



Splošni pogoji za Življenjsko zavarovanje Jesen življenja

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Splošni pogoji za Življenjsko zavarovanje Jesen življenja (v nadaljevanju »splošni pogoji«) so sestavni del pogodbe o Življenjskem zavarovanju Jesen življenja (v nadaljevanju »zavarovanje«), sklenjene med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d. d. (v nadaljevanju »zavarovalnica«).
- [2] Z zavarovalno pogodbo se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval določena denarna sredstva (premije), zavarovalnica pa se obvezuje, da bo ob nastopu zavarovalnega primera izpolnila z zavarovalno pogodbo določene pogodbene obveznosti.
- [3] Izrazi, navedeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:
 - **ponudnik** - oseba, ki želi skleniti zavarovanje in v ta namen predloži pisno ponudbo zavarovalnici;
 - **zavarovalec** - oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
 - **zavarovana oseba** - oseba, od katere smrti je odvisno izplačilo zavarovalne vsote;
 - **zavarovalna vsota** - pogodbena obveznost zavarovalnice, ki se izplača v enkratnem znesku;
 - **upravičenec** - oseba, v korist katere se sklene zavarovanje;
 - **osnovno zavarovanje** - v skladu s temi splošnimi pogoji sklenjena pogodba Življenjskega zavarovanja Jesen življenja;
 - **dodatno zavarovanje** - zavarovanje, ki je priključeno osnovnemu zavarovanju;
 - **matematična rezervacija** - se določi v višini sedanje vrednosti predvidenih bodočih obveznosti iz zavarovalne pogodbe, zmanjšane za sedanjo vrednost predvidenih bodočih premij. Matematična rezervacija se izračuna z uporabo ustaljenih metod aktuarske matematike in z uporabo enakih zavarovalno-tehničnih parametrov kot za izračun zavarovalne premije.
- [4] Zavarovanje se sklene brez ugotavljanja zdravstvenega stanja zavarovane osebe. Zavarovati je mogoče osebe od izpolnjenega 65. leta starosti do izpolnjenega 80. leta starosti. Nično je zavarovanje za primer smrti osebe, ki ji je popolnoma odvzeta poslovna sposobnost.
- [5] S tem zavarovanjem je lahko zavarovana ena oseba.
- [6] Odnosi med zavarovalcem in zavarovalnico, kakor tudi vse njune pravice in dolžnosti, so določeni s pisno pogodbo. Sestavni deli zavarovalne pogodbe so: ponudba z dopolnili in izjavami, polica, ti splošni pogoji, dopolnilni pogoji, morebitne posebne pisne izjave, kakor tudi druge priloge in dodatki k polici.
- [7] Vsi dogovori veljajo samo, če so dogovorjeni pisno in je bila ob sklenitvi oziroma spremembi zavarovanja opravljena osebna identifikacija. Vse izjave, ki jih zavarovalnica ali zavarovalec predloži drug drugemu, veljajo od trenutka, ko jih prejme tisti, ki so mu namenjene. Če se pošiljajo po pošti, kot dan prejema velja dan, ko je bilo priporočeno pismo oddano na pošti. Vse spremembe, ki imajo za posledico spremembo jamstva zavarovalnice, začnejo veljati najprej prvega v naslednjem mesecu po prejemu zahteve.
- [8] Zavarovalnica lahko pri pogodbah, sklenjenih na daljavo, določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.
- [9] V primeru, da davek od prometa zavarovalnih poslov ni bil plačan ob plačilu premije, se le-ta obračuna v breme odkupne vrednosti oziroma zavarovalnine iz zavarovalne pogodbe skladno z vsakokrat veljavnim zakonom o davku od prometa zavarovalnih poslov. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse druge prispevke in morebitne druge davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovanja.

2. člen: PONUDBA IN POLICA

- [1] Ponudba se predloži v pisni obliki na obrazcu zavarovalnice in vsebuje bistvene elemente pogodbe.
- [2] Ponudba veže ponudnika 8 dni od dneva, ko je prispela k zavarovalnici. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa predlagano zavarovanje, se šteje, da je ponudba sprejeta in pogodba sklenjena.

- [3] Ponudba je sestavni del pogodbe o zavarovanju in jo morata podpisati obe stranki. Če zavarovalec in zavarovana oseba nista ista oseba, je za veljavnost pogodbe potreben na ponudbi tudi podpis zavarovane osebe.
- [4] Zavarovalnica po sklenitvi zavarovanja izstavi zavarovalno polico. Na polici morajo biti navedeni podatki o zavarovalnici, zavarovalcu, zavarovani osebi z njenimi rojstnimi podatki, zavarovane nevarnosti, začetek in trajanje zavarovanja, zavarovalna vsota, premija, upravičenci, tabela znižanih zavarovalnih vsot, tabela odkupnih vrednosti, datum izstavitve police in podpis zavarovalnice. Če se polica bistveno razlikuje od ponudbe, lahko zavarovalec razlikam pisno ugovarja v enem mesecu po prejemu police. Če tega ne stori, velja vsebina police.

3. člen: TRAJANJE ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovanje se lahko sklene tako, da začne veljati prvi dan v mesecu. Zavarovanje se začne ob 00.00 tistega dne, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja. Takrat se začne tudi jamstvo zavarovalnice, če je do takrat plačana celotna prva premija. Zavarovalnica lahko pri pogodbah, sklenjenih na daljavo, določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.
- [2] Če prva premija ni plačana do začetka zavarovanja, zavarovalnica podeli začasno jamstvo, in sicer od začetka zavarovanja do zadnjega dne v mesecu začetka zavarovanja. Zavarovalno jamstvo v vsakem primeru preneha, če celotna prva premija ni plačana do poteka začasnega jamstva. V tem primeru se jamstvo ponovno začne ob 24.00 tistega dne, ko je prva premija plačana v celoti.
- [3] Začetek, trajanje in potek zavarovanja so določeni na ponudbi in polici.
- [4] Zavarovanje preneha ob smrti zavarovane osebe kot tudi v primeru izplačila odkupne vrednosti.
- [5] Zavarovalec ima pravico, da v roku 30 dni od sklenitve zavarovanja odstopi od zavarovalne pogodbe. Odstop mora biti pisen in vložen na zavarovalnico do izteka roka, pri čemer velja, da je vložen v roku, če je do izteka roka priporočeno oddan na pošti. Zavarovalnica je upravičena obračunati premijo za vsak dan jamstva zavarovalnice ter dejanske stroške, povezane z odstopom od pogodbe, in sicer v višini določeni v veljavnem ceniku na dan sklenitve pogodbe.

4. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalnica se obvezuje izplačati določenemu upravičencu zavarovalno vsoto ali njen del takoj po smrti zavarovane osebe, če zavarovana oseba umre v času trajanja zavarovanja.
- [2] Ne glede na določila 1. odstavka tega člena, zavarovalnica v primeru smrti zavarovane osebe v prvih dveh letih od začetka zavarovanja (čakalni rok), upravičencu izplača znesek v višini 100 % do dneva nastopa zavarovalnega primera zapadlih plačanih premij za osnovno zavarovanje. Če zavarovana oseba umre zaradi nezgode, zavarovalnica izplača dogovorjeno zavarovalno vsoto za smrt v skladu z določili 1. odstavka tega člena.
- [3] Za nezgodo se šteje nenaden, nepredviden in od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančovo telo, razen če je nezgodni dogodek posledica potresa, vojnih operacij, aktivne udeležbe v oboroženih akcijah, motnje zavesti, epileptičnega napada, kapi, infarkta ali priprave, poskusa oziroma izvrševanja kaznivega dejanja, delovanje alkohola, mamil ali psihoaktivnih snovi na zavarovano osebo ob nezgodi.
- [4] Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovano osebo:
 - če je kot voznik motornega vozila ob nezgodi imela več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka - (0,5 ‰ alkohola v krvi) ali več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka (1 ‰ alkohola v krvi) ob drugih nezgodah;
 - če je alkotest pozitiven, zavarovana oseba pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja alkohola v krvi;
 - če se po nezgodi izmakne ugotavljanju stopnje alkoholiziranosti oziroma jo odkloni, uživa alkohol oziroma drugače onemogoči

- ugotavljanje prisotnosti alkohola v krvi v času nezgodnega dogodka.
- [5] Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil na zavarovano osebo:
- če kaže znake motenosti zaradi uživanja oz. prisotnosti mamil ali drugih narkotikov in se s strokovnim pregledom pri zavarovani osebi ugotovi prisotnost mamil ali drugih narkotikov;
 - če zamoči podatek o jemanju psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil oziroma narkotikov ali mamil in je na toksikološkem testu potrjena njihova vsebnost v urinu ali krvi;
 - če odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil v njenem organizmu.
- [6] Posamezna zavarovana oseba sme biti zavarovana največ z dvema zavarovalnima policama Življenjskega zavarovanja Jesen življenja.

