



I. UVOD

1.1 Zavarovanje za tujino

- (1) Zavarovanje za tujino je zdravstveno zavarovanje namenjeno kritju stroškov nujnih zdravstvenih in z njimi povezanih storitev v tujini skladno s temi Splošnimi pogoji zavarovanja za tujino SP-TAS-16 (v nadaljevanju splošni pogoji). Zavarovanje vključuje tudi medicinsko asistenco, če v tujini zbolite ali se poškodujete.
- (2) Ti splošni pogoji predstavljajo sestavni del zavarovalne pogodbe. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe hkrati soglašate tudi z določili teh splošnih pogojev. Ostali sestavni deli zavarovalne pogodbe so: ponudba, če se zavarovanje sklepa po ponudbi, polica, morebitne posebne pisne izjave pogodbenih strank ter druge priloge k polici.

1.2 Definicije pogosto uporabljenih izrazov

- (1) Z »vi« je v teh splošnih pogojih naslovljen zavarovalec in/ali zavarovanec.
- (2) Z »mi« oziroma »zavarovalnica« je v teh splošnih pogojih poimenovana Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.
- (3) Ostali izrazi v splošnih pogojih pomenijo:
- **zavarovalec** - oseba, ki z nami sklene zavarovalno pogodbo;
 - **zavarovanec** - oseba, od katere zdravljenja je odvisno izplačilo zavarovalnice in v korist katere se sklene zavarovanje;
 - **upravičenec** - oseba, ki smo ji dolžni izplačati zavarovalnino skladno s temi splošnimi pogoji;
 - **polica** - listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
 - **premija** - dogovorjeni znesek, ki nam ga morate plačati skladno z zavarovalno pogodbo, če želite, da se vzpostavi zavarovalno kritje skladno s temi splošnimi pogoji;
 - **začetek zavarovanja** - datum, ki je na vaši polici naveden kot datum začetka zavarovanja;
 - **potek zavarovanja** - datum, ki je na vaši polici naveden kot datum, ko zavarovanje preneha;
 - **zavarovalni primer** - dogodek, ki ga krije to zavarovanje in nastopi v obdobju zavarovalnega kritja;
 - **nezgoda** - je vsak nenaden, nepredviden dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo izven njegove volje, pri čemer se zavarovanec telesno poškoduje ter predstavlja zlasti naslednje dogodke: padec na istem nivoju ali z višine, zdrs, udarec s predmetom ali ob kakšen predmet, prometna nesreča, udarec električnega toka ali strele, ranitev z orožjem, drugim predmeti ali eksplozivnimi snovmi, vbod s kakšnim predmetom, udarec ali ugriz živali ter zastrupitev z gobami in kemičnimi snovmi. Za nezgodo se štejejo tudi zastrupitve zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj, opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kislinama, zadavljenje kot posledice nezgode, utopitev, izpahi sklepa ter prelomi zdravih kosti in izguba ali zlom zdravih zob zaradi nezgode;
 - **izključitve** - tisti dogodki, ki sicer lahko ustrezajo osnovni definiciji zavarovalnega primera, a niso kriti z zavarovalno pogodbo;
 - **zavarovalnina** - znesek, ki ga izplačamo v okviru določil zavarovalne pogodbe;
 - **zavarovalna vsota** - znesek, ki pomeni zgornjo mejo obveznosti zavarovalnice za posamezno kritje;
 - **asistenčne storitve** - pomoč v primeru nepredvidene bolezni ali poškodbe zavarovanca v času nahajanja v tujini ter v drugih primerih skladno s temi splošnimi pogoji;
 - **asistenčni partner** - naš asistenčni partner, s katerim imamo sklenjeno pogodbo o poslovnem sodelovanju in ki skladno s temi splošnimi pogoji izvaja asistenčne storitve za naše zavarovance;
 - **akutna bolezen** - bolezen, ki v obdobju zavarovalnega kritja nastopi nenadoma in se hitro odzove na zdravljenje, katerega namen je popolna ozdravitev oziroma vzpostavitev zdravstvenega stanja, kot je bilo pred izbruhom bolezni, ter nima značaja kronične ali ponavljajoče se bolezni;
 - **kronična bolezen** - bolezen, ki ima eno ali več sledečih lastnosti: je običajno dolgotrajna in ponavljajoča se, večinoma povzroči trajne zdravstvene posledice, bolnik potrebuje posebno usposabljanje in rehabilitacijo, da živi z njo, potrebuje dolgotrajno opazovanje, zdravljenje, nadzor in nego. Za kronično bolezen se štejejo tudi pričakovani zapleti te bolezni. Tipični kronične bolezni so na primer: sladkorna bolezen, hipertenzija, astma, srčno-žilne bolezni, lupus in podobno;
 - **akutno poslabšanje kronične bolezni** - nastanek nenadnih, hudih simptomov in drugih znakov, ki so značilnost posamezne kronične bolezni;
 - **nujno zdravljenje in nujna medicinska pomoč** - pomeni vse tiste zdravstvene storitve, ki jih ni mogoče odložiti, ne da bi bilo ogroženo življenje ali zdravje zavarovanca;
 - **zdravnik cenzor** - zdravnik, pooblaščen z naše strani;
 - **tujina** - geografsko področje, kjer zavarovancu v skladu z zavarovalno pogodbo nudimo zavarovalno kritje. Za tujino se ne šteje država, kjer ima zavarovanec prijavljeno uradno stalno bivališče;
 - **domovina** - Slovenija ali država zavarovančevega uradnega stalnega bivališča, če je v zavarovalni pogodbi tako dogovorjeno.

II. SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

2.1 Kdo se lahko zavaruje po teh splošnih pogojih

- (1) Kdo je lahko zavarovanec (zavarovana oseba):
- vi sami ali pa zavarujete drugo osebo (posamično zavarovanje),
 - skupina dveh ali več oseb (skupinsko zavarovanje) ali
 - družina (družinsko zavarovanje).
- Pri **posamičnem** zavarovanju je zavarovanec oseba, ki je navedena na polici. Pri **skupinskem** zavarovanju so zavarovanci vse osebe, ki so navedene na polici oziroma v prilogi k polici. Skupinsko zavarovanje se lahko sklene za dve ali več oseb. Če je kot skupina zavarovanih manj kot 9 oseb, se uporabljajo določila za posamično zavarovanje, če ni drugače dogovorjeno. Če pa je kot skupina zavarovanih 9 ali več oseb, se uporabljajo določila za skupinsko zavarovanje.
- Družinsko** zavarovanje po teh splošnih pogojih se lahko sklene za največ dve odrasli osebi mlajši od 75 let, ki sta v družinskem razmerju, in njune otroke, pastorko, posvojence ali vnuke do 26. leta starosti. Pri družinskem Multitrip zavarovanju ni nujno, da zavarovanci potujejo skupaj.
- (2) Osebe, ki so stare 75 let ali več, se lahko zavarujejo z doplačilom na premijo skladno z našim cenikom.
- (3) Zavarovalec ne more biti oseba, ki ji je v celoti odvzeta popolna poslovna sposobnost.

