

SPLOŠNI POGOJI TUJINA 01-TUJ-01/20

Splošni pogoji za zavarovanje v tujini z asistenco (v nadaljevanju: pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki jo zavarovalec sklene z zavarovalnico.



IZRAZI V TEH POGOJIH POMENIJO:

Zavarovalec - oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo in je dolžna plačati premijo.

Zavarovanec - oseba, katere premoženjski interes je zavarovan. Zavarovalec in zavarovanec je ista oseba, razen pri zavarovanju na tuj račun ali na račun tistega, katerega se zavarovanje tiče.

Zavarovalnica - GENERALI zavarovalnica d.d., Kržičeva ulica 3, Ljubljana.

Upravičenec - oseba, ki je upravičena do zavarovalnine oziroma povračila stroškov v primeru nastanka zavarovalnega primera.

Polica - listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi.

Pogodba - zavarovalna pogodba, sklenjena med zavarovalcem in zavarovalnico.

Premija - znesek, ki ga zavarovalec mora plačati zavarovalnici po pogodbi.

Zavarovalnina - znesek, ki ga zavarovalnica izplača v okviru določil pogodbe.

Zavarovalna vsota - znesek, ki predstavlja zgornjo mejo obveznosti zavarovalnice ob nastanku zavarovalnega primera.

Franšiza - dogovorjena soudeležba zavarovanca pri zavarovalnem primeru.

Zavarovalni primer - z zavarovalno pogodbo krit škodni dogodek, ki mora biti bodoč, negotov in neodvisen od izključne volje pogodbenikov, z njegovim nastankom pa nastane obveznost zavarovalnice.

Asistenca - pomoč zavarovancu, ki se znajde v težavi v času nahajanja v tujini.

Asistenčni center - asistenčni klicni center zavarovalnice, ki organizira in izvede asistenco, in ki ga je potrebno ob nastopu zavarovalnega primera oziroma potrebe po asistenci za koriščenje storitev po pogodbi obvezno poklicati na njegovo telefonsko številko, ki je navedena v polici.

Tujina - področje, kjer zavarovalnica zavarovancu v skladu s pogodbo nudi zavarovalno kritje. Za tujino se ne šteje domovina.

Domovina - država, kjer ima zavarovanec stalno bivališče. Če zavarovanec nima stalnega bivališča, se upošteva njegovo prijavljeno začasno bivališče.



1. člen: ZAVAROVANE NEVARNOSTI

(1) Zavarovanje nudi naslednja zavarovalna kritja, ki so odvisna od izbranega paketa, navedenega v preglednici kritij na koncu teh pogojev:

1. ASISTENČNE STORITVE:

- dostopnost asistenčnega centra 24 ur na dan 7 dni v tednu,
- organizacijo nujne zdravstvene pomoči,
- organizacijo nujnih zdravstvenih prevozov zavarovanca,
- obveščanje zavarovanca in njegovih najbližjih,
- telefonske stroške za nujne klice na asistenčni center.

2. STROŠKI:

2.1 Medicinska oskrba in obisk zdravnika

Kriti so stroški nujne medicinske oskrbe in obiska zdravnika, ki so posledica nezgode ali bolezni zavarovanca v tujini.

2.2 Zdravljenje

Kriti so stroški nujnega zdravljenja, ki so posledica nezgode ali bolezni zavarovanca v tujini. Obsegajo zdravljenje do dne, ko zdravstveno stanje zavarovanca le temu dovoljuje prevoz v domovino, kjer bo nadaljeval z zdravljenjem. Stroški nujnega zdravljenja vključujejo tudi stroške zdravljenja za akutna poslabšanja, vendar le za naslednje kronične bolezni: bolezni srca, ledvičnih kamnov, žolčnih kamnov, astme in sladkorne bolezni. Kritje stroškov zdravljenja

za akutna poslabšanja kroničnih bolezni je omejeno – omejitev je navedena v preglednici kritij, navedenih na koncu teh pogojev.

2.3 Zdravila in medicinski pripomočki

Vključeni so stroški zdravil in zdravniških pripomočkov v primeru nujnega zdravljenja, izdanih na zdravniški recept ali predpisanih na zdravniškem izvidu.

2.4 Nujne zobozdravstvene storitve

V zavarovalno kritje so vključeni stroški za nujno zobozdravstveno pomoč, ki je potrebna za odpravo akutne bolečine zaradi bolezni ali sveže poškodbe zobovja, vključno z ekstrakcijo zoba.

3. DODATNI STROŠKI:

3.1 Prevoz do najbližje bolnišnice in nazaj

Vključeni so stroški prevoza zavarovanca do najbližje bolnišnice ali klinike in nazaj do mesta nastanitve v tujini.

3.2 Prevoz v domovino

Kriti so stroški prevoza obolelega ali poškodovanega zavarovanca v domovino, če zdravstveno stanje zavarovanca dopušča prevoz, pri čemer morata biti za to zavarovalno kritje podana dva pogoja, in sicer, da se za prevoz v domovino predhodno pridobi soglasje asistenčnega centra in da se zavarovanec iz zdravstvenih razlogov ne more vrniti v domovino na način, kot je to prvotno nameraval.

3.3 Prevoz in bivanje za osebo, ki ostane v spremstvu zavarovanca

Kriti so dodatni stroški prevoza in stroški bivanja za osebo, ki na zahtevo oziroma po priporočilu lečečega zdravnika ostane v spremstvu zavarovanca, oziroma stroški prevoza ožjega sorodnika iz domovine do kraja hospitalizacije, če zavarovancu ni mogoče zagotoviti drugačnega spremstva. Če je zavarovanec mladoletna oseba, se krijejo dodatni stroški prevoza in stroški bivanja za osebo, ki ostane v spremstvu zavarovanca, ne glede na to ali je spremstvo priporočil lečeči zdravnik.

3.4 Spremljevalca v prevoz mladoletnega otroka

Kriti so stroški prevoza zavarovančevega otroka, mlajšega od 18 let, v domovino, kot tudi stroški prevoza njegovega spremljevalca v primeru zavarovančeve hospitalizacije ali smrti, če otrok ostane brez spremstva odrasle osebe.

3.5 Prevoz družinskega člana

Kriti so stroški obiska zavarovanca. Vključeni so stroški povratne vozovnice za javni prevoz (ekonomski razred) za enega družinskega člana (otrok, partner, starš, brat ali sestra, zakončev starš), če se zavarovanec v tujini nahaja sam in se iz zdravstvenih razlogov ne more vrniti v domovino ter je hospitaliziran več kot 7 dni iz razlogov, kritih po teh pogojih. Če se namesto javnega prevoza najame taksi prevoz, so kriti tudi ti stroški, vendar največ do višine zneska vozovnice za javni prevoz (avtobus ali vlak).

3.6 Prevoz posmrtnih ostankov v domovino zavarovanca

Kriti so stroški prevoza posmrtnih ostankov zavarovanca iz tujine v domovino.

3.7 Vrnitev v domovino

Kriti so stroški organizacije nujne vrnitve v domovino, če član družine (otrok, partner, starš, brat ali sestra, zakončev starš) težje zboli ali umre. Kriti so stroški prestavitve letalske vozovnice oziroma stroški povratnega rednega poleta (ekonomski razred), če prestavitev ni možna ali ni možna vožnja z vlakom (1. razred).

Stroški, navedeni v točkah od 3.3 do 3.5 tega odstavka, se ne povrnejo brez predhodnega soglasja asistenčnega centra.