5. člen: OMEJITEV IN IZKLJUČITEV JAMSTVA ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote, temveč do tedaj zbrano matematično rezervacijo:
- 1/ če je zavarovana oseba v prvih dveh letih trajanja zavarovanja napravila samomor ali ga je poskusila napraviti, ne glede na to, kdaj je za njegovimi posledicami umrla;
 - 2/ če je zavarovana oseba umrla zaradi vojnih dogodkov.
- [2] Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote, če je smrt zavarovane osebe namerno povzročil upravičenec. Če pa je bila do tedaj premija plačana najmanj za tri leta, izplača zavarovalnica matematično rezervacijo zavarovalcu oziroma njegovim dedičem.
- [3] Matematična rezervacija, kot je opredeljena v prvem in drugem odstavku tega člena, ne sme presežati 95 % zavarovalne vsote.

6. člen: DOGOVOR O PREMIJI IN ZAVAROVALNI VSOTI TER PLAČEVANJE PREMIJE

- [1] Zavarovalno vsoto in premijo določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, zlasti glede na izbrani premijski cenik in pristopno starost zavarovane osebe.
- [2] Dogovorjena premija se plačuje mesečno vnaprej, in sicer prvega v mesecu, v katerem zapade v plačilo. Zavarovalec in zavarovalnica se lahko dogovorita tudi za drugačno dinamiko plačevanja premije. Zavarovalnici pripada premija do konca meseca, v katerem nastopi zavarovalni primer. Če je zavarovalec v zaostanku s plačilom ene ali več premij, se s plačilom premije najprej poravnajo neplačane zapadle premije.
- [3] Zavarovalec je dolžan zavarovalnici plačevati premijo, zavarovalnica pa je dolžna sprejeti premijo od vsake osebe, ki ima za to pravni interes. Če se premija nakazuje po pošti ali preko banke, velja, da je zavarovalnici plačana ob 24.00 tistega dne, ko je na pošti ali banki potrjeno vplačilo.
- [4] Zavarovalna premija se plačuje do smrti zavarovane osebe, vendar ne dlje kot do konca koledarskega leta, v katerem zavarovana oseba dopolni 90. leto starosti. Konec koledarskega leta, v katerem zavarovana oseba dopolni 90. leto starosti, dolžnost plačila nadaljnjih premij preneha.

7. člen: POSLEDICE NEPLAČILA PREMIJE

- [1] Če premija ni plačana dva meseca po zapadlosti, lahko zavarovalnica zavarovalca pozove, naj plača celotno zapadlo neplačano premijo. Če ta na zahtevo zavarovalnice, ki mu mora biti vročena s priporočenim pismom, zapadle premije ne plača v roku, ki je določen v pismu in ne sme biti krajši kot mesec dni, šteto od takrat, ko mu je bilo pismo vročeno, in tega niti ne stori kdo drug, ki je za to zainteresiran, sme zavarovalnica, če so ji bile dotlej plačane premije najmanj za dve polni leti, zavarovalcu izjaviti, da znižuje dogovorjeno zavarovalno vsoto brez nadaljnega plačevanja premije (kapitalizacija), sicer pa, da odstopa od pogodbe. Premij, ki so bile plačane do razveze pogodbe, zavarovalnica ne vrne.
- [2] Znižana zavarovalna vsota v smislu prvega odstavka tega člena se po metodah aktuarske matematike izračuna tako, da se matematična rezervacija, ki ustreza plačani premiji, šteje kot enkratna premija, na osnovi katere se nato izračuna znižana zavarovalna vsota. Ne glede na predhodno navedeno, znižana zavarovalna vsota ne presega 98 % zavarovalne vsote.
- [3] V primeru kapitalizacije zavarovanja prenehajo veljati dodatna zavarovanja, ki so priključena k osnovnemu zavarovanju.

8. člen: ODKUP ZAVAROVANJA

- [1] Na zahtevo zavarovalca mora zavarovalnica izplačati odkupno vrednost police, če sta od začetka zavarovanja do zahteve za odkup potekli vsaj dve leti in so premije plačane najmanj za dve leti.

- [2] Odkupna vrednost police znaša 95 % matematične rezervacije. Ne glede na predhodno navedeno, odkupna vrednost ne presega 95 % zavarovalne vsote.
- [3] Jamstvo zavarovalnice v primeru odkupa zavarovanja preneha ob 00.00 tistega dne, ko je odkupna vrednost izplačana, oziroma najkasneje po izteku meseca, za katerega je plačana zadnja premija. Pravice odkupa ne morejo uveljaviti upniki zavarovalca in tudi ne upravičenec. Odkupno vrednost zavarovalnica upravičencu na njegovo zahtevo izplača, če je določitev upravičenca nepreklicna.
- [4] Zavarovalnica izplača odkupno vrednost police v roku 14 (štirinajst) dni od prejema popolne zahteve za odkup.

9. člen: RAZPOLAGANJE S PRAVICAMI IZ ZAVAROVANJA

- [1] Dokler ne nastopi zavarovalni primer, pripadajo zavarovalcu vse pravice iz zavarovanja, razen če se je zavarovalec odpovedal pravici do spremembe upravičenca.
- [2] Vse zavarovalčeve izjave in odločitve so obvezne za zavarovalnico samo, če so ji predložene, preden nastopi zavarovalni primer.
- [3] Če upravičenec umre pred nastankom zavarovalnega primera, zavarovalna vsota pripada naslednjemu upravičencu, če ta ni določen, pa premoženju zavarovalca.
- [4] Če se zavarovanje nanaša na življenje koga drugega, je za določitev upravičenca potrebno tudi njegovo pisno soglasje.

10. člen: IZPLAČILA PO ZAVAROVALNI POGODBI

- [1] Oseba, ki zahteva izplačilo po zavarovalni pogodbi, mora, ko nastopi s pogodbo predvideni primer, o tem takoj pisno obvestiti zavarovalnico in čim prej na svoje stroške priskrbeti in ji predložiti naslednje listine:
- 1/ zavarovalno polico;
 - 2/ izpisek iz matične knjige umrlih ali drugo dokazilo o smrti;
 - 3/ listino, iz katere so razvidni rojstni podatki zavarovane osebe, če ti niso bili predloženi že prej;
 - 4/ dokaz, da ima pravico zahtevati izplačilo, če to ni razvidno že iz police;
 - 5/ zavarovalnica sme zahtevati še druge dokaze, ki so potrebni za ugotovitev pravice do izplačila.
- [2] Zavarovalnica mora po prejemu obvestila, da je zavarovalni primer nastal, svojo obveznost izpolniti v dveh delovnih dneh, šteto od 24. ure dneva, ko je dobila dokaze o obstoju in višini svoje obveznosti. Rok začne teči od predložitve zadnjega dokaza.

11. člen: DODATNA ZAVAROVANJA

- [1] Osnovnemu zavarovanju so lahko priključena dodatna zavarovanja, ki se urejajo z dopolnilnimi pogoji za dodatna zavarovanja ali s posebnimi določili na zavarovalni polici. Pri tem veljajo naslednje omejitve:
- 1/ dodatna zavarovanja prenehajo veljati v trenutku prenehanja osnovnega zavarovanja oziroma lahko prenehajo veljati tudi pred potekom osnovnega zavarovanja, če zavarovana oseba postane poslovno nesposobna, 100 % invalid, če zavarovana oseba preseže določeno starostno mejo, ki velja za dodatno zavarovanje, če je zavarovanje kapitalizirano ali to določajo dopolnilni pogoji za dodatna zavarovanja;
 - 2/ dodatno nezgodno zavarovanje starejših preneha konec koledarskega leta, v katerem zavarovana oseba dopolni 90. leto starosti, dodatno zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini pa preneha konec koledarskega leta, v katerem zavarovana oseba dopolni 81. leto starosti;
 - 3/ premija za osnovno zavarovanje in za dodatna zavarovanja je nedeljiva. Za plačevanje premije in posledice neplačila premije dodatnih zavarovanj veljajo določbe teh splošnih pogojev;
 - 4/ pri poznejši priključitvi dodatnega zavarovanja pripada zavarovalnici premija od priključitve tega zavarovanja dalje.

12. člen: UDELEŽBA NA DOBIČKU

Zavarovalcu oziroma upravičencu ne pripada udeležba v pozitivnem rezultatu, ki je ustvarjen z upravljanjem portfelja teh zavarovanj.

13. člen: STORITVE ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalec mora za vse storitve, ki jih posebej zahteva od zavarovalnice, kot so sprememba zavarovanja, izdaja dvojnika polic, zastava zavarovalne police in drugo, plačati po ceniku, ki velja ob vsakokratni spremembi.
- [2] Zavarovalnica nadomesti izgubljeno polico z dvojnikom tedaj, ko prejme pravnomočen sodni sklep, s katerim je izginula izvorna polica razglašena za neveljavno. Zavarovalnica lahko določi, da se izgubljena polica do določene zavarovalnine nadomesti z dvojnikom tudi brez sodnega sklepa.

14. člen: ZASTARANJE ZAHTEVKOV

- [1] Terjatve zavarovalca oziroma upravičenca iz pogodbe o življenjskem zavarovanju zastarajo v petih letih, terjatve iz drugih zavarovalnih pogodb pa v treh letih, šteto od prvega dne po preteku koledarskega leta, v katerem je terjatev nastala.
- [2] Če oseba dokaže, da do dneva izteka zastaralnega roka iz prvega odstavka tega člena ni vedela, da je zavarovalni primer nastopil, začne zastaranje teči, ko je za to izvedela; v vsakem primeru pa je terjatev iz življenjskega zavarovanja zastara v desetih letih, iz drugega zavarovanja pa v petih letih, šteto od prvega dne po preteku koledarskega leta, v katerem je terjatev nastala.