2.2 Kakšen je postopek sklenitve zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovalno pogodbo lahko sklenete na podlagi pisne ponudbe ali tako, da pogodbeni stranki podpišeta polico ali na drug način potrdita, da se strinjata o bistvenih elementih zavarovalne pogodbe, kot so določitev obsega kritij, premije, zavarovalne dobe in zavarovalne vsote.
- (2) Za sklenitev zavarovalne pogodbe lahko zahtevamo, da morate predhodno posredovati ponudbo. V tem primeru nam morate izpolnjeno in podpisano ponudbo predložiti v pisni ali elektronski obliki na našem obrazcu. Ponudba predstavlja predlog za sklenitev zavarovalne pogodbe. Ponudba, ki nam je bila predložena, obvezuje ponudnika osem (8) dni od dneva, ko smo jo prejeli, če ponudnik ni določil krajšega roka.
- (3) Če vaše ponudbe ne odklonimo v roku, navedenem v prejšnjem odstavku, velja, da smo ponudbo sprejeli, in se šteje, da je zavarovalna pogodba sklenjena z dnem, ko smo prejeli ponudbo.
- (4) Ponudbo lahko zavrnemo brez razlogov za zavrnitev.
- (5) Pri zavarovalnih pogodbah, sklenjenih na daljavo, lahko vaš podpis, če tako določimo, nadomesti plačilo premije, kar dokazujete s potrdilom o plačilu.
- (6) Zavarovanje je praviloma potrebno skleniti pred odhodom v tujino in v času, ko se nahajate v Sloveniji oziroma v državi uradnega stalnega bivališča. Po dogovoru z nami lahko sklenete zavarovanje tudi, če se že nahajate v tujini. V tem primeru zavarovanje prične veljati po preteku treh (3) dni od dneva sklenitve zavarovanja.
- (7) Če zavarovalno pogodbo sklepate na dan odhoda v tujino, se šteje, da je zavarovanje sklenjeno le, če ga sklenete v naši poslovalnici in takoj plačate premijo v celoti.
- (8) Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko pogodbenika potrdita, da se strinjata o bistvenih elementih zavarovalne pogodbe.

2.3 Obveznosti prijave okoliščin

- (1) Pred sklenitvijo kakor tudi med trajanjem zavarovalne pogodbe nam morate prijaviti vse okoliščine, ki so pomembne za oceno nevarnosti in so vam bile znane ali vam niso mogle ostati neznanne, zlasti tiste, na podlagi katerih je določena in obračunana premija.

2.4 Začetek zavarovanja in začetek zavarovalnega kritja

- (1) Zavarovanje za tujino lahko sklenete za enkratno potovanje v tujino z določenim trajanjem ali za večkratna potovanja v tujino v okviru enega (1) leta (Multitrip zavarovanje).
- (2) Zavarovanje in zavarovalno kritje se prične ob 00:00 uri tistega dne, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot datum začetka zavarovanja, če ste do tedaj plačali premijo. Celotna premija zapade v plačilo ob sklenitvi zavarovanja in pred začetkom potovanja, če ni dogovorjeno drugače.
- (3) Če ste zavarovanje sklenili skladno s sedmim odstavkom točke 2.2, se ne glede na predhodno določbo in po dogovoru z nami, zavarovanje in zavarovalno kritje lahko prične tudi na dan odhoda zavarovanca v tujino.
- (4) Multitrip zavarovanje velja za neomejeno število odhodov v tujino znotraj enega zavarovalnega leta, pri čemer zavarovalno kritje za posamezno potovanje v tujino traja največ prvih devetdeset (90) dni.
- (5) Zavarovalno kritje pri paketih »Poslovni« velja izključno za čas, ko ste z ustreznim nalogom delodajalca na službeni poti v tujini.

2.5 Kje zavarovanje velja

- (1) Zavarovalno pogodbo lahko sklenete za Hrvaško, za območje razširjene Evrope ali za vse države sveta. Območje razširjene Evrope pokriva območje do gorovja Ural in do južne meje Ruske federacije, območje mediteranskih dežel, Jordanije, Sirije in Kanarskih otokov. Zavarovanje in zavarovalno kritje ne velja na ozemlju Slovenije in na ozemlju države, v kateri ima zavarovanec prijavljeno uradno stalno bivališče.

2.6 Kdaj zavarovanje preneha

- (1) Zavarovanje preneha ob 24:00 uri tistega dne, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot dan prenehanja.



- (2) Zavarovanje preneha tudi v primeru smrti zavarovanca, odpovedi oziroma prekinitve zavarovanja.
- (3) Zavarovalno kritje za zavarovanca, ki je dopolnil 26 let in je vključen v družinsko zavarovanje, preneha ob izteku zavarovalnega leta.

III. KAJ KRIJE ZAVAROVANJE

3.1 Uvod

- (1) Zavarovanje in zavarovalno kritje velja za območje, ki je navedeno v zavarovalni pogodbi, in nudi asistenčne storitve ter krije nujne stroške zdravljenja in stroške prevoza, ki so nastali v času vašega nahajanja v tujini, in druge stroške skladno s temi splošnimi pogoji.
- (2) Zavarovalni primer nastane, če v času zavarovalnega kritja nastopi bolezen ali poškodba ter posledično upravičena potreba po nujnih zdravstvenih in drugih storitvah, skladno s temi splošnimi pogoji, ter se konča v trenutku, ko po mnenju lečečega zdravnika zdravljenje ni več potrebno oziroma z vašo vrnitvijo v domovino.
- (3) Nov zavarovalni primer nastane, ko so zaradi nepredvidenih bolezni ali nezgod, ki s prejšnjimi niso v vzročni zvezi, potrebne zdravstvene ali druge storitve.

3.2 Kaj obsegajo asistenčne storitve

- (1) Asistenčne storitve zagotavlja naš asistenčni partner, ki štiriindvajset (24) ur na dan in sedem (7) dni v tednu omogoča:
- organizacijo nujne zdravstvene pomoči,
 - organizacijo nujnih zdravstvenih prevozov,
 - obveščanje, namenjeno vam in vašim najbližjim,
 - druge potrebne asistenčne storitve povezane z zavarovalnim primerom po dogovoru z nami in
 - dosegljivost na vaše telefonske klice z možnostjo povračila telefonskih stroškov.

