

(3) Zavarovanec mora oskrbeti zavarovalca z vsemi potrebnimi dokumenti, podatki in drugimi formalnostmi in mu tako omogočiti prevzem kritja in reševanje zavarovalnega primera.

(4) V določenih državah, zaradi lokalnih omejitev, zavarovatelj ne more prevzeti stroškov asistenc in bo moral zavarovanec ali oseba, ki deluje v njegovem imenu stroške kriti sama. V takšnem primeru zavarovanec ali oseba, ki deluje v njegovem imenu poda zahtevek za povračilo stroškov zavarovalcu.

(5) V primeru zahtevka za povračilo stroškov mora zavarovanec ali oseba, ki deluje v njegovem imenu predložiti zavarovalcu vse relevantne dokumente vključno z originalnimi računi.

11. člen: Obveščanje zavarovalca

(1) V primeru, ko je ogroženo življenje, mora zavarovanec ali njegov predstavnik ne glede na pogodbeno določila vedno poskušati urediti nujen prevoz do bolnice blizu mesta nastanka take situacije s pomočjo ustreznih prevoznih sredstev, takoj ko je mogoče pa mora o tem obvestiti dežurni klicni center zavarovalca.

(2) V kakršnekoli primeru telesne poškodbe ali bolezni, ki zahteva sprejem osebe v bolnico, mora zavarovanec ali oseba, ki deluje v njegovem imenu, obvestiti zavarovalca v roku osemindvajset (48) ur od časa dogodka. V primeru neizpolnitve te obveznosti, ima zavarovatelj pravico izstaviti račun za dodatne stroške, ki ne bi nastali, če bi zavarovanec upošteval predpisani rok osemindvajset (48) ur.

VI. OBSEG OBVEZNOSTI ZAVAROVATELJA

12. člen: Postavitve diagnoze

(1) Zavarovatelj in zdravniška ekipa bosta zagotovila začetni odziv na zahtevo zavarovanca po asistenci. Zdravniška ekipa bo zabeležila zavarovančovo zahtevo in bo zavarovancu svetovala, katere takojšnje ukrepe naj izvrši. Zdravniška ekipa ne bo ugotavljala in določala bolezni, ampak bo na zahtevo in stroške zavarovanca uredila vse potrebno za določitev bolezni:

- na osnovi osebnega obiska zdravnika, za katerega poravnane stroške ob obisku zavarovanec ali
- tako, da se dogovori za pregled zavarovanca v ustrezni medicinski ustanovi, s tem, da takšen pregled plača zavarovanec.

13. člen: Stroški za zdravstvene in zobozdravstvene storitve

(1) Na podlagi zahteve zavarovanca, posredovane po telefonu v ustrezni telefonski center, bo zavarovatelj organiziral in kril:

- nujne zdravniške, kirurške, farmacevtske in bolnišnične stroške (z izključitvijo kakršnekoli vrste protez), ki bodo povzročeni zavarovancu ali katerikoli drugi osebi, ki bo delovala v imenu zavarovanca v nenadnih in nujnih primerih, ki so rezultat bolezni oz. nezgode in
- stroške za nujne zobozdravstvene posege, z izključitvijo kakršnihkoli zobnih protez in zalivk, ki jih povzročijo nenadna bolezen ali poškodba zobovja.

(2) Zavarovatelj krije stroške za zdravniško oskrbo do protivrednosti v lokalni valuti:

- petnajst tisoč evrov (EUR 15.000) v primeru izbire obsega kritja "A" variante,
- dvajset tisoč evrov (EUR 20.000) v primeru izbire obsega kritja "B" variante,
- petdeset tisoč evrov (EUR 50.000) v primeru izbire obsega kritja "C" variante.

(3) Zavarovatelj krije stroške za zobozdravstveno oskrbo do protivrednosti v lokalni valuti:

- sto evrov (EUR 100) v primeru izbire obsega kritja "A" variante,
- dvesto evrov (EUR 200) v primeru izbire obsega kritja "B" variante,

- tristo evrov (EUR 300) v primeru izbire obsega kritja "C" variante.

(4) V vsakem primeru bodo stroški zdravniške oskrbe kriti do tistega trenutka, ko bo zdravniška ekipa zavarovalca in lečeči zdravnik mnenja, da je zavarovančovo zdravstveno stanje takšno, da je lahko pripeljan v Republiko Slovenijo.

(5) V primeru, da zavarovanec odkloni vrnitev v Slovenijo, bodo nadaljnji stroški zdravstvene oskrbe kriti do višine zneska stroškov vrnitve v Slovenijo, če bi ta morala biti izvršena, hkrati pa izgubi pravico do ugodnosti, ki so navedene v členih 14. in 19.