15. člen: VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

- [1] Zavarovalnica v zbirkah podatkov, ki jih vzpostavi, vodi in vzdržuje v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov in zavarovalništvo, obdeluje naslednje osebne podatke svojih strank:
 - (a) podatke, navedene v zavarovalni pogodbi in dokumentih, ki so z njo neločljivo povezani (npr. priloge, ponudbe, vprašalniki);
 - (b) podatke o zavarovalnih primerih ter za presojo zavarovalnega kritja in višine odškodnine oziroma zavarovalnine;
 - (c) podatke, ki jih zavarovalnica pridobi v drugih stikih z zavarovalcem, zavarovano osebo ali tretjimi osebami (npr. pri nagradnih igrah, dogodkih, ki jih organizira zavarovalnica, registraciji in uporabi mobilnih in spletnih aplikacij);
 - (d) podatke o danih privolitvah in podatke, posredovane s strani povezanih družb v Skupini Triglav na podlagi privolitve.
- [2] S soglasjem stranke lahko zavarovalnica njene osebne podatke obdeluje tudi za namene, za katere le-ta posebej privoli.
- [3] Osebne podatke iz zbirk zavarovalnice lahko obdelujejo tudi družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov. Če se pogodbeni obdelovalci osebnih podatkov nahajajo zunaj območja držav članic Evropske unije, se zagotavlja enak standard varstva osebnih podatkov, kot če bi obdelavo izvajala zavarovalnica sama. Prav tako lahko zavarovalnica za namen izvajanja zavarovalne in pozavarovalne pogodbe osebne podatke posreduje pozavarovalnici. Informacija o kategorijah pogodbenih obdelovalcev je dostopna v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglav.si.
- [4] Zavarovalnica obdeluje osebne podatke tudi za potrebe izvajanja bonitetnih programov, t.j. nudenja raznih bonov ugodnosti in dodatnih popustov (npr. vključitev v Triglav komplet). Vključitev v bonitetni program je za stranko popolnoma prostovoljna.
- [5] Zavarovalnica osebne podatke, pridobljene na podlagi zakona ali sklenjene pogodbe, hrani do poteka zakonskega roka hrambe. Osebne podatke, ki jih obdeluje na podlagi osebne privolitve, pa hrani do preklica privolitve. Enako velja tudi za obdelavo teh podatkov v družbah, katerim so bili s privolitvijo osebni podatki posredovani.
- [6] Stranka lahko kadarkoli začasno ali trajno preklicuje privolitev za obdelavo osebnih podatkov za namene iz (2) odstavka tega člena, ugovarja obdelavi osebnih podatkov za neposredno trženje ali zahteva dostop, dopolnitev, popravek, omejitve obdelave, prenos ali izbris osebnih podatkov, ki se obdelujejo v zvezi z njo, s pisno zahtevo poslano na naslov: Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva 19, 1000 Ljubljana, ali info@triglav.si ali s pomočjo spletnega obrazca dostopnega na spletni strani www.triglav.si. Preklic privolitve ne vpliva na zakonitost obdelave, ki se je na podlagi privolitve izvajala do njenega preklica.
- [7] Pooblaščenca oseba za varstvo podatkov v zavarovalnici je dostopna na naslovu: dpo@triglav.si.
- [8] Stranka ima pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenca, če meni, da se njeni osebni podatki obdelujejo v nasprotju z veljavnimi predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.
- [9] Več informacij o varstvu osebnih podatkov v zavarovalnici je objavljenih v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglav.si.
- [10] V primeru sozavarovanja so na strani Triglav, Zdravstvene zavarovalnice, d.d., kontaktne naslovi za preklic privolitve, ugovore in druge zahteve v zvezi z obdelavo osebnih podatkov: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Pristaniška ulica 10, 6000 Koper, ali info@triglavzdravje.si ali spletni obrazec na strani www.triglavzdravje.si. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., ima Politiko zasebnosti objavljeno na svoji spletni strani www.triglavzdravje.si, pooblaščenca oseba za varstvo osebnih podatkov pa je dostopna na naslovu: dpo@triglavzdravje.si.

16. člen: PRITOŽBENI POSTOPEK

- [1] Zoper odločitev ali ravnanje zavarovalnice je dovoljena pritožba. Pritožba se vložijo pri tisti organizacijski enoti zavarovalnice, kjer je nastala domnevna kršitev. Pritožba se lahko odda osebno, po pošti ali na spletnih straneh www.triglav.si.

- [2] Pritožbo obravnava pristojna pritožbena komisija v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek.
- [3] Odločitev pritožbene komisije je dokončna.

17. člen: PRISTOJNOSTI V PRIMERU SPORA

- [1] V sporih, v katerih je tožena zavarovalnica, je poleg sodišča splošne krajevne pristojnosti pristojno tudi sodišče, na območju katerega ima tožnik stalno oziroma začasno prebivališče ali sedež.
- [2] V sporih, v katerih je tožen zavarovalec ali upravičenec, je krajevno pristojno sodišče, na območju katerega ima zavarovalec ali upravičenec stalno ali začasno prebivališče ali sedež.
- [3] Za spore v zvezi z zavarovalno pogodbo je poleg sodišča na podlagi posebnega sporazuma pristojna Arbitraža pri Zavarovalnici Triglav, d.d., e-naslov: arbitraza@triglav.si, tel. +386 1 4747 547.
- [4] V skladu z Zakonom o izvensodnem reševanju potrošniških sporov lahko potrošnik vložijo pobudo za rešitev spora z zavarovalnico tudi pri izbranem izvajalcu izvensodnega reševanja potrošniških sporov pri Slovenskem zavarovalnem združenju (mediacijski center). Kontaktni podatki na dan 06.01.2020: www.zav-zdruzenje.si, e-naslov: irps@zavzdruzenje.si, tel. +386 1 3009 381. Pobudo lahko vložijo, če je predhodno vložili pritožbo pri zavarovalnici, ki ji ni bilo ugodeno ali zavarovalnica o pritožbi ni odločila v 30 dneh. Zavarovalnica si pridržuje pravico do spremembe izbranega izvajalca, ki ga objavi na spletni strani www.triglav.si.
- [5] Za obravnavanje kršitev dobrih poslovnih običajev zavarovalnic je pristojen Varuh dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu, ki deluje pri Slovenskem zavarovalnem združenju.

18. člen: SPREMEMBA PODATKOV IN OBVEŠČANJE S STRANI ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalec mora obvestiti zavarovalnico o spremembi svojega osebnega imena ali bivališča oziroma svoje firme ali sedeža v petnajstih dneh od dneva spremembe.
- [2] Če je zavarovalec spremenil svoje osebno ime ali bivališče oziroma svojo firmo ali sedež, pa tega ni sporočil zavarovalnici, zadošča, da zavarovalnica obvestilo, ki ga mora sporočiti zavarovalcu, pošlje na naslov njegovega zadnjega znanega bivališča oziroma sedeža ali ga naslovi na zadnje znano ime oziroma firmo.
- [3] Vročitev priporočenega obvestila, poslanega s strani zavarovalnice, se šteje za opravljeno petnajsti dan po tem, ko je pošiljka oziroma sporočilo o pošiljki dostavljeno zavarovalcu na naslov njegovega zadnjega znanega bivališča oziroma sedeža ali na njegovo zadnje znano ime oziroma firmo.

19. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

- [1] Če ima zavarovalec bivališče v Republiki Sloveniji oziroma je državljan Republike Slovenije, se za zavarovalno pogodbo življenjskega zavarovanja uporabi pravo Republike Slovenije.
- [2] Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- [3] Za odnose med zavarovalnico in zavarovalcem, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se uporabljajo zakonska določila, ki urejajo obligacijska razmerja. Če se vsebina teh splošnih pogojev razlikuje od vsebine dopolnilnih pogojev za dodatna zavarovanja, veljajo določila dopolnilnih pogojev.
- [4] Zavarovalnica bo zavarovalca obveščala o vseh spremembah v skladu z zakonom, ki ureja zavarovalništvo.
- [5] Zavarovalec je zavezan aktivno sodelovati z zavarovalnico v postopkih, ki jih določajo predpisi s področja davkov ter preprečevanja pranja denarja in financiranje terorizma.
- [6] Zavarovalnica ne zagotavlja zavarovalnega kritja in zato nima obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi, ne glede na določila zavarovalne pogodbe, v primeru, če bi takšno poplačilo zahtevka ali plačilo kakršne koli druge koristi izpostavilo zavarovalnico kakršnim koli sankcijam, prepovedim ali omejitvam na podlagi resolucij Združenih narodov ali trgovskim ali ekonomskim sankcijam, kršitvam zakonov ali predpisov Evropske Unije, Združenega kraljestva ali Združenih držav Amerike.
- [7] Če se v zvezi s sklenitvijo ali izvajanjem zavarovalne pogodbe ugotovi, da je zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec neposredno ali prek svojih zastopnikov ali posrednikov kateri od oseb, ki delujejo za račun zavarovalnice, ali članom organov vodenja in nadzora zavarovalnice ali predstavnikom pravnih oseb javnega prava ponudil, obljubil ali izročil nedovoljeno korist za pridobitev ali ohranitev pravic iz zavarovalne pogodbe, sklenitev ali izvajanje zavarovalne pogodbe pod ugodnejšimi pogoji, opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem zavarovalne pogodbe ali drugo ravnanje oziroma opustitev, ki je prepovedano, lahko zavarovalnica pogodbo odpove oziroma uveljavlja ničnost zavarovalne pogodbe.



Dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje starejših

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Z dodatnim nezgodnim zavarovanjem starejših (v nadaljevanju »dodatno zavarovanje«) se je mogoče zavarovati za kritja, opredeljena v 3. členu teh pogojev.
- [2] Če je dodatno nezgodno zavarovanje starejših priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju, so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljevanju »zavarovalnica«), tudi dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje starejših (v nadaljevanju »dopolnilni pogoji«).
- [3] Izrazi, navedeni v teh dopolnilnih pogojih, pomenijo:
 - invalidnost - popolna ali delna trajna izguba splošne delovne sposobnosti kot posledica nezgode;
 - zlom - prelom kosti kot tudi poka ali odlom kosti (fisura in abrupcija);
 - izpah - premaknitev kosti v sklepu iz normalne lege.

2. člen: OSEBE, KI JIH JE PO TEH POGOJIH MOGOČE ZAVAROVATI

- [1] Zavarujejo se lahko osebe od 50. do 80. leta starosti ne glede na zdravstveno stanje in splošno delovno sposobnost pod pogojem, da so ob sklenitvi zavarovalne pogodbe zmožne samostojno opravljati vse osnovne življenjske potrebe, in sicer: samostojno gibanje, hranjenje, oblačenje in slačenje, obuvanje in sezuvanje, skrb za osebno higieno in odvajanje.
- [2] Osebe, katerim je v celoti odvzeta poslovna sposobnost, so v vsakem primeru izključene iz zavarovanja, razen če z zakonskimi predpisi ni drugače določeno.

3. člen: ZAVAROVANE NEVARNOSTI

- Dodatno nezgodno zavarovanje starejših krije nevarnosti, ki so posledica nezgode, v obsegu, ki je določen s temi pogoji, in sicer:
- trajno izgubo splošne delovne sposobnosti (trajna invalidnost),
 - zlom, izpah in opekline,
 - fizioterapevtsko zdravljenje.

4. člen: SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

Zavarovanje se sklene pisno s priključitvijo osnovnemu življenjskemu zavarovanju in plačilom dogovorjene premije za to dodatno zavarovanje.

5. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN POSLEDICE NEIZPOLNITVE TEH OBVEZNOSTI

- [1] Zavarovalec je ob sklenitvi pogodbe dolžan prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so mu znane ali mu niso mogle ostati neznane.
- [2] Če je zavarovalec namenoma netočno prijavil ali namenoma zamlčal kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev pogodbe ali odkloni izplačilo zavarovalnine. Če je bila pogodba razveljavljena, zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev pogodbe.
- [3] Če je zavarovalec kaj nenamenoma prijavil netočno ali je opustil dolžno obvestilo, lahko zavarovalnica po svoji izbiri - v enem mesecu od dneva, ko je zvedela za netočnost ali nepopolnost prijave, izjavi, da razdira pogodbo. ali predlaga povečanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha pogodba po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da razdira pogodbo. Če predlaga zvišanje premije, pa je pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel.
- [4] Če se pogodba razdre po določbi prejšnjega odstavka, je zavarovalnica dolžna vrniti del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalne dobe.

- [5] Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena netočnost ali nepopolnost prijave ali pozneje, vendar pred razvezo pogodbe oziroma pred dosego sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.

6. člen: TRAJANJE ZAVAROVANJA IN JAMSTVA

- [1] Če ni v tem členu drugače določeno, za začetek in konec zavarovanja veljajo določbe splošnih pogojev osnovnega zavarovanja.
- [2] Zavarovalno jamstvo preneha ob 24.00 tistega dne, ko se izteče obdobje, za katerega je plačana premija, oziroma najkasneje, ko preneha osnovno zavarovanje.
- [3] Zavarovanje preneha, ne glede na to, ali je bilo trajanje dogovorjeno, ob 24.00 tistega dne, ko je odpovedana pogodba po 15. členu teh pogojev.
- [4] Zavarovanje preneha konec koledarskega leta, v katerem zavarovana oseba dopolni 90. leto starosti.
- [5] Zavarovanje preneha s potekom zavarovalnega leta, v katerem je zavarovalec podal odstop od pogodbe po 11. členu teh pogojev.

7. člen: PLAČILO PREMIJE IN POSLEDICE NEPLAČILA

Zavarovalna premija se določi na začetku vsakega zavarovalnega leta za to zavarovalno leto. Zavarovalnica za vsako zavarovalno leto določi višino premije, pri čemer se zdravstveno stanje zavarovanca pri določitvi premije ob vsakokratni obnovitvi ne upošteva. Višina premije, ki jo zavarovalnica določi za naslednje zavarovalno leto, je odvisna od starosti zavarovanca v tem letu, zbrane matematične rezervacije dodatnega zavarovanja in nevarnostnih tablic, ki jih zavarovalnica takrat uporablja.

8. člen: NEZGODA

- [1] Za nezgodo se šteje nenaden, nepredviden in od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo ter povzroči njegovo trajno invalidnost, zlom, izpah in opekline ali fizioterapevtsko zdravljenje.
- [2] Nezgoda v smislu prejšnjega odstavka predstavljajo zlasti: povozitev, trčenje, udarec s predmetom ali ob kakšen predmet, udarec električnega toka ali strele, padec, zdrs, ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali z eksplozivnimi snovmi, vbod s kakšnim predmetom, udarec ter ugriz ali pik živali.
- [3] Za nezgodo se štejejo tudi naslednji nenadni, nepredvideni in od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:
 - 1/ zastrupitev zaradi zaužitja strupa ali kemičnih sredstev in zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj;
 - 2/ okužba rane, ki je nastala zaradi nezgode;
 - 3/ opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kislinami in lužinami;
 - 4/ zadavitev in utopitev;
 - 5/ dušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno), kakor tudi zaradi vdihavanja pare ali plinov - razen poklicnih obolenj.
- [4] Za nezgodo se po teh pogojih ne štejejo:
 - 1/ vse navadne, nalezljive in poklicne bolezni, kakor tudi ne bolezni, ki se prenašajo z ugrizom ali pikom živali (klopni meningitis, borelioza, malarija in podobno);
 - 2/ stanja psihičnih disfunkcij (postravmatska stresna motnja, depresivna in anksiozna stanja, organske osebnostne motnje in podobno) ne glede na vzrok;
 - 3/ trebušne, popkovne, vodne in druge kile, razen tistih, ki nastanejo zaradi direktne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanske sile in je bila poleg kile klinično ugotovljena poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju;
 - 4/ infekcije in obolenja, ki nastanejo zaradi rezanja ali trganja žuljev in drugih izrastkov kože ter aktinično povzročene bolezni;

- 5/ vsa alergična stanja, ki niso posledica zdravljenja po nezgodi;
- 6/ anafilaktični šok, razen če je nastal pri zdravljenju posledic nezgode;
- 7/ prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanjega dogodka;
- 8/ medvretenčne kile (hernie disci intervertebralis), ne glede na vzrok, vse vrste lumbalgij, diskopatij, sakralgij, cervicobrahialgij ter drugih oblik draženja živčnih korenin, miofasciitov, kocihidinij, ishialgij, fibrozitov in vse spremembe ledveno-križnega predela, ki so označene z analognimi termini ter ponavljajoči (habitualni ali recidivni) izpah ali izvin na istem sklepu ne glede na vzrok;
- 9/ odstop mrežnice (ablatio retinae) ne glede na vzrok;
- 10/ posledice, ki nastanejo zaradi delirium tremensa in delovanja mamil, drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil;
- 11/ posledice medicinskih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni;
- 12/ patološke spremembe na kosteh, zobovju, hrustancu, kot tudi posledice nezgode nastale na patološko spremenjenih kosteh, zobovju, hrustancu;
- 13/ okužba z virusi ali salmonelo ter okužba zaradi zaužitja ostalih patogenih bakterij.

9.člen: OBSEG OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalnica ob nastanku zavarovalnega primera izplača:
 - 1/ odstotek zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotku invalidnosti po Tabeli invalidnosti, navedeni v 16. členu, če je zavarovanec zaradi nezgode postal delni invalid. Za posledice poškodb, ki niso eksplicitno navedene v Tabeli invalidnosti, zavarovalnica nima obveznosti;
 - 2/ nadomestilo za zlom, izpah ali opekline po Tabeli zlomov, izpahov in opeklin, navedeni v 16. členu. Za posledice poškodb, ki niso eksplicitno navedene v Tabeli zlomov, izpahov in opeklin, zavarovalnica nima obveznosti;
 - 3/ dnevno nadomestilo za dneve opravljanja fizikalne terapije skladno s 13. odstavkom 16. člena teh dopolnilnih pogojev.