3.3 Kaj obsega kritje nujnih stroškov zdravljenja

- (1) Nujni stroški zdravljenja obsegajo:
- stroške nujne medicinske oskrbe, vključno z zdravili in medicinskimi pripomočki izdanimi na zdravniški recept ali predpisanimi na zdravniškem izvidu,
 - stroške zdravljenja do dne, ko vam zdravstveno stanje dovoljuje prevoz v domovino, kjer boste nadaljevali zdravljenje,
 - stroške nujne zobozdravstvene pomoči, ki je potrebna za odpravo akutne bolečine zaradi bolezni ali sveže poškodbe zobovja, vključno z ekstrakcijo zoba,
 - stroške prevoza do najbližje bolnišnice ali klinike in nazaj do mesta nahajanja v tujini,
 - stroške zdravljenja akutnega poslabšanja kroničnih bolezni, kjer je to opredeljeno v zavarovalni pogodbi.

3.4 Kaj obsega kritje stroškov prevoza

- (1) Stroški vašega prevoza, ki ga organiziramo v sodelovanju z asistenčnim partnerjem, obsegajo:
- stroške prevoza do bivališča ali bolnišnice v domovini, če iz zdravstvenih razlogov to ni mogoče na način, kot ste ga sicer načrtovali, vključno s spremstvom zdravstvene ekipe, če bi to zahtevalo vaše zdravstveno stanje,
 - stroške prevoza posmrtnih ostankov v domovino,
 - stroške prevoza zaradi nujne predčasne vrnitve v domovino, v primeru težje bolezni ali smrti vašega ožjega družinskega člana.
- (2) V primeru vaše hospitalizacije ali smrti v tujini krijemo tudi stroške prevoza, ki nastanejo zaradi zavarovalnega primera, in sicer za:
- prihod vašega družinskega člana, če spremstva iz prve alineje prvega odstavka točke 3.4 ni mogoče zagotoviti (kriti so stroški prihoda v tujino in stroški povratka v domovino),
 - osebo, ki v primeru hospitalizacije, ostane v vašem spremstvu po priporočilu lečečega zdravnika (priporočilo zdravnika ni potrebno, če je hospitalizirani zavarovanec mladoleten),
 - prihod vašega družinskega člana, če ste v tujini sami in ste hospitalizirani več kot sedem (7) dni ter se zaradi zdravstvenih razlogov ne morete vrniti v domovino (kriti so stroški prihoda v tujino in stroški povratka v domovino),
 - povratek vašega otroka, mlajšega od osemnajst (18) let ter njegovega spremljevalca, če se mora otrok vrniti sam in na poti v tujino ni drugih polnoletnih družinskih članov.

Pri povračilu stroškov prevoza praviloma krijemo stroške najugodnejšega javnega prevoza.

3.5 Kaj obsega kritje drugih stroškov

- (1) Drugi stroški obsegajo stroške namestitve, stroške iskanja in reševanja ter stroške odvetniških storitev.
- (2) V primeru vaše hospitalizacije krijemo tudi stroške namestitve:
- družinskemu članu, če spremstva iz prve alineje prvega odstavka točke 3.4 ni mogoče zagotoviti,
 - osebi, ki v primeru hospitalizacije, ostane v vašem spremstvu po priporočilu lečečega zdravnika (priporočilo zdravnika ni potrebno, če je hospitalizirani zavarovanec mladoleten),
 - družinskemu članu, če ste v tujini sami in ste hospitalizirani več kot sedem

- (7) dni ter se zaradi zdravstvenih razlogov ne morete vrniti v domovino, če se zaradi zdravstvenih razlogov ne morete vrniti v domovino kot je bilo prvotno načrtovano, ali pa morate zaradi bolezni oziroma poškodbe ostati v kraju, ki ni bil prvotno načrtovan.

Krijemo samo tiste stroške namestitve, ki nastanejo zaradi zavarovalnega primera, ki je krit s temi splošnimi pogoji, ter za posamezno osebo in največ za sedem (7) nočitev po posameznem zavarovalnem primeru, razen če ni drugače dogovorjeno.

- (3) Stroški iskanja in reševanja so stroški, ki nastanejo zaradi iskanja oziroma reševanja v primeru nastopa vaše nepredvidene bolezni ali poškodbe na težje dostopnem območju, kot so zlasti gore, morja, jezera, jame in podobno, in obsegajo:
- stroške iskanja, ki nastanejo po nastopu nepredvidene bolezni ali poškodbe, v primeru, da ste uradno pogrešani,
 - stroške reševanja, ki nastanejo po nastopu nepredvidene bolezni ali poškodbe in po tem, ko ste bili že locirani. Stroški reševanja so stroški vašega prevoza s kraja nesreče do najbližjega zdravstvenega centra ali bolnišnice v tujini. Ti stroški se štejejo za stroške reševanja in ne za stroške prevoza, ne glede na nujnost.
- (4) Stroški iskanja in reševanja so kriti na podlagi našega soglasja. To soglasje lahko pridobite s klicem v asistenčni center.
- (5) Stroški odvetniških storitev so:
- stroški organizacije odvetniške pomoči, če so po veljavnem pravu tuje države, v kateri se nahajate, zoper vas pričeti postopki za ugotavljanje kazenske ali civilne odgovornosti, in sicer za škodo, ki ste jo povzročili tretjim osebam ali za druga protipravna dejanja, storjena iz malomarnosti,
 - stroški prevajalca po telefonu, ki vam ga zagotovimo v sodelovanju z asistenčnim partnerjem, in
 - varščina, pri čemer ste nam dolžni znesek varščine povrniti najkasneje trideset (30) dni po prejetju računa z naše strani.
- Odškodnina in stroški pravne obrambe niso kriti.