14. člen: Zdravniški prevoz

(1) V primeru, da zavarovanec utрпи telesno poškodbo ali bolezen, ki bo takšne narave, da bo zdravniška ekipa in lečeči zdravnik priporočal bivanje v bolnici, bo zavarovatelj uredil vse potrebno in plačal:

- prevoz zavarovanca v najbližjo bolnišnico,
- premestitev zavarovanca (če zdravstveni razlogi to zahtevajo) pod potrebnim zdravniškim nadzorom (z zračnim rešilnim prevozom, rednim komercialnim poletom ali rešilnim avtom) v bolnišnico, ki bo bolj ustrezno opremljena za določeno telesno poškodbo ali bolezen,
- neposredno vrnitev zavarovanca v Slovenijo, vključno s prevozom z rešilnim avtomobilom do letališča in iz letališča pod ustreznim zdravniškim nadzorom (z rednimi letalskimi linijami) v ustrezno bolnišnico ali zdravstveno ustanovo v bližini stalnega prebivališča zavarovanca, pod pogojem, da njegovo zdravstveno stanje to omogoča.

(2) Zdravniška ekipa in lečeči zdravnik odločajo o tem ali je zavarovančovo zdravstveno stanje takšno, da se zavarovanec lahko vrne v Slovenijo sam kot potnik, ali pa so okoliščine takšne narave, da je prevoz zanj potrebno urediti drugače.

15. člen: Dostava zdravil

(1) V primeru, da zdravniška ekipa zavarovalca ugotovi, da obstaja medicinska nujna za dobavo zdravil, bo zavarovatelj zavarovancu dobavil nujna, predpisana, vendar krajevno nedosegljiva zdravila ali pa bo določil, predpisal, nabavil in dobavil enakovredna krajevno dosegljiva zdravila.

(2) Zavarovanec v vsakem primeru krije stroške za nabavo takšnih zdravil.

(3) Dobava zdravil je podvržena predpisom letalskega prevoznika.

(4) Stroške dostave krije zavarovatelj.

16. člen: Nujen obisk

(1) Če je zavarovanec zaradi telesnih poškodb ali bolezni sprejet v bolnišnico zunaj Republike Slovenije za več kot sedem (7) zaporednih dni, bo zavarovatelj na podlagi prošnje zavarovanca omogočil obisk sorodnika ali druge osebe s stalnim prebivališčem v Republikli Sloveniji, ki jo bo imenoval zavarovanec.

(2) Zavarovatelj bo poravnal povratno vozovnico za javni prevoz (ekonomski razred) iz oziroma v Republiko Slovenijo.

17. člen: Vrnitev zavarovanca v domovino

(1) Da lahko zavarovatelj takoj ukrepa, mora zavarovanec, ki zahteva vrnitev v domovino ali oseba v njegovem imenu, podati:

- ime, naslov in telefonsko številko bolnišnice, kamor je bil zavarovanec pripeljan,
- ime, naslov in telefonsko številko lečečega zdravnika in če je potrebno družinskega zdravnika v RS,
- kratek opis poškodbe.

(2) Zdravniška ekipa zavarovalca ali zastopniki bodo imeli prost dostop do zavarovanca, da se bodo lahko prepričali o njegovem zdravstvenem stanju.

(3) Zavarovanec ne bo upravičen do vrnitve v domovino na stroške zavarovalca v primeru, da se zdravniški ekipi zavarovalca brez upravičenega razloga prepreči dostop do zavarovanca, razen če na to sam ne more vplivati (npr.: nezavest, ipd.).

(4) V vsakem primeru bo zavarovatelj po dogovoru z lečečim zdravnikom izbral datum in način prevoza v domovino.

(5) Zdravniški prevoz ali vrnitev v domovino z zračnim rešilnim sredstvom bosta omejena samo na kontinentalni transport.

(6) Če bo zavarovatelj poravnal stroške prevoza zavarovanca, bo slednji moral predati zavarovalcu neuporabljeni del njegove originalne vozovnice ali pa plačati njeno protivrednost.

18. člen: Nepričakovana vrnitev v domovino

(1) Zavarovatelj bo zavarovancu organiziral in plačal upravičene dodatne stroške zaradi povratnega rednega poleta (ekonomski razred) ali vožnje z vlakom (1. razred) za nujno vrnitev v RS v primeru kritičnega zdravstvenega stanja ali smrti sorodnika v RS, če originalna vozovnica, ki jo ima zavarovanec, ne bo mogla biti uporabljena za takšno povratno potovanje.