10.člen: IZKLJUČITEV OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo:
 - 1/ zaradi potresa, naravnih nesreč, onesnaženja okolja ali radioaktivnega sevanja;
 - 2/ neposredno ali posredno zaradi delovanja jedrske energije;
 - 3/ zaradi vojnih operacij, uporov, nemirov, demonstracij, terorističnih dejanj ali sabotaj;
 - 4/ zaradi aktivne udeležbe v oboroženih akcijah, razen če je zavarovanec v njih sodeloval pri opravljanju svojih del in delovnih nalog, ali na poziv pooblaščenih organov države zavarovalca;
 - 5/ pri alpinizmu, smučanju in deskanju izven urejenih smučišč, avtomoto športih, globinskem potapljanju, borilnih športih, raftingu, kanjoningu, jamarstvu ter pri drugih podobno tveganih športih;
 - 6/ pri upravljanju letal in letalnih naprav vseh vrst, plovnih objektov, motornih in drugih vozil brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje z vrsto in tipom letala, plovnega objekta, motornega in drugega vozila. Šteje se, da zavarovanec ima predpisano vozniško dovoljenje, kadar zaradi priprav in pri opravljanju izpita za pridobitev uradnega dovoljenja vozi pod neposrednim nadzorstvom osebe, ki po obstoječih predpisih lahko poučuje. Posledic po tej točki ni, če dejstvo, da zavarovanec ni imel predpisanega veljavnega dovoljenja, ni vplivalo na nastanek nezgode;
 - 7/ pri opravljanju posebno nevarnih opravil, kot je na primer ravnanje z eksplozivnimi sredstvi;
 - 8/ kot posledica vseh oblik žarčenja, višinske in potapljaške bolezni, kot tudi pretirani izpostavljenosti svetlobi, sončnim žarkom in spremembi temperature, razen v primeru reševanja tujega življenja;
 - 9/ zaradi motnje zavesti, epileptičnega napada, kapi, infarkta, bolezenskega stanja zavarovanca, kot tudi za vse posledice nezgode, ki nastanejo zaradi vseh vrst slabosti;
 - 10/ zaradi poskusa ali izvršitve samomora;
 - 11/ zaradi namerne povzročitve nezgodnega dogodka s strani zavarovalca, zavarovanca ali upravičenca. Če je upravičenec več, nima zavarovalnica nobene obveznosti do tistega upravičenca, ki je namerno povzročil nezgodo;
 - 12/ pri pripravi, poskusu ali izvršitvi kaznivega dejanja, kakor tudi pri pobegu po takšnem dejanju;
 - 13/ kadar je zavarovanec aktivno sodeloval pri fizičnem obračunavanju ali ga povzročil z verbalnim izzivanjem, razen v primeru uradno dokazane samoobrambe. Zavarovanec mora sam dokazovati okoliščine samoobrambe in zavarovalnici predložiti ustrezna uradna dokazila oziroma uradne listine;

- 14/ zaradi delovanja alkohola, mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil na zavarovanca ob nezgodi.

Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca:

- če je kot voznik motornega vozila ob nezgodi imel več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka - (0,5 ‰ alkohola v krvi) ali več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka (1 ‰ alkohola v krvi) ob drugih nezgodah;
 - če je alkotest pozitiven, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja alkohola v krvi;
 - če se po nezgodi izmakne ugotavljanju stopnje alkoholiziranosti oziroma jo odkloni, uživa alkohol oziroma drugače onemogoči ugotavljanje prisotnosti alkohola v krvi v času nezgodnega dogodka.
- Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil na zavarovanca:
- če se s strokovnim pregledom pri zavarovancu ugotovi prisotnost mamil ali drugih narkotikov;
 - če zamolči podatek o jemanju psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil in je na toksikološkem testu potrjena njihova vsebnost v urinu ali krvi v koncentraciji višji od terapevtskih doz;
 - če odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil v njegovem organizmu.

- [2] Izključene so obveznosti zavarovalnice za posledice nezgode, ki niso bile znane ali ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

11.člen: SPREMEMBA PREMIJE OZIROMA ZAVAROVALNE VSOTE ZARADI SPREMEMBE PREMIJSKIH STOPENJ

- [1] Zavarovalnica bo najmanj 60 dni pred naslednjim zavarovalnim letom zavarovalca pisno obvestila o spremembi višine zavarovalne premije za naslednje zavarovalno leto.
- [2] Šteje se, da se zavarovalec strinja z zvišanjem premije, če v 30 dneh od dneva prejema obvestila iz prvega odstavka tega člena ne odstopi od te pogodbe ali pa zahteva, da se zavarovalna vsota sorazmerno zniža v razmerju med premijo, ki jo je zavarovalec plačeval pred spremembo, in premijo, ki bi jo moral plačevati po spremembi.
- [3] Če zavarovalec zavarovalno premijo iz prvega odstavka tega člena plača, se šteje, da se strinja s spremembo, in zavarovanje se nadaljuje.
- [4] Če zavarovalnica v roku 60 dni do obnovitve zavarovalnega kritja zavarovalca ne obvesti o spremembah, se šteje, da sprememb ni in da za zavarovalno kritje za naslednje zavarovalno leto veljajo enake premije in zavarovalne vsote kot v obdobju zadnjega zavarovalnega leta pred obnovitvijo. V tem primeru se zavarovalno kritje avtomatično molče podaljša.

12.člen: PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

- [1] Zavarovanec, ki je poškodovan zaradi nezgode, je dolžan:
 - 1/ obiskati zdravnika oziroma poklicati zdravnika zaradi pregleda in pomoči, nemudoma ukreniti vse potrebno za zdravljenje ter se glede načina zdravljenja ravnati po zdravnikovih navodilih in nasvetih;
 - 2/ zagotoviti ustrezna dokazila o nastanku in poteku nezgode;
 - 3/ zavarovalnici pisno prijaviti nezgodo, brž ko mu zdravstveno stanje to omogoča;
 - 4/ v prijavi nezgode podati zavarovalnici vsa potrebna obvestila in podatke, ki jih zavarovalnica zahteva za rešitev zavarovalnega primera, zlasti: kraj in čas, ko se je nezgoda pripetila, popoln opis nezgodnega dogodka, ime zdravnika, ki ga je pregledal ali ga zdravil, izvide zdravnika, fotokopijo evidence bolezni pri osebnem zdravniku in drugo dokumentacijo o poteku zdravljenja, vrsti telesnih poškodb, o nastalih in o morebitnih posledicah, kakor tudi podatke o telesnih hibah, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je imel že pred nezgodo.
- [2] Za ugotovitev pomembnih okoliščin, povezanih s prijavljeno nezgodo, zavarovalec pooblašča, zavarovanec in upravičenec pa sta dolžna pooblastiti zavarovalnico za pridobitev vseh potrebnih podatkov in pojasnil od katerekoli druge pravne ali fizične osebe.

13.člen: UGOTAVLJANJE UPRAVIČENČEVH PRAVIC

- [1] V primeru uveljavljanja pravic iz sklenjenega zavarovanja mora zavarovanec predložiti polico, dokazilo o plačilu zadnje premije, dokazila o okoliščinah nastanka nezgode in dokaze o poteku in zaključku zdravljenja ter ustaljenih posledicah za določitev končne stopnje trajne invalidnosti.
- [2] Stopnja invalidnosti se določi po Tabeli invalidnosti, navedeni v 16. členu. Zavarovančeve individualne sposobnosti, socialni položaj ali delovno področje (profesionalna sposobnost) se pri določanju stopnje invalidnosti ne upoštevajo.
- [3] Invalidnost se ugotavlja na podlagi predložene medicinske dokumentacije.
- [4] Če je zaradi nezgode potrebna fizikalna terapija, mora upravičenec predložiti dokazilo o napotitvi zdravnika, dokazila o opravljenih fizikalnih terapijah in času trajanja le teh.

14.člen: DOLOČANJE ZAVAROVALNIH UPRAVIČENCEV

- [1] Za primer invalidnosti, zlomov, izpahov, opeklin in dnevnega nadomestila za fizikalno terapijo je upravičenec zavarovanec sam, če ni drugače dogovorjeno.
- [2] Če je upravičenec mladoletna oseba, se zavarovalnica izplača njegovim staršem oziroma skrbniku. Zavarovalnica lahko zahteva od skrbnika, da za ta namen predloži pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa.

15.člen: ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

Ker je dodatno zavarovanje sklenjeno za več kot tri leta, sme vsaka pogodbeni stranka po preteku tega obdobja, z dnem zapadlosti premije, pisno odstopiti od pogodbe z odpovednim rokom šestih mesecev.