IV. IZKLJUČITVE IN OMEJITVE KRITJA

- (1) Izključene so vse naše obveznosti, če je zavarovalni primer nastal kot posledica:
1. državljanske vojne ali vojne s tujo državo, invazije, nemirov in vstaj, stavk ali demonstracij, poskusov umora, če je zavarovalni primer nastal v neposredni povezavi z opisanimi dogodki, ter v drugih podobnih primerih, če zavarovalnica oceni, da je tveganje visoko;
 2. terorističnih akcij ali sabotaž vključno z nuklearnim, kemičnim ali biološkim terorizmom;
 3. samomora ali poskusa samomora ali naklepne samopoškodbe;
 4. vožnje motornih in drugih vozil brez ustreznih uradnih dovoljenj;
 5. ravnanja pod vplivom alkohola, mamil, zdravil ali psihoaktivnih snovi. V primeru prometne nesreče se šteje, da je le ta nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca, če stopnja alkohola v krvi zavarovanca presega dovoljeno mejo alkohola v krvi za udeležence v prometu skladno z veljavno slovensko zakonodajo;
 6. sodelovanja pri pripravi, poskusu ali izvršitvi naklepne kaznivega dejanja, kakor tudi pri pobegu po takšnem dejanju, ter sodelovanja pri pretepu ali fizičnem obračunavanju, razen v primeru dokazane samoobrambe;
 7. radioaktivnega sevanja kateregakoli nuklearnega materiala, kemičnega onesnaženja ali zaradi eksplozije;
 8. vseh oblik žarčenja, kot tudi izpostavljenosti svetlobi, sončnim in drugim žarkom in spremembi temperature, razen v primeru reševanja tujega življenja;
 9. epidemije, pandemije, onesnaženja okolja ali naravnih nesreč.
- (2) Naše obveznosti so izključene tudi, če je zavarovalni primer nastal kot posledica nezgode ali bolezni, ki jo utrpite:
1. pri avto-moto športih (tekmovanja, treningi, priprave, rekreativne udeležbe), pri vožnjah po dirkališčih;
 2. pri športnem letalstvu, padalstvu, jadralskem padalstvu ali podobnih dejavnostih (pri letenju z zmaji, z jadralskimi letali in podobno);
 3. pri smučanju in deskanju izven urejenih smučišč;
 4. pri vseh aktivnostih nad 6.000 m nadmorske višine;
 5. pri podvodnem potapljanju brez mednarodno priznane licence za potapljanje do tiste globine potapljanja, razen snorklinga ter potapljanja pod nadzorom inštruktorja (na primer turistični potapljaški tečaj ali tečaj za pridobitev licence za potapljanje);
 6. pri izvajanju visoko tveganih aktivnosti ter ekstremnih športov na profesionalni ali rekreativni ravni (alpinizem, ekstremni pohodi v visokogorje brez usposobljenih gorskih vodnikov, ekstremni pohodi, ki niso del organiziranega pohodništva, akrobatsko smučanje, turno smučanje, heli smučanje, smučarski skoki in smučarski poleti, akrobatsko letenje, bungee jumping, base jumping, jamsko potapljanje, jamarstvo, raziskovanje jam, športne aktivnosti na divjih vodah (kajak na divjih vodah, kanjoning, raftanje na divjih vodah in podobno), rečni bob, motonavtika, motociklizem, ledno plezanje, prosto plezanje in podobno, potapljanje na dah, jockey,



- kolesarske dirke, konjske dirke, ultra maraton, in podobno), razen če ni dogovorjeno drugače;
7. pri izvajanju vseh profesionalnih športov, razen če ni dogovorjeno drugače;
 8. na potovanju ekspedicijske narave na neosvojena in neraziskana področja;
 9. pri uporabi strelnega orožja ali pri opravljanju posebno nevarnih opravil, kot je na primer ravnanje z eksplozivnimi sredstvi, med opravljanjem poklicne dejavnosti, ki predvideva uporabo strelnega orožja in podobno.
- (3) Izključene so tudi naše obveznosti, če so stroški nastali zaradi:
- zdravljenja ali zdravniške oskrbe in posledic zdravljenja, ki z medicinskega vidika ni nujno potrebno, kamor sodijo tudi vse zobozdravstvene storitve z izjemo storitev navedenih v točki 3.3;
 - zdravljenja kroničnih bolezni;
 - zdravljenja akutnega poslabšanja kroničnih bolezni, razen če ni drugače dogovorjeno;
 - bolezni, zdravstvenih stanj in poškodb, ki so obstajale pred odhodom v tujino, ali so se pojavile pred odhodom v tujino in do odhoda niso bile v celoti odpravljene;
 - zdraviliškega zdravljenja, kiropraktike in fizikalne terapije ter helioterapije;
 - estetskega zdravljenja, namestitve umetnih udov ter vseh medicinskih pripomočkov in opreme, ki ni nujna za življenje;
 - preventivnega cepljenja in preventivnih ter kontrolnih zdravstvenih pregledov;
 - načrtovanega zdravljenja in načrtovanih operativnih posegov;
 - nadstandardnih storitev v bolnišnici, kot so na primer enoposteljna soba, telefon, TV;
 - prevoza zaradi lažjih zdravstvenih težav, ki bi se lahko zdravile na kraju škodnega dogodka in vas ne bi ovirale pri nadaljevanju dopustovanja oziroma potovanja;
 - zdravljenja ali operacije, ki se lahko brez kakršnih koli posledic za vas prestavi na čas po vaši vrnitvi v domovino;
 - zdravljenja ali medicinske nege, ki vam jo nudi vaš spremljevalec, s katerim potujete;
 - psihičnih motenj, duševnih bolezni in depresij;
 - spolno prenosljivih bolezni, vključno z AIDS-om;
 - nosečnosti, rednih pregledov v času nosečnosti, komplikacij v nosečnosti ter poroda, razen v primeru reševanja življenja matere oziroma otroka;
 - umetne oploditve, prekinitve nosečnosti, zdravljenja neplodnosti ali kontracepcije;
 - malomarnega ravnanja;
 - nezgode ali bolezni pri opravljanju bolj tveganih del, za katera ni bila plačana ustrežna višja premija skladno z našim cenikom.
- (4) Naše obveznosti prenehajo, če odklonite predlagano nujno zdravljenje, prevoz v domovino ali druge storitve, ki jih za vas organiziramo.
- (5) Izključene so vse naše obveznosti za storitve, za katere niste pridobili našega predhodnega soglasja, razen, če s temi splošnimi pogoji ni drugače določeno. Soglasje lahko pridobite s klicem v asistenčni center.

V. DODATNO KRITJE ZA PRIMER NEZGODE V TUJINI

5.1 Uvod

- (1) Zavarovanju za tujino se lahko priključi tudi dodatno kritje za primer nezgode v tujini (v nadaljevanju dodatno kritje), ki obsega:
 - trajno invalidnost nad 40 % in
 - nadomestilo za podaljšano bivanje v bolnišnici.
- (2) Dodatnega kritja ni mogoče skleniti samostojno brez zavarovanja za tujino. Časovna in geografska veljavnost dodatnega kritja je vezana na časovno in geografsko veljavnost zavarovanja za tujino.
- (3) V primeru priključitve dodatnega kritja je sestavni del teh splošnih pogojev tudi Tabela trajne invalidnosti zaradi nezgode (v nadaljevanju Tabela), ki je ob sklenitvi objavljena na naši spletni strani, www.vzajemna.si. Skupne določbe teh splošnih pogojev se smiselno uporabljajo in veljajo tudi za dodatno kritje.
- (4) Dodatno kritje se lahko zavarovanju za tujino priključi za osebe do dopolnjenega 75. leta starosti.