4. DODATNA KRITJA:

4.1 Preklíc leta

Če preklíc leta in čakanje na naslednji let traja več kot 6 ur, so kriti stroški, ki nastanejo po tem času, in sicer za: nastanitev in prevoz do bližnje nastanitve v okolici letališča, kjer je bil let preklican, restavracijski obrok in napitke, vendar le ob predložitvi originalnih računov, ki so nastali v času med prvotno načrtovanim odhodom leta in dejanskim odhodom leta.

4.2 Izguba/kraja prtljage

a) Če se v času nahajanja zavarovanca v tujini izgubi njegova prtljaga ali je ta ukradena, mu pripada zavarovalnina kot nadomestilo za nastalo škodo. Za izplačilo zavarovalnine mora zavarovanec predložiti natančen opis te prtljage skupaj z datumom nakupa in vrednostjo. Znesek za izplačilo zavarovalnine je odvisen od vrednosti prtljage, izkazane z računi oziroma na podlagi cen, veljavnih na dan nastanka zavarovalnega primera, ter od starosti in obrabe prtljage, pri čemer se upošteva naslednje:

- prtljaga, stara do 6 mesecev – 100 % izplačilo zavarovalnine po dokazani vrednosti, vendar največ do zneska v preglednici kritij, navedeni na koncu teh pogojev;
- prtljaga, stara od 6 mesecev do 1 leta – 80 % izplačilo zavarovalnine po dokazani vrednosti, vendar največ do zneska v preglednici kritij, navedeni na koncu teh pogojev.

Za vsako nadaljnjo začeto leto starosti se izplačilo zavarovalnine zmanjša za dodatnih 10 %.

Za izplačilo zavarovalnine za prenosne mobilne naprave (telefoni, tablice ipd.), se upošteva znesek, ki ga je zavarovanec za prenosno mobilno napravo dejansko plačal (upoštevajo se tudi razne akcije, vezave naročniškega razmerja ipd.).

b) Za prtljago se štejejo predmeti, namenjeni osebnim rabam, ki jih ima zavarovanec s seboj v tujini, pod stalnim nadzorom, in so bili zavarovancu:

- odtujeni (tatvina/rop), vendar le v primeru, da je dogodek prijavljen lokalni policiji v kraju (državi) nastanka dogodka najkasneje v roku 24 ur in zavarovanec o tem predloži zavarovalnici policijski zapisnik;
- izgubljeni med transportom, za katerega je odgovorna tretja oseba, vendar le ob predložitvi potrčila prevoznika, da je prtljaga dokončno izgubljena in da je iskanje zaključeno.

4.3 Zamuda prtljage/leta

Če prtljaga/let zavarovanca zamuja več kot 4 ure, so kriti stroški, ki nastanejo po tem času, in sicer v primeru:

- a) če pride do zamude leta v tujini, so kriti stroški za restavracijski obrok in napitke, nastali v času med prvotno načrtovanim odhodom leta in dejanskim odhodom leta, vendar le ob predložitvi originalnih računov in potrčila letalskega prevoznika o številu ur zamude in vzroku zamude;
- b) če pride do zamude prtljage, so kriti stroški za nakup nujno potrebnih oblačil/obutve, zdravil in toaletnih potrebščin, vendar le ob predložitvi originalnih računov in potrčila letalskega prevoznika o številu ur zamude in vzroku zamude, in sicer samo v primeru, če pride do zamude prtljage v tujini.

4.4 Izguba/kraja osebnih dokumentov

Če zavarovanec izgubi ali so mu bili odtujeni (tatvina/rop) uradni osebni dokumenti, potrebni za povratno potovanje (potni list in/ali osebna izkaznica), so kriti stroški izdelave novih uradnih osebnih dokumentov. V primeru kraje osebnih dokumentov mora zavarovanec dogodek prijaviti lokalni policiji v kraju (državi) nastanka dogodka.

4.5 Predujem varščine

Če je zavarovanec dolžan lokalnim oblastem plačati kazensko varščino, bo zavarovalnica zanj založila varščino, vendar največ do višine zneska, ki je naveden v preglednici kritij, navedeni na koncu teh pogojev. Zavarovanec mora pred nakazilom varščine podpisati zavezo za vračilo tega zneska. Ta znesek je zavarovanec dolžan povrniti v roku 15 dni po prejetju računa zavarovalnice.

4.6 Nujno nakazilo denarja

Če zavarovanec asistenčnemu centru pošlje prošnjo za pomoč za dogodek, ki je krit po teh pogojih, in mora ob tem dogodku plačati tudi druge nepredvidene stroške, mu bo zavarovalnica na njegovo prošnjo nakazala zahtevani znesek denarja v lokalni valuti, vendar največ do višine zneska, ki je naveden v preglednici kritij, navedeni na koncu teh pogojev. Zavarovanec mora pred nakazilom podpisati zavezo za vračilo tega zneska. Ta znesek je zavarovanec dolžan povrniti v roku 15 dni po prejetju računa zavarovalnice.

4.7 Organizacija storitev ob spremembi bivanja v tujini

Če nastanek zavarovalnega primera po teh pogojih zahteva, da mora zavarovanec bivanje v tujini podaljšati, skrajšati ali spremeniti lokacijo, bo asistenčni center organiziral rezervacijske storitve in prenesel naprej vsa potrebna sporočila. Vsa nujna sporočila bo prenesel družini zavarovanca ali na želeni službeni naslov. Asistenčni center bo tudi prilagodil hotelske in letalske rezervacije, rezervacije za izposojavo avtomobila ipd.

- (2) Za nujne storitve štejejo le tiste storitve, ki so nujno potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij ali preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja nenadno obolelega ali poškodovanega zavarovanca.
- (3) Skupni znesek stroškov na osebo, vključno s stroški, ki so z medicinskega stališča upravičeni, navedeni v 1. odstavku tega člena, za vse zavarovalne primere, ki nastanejo v času trajanja zdravstvenega zavarovanja, ne sme presežati zneska zavarovalne vsote v preglednici kritij, navedeni na koncu teh pogojev. Ne glede na navedeno je zavarovalno kritje stroškov zdravljenja za akutna poslabšanja kroničnih bolezni in nujnih zobozdravstvenih storitev omejeno in je podano le do zneska, ki je v preglednici kritij, navedeni na koncu teh pogojev. Navedena omejitev se v primeru akutnega poslabšanja kroničnih bolezni in nujnih zobozdravstvenih storitev nanaša na vsa zavarovalna kritja po teh pogojih, zato zavarovalnina v teh primerih lahko skupaj znaša le do zneska omejitev.
- (4) Ko je celotna zavarovalna vsota za posamezno kritje po posamezni polici izplačana, to zavarovalno kritje preneha.
- (5) Zavarovalnica in asistenčni center na noben način ne odgovarjata za ravnanja izvajalcev storitev, ki se organizirajo in plačajo v okviru zavarovalnega kritja po teh pogojih. Odgovornost zavarovalnice ali asistenčnega centra za morebitno nekvolitno izvedbo del ali storitev s strani posameznih izvajalcev je izključena.
- (6) Zavarovanec mora z vso skrbnostjo paziti, da preprečuje izgube, škodo, nezgode, telesne poškodbe ali bolezni. Prav tako mora varovati, hraniti in/ali poiskati svojo lastnino ter po svojih močeh omejevati stroške.