19. člen: Vrnitev v domovino po zdravljenju

- (1) Po odpustu zavarovanca iz krajevne bolnišnice, kamor je bil zavarovanec prepeljan in v njej oskrbljen, bo zavarovatelj uredil vse potrebno in plačal stroške vrnitve zavarovanca v domovino (v kraj njegovega stalnega prebivališča).
- (2) Zavarovatelj bo uredil vse potrebno tudi za druge aranžmaje, če bodo potrebni glede na zdravstveno stanje zavarovanca in tudi križ stroške takšnih aranžmajev, če le ti ne bodo kriti s povratno vozovnico zavarovanca.

20. člen: Vrnitev v domovino po smrti

- (1) V primeru smrti zavarovanca bo zavarovatelj uredil vse potrebno (uradne formalnosti) za vrnitev posmrtnih ostankov v Republiko Slovenijo.
- (2) Zavarovatelj bo križ tudi stroške posmrtnih postopkov, stroške prevoza zavarovančevega trupla oz. pepela na kraj zavarovančevega pogreba v Sloveniji, z izključitvijo stroškov pogreba.

21. člen: Vrnitev otrok v domovino

- (1) Po prevozu zavarovanca kot navedeno v 14. in 19. členu, bo zavarovatelj organiziral in plačal stroške vrnitve v domovino kateregakoli otroka, mlajšega od 16 let, ki je potoval z zavarovancem v času nastanka asistenčnega primera, pod pogojem, da originalna vozovnica, ki jo ima otrok, ne bo veljavna za ta namen.

22. člen: Pravna pomoč

- (1) V primeru nezgode, ki nastane v zasebnem življenju, vendar z izključitvijo dogodka, ki nastane zaradi uporabe, posesti ali varovanja motornega vozila, bo zavarovatelj:
- zagotovil obrambo zavarovanca v pravnih postopkih proti njemu (civilna odgovornost),
 - vodil postopke zato, da bo v imenu zavarovanca pridobil odškodnino od znane tretje osebe, ki je zavarovanca osebno poškodovala oziroma povzročila škodo na njegovi osebni lastnini, če bo škoda presegla znesek tristo evrov (EUR 300).
- (2) V vseh takšnih primerih bo svetovalca in/ali odvetnika imenoval zavarovatelj in bo deloval v opravljeni sposobnosti za zavarovanca brez nadomestila.
- (3) Honorar svetovalca in/ali odvetnika bo poravnal zavarovatelj največ do višine zneska tisoč evrov (EUR 1.000).

23. člen: Zamuda poleta letala

- (1) Če bo potrjeni redni let za odhod zavarovanca s kateregakoli letališča imel zamudo šest ur ali več, ali če bo let odpovedan, ali če zavarovanec ne bo mogel vstopiti na letalo zaradi sprejetja več rezervacij, kot je na voljo sedežev, in da ne bo zanj nobenega drugega alternativnega prevoza v roku šestih ur od načrtovanega odhoda, bo zavarovatelj križ zavarovancu različne izdatke, nastale pred dejanskim odhodom, v znesku sto šestdeset evrov (EUR 160) na osnovi izvirnih računov, ki jih bo zavarovanec predložil za nastale stroške.

24. člen: Izguba prtljage

- (1) Če prijavljena prtljaga zavarovanca ni dostavljena v roku osemindvajset (48) ur po prihodu zavarovanca na določeno ciljno mesto njegovega poleta, bo zavarovatelj nudil zavarovancu odškodnino v višini do štiristo evrov (EUR 400) na osnovi odškodnine, v znesku dvajset evrov (EUR 20) za kilogram prtljage in za največ dvajset kilogramov (za stroške, povezane z nujnim nakupom potrebnih oblačil in kozmetike).
- (2) Zavarovanec bo podal svoj zahtevek in uveljavil svoje pravice v roku največ osemindvajset (48) ur po pristanku letala, kakor tudi predložil zavarovatelju izvirne račune za poravnavo.

25. člen: Vrnitev izgubljene prtljage

- (1) V primeru izgube prtljage ali če je javni prevoznik odpremil prtljago na napačen kraj, se bo zavarovatelj povezal z ustrežno enoto, kot je letalsko podjetje, in bo organiziral pošiljko prtljage, če bo najdena, na mesto, kjer biva zavarovanec.