5.2 Naše obveznosti

- (1) Če ste zaradi nezgode v tujini postali trajni invalid in je ugotovljena stopnja invalidnosti nad 40 %, vam izplačamo celotno zavarovalnino za trajno invalidnost. Za oceno stopnje invalidnosti zaradi nezgode se uporablja Tabela.
- (2) Stopnja invalidnosti nad 40 % se praviloma ugotavlja najprej tri (3) mesece po končanem zdravljenju, če v Tabeli ni drugače opredeljeno, in so posledice poškodb ustaljene. Če zdravljenje ni končano niti po treh (3) letih od dneva nezgode v tujini, se kot končno stanje šteje stanje po izteku tega roka. V vsakem primeru se pri ugotavljanju odstotka skupne invalidnosti odšteje že morebitni odstotek vaše invalidnosti, ki je posledica predhodnih nezgod.
- (3) V primeru podaljšanega bivanja v tujini, ko je zaradi nezgode potrebna nastanitev in zdravljenje v bolnišnici v tujini, vam izplačamo bolnišnično nadomestilo za vsako nočitev v bolnišnici v tujini, ki presega čas, do katerega je bila zavarovalna pogodba sklenjena. Če je dodatno kritje priključeno k Multitrip zavarovanju, se bolnišnično nadomestilo izplača od 91. dne dalje,

razen če iz priložene dokumentacije ne izhaja drugače. Po posamični nezgodi v tujini ste upravičeni do izplačila največ trideset (30) nočitev.

5.3 Kdaj preneha dodatno kritje

- (1) Dodatno kritje avtomatično preneha ob prenehanju zavarovanja za tujino.
- (2) Dodatno kritje za posameznega zavarovanca iz zavarovalne pogodbe preneha tudi ob izplačilu zavarovalnine za trajno invalidnost.
- (3) Dodatno kritje preneha ob izteku zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 75 let.

5.4 Izključitve

- (1) Pri dodatnem kritju so izključene vse naše obveznosti iz točke IV. teh splošnih pogojev, ki se nanašajo na nezgodo.

VI. UVELJAVLJANJE STORITEV IZ ZAVAROVANJA

6.1 Kaj morate storiti ob nastopu zavarovalnega primera

- (1) Če težje zbolite ali se težje poškodujete ali potrebujete bolnišnično zdravljenje ali prevoz v domovino, morate o tem nemudoma oziroma takoj, ko je to mogoče obvestiti naš asistenčni center.
- (2) Če lažje akutno zbolite ali se lažje poškodujete, klic v asistenčni center ni obvezen. V tem primeru stroške nujnih zdravstvenih oziroma drugih storitev lahko plačate sami, po povratku v domovino pa njihovo povračilo uveljavljate neposredno pri nas. Ti stroški praviloma ne smejo presežati 100,00 EUR. Če se tako dogovorimo, zavarovalnino izplačamo neposredno izvajalcu opravljenih storitev, skladno s temi splošnimi pogoji.
- (3) Zahtevek za uveljavljanje zavarovalnine nam posredujte najkasneje v roku treh (3) mesecev po vrnitvi v domovino. Za rešitev vašega zahtevka bomo potrebovali naslednjo dokumentacijo o zavarovalnem primeru:
 - izvornike računov o opravljenih storitvah oziroma nastalih stroških,
 - vso zdravstveno dokumentacijo o zavarovalnem primeru ter
 - ostalo dokumentacijo in informacije, ki bi jih potrebovali za rešitev vašega primera.
 Morebitne stroške pridobitve dokumentacije nosite sami.
- (4) Iz računov za zdravstvene storitve mora biti razviden datum opravljene storitve ter podatki o izstavljalcu računov ter zavarovančevu ime, opis bolezni in opravljene storitve. Iz računov za zdravlila morajo biti razvidna še predpisana zdravlila, iz računov za zobozdravstvene storitve pa opis zdravljenih zob in opravljenih posegov. Če je potreben prevod dokumentacije, stroške uradnega prevoda nosi zavarovanec oziroma upravičenec.
- (5) Stroške nujnih telefonskih klicev na asistenčno številko vam povrnemo na osnovi ustreznih dokazil (računa za telefonski klic ali/in izpisa klicev mobilnega operaterja).
- (6) V prijavi nezgode iz naslova dodatnega kritja nam morate navesti in predložiti vsa potrebna dejstva in podatke, ki jih zavarovalnica zahteva za rešitev zavarovalnega primera iz naslova dodatnega kritja, zlasti o kraju in času nastanka nezgode v tujini, opis dogodka, izvide zdravnika in drugo dokumentacijo na našo zahtevo. Če je zaradi nezgode v tujini potrebna nastanitev v bolnišnici, je pri uveljavljanju nadomestila, potrebno predložiti dokazilo o bivanju v bolnišnici, ki mora vsebovati vaše ime, priimek, naslov, rojstni datum, datum sprejema in odpusta iz bolnišnice.

6.2 Obravnava vašega zavarovalnega primera

- (1) Zavarovalnino vam povrnemo v višini zneska stroškov, preračunanega v EUR na dan odobritve izplačila, najpozneje v štirinajstih (14) dneh od dneva, ko smo prejeli zahtevek in vso potrebno dokumentacijo v zvezi s tem škodnim primerom. Rok se lahko ustrezno podaljša, če je za ugotovitev obstoja in višine naše obveznosti potreben daljši čas. Če znesek naše obveznosti ni ugotovljen v dodatnem roku, vam lahko na vašo zahtevo izplačamo nesporni del svoje obveznosti kot predujem.
- (2) Kot zavarovalec ali zavarovanec nas pooblašate, da lahko v primeru, ko smo plačali zdravstveno storitev v tujini, namesto vas zahtevamo povračilo teh stroškov po predpisih obveznega zdravstvenega zavarovanja neposredno od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- (3) Zahtevki iz zavarovalne pogodbe zastarajo v skladu z zakonskimi določili, ki urejajo obligacijska razmerja v Republiki Sloveniji.

VII. OSTALE DOLOČBE

7.1 Odpoved zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovanje lahko izjemoma odpoveste. Če zavarovanje odpoveste pred pričetkom zavarovalnega kritja, lahko zadržimo 20 % premije, preostanek pa vam vrnemo. Če zavarovanje odpoveste po pričetku zavarovalnega kritja, nam praviloma pripada premija za celotno obdobje trajanja zavarovanja.
- (2) Če ste zavarovali drugo osebo, morate o prekinitvi zavarovalne pogodbe obvezno obvestiti zavarovanca.
- (3) Če ste sklenili zavarovanje na daljavo (tj. preko interneta, po pošti in podobno) ter za obdobje enega meseca ali več, imate v skladu z zakonom, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da odstopite od zavarovalne pogodbe s pisnim



sporočilom zavarovalnici v petnajstih (15) dneh od dneva sklenitve pogodbe. Če je zavarovanje na daljavo sklenjeno za obdobje, krajše od enega meseca, odstop od zavarovalne pogodbe ni možen.

- (4) Če predčasno prenehate s potovanjem, vam premije za preostalo dobo zavarovanja ne vračamo.