2. člen: ZAVAROVANCI

- (1) Pri posameznem zavarovanju je zavarovanec oseba, ki je navedena v polici.
- (2) Pri družinskem zavarovanju so zavarovanci osebe, ki so navedene v polici in živijo v skupnem gospodinjstvu ter so med seboj v družinskem razmerju: zakonec ali partner iz druge pravno priznane skupnosti in njuni otroci, pastorki, rejenci ali posvojenci do 26. leta starosti.
- (3) Pri skupinskem zavarovanju so zavarovanci vse osebe, ki so navedene v polici oziroma v prilogi k polici in predstavljajo skupino. Skupina pomeni 9 ali več oseb, ki skupaj istočasno odhajajo na isto destinacijo v tujino. Če je manj kot 9 oseb, se uporabljajo določila za posamezno zavarovanje, če ni drugače dogovorjeno.

- (4) Zavarovanci po teh pogojih so lahko le osebe do dopolnjenega 75. leta starosti. Z ustreznim doplačilom na premijo se lahko zavarujejo tudi osebe, starejše od 75 let.



3. člen: IZKLJUČITVE

- (1) V celoti so izključene vse obveznosti zavarovalnice, če je primer nastal kot posledica:
1. potresa;
 2. aktivnega služenja zavarovanca v oboroženih silah;
 3. aktivnega sodelovanja zavarovanca v vojni (razglašeni ali nerazglašeni), invaziji, dejanju tujega sovražnika, sovražnosti, državljanski vojni, terorizmu, uporu, izgredu, revoluciji, javnem shodu, zborovanju ali vstaji;
 4. samomora ali poskusa samomora zavarovanca;
 5. dogodkov, ki so na kakršen koli način povezani z zavestnim samopoškodovanjem ali povzročitvijo bolezni, brezumnim ravnanjem, dogodkov, do katerih pride, ko je zavarovanec pod vplivom alkohola ali drog ali drugih prepovedanih snovi oziroma dogodkov, kjer se zavarovanec po nepotrebnem izpostavi nevarnosti (razen v primeru poskusa rešitve človeškega življenja);
 6. vožnje zavarovanca z motornimi in drugimi vozili brez ustreznih uradnih dovoljenj (vozniško, prometno dovoljenje);
 7. namernega ali naklepnega kaznivega dejanja s strani zavarovanca;
 8. dogodkov, ki so vezani na kakršen koli prispevek pri uporabi, sprostitvi ali grožnjah s kakršnim koli jedrskim orožjem ali napravami, kemičnimi ali biološkimi snovmi, kot tudi dogodkov, ki so na kakršen koli način povzročeni ali h katerim so prispevala dejanja vojne, uporov, vstaj ali nemirov;
 9. radioaktivnih sevanj, epidemije, pandemije.
- (2) Zavarovanje tudi ne nudi asistenčnih storitev in ne krije nobenih stroškov v povezavi z dogodki, ki nastanejo kot posledica:
1. priprave ali udeležbe:
 - na avto-moto tekmovanjih, pri vožnjah po dirkališčih in pripadajočih treningih ter rekreativni udeležbi;
 - v športnem letalstvu, padalstvu, pri letenju z zmaji, z jadralnimi letali;
 - pri alpinizmu;
 - pri jamarstvu;
 2. rekreativne udeležbe (razen, če je posamezna aktivnost posebej dogovorjena in to izhaja iz police):
 - pri planinarjenju in trekingu nad 3.000 metrov nadmorske višine;
 - pri potapljanju in podvodnem ribolovu;
 - pri kajtanju (kitesurfing, kiteboarding);
 - pri smučanju in deskanju na snegu izven urejenih smučišč ali heliskiingu;
 - pri prostem plezanju;
 - pri spustu s kolesi (npr. downhill, all mountain, enduro,...);
 - na drugih športnih tekmovanjih in treningih;
 3. izvajanja ekstremnega športa ali če so v neposredni zvezi s še posebej nevarno dejavnostjo, ki je povezana z nevarnostjo, ki precej presega običajno tveganje pri nahajanju v tujini;
 4. nastopa na ekspedicijah v neosvojena ali neraziskana področja;
 5. telefonskih stroškov, razen nujnih klicev na asistenčni center;
 6. izgube ali dogodka, za katere v teh pogojih ni izrecno navedeno, da je zanje podano zavarovalno kritje;
 7. telesne poškodbe, bolezni, smrti, izgube, stroškov ali kakršne koli druge obveznosti, povezane z virusom HIV (Human Immunodeficiency Virus) ali aidsom (Acquired Immune Deficiency Syndrome) oziroma kakršnim koli podobnim drugim sindromom, ne glede na to, kako se imenuje, razen če se zavarovanec okuži med medicinsko preiskavo, preizkusom ali zdravljenjem (vendar le, če to ni povezano z jemanjem drog ali spolno prenosljivimi boleznimi).
- (3) Zavarovalnica ne krije stroškov v naslednjih primerih:
1. če se zavarovanec na zahtevo zavarovalnice ne pusti pregledati zdravniku, ki ga imenuje zavarovalnica ali njeni predstavnik;

2. za storitve, ki jih nudi kateri koli izvajalec, ki ni pogodbeni partner zavarovalnice ali zavarovalnica zanj ni jamčila, ter za storitve, opravljene brez pooblastila in/ali udeležbe oziroma odobritve asistenčnega centra;
3. če so posledica kakršnega koli zračnega prevoza zavarovanca, razen če je potoval kot potnik, ki je plačal prevoznino;
4. če so posledica dejstva, da zavarovanec ni z vsjo dolžno skrbnostjo pazil, da bi preprečil izgubo, škodo, nezgode, telesne poškodbe ali bolezni sebe ali svoje lastnine;
5. ki bi jih zavarovanec moral plačati tudi, če se dogodek, v katerem je posredoval asistenčni center, ne bi bil zgodil.

- (4) Izključene so vse obveznosti zavarovalnice v primeru dajanja neresničnih podatkov zavarovalca oziroma zavarovanca o trajanju zadrževanja v tujini, o okoliščinah dogodka, poškodbe ali vrsti bolezni ter kakršnih koli prevar ali ponaredb.
- (5) Od zavarovalnice se ne more zahtevati, da zagotovi zavarovancu storitve, kadar se le-ta nahaja na območju, kjer obstaja tveganje vojnih, političnih ali drugih okoliščin, ki bi takšne storitve onemogočile ali pa bi bile upravičeno neizvedljive.
- (6) Izključene so vse obveznosti zavarovalnice v primeru, če se zavarovanec ne ravna po navodilih, ki jih dobi od asistenčnega centra.
- (7) Če zavarovanci, ko se znajdejo v težavi, ne pokličejo na asistenčni center, se šteje, da zavarovalni primer po teh pogojih ni nastal, zato zavarovalnica v tem primeru ni dolžna povrniti nikakršnih stroškov.