16.člen: IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

- [1] Zavarovalnica izplača dogovorjeno zavarovalno vsoto oziroma njen ustrezni del ali nadomestilo zavarovancu v 14 dneh po prejemu vseh dokazov o obstoju in višini svoje obveznosti.
- [2] Stopnja invalidnosti se določi po končanem zdravljenju, ko se posledice poškodb ustalijo, to je, ko po zdravniški presoji ni mogoče pričakovati, da bi se stanje izboljšalo ali poslabšalo, vendar ne prej kot 3 mesece po končanem zdravljenju. V primeru izgube uda ali organa ter, če pride do drugih poškodb, katerih posledice so ustaljene takoj po nezgodi, se odstotek trajne invalidnosti lahko določi takoj po nezgodi. Po poškodbi možganov, hrbteničnega mozga in perifernih živcev določimo odstotek trajne invalidnosti po končanem zdravljenju in ko so posledice poškodb ustaljene, vendar ne prej kot eno leto po nezgodi. Če to stanje ne nastopi niti po treh letih po nezgodi, se kot končno vzame stanje ob poteku tega roka in po njem določi končna stopnja invalidnosti. Morebitno nadaljnje poslabšanje zdravstvenega stanja ne vpliva na obveznost zavarovalnice, saj se obveznost zavarovalnice (končna stopnja invalidnosti) določi ob poteku treh let od nastopa nezgode.
- [3] Če zavarovanec izgubi že pred nezgodo poškodovani ud ali organ, se stopnja invalidnosti zniža za 50 %, prav tako se za 50 % zniža pripadajoče nadomestilo za zlom, izpah in opeklino po Tabeli zlomov, izpahov in opeklin.
- [4] Ob izgubi več udov ali organov zaradi ene nezgode se odstotki trajne invalidnosti za vsak posamezni ud ali organ seštevajo.
- [5] Če znaša seštevek odstotkov invalidnosti za izgubo ali poškodbo več udov ali organov zaradi ene nezgode po Tabeli invalidnosti več kot 100 %, zavarovalnica ni dolžna izplačati več, kot znaša zavarovalna vsota za popolno invalidnost.

- [6] Stopnja invalidnosti se določi po Tabeli invalidnosti, višina nadomestila za zlom, izpah ali opeklino pa po Tabeli zlomov, izpahov in opeklin, ki sta navedeni v teh pogojih, glede na ugotovljeno in z zdravstveno dokumentacijo izkazano diagnozo.
- [7] Ob zlomu več kosti hkrati zaradi ene nezgode se izplača nadomestilo za vse zlome kosti. Pri zlomu več vretenc, več reber ali več prstov se izplača nadomestilo za največ tri vretenca, tri rebra in dva prsta. Skupno izplačilo zaradi zlomov več kosti po eni nezgodi pa ne more presežati 100 % zavarovalne vsote, ki velja za zlom, izpah in opeklino. V kolikor gre za odlom kosti ali poko kosti zavarovalnica izplača 50 % nadomestila, ki je določeno v Tabeli zlomov, izpahov in opeklin.
- [8] Ob večkratnem zlomu iste kosti zaradi ene nezgode se izplača zavarovalna vsota, ki velja za zlom te kosti le enkrat.
- [9] Ob več izpahih hkrati na istem udu zaradi ene nezgode zavarovalnica izplača samo tisto nadomestilo za izpah tistega sklepa, ki je po Tabeli zlomov, izpahov in opeklin ugodnejše za zavarovanca. Ob izpahu več sklepov hkrati zaradi ene nezgode zavarovalnica izplača največ 20 % zavarovalne vsote, ki je določena za zlom, izpah in opeklino. V primeru izpaha več prstov na roki zavarovalnica izplača nadomestilo za izpah največ dveh prstov na eni roki.
- [10] Zavarovalnica ne izplača nadomestila za izpah v primeru, da gre za ponavljajoči se ali habitualni izpah.
- [11] Zavarovalnica izplača nadomestilo za opeklino III. stopnje, ki so posledica nezgode, po Tabeli zlomov, izpahov in opeklin po Lundu in Browder-ju.
- [12] Skupno nadomestilo za zlome, izpaha in opeklino zaradi ene nezgode ne more preseči 100 % zavarovalne vsote, ki je določena za zlom, izpah in opeklino.
- [13] Dnevno nadomestilo se izplača za dneve opravljanja fizikalne terapije na podlagi napotila zdravnika, vendar največ za 30 dni opravljenih fizikalnih terapij po enem nezgodnem dogodku.

Tabela invalidnosti

1. Difuzne poškodbe možganov s klinično ugotovljeno sliko (decerebracija, hemiplegija, paraplegija, triplegija, tetraplegija).....	100 %	21. Izguba roke v nadlahti ali komolčnem sklepu	70 %
2. Intrakranialni hematomi:		22. Izguba roke v podlahti	60 %
- epiduralni	35 %	23. Izguba ene pesti	55 %
- subduralni	50 %	24. Izguba vseh prstov na obeh rokah	90 %
- intracerebralni	30 %	25. Izguba palca na roki	20 %
3. Epilepsija kot posledica poškodbe možganov zaradi katere je potrebna trajna antiepileptična terapija	35 %	26. Izguba kazalca	12 %
4. Popolna izguba vida na obeh očeh	100 %	27. Izguba sredinca	8 %
5. Popolna izguba vida na enem očesu	40 %	28. Izguba prstanca ali mezinca, za vsak prst	6 %
6. Poškodba optičnega živca	30 %	29. Ankiлоza ramenskega sklepa	30 %
7. Popolna gluhost obeh ušes	50 %	30. Ankiлоza komolčnega sklepa	25 %
8. Popolna gluhost enega ušesa	15 %	31. Ankiлоza podlahti v supinaciji	25 %
9. Izguba celega nosu	30 %	32. Ankiлоza podlahti v srednjem položaju	15 %
10. Stenoza sapnika, zaradi česar je potrebna stalna trahealna kanila	30 %	33. Ankiлоza podlahti v pronaciji	20 %
11. Zmanjšanje pljučne funkcije zaradi serijskega preloma reber ali penetrantnih poškodb prsnega koša za 51 ali več %	45 %	34. Ankiлоza zapestnega sklepa	25 %
12. Posledice penetrantnih poškodb srca in velikih krvnih žil prsnega koša: s spremenjenim elektrokardiogramom glede na preostalo delazmožnost, določeno po NYHA klasifikaciji	60 %	35. Ankiлоza vseh prstov na eni roki	40 %
13. Posledice penetrantnih poškodb srca in velikih krvnih žil prsnega koša: rekonstrukcija aorte z implantatom	40 %	36. Ankiлоza celega palca	15 %
14. Poškodba želodca z resekcijo	40 %	37. Ankiлоza celega kazalca	9 %
15. Poškodba črevesja z resekcijo	30 %	38. Ankiлоza celega sredinca	4 %
16. Poškodba jeter z resekcijo	30 %	39. Ankiлоza prstanca ali mezinca	2 %
17. Anus praeternaturalis črevesa	60 %	40. Izguba noge nad kolonom ali v kolenskem sklepu	70 %
18. Izguba ene ledvice	60 %	41. Izguba obeh nog pod kolonom	80 %
19. Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga (tetraplegija, triplegija, paraplegija) z nezmožnostjo kontrole defekacije in uriniranja	100 %	42. Izguba noge pod kolonom	50 %
20. Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga (tetraplegija, triplegija, paraplegija) z ohranjeno kontrolo defekacije in uriniranja	90 %	43. Izguba obeh stopal	80 %
		44. Izguba enega stopala	35 %
		45. Izguba vseh prstov na eni nogi	20 %
		46. Izguba celega palca na nogi	10 %
		47. Ankiлоza kolčnega sklepa	40 %
		48. Ankiлоza kolenskega sklepa	40 %
		49. Ankiлоza skočnega sklepa	40 %
		50. Paraliza živca facialisa	35 %
		51. Paraliza živca axillarisa	15 %
		52. Paraliza radialnega živca	30 %
		53. Paraliza živca ulnarisa	30 %
		54. Paraliza živca medianusa	30 %
		55. Paraliza živca femoralisa	40 %
		56. Paraliza živca tibialisa	25 %
		57. Paraliza živca peroneusa	25 %

Tabela zlomov, izpahov in opeklin

I. ZLOMI

1.	Zlom lobanje	40 %
2.	Zlom obraznih kosti	15 %
3.	Zlom čeljusti	15 %
4.	Zlom rebra	5 %
5.	Zlom prsnice	20 %
6.	Zlom telesa vratnega vretenca	100 %
7.	Zlom telesa prsnega vretenca	20 %
8.	Zlom telesa ledvenega vretenca	20 %
9.	Nestabilni zlom medenice	50 %
10.	Stabilni zlom medenice	10 %
11.	Zlom križnice	10 %
12.	Zlom trtice	10 %
13.	Zlom zapestnega sklepa	25 %
14.	Zlom nadlahti	40 %
15.	Zlom ramenskega sklepa	40 %
16.	Zlom ključnice	30 %
17.	Zlom obeh kosti podlahti	25 %
18.	Zlom ene kosti podlahti	15 %
19.	Zlom komolčnega sklepa	35 %
20.	Zlom prsta na roki	3 %
21.	Zlom kolčnega sklepa	60 %

22.	Zlom stegenice	20 %
23.	Zlom kolenskega sklepa	50 %
24.	Zlom golenice	20 %
25.	Zlom skočnega sklepa	35 %
26.	Zlom petnice	40 %
27.	Zlom prsta na nogi	1 %