7.2 Goljufija

- (1) Če zavarovanec ali druga oseba v njegovem imenu skuša z goljufijo skleniti zavarovalno pogodbo in/ali pridobiti storitve ali koristi v okviru te zavarovalne pogodbe, nimamo po tej zavarovalni pogodbi nikakršnih obveznosti.

7.3 Osebnih podatki

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec s sklenitvijo zavarovalne pogodbe izrecno dovoljuje, da vaše osebne podatke v skladu s slovensko zakonodajo, ki ureja varstvo osebnih podatkov, zbiramo, shranjujemo, posredujemo in drugače obdelujemo, če je to potrebno zaradi uresničevanja pravic in obveznosti iz zavarovalne pogodbe ali v zvezi z zavarovalno pogodbo, vključno z vpogledom našega pooblaščenega zdravnika v ustrezno medicinsko dokumentacijo, ter z namenom izvajanja finančno-medicinskega nadzora. Hkrati nas pooblaščate, da smemo posamezne podatke tudi pridobivati oziroma preverjati pri ustanovah, ki razpolagajo z osebnimi podatki.
- (2) Osebne podatke iz predhodnega odstavka, vključno z datumom rojstva, lahko uporabimo tudi za izvajanje neposrednega trženja in neposrednega trženja s pomočjo elektronskih komunikacij ter v druge marketinške namene, zlasti pa za namene vzorčenja, anketiranja in statistične obdelave podatkov, ugotavljanja uporabe storitev, prilagajanja ponudb, profilacijo in segmentacijo, za raziskave trga, obveščanje o ponudbah, novostih in ugodnostih ter za pošiljanje reklamnega gradiva. Kadarkoli lahko pisno ali po telefonu ali osebno zahtevate, da vaše osebne podatke prenehamo uporabljati za namen neposrednega trženja. V petnajstih (15) dneh bomo ustrezno preprečili uporabo vaših osebnih podatkov za namen neposrednega trženja ter vas o tem pisno obvestili v nadaljnjih petih (5) dneh. Stroške vseh dejanj v zvezi s preklicem krijemo mi.
- (3) Zavarovalec in zavarovanec sta seznanjena s pravico do vpogleda, prepisa, kopiranja, dopolnitve, popravka, blokiranja in izbrisa osebnih podatkov, ki se nanašajo nanju, v skladu s slovensko zakonodajo, ki ureja varstvo osebnih podatkov.
- (4) Zavezujemo se, da bomo osebne podatke iz tega člena varovali v skladu s slovensko zakonodajo, ki ureja varstvo osebnih podatkov.
- (5) Kot zavarovanec oziroma zavarovalec ste nas dolžni pisno obvestiti o spremembi osebnih podatkov in drugih za zavarovanje pomembnih okoliščinah, in sicer v roku osem (8) dni od dneva spremembe.

7.4 Izvensodno reševanje sporov

- (1) V primeru spora v zvezi z zavarovalno pogodbo se spor rešuje v izvensodnem postopku z vložitvijo pritožbe. Pritožbo vložite ustno ali pisno na naši poslovni enoti, preko spletnih strani www.vzajemna.si ali po elektronski pošti reklamacije@vzajemna.si.
- (2) Pritožbo obravnava naš pristojni organ, v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek. Interni pritožbeni postopek je organiziran na dveh stopnjah. Odločitev pritožbene komisije na drugi stopnji je dokončna.
- (3) V primeru nestrinjanja z odločitvijo pritožbene komisije lahko nadaljujete postopek za izvensodno rešitev spora pri mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja oziroma pri Varuhu dobrih poslovnih običajev s področja zavarovalništva.

7.5 Končne določbe

- (1) Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se uporabljajo zakonska določila, ki urejajo obligacijska razmerja v Republiki Sloveniji.
- (2) V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče Republike Slovenije, krajevno pa sodišče v Ljubljani.
- (3) Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (4) Ti splošni pogoji se uporabljajo od 1. 2. 2016 dalje.

I. UVOD

1.1 Zavarovanje za tujce

- (1) Zavarovanje za tujce je zdravstveno zavarovanje namenjeno osebam, ki prihajajo v Slovenijo. S sklenitvijo zavarovanja ste upravičeni do kritij zdravstvenih in z njimi povezanih storitev na območju Slovenije skladno z zavarovalno pogodbo in Dodatnimi pogoji zavarovanja za tujce v Sloveniji DP-TAS-IN-16 (v nadaljevanju dodatni pogoji). Če je tako dogovorjeno, vam zavarovanje velja tudi v primeru turističnega ali poslovnega potovanja v druge evropske države.
- (2) Ti dodatni pogoji skupaj s Splošnimi pogoji zavarovanja za tujino SP-TAS-16 (v nadaljevanju splošni pogoji) predstavljajo sestavni del zavarovalne pogodbe. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe hkrati soglašate z določili dodatnih in splošnih pogojev.

II. SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

2.1 Kdo in kako se lahko zavaruje po teh dodatnih pogojih

- (1) Zavarovanec (zavarovana oseba) ste lahko:
 - vi sami ali zavarujete drugo osebo (posamično zavarovanje) ali
 - zavarujete več oseb (skupinsko zavarovanje).
- (2) Zavarujete lahko osebe do dopolnjenega 70. leta starosti.

2.2 Kakšen je postopek sklenitve zavarovalne pogodbe

- (1) Za sklenitev zavarovanja vas lahko napotimo na zdravniški pregled. Če vas napotimo na zdravniški pregled, predložena ponudba obvezuje ponudnika trideset (30) dni od dneva, ko smo jo prejeli. Če vam v odgovoru na ponudbo predlagamo dopolnitev ponudbe, se šteje, da smo ponudbo zavrnili in vam posredovali nasprotno ponudbo. Nasprotna ponudba je sprejeta, ko prejmemo vašo izjavo, da se strinjate z nasprotno ponudbo. Če v roku petnajst (15) dni po izstavitvi nasprotne ponudbe ne prejmemo vaše izjave o sprejemu ponudbe, se šteje, da zavarovalna pogodba ni bila sklenjena. V tem primeru smo vam dolžni vrniti morebitno plačano premijo oziroma vse, kar smo od vas prejeli. Pri tem si bomo poračunali morebitne stroške, ki smo jih imeli z zdravniškim pregledom.
- (2) Zavarovanje za tujce lahko sklenete z določenim trajanjem, vendar največ do vključno enega (1) leta.