4. člen: POSEBNE IZKLJUČITVE

- (1) Poleg splošnih izključitev iz 3. člena teh pogojev veljajo za zavarovalna kritja, ki se nanašajo na Zdravljenje, Zdravila in zdravniške pripomočke, Nujne zobozdravstvene storitve in Prevoz v domovino, še naslednje posebne izključitve, ki se nanašajo na naslednja zdravljenja, postavke, pogoje, dejavnosti in z njimi povezane ali iz njih izvirajoče stroške:
1. zahtevki, povezani s posledicami uživanja alkohola, jemanja drog ipd. Če se ta dejstva ugotovijo naknadno, si zavarovalnica pridržuje regresno pravico za vse stroške, ki jih je na podlagi takšnih zahtevkov že izplačala;
 2. poslabšanja že obstoječih ali ponavljajočih se bolezni, zaradi katerih je zavarovanec že bil zdravljen ali so se pojavile in niso bile v celoti odpravljene pred začetkom zavarovanja oziroma pred odhodom v tujino, ter vseh kroničnih bolezni in stanj, razen tistih, ki so navedene v 2.2 točki 1. odstavka 1. člena teh pogojev;
 3. ponavljajočih se izvinov in izpahov ter zdravljenja poškodb, ki so nastale pred začetkom trajanja zdravstvenega zavarovanja oziroma pred odhodom v tujino;
 4. zobozdravstvenih storitev, razen nujne zobozdravstvene pomoči, ki je potrebna za odpravo akutne bolečine zaradi bolezni ali sveže poškodbe zobovja, vključno z ekstrakcijo zoba, do zneska v preglednici kritij, navedeni na koncu teh pogojev;
 5. prevoza za težave, ki se lahko zdravijo na kraju dogodka;
 6. zdravljenja, ki ga nudi oseba, s katero zavarovanec potuje;
 7. zdravljenje, ki ga nudi oseba-zdravnik, ki se naključno znajde na kraju dogodka, pred prihodom pristojnega zdravnika.
 8. nalezljivih spolnih bolezni;
 9. nosečnosti, rednih pregledov v času nosečnosti, tipičnih težav v času nosečnosti, poroda po 37. tednu nosečnosti, razen v primeru reševanja življenja matere oziroma otroka;
 10. načrtovane prekinitve nosečnosti;
 11. posebne storitve v bolnišnici – nadstandard, kot je enoposteljna soba, TV, posebne nastanitve itn.;
 12. operacije ali zdravljenja, ki se lahko prestavi brez kakršnih koli posledic na čas vrnitve v domovino;
 13. zahtevki, ki nastanejo po vrnitvi v domovino;
 14. stroški optičnih pripomočkov, razen če so nastali kot posledica nujnega medicinskega primera;
 15. zdravljenje, ki ga je opravil zdravnik brez uradno priznanega dovoljenja;
 16. stroški, nastali zaradi zdravljenja, ki ni potrjeno z zdravniškim izvidom;
 17. stroški prevoza, če se je zavarovanec po mnenju

lečечеlega zdravnika zdravstveno sposoben vrniti v domovino na prvotno načrtovani način;

18. nezgode pri delu ali kateri koli drugi dejavnosti, pri kateri so potrebni povečani fizični napor, če to v polici ni posebej dogovorjeno;
 19. duševnih ali vedenjskih motenj;
 20. dogodkov, nastalih med odhodom v tujino, na katerega se zavarovanec odpravi v nasprotju z zdravniškim nasvetom;
 21. dogodkov, ki so povezani s kozmetičnimi operacijami za popravo videza, razen če je kirurški poseg nujen zaradi akutne bolezni ali iznakaženosti, ki jo krije to zavarovanje
 22. predvidena redna cepljenja.
- (2) Poleg splošnih izključitev iz 3. člena teh pogojev veljajo za zavarovalna kritja, ki se nanašajo na Preklíc leta, Izgubo/krajo prtljage, Zamudo prtljage/leta in Izgubo/krajo osebnih dokumentov še naslednje posebne izključitve, ki se nanašajo na naslednje postavke, pogoje, dejavnosti (in z njimi povezane ali iz njih izvirajoče stroške):
1. dodatna oprema za vozila ali čolne, izgube ali kraje motornih vozil, zračnih in vodnih plovil, kot tudi na vso pripadajočo dodatno opremo, jadralnih letal, zmajev, padal in jadrnic za jadranje na ledu;
 2. predmeti, ki so nenadzorovani puščeni na kraju, ki je javno dostopen in jih je zavarovanec odložil, založil, izgubil, pozabil ali izpustil iz rok;
 3. izguba ali kraja, ki ni prijavljena policiji, letalski družbi, linijski družbi ali njihovem zastopniku v roku 24 ur po odkritju in pridobitvi pisnega poročila;
 4. izguba, ki je bila posledica zaplembe ali pridržanja na carini oziroma s strani drugih organov oblasti;
 5. kraja predmetov iz nenadzorovanih vozil, razen če so v zaklenjenem prtljažniku, ki mora biti ločen od prostora za potnike ali, če vozilo nima prtljažnika, v zaklenjenem vozilu in na mestu, ki ni vidno od zunaj, pod pogojem, da je vozilo parkirano na varovanem parkirnem prostoru ali v zaklenjeni garaži ter, če je iz policijskega zapisnika razvidno, da je prišlo do vloma v to vozilo;
 6. kraja predmetov v vozilu kot posledice kraje tega vozila;
 7. zahtevki zaradi izgube ali kraje iz bivališča, razen če obstajajo dokazi o nasilnem vstopu, ki ga potrdi tudi policijsko poročilo;
 8. prenosni telefon, fotoaparati, fotografska oprema (stojala, objektiv, leče, ...), kamera, MP3 predvajalnik in prenosni računalnik, razen če so bili zavarovancu odtujeni z ropom ali z roparsko tatvino;
 9. denar, čeki, kreditne/debetne kartice, vrednostni papirji, vozovnice, dragocenosti in nakit, razen če so bili shranjeni v hotelskem sefu ali v zaklenjenem sobnem sefu;
 10. izguba kontaktnih leč, očal, slušnih aparatov, zobna ali druga protetika, kozmetika, starine, glasbila, rokopisi, pokvarljivo blago, živali in kolesa;
 11. izguba stvari, ki si ga je zavarovanec izposodil, najel ali ga zakupil;
 12. izguba ali kraja predmetov ali pripomočkov, potrebnih za izvajanje poklicne dejavnosti, motorne opreme in drugih predmetov, ki jih zavarovanec uporablja v povezavi s svojo poslovno dejavnostjo, obrtjo, poklicem ali službo;
 13. izguba ali kraja športne opreme ali športnih oblačil, med njihovo uporabo;
 14. devalvacije valute ali finančnega primanjkljaja zaradi napak ali opustitev med bančno transakcijo;
 15. stroški prevzema zamujene prtljage;
 16. stroški zamude prtljage pri vrnitvi ali vračanju v domovino;
 17. plačila za prve 4 ure zamude leta;
 18. plačila za prvih 6 ur preklica leta;
 19. zamude kot posledice dejstva, da zavarovanec ni prispel na mesto odhoda pravočasno glede na okoliščine, ki so mu bile znane v tistem času;
 20. zamude kot posledice dejstva, da zavarovanec ni predložil ustreznih zahtevanih dokumentov;
 21. zamude, ki je nastala kot posledica začasne ustavitve ali preklica storitve s strani katerega koli uradnega organa ali kot posledica stavke;
 22. stroški, ki jih povrne letalska družba.

5. člen: IZKLJUČITVE TERORISTIČNIH DEJANJ

- (1) Ne glede na druga določila pogodbe s tem zavarovanjem ni krita škoda, ki je nastala v neposredni ali posredni povezavi s terorističnim dejanjem, niti kateri koli stroški, ki so nastali kot

posledica te škode, in sicer niti v primeru, če je skupaj s terorističnim dejanjem na nastanek škode vplival še kak drug vzrok ali dejanje.