26. člen: Polog varščine

- (1) Zavarovatelj bo položil do pet tisoč evrov (EUR 5.000) varščine v imenu zavarovanca, ki jo bo zahteval, zato da bi se zagotovilo naslednje:
- plačilo stroškov postopka, z izjemo pologov potrebnih za kritje osebne odgovornosti, kazni ali osebne odškodnine, ki jih mora plačati zavarovanec,
 - izpustitev zavarovanca v primeru, da je le ta po prometni nesreči priprt.
- (2) Polog predstavlja zavarovateljevo posojilo zavarovancu -

- uporabniku, ki bo denar povrnil zavarovatelju v celotnem znesku kakor hitro mu bo denar kot polog povrnjen v primeru zavrnitve tožbe oz. v roku petnajst (15) dni od odločitve sodišča, ki je zavarovanca obtožilo; v vsakem primeru pa v roku enega meseca od dneva zavarovateljevega pologa.
- (3) Polog za varščino izključuje kakršenkoli zahtevke v zvezi strokovnimi in/ali kazenskimi situacijami, kakor tudi v zvezi s katerikoli zahtevkom, ki izhaja iz vožnje kateregakoli motornega vozila, ki ni primerno zavarovano ali registrirano.

27. člen: Prenos nujnih sporočil

- (1) Na prošnjo zavarovanca bo zavarovatelj oddal katerikoli osebi nujno sporočilo v zvezi s kakršnokoli asistenčno ugodnostjo.

28. člen: Izključitev obveznosti zavarovatelja

- (1) Zavarovatelj ne nosi odgovornosti za zamude ali neizpolnitve nudenja asistencije v primeru: stavke, vojne invazije, dejanj tujega sovražnika, sovražnosti (naj bo vojna napovedana ali ne), državljanske vojne, upora, prevrata, terorizma ali vojaškega prevrata, nemirov, radioaktivnosti, lokalnih omejitev ali kakršnegakoli drugega dogodka višje sile.

29. člen: Regres – nadomestitev

- (1) Zavarovatelj bo prevzel mesto zavarovanca 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 ali izplačane odškodnine.

VIII. SPLOŠNE DOLOČBE O IZVETJU

30. člen: Izključitev obveznosti zavarovalnice

- (1) Asistenca velja samo za potovanja, ki ne trajajo več kot dvaindevetdeset (92) zaporednih dni.
- (2) Zavarovanec ni upravičen do povrnitve stroškov, ki jih bo neposredno plačal sam ali kaka druga oseba v njegovem imenu brez predhodnega telefonskega klica in privolitve ustreznega zavarovateljevega dežurnega telefonskega centra.
- (3) Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za stroške:
- ki so posledica potovanj s terapevtskim ciljem,
 - ki so posledica zdravljenja v RS,
 - ki so posledica preventivnega zdravljenja ali cepljenj,
 - ki so posledica zdraviliškega zdravljenja, psihoterapije, zdravljenja s sončno svetlobo in toploto ali odpravljanja lepotnih napak,
 - ki nastanejo zaradi kakršnekoli obstoječe, ponavljajoče se ali kronične bolezni ali kakršnegakoli stanja, ki se ga zavarovanec zaveda ali zaradi katerega je že bil zdravljen (okrevanje se šteje kot del bolezni),
 - ki so posledica težav v nosečnosti od šestega meseca naprej ali namerne prekinitve nosečnosti,
 - ki jih povzročijo duševna bolezen ali odtujitev,
 - za dogodke, ki so nastali kot posledica uživanja omamnih tekočin ali drog, z izjemo zdravil, ki se jemljejo v skladu s predpisanim zdravljenjem in jih je predpisal za to usposobljen in registriran zdravnik,
 - ki so posledica smrti, poškodbe ali bolezni zaradi samomora ali poskusa izvršitve samomora,
 - ki so posledica vojne invazije, dejanj tujega sovražnika, sovražnosti (naj je vojna napovedana ali ne), državljanske vojne, upora, vstaje, terorizma ali vojaškega ali proti zakonitega udara, neredov in civilnih nemirov ter drugih dogodkov povezanih z višjo silo,
 - ki so posledica namernega samo poškodovanja ali nastanejo zaradi sodelovanja zavarovanca pri kaznivih dejanjih,
 - ki nastanejo, ko je zavarovanec udeležen kot tekmovalac v stavah, konjskih dirkah, kolesarskih dirkah ali kakršnihkoli motornih dirkah ali razstavah,
 - ki nastanejo zaradi udeležbe zavarovanca v pretepu, razen v primeru samoobrambe,
 - ki nastanejo zaradi izvajanja športnih aktivnosti, na profesionalni osnovi, pri treningu za uradno tekmovanje ali razstavo,
 - ki so neposredno ali posredno povzročeni oziroma so posledica sevanja zaradi radioaktivnosti nuklearnega goriva ali radioaktivnega strupenega eksploziva ali drugih nevarnih lastnosti kateregakoli drugega nuklearnega eksploziva ali nuklearne komponente. Medtem, ko je zavarovanec zaposlen ali udeležen v letalstvu, razen kot potnik, ki plača vozovnico za pravilno licencirano letalo, ki ga upravlja komercialni letalski prevoznik z licenco ali ga ima v lasti in ga upravlja komercialni konzern, pridružen združenju IATA,
 - ki nastanejo kot posledica pandemije, ki jo razglasi Svetovna zdravstvena organizacija,
 - ki nastanejo pri planinarjenju, trekingu, alpinizmu in plezanju nad 3.000 m nadmorske višine.