III. OBSEG NAŠIH OBVEZNOSTI

3.1 Uvod

- (1) Zavarovanje za tujce po teh dodatnih pogojih lahko, če se tako dogovorimo, poleg kritij navedenih v splošnih pogojih, vključuje tudi naslednja kritja do dogovorjene zavarovalne vsote na polici (širše kritje):
 - kritje stroškov po zdravniški presoji potrebnih zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, vključno s preiskavo in medicinsko nujnim zdravljenjem v času nosečnosti, kakor tudi porod;
 - kritje stroškov potrebnih zobozdravstvenih storitev (zdravljenje zobobola, vključno s preprostimi zobnimi zalivkami in popravila zobne proteze, če je bilo to predpisano s strani zobozdravnika ter zamenjave plombe, če je medicinsko upravičeno), razen zobnih prevlek, mostičkov, kron, implantatov ter protetike;
 - kritje stroškov preventivnih ambulantnih zdravstvenih pregledov otrok in odraslih ter preventivnih programov za zgodnje odkrivanje raka, po programu, kot je predviden v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji;
 - kritje stroškov predpisane fizioterapije, zdravilišča (kot rehabilitacija po poškodbi ali bolezni);
 - preventivna cepljenja, kot je predvideno v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji;
 - kritje stroškov predpisanih medicinskih pripomočkov in korekcijskih leč, v skladu s predpisi, ki veljajo v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji.
 - (2) Zavarovalni primer pri zavarovanju za tujce nastane ob vaši upravičeni potrebi po nujnih oziroma po zdravniški presoji potrebnih zdravstvenih in preventivnih ter drugih storitvah, skladno s temi dodatnimi pogoji, ki nastane in se konča v času zavarovalnega kritja.
 - (3) Nov zavarovalni primer nastane, ko so potrebne nujne oziroma po zdravniški presoji potrebne zdravstvene in preventivne ali druge storitve, ki s prejšnjimi niso v vzročni zvezi.
- #### 3.2 Stroški potrebnih zdravstvenih storitev
- (1) Po zdravniški presoji potrebne zdravstvene storitve so storitve, ki so potrebne iz medicinskih razlogov in jih ni mogoče odložiti na kasnejši čas, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino vašega bivanja v Sloveniji. Obseg in vrsto potrebnih zdravstvenih storitev opredeli zdravnik, ki vas sprejme na zdravljenje, pri čemer je ključnega pomena vaše zdravstveno stanje in dolžina bivanja v Sloveniji.
 - (2) Stroški, povezani z nosečnostjo in porodom, obsegajo:
 - če nosečnost ni obstajala ob sklenitvi zavarovanja: redne preglede skladno s programom v Sloveniji in zdravljenje med nosečnostjo oziroma po

spontanem splavu ter porod po poteku dogovorjene čakalne dobe, to je šest (6) mesecev od dneva začetka zavarovanja;

- če je nosečnost obstajala ob sklenitvi zavarovanja: preiskave in nujna zdravljenja v času nosečnosti, vključno s pregledi v nosečnosti, če je prišlo med nosečnostjo do akutnih težav, zdravljenje zaradi spontanega splava ter medicinsko indiciranega splava in porod do konca 36. tedna nosečnosti (prezgodnje rojstvo), če potreba po takšnih preiskavah in zdravljenju, kljub nosečnosti, ni obstajala ob sklenitvi zavarovanja.
- (3) Stroški načrtovane prekinitve nosečnosti niso kriti.
 - (4) Stroški poroda iz prve alineje drugega odstavka so kriti le, če je porod opravljen na območju Slovenije.

3.3 Stroški preventivnih ambulantnih zdravstvenih pregledov ter preventivnih programov za zgodnje odkrivanje raka

- (1) Po teh dodatnih pogojih imate pravico do preventivnih ambulantnih pregledov, kot je predvideno v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji, ter preventivnih pregledov za zgodnje odkrivanje raka, in sicer:
 - sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, žensk in drugih odraslih v skladu s programom obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji;
 - preventivne storitve za preprečevanje, presajanje in zgodnje odkrivanje bolezni, skladno s programom v Sloveniji, kot so: rak materničnega vratu, rak dojke in rak črevesja;
 - obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom v Sloveniji.

3.4 Stroški fizioterapije, zdravilišča

- (1) Če zdravnik na podlagi medicinske indikacije odredi fizioterapijo ali zdravilišče kot rehabilitacijo po poškodbi ali bolezni, imate pravico do kritja teh stroškov, vendar največ do višine zavarovalne vsote, kot je opredeljena na polici.

3.5 Preventivno cepljenje

- (1) Po teh dodatnih pogojih so kriti tudi stroški preventivnih cepljenj, in sicer tistih, ki so opredeljena po rednem programu v Sloveniji ter do višine zavarovalne vsote, kot je opredeljena na polici.

3.6 Stroški medicinskih pripomočkov in korekcijskih leč

- (1) Po teh dodatnih pogojih so kriti stroški standardnih medicinskih pripomočkov, očesnih pripomočkov in korekcijskih leč, ki so predpisani s strani zdravnika ter so v skladu s pravicami kot so opredeljene v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji, in sicer do višine zavarovalne vsote, kot je opredeljena na polici.

3.7 Predhodna odobritev

- (1) Za kritje potrebnih zdravstvenih storitev, akutnega poslabšanja kroničnih bolezni in fizioterapije ali zdravilišča v primeru rehabilitacije je potrebno predhodno pridobiti naše soglasje. To soglasje lahko pridobite s klicem v asistenčni center.

IV. IZKLJUČITVE IN OMEJITVE

- (1) Po teh dodatnih pogojih so izključene vse naše obveznosti, kot je to opredeljeno v splošnih pogojih, razen tistih, ki so predmet zavarovanja po teh dodatnih pogojih.
- (2) Zavrnemo lahko plačilo stroškov tistih zdravstvenih storitev, za katere skladno s temi dodatnimi pogoji ni bila pridobljena naša predhodna odobritev.
- (3) Zavarovalno kritje ne velja na območju države, v kateri ima zavarovanec prijavljeno stalno uradno bivališče.

V. VAŠE PRAVICE IN OBVEZNOSTI

5.1 Dolžnost zavarovanca ob nastopu zavarovalnega primera

- (1) Ob nastopu zavarovalnega primera praviloma sami plačate stroške zdravstvenih in drugih storitev izvajalcu storitve, nato pa zavarovalnino za zavarovalna kritja po teh dodatnih pogojih uveljavljate pri nas skladno s splošnimi pogoji.

VI. OSTALE DOLOČBE

- (1) Dodatni pogoji veljajo poleg splošnih pogojev. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo določila dodatnih pogojev.
- (2) Ti dodatni pogoji se uporabljajo od 1. 2. 2016 dalje.