- (2) Šteje se, da je teroristično dejanje vsako nasilno dejanje ali dejanje, ki ogroža človeško življenje, premično oziroma nepremično premoženje ali infrastrukturo, in sicer s silo, nasiljem ali grožnjo, je izvedeno zaradi političnih, verskih, ideoloških ali podobnih namenov ter ima namen vplivati ali vpliva na vlado kakšne države ali ima namen ustrahovati ali ustrahuje javnost oziroma katerikoli njen del ali pa ima tak učinek. Za teroristično dejanje se šteje dejanje, ki je izvedeno samostojno, kot tudi tisto, ki je izvedeno v povezavi s katero koli organizacijo ali oblastjo.
- (3) Iz kritja so izključeni tudi škoda in stroški, nastali zaradi preprečevanja oziroma zatiranja terorističnih dejanj.

6. člen: KRAJ ZAVAROVANJA

Zavarovalno kritje je veljavno samo v tujini.

7. člen: VELJAVNOST ZAVAROVANJA

- (1) Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko pogodbenika podpišeta polico ali potrdilo o kritju.
- (2) Zavarovalnica ima obveznost samo tedaj, če pride do škodnega dogodka po začetku in pred koncem zavarovalnega kritja. Če ni drugače dogovorjeno, se obveznost zavarovalnice začne tisti dan, ki je v polici označen kot začetek zavarovanja, pod pogojem, da je do takrat plačana premija, sicer pa začne naslednji dan po dnevu, ko je plačana premija. Obveznost zavarovalnice preneha z iztekom dneva, ki je v polici naveden kot dan poteka zavarovanja. Če je dogovorjeno, da je treba premijo plačati:
- 1) ob sklenitvi pogodbe in premija ni bila plačana, začne teči obveznost zavarovalnice, da izplača v pogodbi dogovorjeno zavarovalnino ali odškodnino naslednji dan po vplačilu premije;
 - 2) po sklenitvi pogodbe, začne teči obveznost zavarovalnice, da izplača v pogodbi določeno zavarovalnino ali odškodnino, na dan, ki je v pogodbi določen kot dan začetka zavarovanja.
- (4) Če trajanje zavarovanja ni določeno v pogodbi oziroma če je v pogodbi dogovorjen rok trajanja z možnostjo, da se pogodba podaljšuje za enako časovno obdobje, sme vsaka stranka od nje odstopiti z dnem zapadlosti premije, s tem da mora o tem pisno obvestiti drugo stranko najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije.
- (5) Če je zavarovanje sklenjeno za več kot tri leta, sme po preteku tega časa vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe, tako da to pisno sporoči drugi stranki.
- (6) Če je bil glede na dogovorjeni čas zavarovanja priznan popust na premijo, zavarovanje pa je prenehalo pred potekom tega časa, lahko zavarovalnica terja razliko do tiste premije, ki bi jo moral zavarovalec plačati, če bi se bila pogodba sklenila samo za toliko časa, kolikor je dejansko trajala. Če je bil priznan popust na premijo na podlagi sklenjenih več pogodb pri zavarovalnici (paketni popust), lahko v primeru prenehanja posamezne ali vseh od teh pogodb (ne glede na razlog) zavarovalnica paketni popust ustrezno zniža oziroma ukine, zavarovalec pa mora plačevati temu ustrezno premijo.
- (7) Če pogodbo odpove zavarovalnica, lahko skupaj z odpovedjo zavarovalcu ponudi sklenitev nove istovrstne pogodbe. Zavarovalec ima pravico, da v 30 dneh po prejemu odpovedi in ponudbe za sklenitev nove pogodbe zavarovalnici sporoči, da s sklenitvijo nove pogodbe ne soglašajo. V tem primeru zavarovalnica razmerje z iztekom tekočega zavarovalnega leta preneha. Če zavarovalec ob prejemu odpovedi in ponudbe za sklenitev nove pogodbe zavarovalnici ne sporoči ničesar, se šteje, da se potrebe zavarovalca niso spremenile in da se zavarovalec s ponudbo za sklenitev nove pogodbe strinja, zato se zavarovalno razmerje z iztekom tekočega zavarovalnega leta nadaljuje po novi pogodbi. Na podlagi sklenitve nove pogodbe zavarovalnica pošlje zavarovalcu novo polico.
- (8) V primeru sklepanja na daljavo je pogodba sklenjena s plačilom premije, kar zavarovalec dokazuje s potrdilom o plačilu premije. Zavarovalec ima kot potrošnik pravico, da v 14 dneh obvesti zavarovalnico, da odstopa od pogodbe, ne da bi mu bilo treba navesti razlog za svojo odločitev. Zavarovalnica je v tem primeru upravičena obdržati premijo za vsak dan, ko je zagotavljala zavarovalno kritje. Odstop mora biti pisen in vložen na zavarovalnico do izteka roka, pri čemer se šteje, da je vložen v roku, če je do izteka roka priporočeno oddan na pošti. Zavarovalec nima pravice do odstopa od pogodbe po tem odstavku pri zavarovalnih pogodbah z veljavnostjo, krajšo od enega meseca.

- (9) Pri celoletnem zavarovanju za večkratne odhode zavarovanca v tujino zavarovanje velja za neomejeno število odhodov v tujino v enem zavarovalnem letu, s tem, da posamezno zadrževanje v tujini ne sme trajati več kot 90 dni.
- (10) Zavarovanje je treba skleniti pred odhodom zavarovanca v tujino. Če se ob sklenitvi zavarovanec nahaja v tujini, zavarovalno kritje po teh pogojih prične veljati šele po preteku 5 dni od dneva, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja.
- (11) Zavarovalec lahko odpove zavarovalno pogodbo v času, ko zavarovalno kritje še ni nastopilo – pred začetkom zavarovanja, kot je navedeno v polici.
- (12) Odpoved ni možna po začetku zavarovalnega kritja, razen v primeru sklepanja na daljavo.