**IX. ODSTOP OD POGODBE V PRIMERU SKLENITVE ZAVAROVANJA PREKO INTERNETA - NA DALJAVO****31. člen**

Zavarovanec lahko brez navedbe razlogov odstopi od zavarovalne pogodbe sklenjene internetno - na daljavo po teh Splošnih pogojih za turistično zavarovanje z asistenco v tujini in sicer v 15-dneh, kadar gre za zavarovanje v trajanju dalj kot en mesec, vendar mu zapade vplačana zavarovalna premija v celoti, če je v tem času zavarovalno jamstvo že koristil. V primeru, da v odstopnem roku zavarovalno jamstvo ni bilo uveljavljeno, pa se mu vplačana zavarovalna premija po odbitku eventualnih stroškov zavarovanja vrne v celoti. Zavarovanec pa nima pravice odstopa od pogodbe za zavarovanja v trajanju krajšem od enega meseca.

X. PRISTOJNOSTI V PRIMERU SPORA**32. člen**

(1) Spore med zavarovancem in zavarovateljem (Zavarovalnica Maribor d.d.) rešuje stvarno pristojno sodišče v Mariboru.

	OPIS STORITVE / PAKET STORITEV	A	B	C
1.	Postavitev diagnoze in napotitev oz. prevoz v bolnišnico	X	X	X
2.	Posredovanje nujnih sporočil	X	X	X
3.	Kritje stroškov za zdravniško oskrbo do dogovorjene višine v EUR	15.000	20.000	50.000
4.	Kritje stroškov za zobozdravstveno oskrbo do dogovorjene višine v EUR	100	200	300
5.	Prevoz v domovino po zaključenem zdravljenju v tujini	X	X	X
6.	Prevoz posmrtnih ostankov v domovino do kraja pokopa	X	X	X
7.	Organizacija obiska v bolnišnici, če traja zdravljenje v tujini več kot sedem (7) dni		X	X
8.	Organizacija nujne vrnitve v domovino v izrednih primerih (težja bolezen ali smrt ožjega družinskega člana)		X	X
9.	Vračanje zavarovančevih otrok, mlajših od 16 let v RS s spremstvom			X
10.	Nudenje pravne pomoči, kritje stroškov do 1.000 EUR			X
11.	Nujna dostava zdravil		X	X
12.	Vrnitev izgubljene prtljage		X	X
13.	Kritje dodatnih stroškov, nastalih zaradi zamude poleta			X
14.	Nadomestilo za izgubljeno prtljago do 400 EUR			X
15.	Zastava varščine v primeru pridržanja zaradi kazenske odgovornosti do 5.000 EUR		X	X
	x Storitev je v paketu zajeta.			

KI-TER-02**Klavzula o izključitvi terorističnih dejanj**

Ne glede na druge določbe te zavarovalne pogodbe ni krita škoda, ki je nastala v neposredni ali posredni povezavi s terorističnim dejanjem, niti katerikoli stroški, ki so nastali kot posledica škode, in sicer niti v primeru, če je skupaj s terorističnim dejanjem na nastanek škode vplival še kak drug vzrok ali dejanje.

Šteje se, da je teroristično dejanje vsako nasilno dejanje, ki ogroža človeško življenje, premoženje ali infrastrukturo, in sicer s silo, nasiljem ali grožnjo in je izvedeno zaradi političnih, verskih, ideoloških ali podobnih namenov ter ima namen vplivati na vlado kakšne države ali ustrahovati javnost ali katerikoli njen del ali pa ima tak učinek. Za teroristično dejanje se šteje tako dejanje, ki je izvedeno samostojno, kakor tudi tisto, ki je izvedeno v povezavi s katerikoli organizacijo ali oblastjo.

Iz kritja so izključeni tudi škoda in stroški, nastali zaradi preprečevanja oziroma zatiranja terorističnih dejanj.