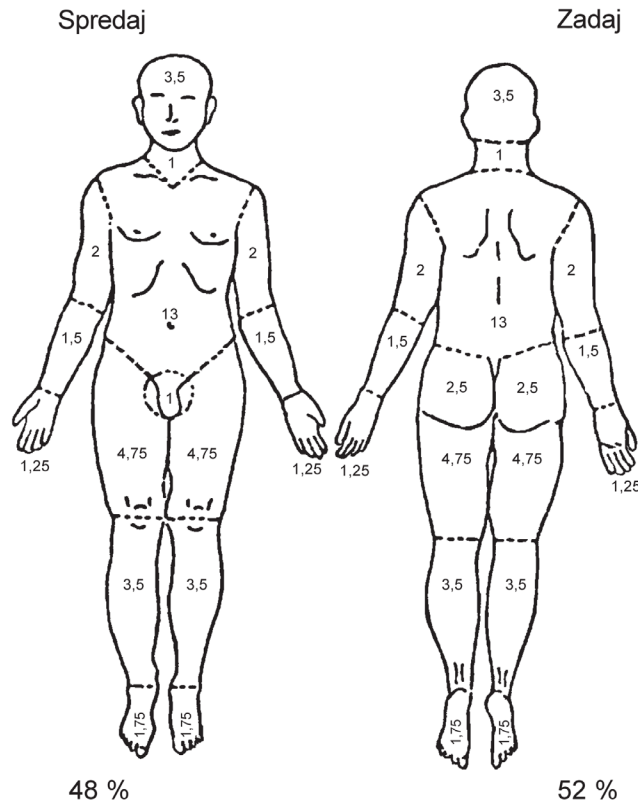
II. IZPAHI

28.	Izpah zapestnega sklepa	20 %
29.	Izpah interfalangealnega sklepa roke	5 %
30.	Izpah ramenskega sklepa	20 %
31.	Popoln izpah akromioklavikularnega sklepa ali sternoklavikularnega sklepa	15 %
32.	Izpah komolčnega sklepa	20 %
33.	Izpah prsta na roki v MCP sklepu	5 %
34.	Izpah kolčnega sklepa	20 %
35.	Izpah kolenčnega sklepa	20 %
36.	Izpah skočnega sklepa	20 %

III. OPEKLINE

37.	nad 5 do 20 % telesne površine	40 %
38.	nad 20 % telesne površine	100 %

Ocena % opečene telesne površine po Lundu in Browder-ju:



Vrednosti, navedene na sliki predstavljajo v % izražene deleže od celotne površine telesa.



Dopolnilni pogoji za zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini z asistenco

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Z dopolnilnimi pogoji za zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini z asistenco (v nadaljnjem besedilu dopolnilni pogoji) se je mogoče zavarovati za dodatno zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini, kot je določeno v 2. členu dopolnilnih pogojev. Če je dodatno zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini z asistenco priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju, so sestavni del zavarovalne pogodbe, sklenjene med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljnjem besedilu zavarovalnica), tudi ti dopolnilni pogoji.
- [2] Oseba, od katere zdravljenja je odvisno izplačilo zavarovalnine po teh dopolnilnih pogojih in v korist katere se sklene dodatno zavarovanje (zavarovana oseba po osnovnem zavarovanju), se imenuje zavarovanec. Ne glede na določila osnovnega zavarovanja je otroka ali posvojenca kot družinskega člana po teh dopolnilnih pogojih mogoče zavarovati, če ob sklenitvi dodatnega zavarovanja še ni dopolnil 18. leta starosti, in sicer največ za obdobje do konca koledarskega leta, v katerem je dopolnil 26. leto starosti. Duševno bolne osebe in osebe, ki nimajo popolne poslovne sposobnosti, so izločene iz zavarovanja.

2. člen: PREDMET IN OBSEG ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovalno kritje obsega dokazane nujne stroške potrebne zdravniške oskrbe ter stroške prevoza, zaradi nepredvidenih bolezni ali posledic nesreče oziroma nezgode, ki se pojavijo ali nastanejo med potovanjem ali bivanjem v tujini vendar največ do višine zavarovalne vsote dogovorjene na polici.
- [2] Zavarovalni primer se začne z začetkom zdravljenja in konča takrat, ko po mnenju lečečega zdravnika zdravljenje ni več potrebno oziroma po vrnitvi v Republiklo Slovenijo in / oziroma državo, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.
- [3] Če se zdravljenje nanaša na bolezen ali posledice nezgode, ki s prejšnjimi niso v vzročni zvezi, zavarovalnica šteje to kot nov zavarovalni primer.

3. člen: SKLENITEV ZAVAROVANJA

Zavarovanje se sklene pisno s priključitvijo k osnovnemu življenjskemu zavarovanju in plačilom dogovorjene premije za to dodatno zavarovanje, v vsakem primeru pa je potrebno skleniti pred pričetkom potovanja. Zavarovanje, sklenjeno po pričetku potovanja, ni veljavno.

4. člen: ZAČETEK IN TRAJANJE ZAVAROVALNEGA JAMSTVA

- [1] Če ni v tem členu drugače določeno, za začetek in konec zavarovanja veljajo določbe splošnih pogojev osnovnega zavarovanja. Ne glede na določila splošnih pogojev se zavarovalno jamstvo prične ob 00. uri prvega dne v naslednjem mesecu po plačilu zavarovalne premije.
- [2] Zavarovalno jamstvo preneha ob 24.00 tistega dne, ko se izteče obdobje, za katerega je plačana premija, oziroma najkasneje, ko preneha osnovno zavarovanje. Če so v zavarovanje kot družinski člani vključeni otroci ali posvojenci zavarovane osebe, potem zavarovalno jamstvo za otroke ali posvojence preneha s koncem koledarskega leta, v katerem je otrok ali posvojenec dopolnil 26. leto starosti.
- [3] Zavarovalno jamstvo za posamezen zavarovalni primer oziroma posamezno potovanje preneha s potekom veljavnosti zavarovalne police ali z vrnitvijo v Republiklo Slovenijo in / oziroma državo, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče, ki ga odredi zdravnik. Za konec bivanja velja prestop državne meje Republike Slovenije in / oziroma države, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.
- [4] Zavarovalno jamstvo v nobenem primeru ne velja v Republikli Sloveniji in / oziroma državi, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.

5. člen: PLAČILO ZAVAROVALNE PREMIJE

- [1] Zavarovalec je dolžan plačevati letno ali mesečno dogovorjeno dodatno zavarovalno premijo, vendar najmanj za obdobje 12 mesecev.

- [2] Zavarovalnica je v vsakem primeru upravičena obračunati zavarovalno premijo za celotno obdobje 12 mesecev, ne glede na to, ali je zavarovanje prenehalo, je bilo kapitalizirano, ali drugače spremenjeno.

6. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalnica nudi asistenco in krije nujne stroške zdravljenja, ki so nastali zaradi zdravniške pomoči, katere namen je izključno odpravljanje posledic akutnih bolezni ali nezgod, stroške potrebnega prevoza zavarovanca v Republiklo Slovenijo in / oziroma državo, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče, in so le ti nastali v času potovanja in bivanja v tujini razen v primerih, navedenih v 7. členu teh dopolnilnih pogojev.
- [2] Za stroške potrebne zdravniške oskrbe v smislu teh dopolnilnih pogojev veljajo izključno stroški:
 - a/ zdravniške oskrbe;
 - b/ zdravil in povojev, če jih predpiše zdravnik;
 - c/ pripomočkov, ki so potrebni za zdravljenje (npr. mavec, opornice, obveze in bergele), če jih predpiše zdravnik;
 - d/ zdravniško predpisanih toplotnih terapij, obsevanj in ostalih fizikalnih terapij;
 - e/ rentgenske diagnostike;
 - f/ oskrbe v ambulanti, ki razpolaga z zadostnimi diagnostičnimi in terapevtskimi zmogljivostmi in dela po metodah, ki so v državi začasnega bivanja znanstveno priznane in klinično preizkušene. Zavarovanec se mora obrniti na bolnišnico v kraju začasnega bivanja oziroma v najbližjo primerno bolnišnico;
 - g/ prevoza do bolnišnice;
 - h/ operacije (vključno z odvisnimi stroški operacije);
 - i/ nujnih zobozdravstvenih posegov, potrebnih za odpravo akutne bolečine zaradi bolezni ali sveže poškodbe zobovja, do višine 150 EUR, vključno z ekstrakcijo zoba, kakor tudi enostavnih popravi zobnih protez, ne pa izdelave nadomestnih zob, zobnih kron, zobnih plomb ali zalivk;
 - j/ hospitalizacije do dne, ko zdravstveno stanje zavarovanca le temu dovoljuje prevoz v državo stalnega in / oziroma začasnega bivanja oziroma bivališča, kjer bo nadaljeval z zdravljenjem.
- [3] Za stroške prevoza v smislu teh dopolnilnih pogojev veljajo izključno:
 - a/ povečani stroški prevoza zavarovanca v domovino, ki ga odredi zdravnik, če v obiskanem kraju ali v bližnji okolici ni mogoče nuditi zadostne medicinske oskrbe in to lahko vpliva na poslabšanje bolnikovega zdravja. Poleg tega se povrnejo tudi dodatni povečani stroški za spremljevalca, če je zdravniško spremstvo potrebno ali predpisano z zakonom;
 - b/ v primeru smrti - potrebni povečani stroški prevoza v domači kraj, ali nujni povečani stroški, ki so posledica pokopa v tujini, vendar največ do zneska, dogovorjenega na zavarovalni polici. Povečani stroški v smislu zgornjih določil so:
 - v primeru prevoza bolnika v domovino tisti, ki so dodatno nastali zaradi nastopa zavarovalnega primera ob vrnitvi domov;
 - v primeru smrti tisti, ki presega stroške, ki bi nastali ob smrti zavarovanca doma;
 - c/ stroški prevoza zavarovančevega otroka, mlajšega od 18 let, do stalnega oziroma začasnega urejenega bivališča, kot tudi stroške prevoza njegovega spremljevalca v primeru zavarovančeve hospitalizacije ali smrti.
- [4] Maksimalno jamstvo zavarovalnice na posameznem potovanju oziroma za posamezen zavarovalni primer je določeno z zavarovalno vsoto na polici.