8. člen: PLAČILO PREMIJE IN POSLEDICE NEPLAČILA PREMIJE

- (1) Premijo oziroma 1. obrok mora zavarovalec plačati ob sklenitvi pogodbe. Za plačilo ob sklenitvi pogodbe šteje tudi plačilo, ki je izvršeno najpozneje do dneva zapadlosti, ki je naveden na terjatvenem dokumentu. V tem primeru je zavarovalno kritje zagotovljeno od dneva in ure, ki sta določena kot začetek zavarovanja. Če premija (oziroma 1. obrok) do dneva zapadlosti na terjatvenem dokumentu ni plačana v celoti, je zavarovalno kritje zagotovljeno šele z naslednjim dnevom po celotnem plačilu.
- (2) Premije za naslednja zavarovalna leta (oz. 1. obrok v naslednjem zavarovalnem letu) pri večletnih zavarovanjih pa mora zavarovalec plačati prvi dan vsakega nadaljnjega zavarovalnega leta. Če ni drugače dogovorjeno, je dinamika plačil za naslednja zavarovalna leta enaka kot v prvem zavarovalnem letu.
- (3) Če je dogovorjeno, da se premija plačuje v obrokih ali za nazaj, se lahko obračuna doplačilo. Če obrok ni plačan do dneva zapadlosti, ima zavarovalnica pravico zaračunati zakonske zamudne obresti in zahtevati takojšnje plačilo vseh še nezapadlih obrokov.
- (4) Če je premija plačana po pošti ali banki, za čas plačila velja dan, ko je bil podan nalog za plačilo pošti ali banki. Če ob plačevanju premije ni naveden točen sklic, iz katerega bi bilo razvidno, katera premija oziroma kateri obrok premije in po kateri pogodbi se plačuje, se šteje, da se plačuje tista neplačana premija oziroma tisti obrok premije, ki je po dnevu zapadlosti najstarejši, in sicer ne glede na vrsto pogodbe, ki je sklenjena pri zavarovalnici.
- (5) V primeru prenehanja pogodbe zaradi neplačane zapadle premije mora zavarovalec plačati premijo za čas do dneva prenehanja pogodbe. Zavarovalec je dolžan plačati celotno premijo za tekoče zavarovalno leto, če je do dneva prenehanja veljavnosti pogodbe nastal zavarovalni primer, za katerega mora zavarovalnica plačati odškodnino ali zavarovalnino. Zavarovalec je dolžan povrniti tudi popust na premijo, ki mu je bil priznan za dogovorjeni čas zavarovanja, kot je opredeljeno v 6. odstavku 7. člena teh pogojev.
- (6) Zavarovalnica ima pravico, da ob kakršnem koli izplačilu iz zavarovanja od zavarovalnine ali odškodnine odtegne vse zapadle in neplačane premije tekočega zavarovalnega leta, pa tudi druge zapadle obveznosti zavarovalca do zavarovalnice iz preteklih let.
- (7) Obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino ali odškodnino, preneha v primeru, če zavarovalec do zapadlosti ne plača zavarovalne premije, ki je zapadla po sklenitvi pogodbe, in tega tudi ne stori kdo drug, ki je za to zainteresiran, po 30 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče 30 dni od zapadlosti premije.
- (8) Zavarovalnica lahko po izteku roka iz 7. odstavka tega člena, če je zavarovalec v zamudi s plačilom premije, ki jo je treba plačati po sklenitvi pogodbe oziroma druge in naslednjih premij, razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka, s tem da razdrte zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz 7. odstavka tega člena in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju zavarovalnega kritja.
- (9) Če zavarovalec, v primerih ko zavarovalnica ni razdrla zavarovalne pogodbe, plača premijo po izteku roka 7. odstavka tega člena, vendar v enem letu od zapadlosti premije, je zavarovalnica dolžna, če nastane zavarovalni primer, plačati odškodnino ali zavarovalnino od 24. ure po

plačani premiji in zamudnih obresti. Če zavarovalec premije v tem roku ne plača, pogodba preneha veljati s potekom zavarovalnega leta.

- (10) Na premijo se zaračunavajo zakonsko predpisane dajatve (davščine, takse ipd.). Če se med trajanjem zavarovanja spremenijo ali uvedejo nove dajatve (nova pristojbina, sprememba davčne stopnje ipd.), te spremembe vplivajo na višino dogovorjene premije.
- (11) Zavarovalnica zaračunava stroške papirnatega poslovanja in drugih administrativnih storitev skladno s cenikom, ki je objavljen na www.generalisi.si/ceniki.

9. člen: VRAČILO PREMIJE

- (1) V primeru odpovedi pogodbe zavarovalnica vrne plačano premijo.
- (2) Ne glede na razlog za prenehanje pogodbe ima zavarovalec pravico terjati vračilo premije za preostalo dobo trajanja zavarovanja samo, če za to zavarovalno obdobje ni bilo prijavljenega zavarovalnega primera. Če je bil zavarovalni primer prijavljen pozneje, mora zavarovalec ta znesek premije zavarovalnici na njen poziv vrniti.
- (3) Pri izračunu vrnjenega dela premije se upoštevajo administrativni stroški skladno s cenikom, ki je objavljen na www.generalisi.si/ceniki.

10. člen: NEVARNOSTNE OKOLIŠČINE

- (1) Pred sklenitvijo kakor tudi med trajanjem pogodbe mora zavarovalec prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in za katere je vedel, oziroma bi moral vedeti. Za okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti, štejejo zlasti okoliščine, ki so zavarovalcu znane in na podlagi katerih je določena in obračunana premija, kakor tudi tiste, navedene v pogodbi.
- (2) Zavarovalec je dolžan zavarovalnico obvestiti o vsaki spremembi okoliščin, ki utegnejo biti pomembne za ocenitev nevarnosti. Prav tako je dolžan brez odlašanja zavarovalnico obvestiti o povečanju nevarnosti, če se je nevarnost povečala zaradi katerega od njegovih ravnanj; če pa je do povečanja nevarnosti prišlo brez njegovega sodelovanja, jo mora obvestiti v 14 dneh, odkar je za to zvedel. Če je povečanje nevarnosti tolikšno, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi bilo tako stanje takrat, ko je bila sklenjena, lahko odstopi od pogodbe. Če pa je povečanje nevarnosti tolikšno, da bi zavarovalnica sklenila pogodbo samo proti večji premiji, če bi bilo tako stanje takrat, ko je bila sklenjena, lahko predlaga zavarovalcu novo višino premije. Če zavarovalec ne privoli v novo višino premije v 14 dneh od prejema takega predloga, preneha pogodba po samem zakonu. Vendar pogodba ostane v veljavi in zavarovalnica ni več upravičena predlagati zavarovalcu nove višine premije ali odstopiti od pogodbe, če teh svojih pravic ne izkoristi v 30 dneh od dneva, ko je kakor koli izvedela za povečanje nevarnosti, ali če še pred iztekom tega roka na kakšen način pokaže, da soglašča s podaljšanjem pogodbe (če sprejme premijo, izplača zavarovalnino za zavarovalni primer, ki je nastal po tem povečanju ipd.).

11. člen: DOLŽNOSTI ZAVAROVANCA PO ZAVAROVALNEM PRIMERU

- (1) Po nastanku zavarovalnega primera mora zavarovanec takoj storiti vse, kar je v njegovi moči, da bi preprečil nadaljnje nastajanje škode. Pri tem mora upoštevati navodila asistenčnega centra in poskušati omejiti stroške po svojih najboljših močeh.
- (2) Zavarovanec mora o nastalem škodnem dogodku obvestiti asistenčni center najkasneje v treh (3) dneh od dneva, ko zanj izve.
- (3) Zavarovanec mora dati asistenčnemu centru vse podatke in druge dokaze, ki jih ima na voljo in so nujno potrebni za organizacijo asistencije (pomoči), ugotavljanje vzroka, obsega in višine škode ter drugo dodatno dokumentacijo na zahtevo zavarovalnice. V vsakem primeru mora zavarovanec ravnati po navodilih, ki jih dobi od asistenčnega centra ali zavarovalnice. Zavarovanec mora hraniti vse originalne račune, potrdila, uradno zdravstveno dokumentacijo, ki opravičuje nujnost zdravljenja, vstopnice, pogodbe, potrdila o plačilih cestnine (predornine), potrdila o plačilih s kreditno kartico in preostala morebitna dokazila za predložitev na zahtevo asistenčnega centra ali zavarovalnice.

- (4) Zavarovanec vsa potrdila, informacije, soglasja, uradne prevode dokumentacije in dokazila, ki jih zahteva asistenčni center ali zavarovalnica, predloži na lastne stroške. Zavarovanec mora obrazec za izplačilo zavarovalnine izpolniti in poslati zavarovalnici v tridesetih (30) dneh od nastanka stroška. Ta rok je mogoče podaljšati na podlagi predhodnega dovoljenja asistenčnega centra ali zavarovalnice, kadar spremna dokumentacija ni na voljo pravočasno. Vsi predloženi dokumenti v zvezi z nastankom zavarovalnega primera morajo biti v izvorniku.
- (5) Če zavarovanec svojih obveznosti iz tega člena v dogovorjenem roku ne izpolni, zavarovalnica lahko odkloni plačilo zavarovalnine, če zaradi te opustitve ne more ugotoviti nastanka zavarovalnega primera.
- (6) Če zavarovanec po svoji krivdi zavarovalnici ne prijavi nastanka zavarovalnega primera v času in na način, ki je določen s temi pogoji, mora zavarovalnici vrniti morebitno škodo, ki jo le-ta ima zaradi tega.
- (7) Če je zavarovanec nujne zdravstvene storitve plačal sam, mu zavarovalnica vrne stroške skladno s 1. členom teh pogojev po predložitvi zahtevane dokumentacije, vendar le pod pogojem, da je o nastanku škodnega dogodka predhodno obvestil asistenčni center.

12. člen: OBVEZNOST ZAVAROVALNICE

- (1) Asistenčne storitve in stroške, ki so kriti v skladu s 1. členom teh pogojev, plača zavarovalnica neposredno izvajalcem.
- (2) V primeru, ko nujne zdravstvene storitve ali ostale stroške odobrene s strani asistenčnega centra plača zavarovanec sam, mora zavarovalnica to vrniti kot zavarovalnino v roku 14 dni, šteto od dneva, ko razpolaga z vso dokumentacijo, na podlagi katere lahko odloča o temelju in višini zahtevka. Če znesek njene obveznosti ni ugotovljen v tem roku, mora zavarovalnica zavarovancu oziroma upravičencu na njegovo zahtevo izplačati nesporni del svoje obveznosti kot predujem.
- (3) Zavarovalnica vrne plačani znesek po referenčnem tečaju Evropske centralne banke (ECB) na dan plačila zavarovalnine, vendar največ do zneska v preglednici kritij, navedeni na koncu teh pogojev.
- (4) Predhodno določilo tega člena ne velja, če zavarovanec dostavi dokazilo, iz katerega je razviden dejanski znesek stroškov v EUR na dan nastanka zavarovalnega primera.
- (5) Zavarovalnica lahko terjatev zavarovanca za zavarovalnino pobota s terjatvijo, ki jo ima zavarovalnica do zavarovanca iz katerega koli naslova.

13. člen: PRAVICE ZAVAROVALNICE

- (1) V primeru nezgode, ki jo povzroči tretja oseba, ima zavarovalnica od povzročitelja nezgode pravico terjati povračilo stroškov, ki jih je plačala zavarovancu, asistenčnemu centru ali izvajalcu.
- (2) Zavarovalnica si pridržuje pravico do povračila vseh nastalih stroškov v primeru, ko se naknadno ugotovi, da je zavarovalni primer nastal zaradi dogodkov, navedenih v 3. členu teh pogojev.

14. člen: OMEJITEV OBVEZNOSTI ZARADI DRUGIH ZAVAROVANJ

Če je zavarovanec zavarovan še po kateri drugi pogodbi pri drugi zavarovalnici, je zavarovanec dolžan najprej uveljavljati svoje pravice po drugi pogodbi. Zavarovalnica je po tej pogodbi zavezana k plačilu samo, če druga zavarovalnica ne pokrije škode zavarovancu oziroma je zavezana k doplačilu zneska razlike med izplačilom zavarovalnine druge zavarovalnice in škodo, obračunano po tej pogodbi.

15. člen: IZVEDENSKI POSTOPEK

- (1) Vsaka pogodbeni stranka lahko zahteva, da določena sporna dejstva ugotovljajo izvedenci.
- (2) Vsaka stranka imenuje enega izvedenca od oseb, ki s strankami niso v delovnem ali sorodstvenem razmerju. Imenovana izvedenca pred začetkom dela imenujeta tretjega izvedenca, ki svoje mnenje poda samo, kadar se ugotovitve prvih dveh izvedencev razlikujejo in zgolj v mejah njunih ugotovitev.
- (3) Vsaka stranka nosi stroške za izvedenca, ki ga je imenovala, za tretjega izvedenca si pogodbeni stranki stroške delita.
- (4) Končne ugotovitve so obvezujoče za obe pogodbeni stranki.

16. člen: SPREMEMBA ZAVAROVALNIH POGOJEV ALI PREMIJSKEGA CENIKA

- (1) Če zavarovalnica spremeni zavarovalne pogoje ali premijski cenik, mora o spremembi pisno obvestiti zavarovalca vsaj 60 dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta.

- (2) Zavarovalec ima pravico, da v 30 dneh po prejemu obvestila odpove zavarovalno pogodbo. Pogodba preneha veljati s potekom tekočega zavarovalnega leta.
- (3) Če zavarovalec ne odpove pogodbe, se ta z začetkom prihodnjega leta spremeni skladno z novimi zavarovalnimi pogoji ali premijskim cenikom.
- (4) Zavarovalnica lahko v 30 dneh po ugotovitvi, da so ji bili ob sklepanju pogodbe posredovani netočni podatki (na primer neustreznost podatkov o nevarnostnih okoliščinah, podatkov o predmetu zavarovanja, podatkov o predhodnem škodnem dogajanju, podatki o stranki idr.) temu ustrezno popravi polico in o tem obvesti zavarovalca. Če zavarovalec s popravki ne soglaša, lahko odstopi od pogodbe v 14 dneh od prejema popravka police. Če zavarovalec v tem roku od pogodbe ne odstopi, šteje, da s temi popravki soglaša, zato pogodba od izteka tega roka dalje velja z upoštevanimi popravki, kot izhaja iz popravka police.

17. člen: NAČIN OBVEŠČANJA

- (1) Dogovori o vsebini zavarovalne pogodbe so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki.
- (2) Vsa obvestila in izjave, ki jih je treba dati po določbah zavarovalne pogodbe, morajo biti pisne.
- (3) Obvestilo ali izjava je dana pravočasno, če se pošlje pred potekom roka s priporočenim pismom.
- (4) Izjava, ki jo je treba dati drugemu, velja šele tedaj, ko jo ta prejme.

18. člen: SPREMEMBA NASLOVA IN VROČANJE

- (1) Zavarovalnica pisna obvestila zavarovalcu (tudi zavarovancu) pošilja na naslov, ki ga navede ob sklenitvi pogodbe.
- (2) Zavarovalec oziroma zavarovanec mora zavarovalnico obvestiti o spremembi svojega bivališča oziroma sedeža ali svojega imena oziroma imena podjetja v 15 dneh od dneva spremembe.
- (3) Če poskus vročitve pošiljke s priporočeno pošto pošiljko na naslov, ki ga je zavarovalec navedel ob sklenitvi pogodbe, oziroma na naslov, ki ga je zavarovalec zavarovalnici sporočil med trajanjem pogodbe, ali na naslov stalnega prebivališča zavarovalca, kot je naveden v Centralnem registru prebivalstva oziroma na poslovni naslov podjetja, kot je naveden v Poslovnem registru Slovenije, ni bil uspešen (npr. ker zavarovalec ni prevzel poštne pošiljke oziroma je odklonil njen sprejem), šteje, da je bila pošiljka vročena s potekom 15-dnevnega roka, v katerem bi lahko zavarovalec priporočeno pošto pošiljko prevzel na poštнем uradu. Zavarovalec mora zavarovalnico takoj, ko izve za fikcijo vročitve pošiljke, obvestiti, če pošiljke ni mogel prevzeti iz razlogov, ki niso bili na njegovi strani. V tem primeru šteje, da mu je bila pošiljka vročena, ko zavarovalnica prejme njegov pisni ugovor, v katerem zavarovalec pojasni vse okoliščine primera in priloži dokaze, ki opravičujejo dejstvo, da priporočene pošiljke ni prevzel v danem 15-dnevem roku, in da tega ni mogel storiti nihče drug po njegovem pisnem pooblastilu.
- (4) Pravna fikcija uspele vročitve, navedena v prejšnjem odstavku, ima na podlagi pogodbenega dogovora z zavarovalcem pravno veljavne učinke.