7. člen: IZKLJUČITVE IZ ZAVAROVALNEGA KRITJA

- [1] Zavarovalnica ne krije stroškov zdravniške oskrbe in stroškov prevoza, če je primer nastal zaradi:
 - a/ kroničnih bolezni in posledic, ki so nastale in bile znane in pričakovane že ob začetku zavarovanja, tudi če niso bile zdravljene, kakor tudi bolezni, zdravljenih v zadnjih 3 mesecih pred začetkom

- zavarovanja, vključno z njihovimi posledicami, razen če gre za nepredvideno zdravniško pomoč za odpravljanje akutne življenjske nevarnosti ali za ukrepe, katerih namen je izključno odpravljanje akutnih bolečin. Iste izključitve veljajo za posledice nesreče;
- b/ boleznin in nezgod, ki jih utрпи zavarovanec kot posledico vojnih dogodkov in v aktivnem sodelovanju v neredih;
 - c/ boleznin in nezgod, ki jih utрпи zavarovanec v času aktivnega športnega udejstvovanja, tekmovanja ali priprav, v organizaciji posameznika oziroma športne zveze ali društva;
 - d/ boleznin in nezgod, ki jih zavarovanec utрпи pri kaznivih dejanjih ali jih namerno povzroči, ali pa če so posledica vinjenosti ali vpliva mamil;
 - e/ odstranitev lepotnih napak ali telesnih anomalij, preventivnih cepljenj, dezinfekcij, zdravniških izvidov in testiranj;
- [2] Zdravstveno zavarovanje tudi ne nudi asistenc in ne krije stroškov:
- a/ ki nastanejo v času bivanja v kopalniščih, zdraviliščih, sanatorijih, okrevališčih, zdravstvenih zavodih in domovih ali podobnih ustanovah zaradi okrevanja;
 - b/ psihoanalitičnega ali psihoterapevtskega zdravljenja;
 - c/ povezanih z nosečnostjo, porodom in njegovih posledic, razen pri akutnem, nenormalnem poteku nosečnosti in njegovih posledicah, ko zavarovalnica krije stroške zdravniških ukrepov za neposredno odpravljanje življenjske nevarnosti za mater ali otroka, če nosečnica ob nastopu akutne komplikacije še ni izpolnila 39. leta življenja ali če trideseti teden nosečnosti še ni zaključen;
 - d/ zdravniške pomoči pri težavah, ki so tipične za nosečnost in njene posledice, vključno s spremembo kroničnih težav, ki so posledica nosečnosti;
 - e/ nadzora nosečnosti ali stroškov prekinitve nosečnosti;
 - f/ oskrbe, ki jo nudi zavarovanec partner, otroci ali starši, razen dokazanih materialnih stroškov;
 - g/ rehabilitacije in protez;
- [3] Izključene so vse obveznosti zavarovalnice v primeru:
- a/ če zavarovanec ne obvesti zavarovalnice ali njenih predstavnikov o nastanku zavarovalnega primera, telefonsko ali pisno, v roku 5 dni od začetka bolezni ali poškodbe;
 - b/ če ne spoštuje drugih navodil za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja v primeru bolezni ali nezgode;
 - c/ dajanja neresničnih podatkov zavarovalca oziroma zavarovanca o trajanju potovanja, o okoliščinah poškodbe ali vrste bolezni ter kakršnekoli prevar ali ponaredb;
 - d/ posebnih storitev v bolnišnici - nadstandard, kot je enoposteljna soba, telefon, TV, posebne namestitve, itn.;
 - e/ operacije ali zdravljenja, katerega se lahko prestavi brez kakršnihkoli posledic na čas povratka v državo stalnega oziroma začasnore urejenega bivališča zavarovanca;
 - f/ oskrbe, ki ni navedena v 6. členu teh dopolnilnih pogojev.

8. člen: DOLŽNOSTI ZAVAROVANCA OZIROMA ZAVAROVALCA

- [1] Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila asistenčnega klicnega centra glede nudenja in organiziranja pomoči. V primeru neupoštevanja določil tega člena in ukrepanja brez odobritve zavarovalca zavarovanec izgubi pravice iz tega zavarovanja.
- [2] Zahtevek iz zavarovanja je potrebno uveljavljati v treh mesecih po končanem zdravljenju oziroma prevozu v domovino ali smrtnem primeru.
- [3] Zavarovalec in zavarovanci so zavarovalnici na njeno zahtevo dolžni dati vse podatke, ki so potrebni za ugotavljanje zavarovalnega primera ali pa za ugotavljanje obsega zavarovalnega kritja.
- [4] Zavarovalec in zavarovanci pooblaščajo zavarovalnico za zbiranje vseh njej potrebnih podatkov pri tretjih osebah (zdravnikih, zobozdravnikih, zdravstvenih delavcih, zdravstvenih zavodih vseh vrst, zavodih zdravstvenega zavarovanja, uradih za zdravstvo ali za oskrbo).
- [5] Zavarovalnica lahko zahteva predložitev dokumentacije, prevedene v slovenski ali angleški jezik.
- [6] Zavarovalnica je prosta obveznosti, če zavarovalec ali zavarovanec kršita določila tega člena.

9. člen: IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

- [1] Zavarovalnica je dolžna izpolniti svojo obveznost le v primeru, če so bili poleg dokaza o zavarovalnem kritju predloženi zahtevani dokazi, navedeni v odstavkih od [2] do [5] tega člena.
- [2] Zavarovalnici je treba izročiti izvornike računov o nastalih stroških. Če izroči upravičenec do zavarovalnine duplikate računov, mora te overiti pri ustanovi, ki ima izvornike.
- [3] Na računih mora biti vpisano zavarovančevo ime, opis bolezni, navedbe posameznih zdravniških storitev s podatki o zdravljenju; iz računa za zdravilo mora biti jasno vidno predpisano zdravilo, cena in štampiljka lekarne. Pri oskrbi zob morajo imeti račun opis zdravljenih zob in zdravniških posegov, ki so bili na njih izvedeni.
- [4] Zahtevek za izplačilo prevoznih ali pogrebnihtroškov je potrebno utemeljiti z računi, kot tudi z uradnim mrliškim listom in z zdravniškim potrdilom o vzroku smrti, zahtevke za povračilo stroškov prevoza bolnika v domovino pa s predložitvijo računov in zdravniškega potrdila z opisom bolezni. Zdravniško potrdilo mora poleg tega dokazovati medicinsko nujnost povratnega prevoza.
- [5] Zavarovalnica izplača zavarovalnino zavarovancu, ki je imel zavarovalni primer. Če pa je katera od navedenih oseb zaradi posledic zavarovalnega primera umrla, izplača zavarovalnica zavarovalnino upravičencu do izplačila za primer smrti po osnovnem zavarovanju.
- [6] Zavarovalnica se obračuna in izplača v evrih kot uradna denarna enota Republike Slovenije.

10. člen: KONEC ZAVAROVALNEGA KRITJA

- [1] Zavarovalno kritje preneha:
 - s potekom veljavnosti zavarovalne police ali
 - z vrnitvijo v domovino ali
 - s prevozom v smislu določila a/ točke [3] odstavka 6. člena.
- [2] Za konec bivanja v tujini velja prestop državne meje Republike Slovenije in / oziroma države, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.
- [3] Če se zdravljenje brez prekinitve nadaljuje tudi po preteku veljavnosti zavarovalne police, nudi zavarovalnica zavarovalno kritje tudi za stroške tega zdravljenja, toda največ za 4 tedne in s pogojem, da obolelega zavarovanca ni bilo mogoče prepeljati domov ali če se povratek zavleče zaradi vzrokov, na katere zavarovanec ni mogel vplivati.

11. člen: ODSTOP IN POBOT ZAHTEVKOV

- [1] Če ima zavarovalec ali zavarovanec proti tretjim osebam odškodninske zahtevke, ki niso zavarovalno pravne narave, mora te zahtevke do višine izplačane zavarovalnine pisno odstopiti zavarovalnici.
- [2] Če se zavarovalec ali zavarovanec odpove takšnemu zahtevku - ali pravici za zavarovanje zahtevka - brez privolitve zavarovalnice, izgubi pravico do ustreznega dela zavarovalnine.
- [3] Če prejme zavarovalec ali zavarovanec nadomestilo od osebe, odgovorne za škodo, sme zavarovalnica od zavarovalnine odbiti znesek tega nadomestila.
- [4] Terjatve proti zavarovalnici zavarovalec ali zavarovanec ne more niti zastaviti niti odstopiti.

12. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

- [1] Za odpoved dodatnega zdravstvenega zavarovanja na potovanju v tujini se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.
- [2] Dopolnilni pogoji za dodatno zdravstveno zavarovanje na potovanju v tujini veljajo poleg splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo ti dopolnilni pogoji.