19. člen: PREPREČEVANJE KORUPCIJE

Pogodba, pri kateri kdo v imenu ali na račun druge pogodbene stranke, predstavniku ali posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja obljubi, ponudi ali da kakšno nedovoljeno korist za pridobitev posla ali za sklenitev posla pod ugodnejšimi pogoji ali za opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem pogodbenih obveznosti ali za drugo ravnanje ali opustitev, s katerim je organu ali organizaciji iz javnega sektorja povzročena škoda ali je omogočena pridobitev nedovoljene koristi predstavniku organa, posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja, drugi pogodbeni stranki ali njenemu predstavniku, zastopniku, posredniku, je nična.

20. člen: SANKCIJSKA KLAUZULA

- (1) Zavarovalnica ne zagotavlja zavarovalnega kritja in nima obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi v primeru, če bi takšno poplačilo zahtevka ali plačilo kakršne koli druge koristi izpostavilo zavarovalnico kakršnim koli sankcijam, prepovedim, omejitvam, kontrolam izvoza in/ali uporabe menjalnih tečajev na podlagi resolucij Združenih narodov ali trgovskim ali ekonomskim sankcijam, kršitvam

zakonov ali predpisov Evropske unije, Združenih držav Amerike, Združenega kraljestva, Republike Slovenije ali predpisov katere koli jurisdikcije, ki velja za zavarovalnico.

- (2) Zavarovalnica ne zagotavlja zavarovalnega kritja in nima obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi v povezavi z izgubami, škodo ali obveznostmi, ki izhajajo iz dejavnosti v sankcioniranih državah/ozemljih, ali iz dejavnosti, ki so neposredno ali posredno povezane z ali koristijo njihovim vladam, osebam ali subjektom s prebivališčem v sankcioniranih državah/ozemljih, ali osebam ali subjektom v sankcioniranih državah/ozemljih ali njihovih teritorialnih vodah. Ta izključitev se ne uporablja za dejavnosti, ki se izvajajo, ali storitve, ki se opravljajo v izrednih razmerah zaradi varnosti, ali kadar je bila o tem tveganju zavarovalnica obveščena ter je pisno potrdila zavarovalno kritje.
- (3) Za sankcionirane države/ozemlja po prejšnjem odstavku štejejo Krim, Demokratična ljudska republika Koreja, Iran, Sirija in Venezuela, pri čemer se seznam teh držav lahko spremeni. Vsakokrat veljavni seznam teh držav je dostopen na www.generali.si/sankcijska_klavzula

21. Člen: INFORMACIJA O OBDELAVI OSEBNIH PODATKOV

- (1) Zavarovalnica spoštuje pravico do zasebnosti svojih strank. V ta namen je zavarovalnica pripravila celovito »Informacijo o obdelavi osebnih podatkov«, ki je dostopna na www.generali.si/vop. Informacija se lahko zahteva tudi v pisni obliki prek brezplačne telefonske številke **080 70 77** ali pooblaščenega zastopnika zavarovalnice.
- (2) Zavarovanec pooblašča zavarovalnico in asistenčni center, da v njegovem imenu pridobi in vpogleda v zdravstveno dokumentacijo ter drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotavljanje okoliščin sklenitve zavarovanja in pri ugotavljanju obveznosti zavarovalnice.

22. Člen: IZVENSODNO REŠEVANJE SPOROV

Če zavarovalec, zavarovanec ali drug upravičenec s storitvijo zavarovalnice ni zadovoljen, lahko o tem obvesti zavarovalnico. Potrošniki imajo zoper odgovor zavarovalnice oziroma odločitev pritožbene komisije zavarovalnice pravico vložiti pobudo za začetek postopka mediacije pred izbranim izvajalcem izvensodnega reševanja potrošniških sporov, tj. Medijski center pri Slovenskem zavarovalnem združenju, Železna cesta 14, SI-1000 Ljubljana, telefon: +386 (0)1 300 93 81, elektronski naslov: irps@zav-zdruzenje.si, spletno mesto: www.zav-zdruzenje.si. Več informacij o pritožbenih postopkih je na voljo na www.generali.si/pritozbeni-postopki ali prek telefona **080 70 77**.



23. ČLEN - KONČNA DOLOČILA

- (1) Za razmerja iz zavarovalne pogodbe se uporablja slovensko pravo.
- (2) Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (3) Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice je dostopno na www.generali.si.
- (4) Ti pogoji so veljavni od 3. 1. 2020 naprej.

PREGLEDNICA ZAVAROVALNIH KRITIJ ZA TUJINA

Zavarovalna kritija TUJINA veljajo glede na izbran paket (TUJINA ali TUJINA PLUS) in glede na izbrano kombinacijo.

ZAVAROVALNA KRITJA		TUJINA			TUJINA PLUS		
		Kombinacija A	Kombinacija B	Kombinacija C	Kombinacija A	Kombinacija B	Kombinacija C
Skupaj za vsa zavarovalna kritija največ do zavarovalne vsote (na osebo):		25.000 EUR	50.000 EUR	100.000 EUR	25.000 EUR	50.000 EUR	100.000 EUR
		20.000 EUR*	40.000 EUR*	60.000 EUR*			
		1.000 EUR**	2.000 EUR**	3.000 EUR**	1.000 EUR**	2.000 EUR**	3.000 EUR*
1.	Medicinska oskrba in obisk zdravnika	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.	Zdravljenje	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.	Zdravila in zdravniški pripomočki	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.	Nujne zobozdravstvene storitve	100 EUR	200 EUR	300 EUR	100 EUR	200 EUR	300 EUR
5.	Prevoz do najbližje bolnišnice ali klinike in nazaj	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.	Prevoz v domovino	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7.	Prevoz in bivanje za osebo, ki ostane v spremstvu zavarovanca	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8.	Spremstvo in prevoz mladoletnega otroka	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9.	Prevoz družinskega člana	vozovnica	vozovnica	vozovnica	vozovnica	vozovnica	vozovnica
10.	Prevoz posmrtnih ostankov v domovino zavarovanca	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11.	Vrnitev v domovino	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12.	Preklic leta	–	–	–	100 EUR	150 EUR	250 EUR
13.	Izguba/kraja prtljage	–	–	–	300 EUR	500 EUR	800 EUR
14.	Zamuda prtljage/leta	–	–	–	100 EUR	150 EUR	200 EUR
15.	Izguba/kraja osebnih dokumentov	–	–	–	100 EUR	150 EUR	200 EUR
16.	Predujem varščine	–	–	–	2.000 EUR	4.000 EUR	6.000 EUR
17.	Nujno nakazilo denarja	–	–	–	2.000 EUR	3.000 EUR	4.000 EUR
18.	Organizacija storitev ob spremembi bivanja v tujini	–	–	–	✓	✓	✓
Starostna omejitev					75 let		
Starostna omejitev (potrebna dodatna premija)					85 let		
Starostna omejitev (potrebna dodatna premija)					nad 85 let		
Geografska veljavnost					cel svet		
✓ – vključeno							

* Velja za zavarovanje oseb s stalnim bivališčem v tujini, ki začasno bivajo in delajo v RS.

** V primeru akutnega poslabšanja kronične bolezni so vsa zavarovalna kritija ne glede na izbrano zavarovalno vsoto skupaj omejena do navedenega zneska.