I. UVOD

1.1 Zavarovanje za tujino

- (1) Zavarovanje po Dodatnih pogojih zavarovanja za tujino DP-TAS-EX-16 (v nadaljevanju dodatni pogoji) je zdravstveno zavarovanje za večji obseg kritij za čas bivanja v tujini (v nadaljevanju zavarovanje za večji obseg) in vključuje tudi medicinsko asistenco v tujini. S sklenitvijo takšnega zavarovanja ste upravičeni do kritja stroškov nujnih zdravstvenih in z njimi povezanih storitev v tujini ter zdravstvenih storitev v obsegu kot je opredeljen s temi dodatnimi pogoji in ki so potrebne za klinično ugotavljanje bolezni, zdravljenje in oskrbo določenega stanja, zaradi česar se vam zgolj zaradi zdravljenja ni potrebno predčasno vrniti v domovino.
- (2) Ti dodatni pogoji skupaj s Splošnimi pogoji zavarovanja za tujino SP-TAS-16 (v nadaljevanju splošni pogoji) predstavljajo sestavni del zavarovalne pogodbe. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe hkrati soglašate z določili dodatnih in splošnih pogojev.
- (3) Zavarovanju za večji obseg lahko priključite dodatno kritje za primer nezgode v tujini (v nadaljevanju dodatno kritje). Dodatnega kritja ne morete zavarovati samostojno.
- (4) V primeru priključitve dodatnega kritja, je sestavni del zavarovalne pogodbe tudi Tabela trajne invalidnosti zaradi nezgode (v nadaljevanju Tabela), ki je ob sklenitvi objavljena na naši spletni strani, www.vzajemna.si.

II. SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

2.1 Kdo in kako se lahko zavaruje po teh dodatnih pogojih

- (1) Zavarovanec (zavarovana oseba) ste lahko:
 - vi sami ali zavarujete drugo osebo (posamično zavarovanje) ali
 - zavarujete več oseb (skupinsko zavarovanje). Družinski član/-i se lahko zavaruje/-jo po peniku, ki velja za družinskega člana.
- (2) Zavarujete lahko osebe do dopolnjenega 70. leta starosti. Starostna omejitev za dodatno kritje je 70 let. Za študente do 27. leta starosti, ki študirajo v tujini, veljajo posebne ugodnosti (popust).

2.2 Kakšen je postopek sklenitve zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovanje po teh dodatnih pogojih lahko sklenete za enkratno potovanje v tujino z določenim trajanjem, od enega (1) meseca do vključno enega (1) leta. Po teh dodatnih pogojih ni možno skleniti celoletnega zavarovanja za večkratne odhode v tujino znotraj enega leta (Multitrip zavarovanje).
- (2) Zavarovanje lahko sklenete za območje razširjene Evrope ali območje Svet.
- (3) Če imate v zavarovalni pogodbi vključeno tudi dodatno kritje, je časovna in geografska veljavnost tega kritja vezana na časovno in geografsko veljavnost zavarovanja za večji obseg.

III. OBSEG NAŠIH OBVEZNOSTI

3.1 Uvod

- (1) Zavarovanje za večji obseg po teh dodatnih pogojih, poleg kritij navedenih v splošnih pogojih, vključuje tudi naslednja kritja do dogovorjene zavarovalne vsote na polici:
 - kritje stroškov po zdravniški presoji potrebnih zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, vključno s preiskavo in medicinsko nujnim zdravljenjem v času nosečnosti, kakor tudi porod;
 - kritje stroškov potrebnih zobozdravstvenih storitev (zdravljenje zobobola, vključno s preprostimi zobnimi zalivkami in popravila zobne proteze, če je bilo to predpisano s strani zobozdravnika ter zamenjave plombe, če je medicinsko upravičeno), razen zobnih prevlek mostičkov, kron, implantantov ter protetike;
 - kritje stroškov preventivnih ambulantnih zdravstvenih pregledov otrok in odraslih ter preventivnih programov za zgodnje odkrivanje raka, po programu, kot je predviden v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji;
 - kritje stroškov predpisane fizioterapije, zdravilišča (kot rehabilitacija po poškodbi ali bolezni);
 - preventivna cepljenja, kot je predvideno v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji;
 - kritje stroškov predpisanih medicinskih pripomočkov in korekcijskih leč, v skladu s predpisi, ki veljajo v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji.
- (2) Zavarovalni primer nastane ob vaši upravičeni potrebi po nujnih oziroma po zdravniški presoji potrebnih zdravstvenih in preventivnih ter drugih storitvah, skladno s temi dodatnimi pogoji, ki nastane in se konča v času zavarovalnega kritja.
- (3) Nov zavarovalni primer nastane, ko so potrebne nujne oziroma po zdravniški presoji potrebne zdravstvene in preventivne ali druge storitve, ki s prejšnjimi niso v vzročni zvezi.

3.2 Stroški potrebnih zdravstvenih storitev

- (1) Po zdravniški presoji potrebne zdravstvene storitve so storitve, ki so potrebne iz medicinskih razlogov in jih ni mogoče odložiti na kasnejši čas, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino vašega bivanja v tujini. Obseg in

vrsto potrebnih zdravstvenih storitev opredeli zdravnik, ki vas sprejme na zdravljenje, pri čemer je ključnega pomena vaše zdravstveno stanje in dolžina bivanja v tujini.

- (2) Stroški, povezani z nosečnostjo in porodom, obsegajo:
 - če nosečnost ni obstajala ob sklenitvi zavarovanja: redne preglede skladno s programom v Sloveniji in zdravljenje med nosečnostjo oziroma po spontanem splavu ter porod po poteku dogovorjene čakalne dobe, to je šest (6) mesecev od dneva začetka zavarovanja;
 - če je nosečnost obstajala ob sklenitvi zavarovanja: preiskave in nujna zdravljenja v času nosečnosti, vključno s pregledi v nosečnosti, če je prišlo med nosečnostjo do akutnih težav, zdravljenja zaradi spontanega splava ter medicinsko indiciranega splava in porod do konca 36. tedna nosečnosti (prezgodnje rojstvo), če potreba po takšnih preiskavah in zdravljenju, kljub nosečnosti, ni obstajala ob sklenitvi zavarovanja.
- (3) Stroški načrtovane prekinitve nosečnosti niso kriti.

3.3 Stroški preventivnih ambulantnih zdravstvenih pregledov ter preventivnih programov za zgodnje odkrivanje raka

- (1) Po teh dodatnih pogojih imate pravico do preventivnih ambulantnih pregledov, kot je predvideno v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji, ter preventivnih pregledov za zgodnje odkrivanje raka, in sicer:
 - sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, žensk in drugih odraslih v skladu s programom obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji;
 - preventivne storitve za preprečevanje, presajanje in zgodnje odkrivanje bolezni, skladno s programom v Sloveniji, kot so: rak materničnega vratu, rak dojke in rak črevesja;
 - obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom v Sloveniji.

3.4 Stroški fizioterapije, zdravilišča

- (1) Če zdravnik na podlagi medicinske indikacije odredi fizioterapijo ali zdravilišče kot rehabilitacijo po poškodbi ali bolezni, imate pravico do kritja teh stroškov, vendar največ do višine zavarovalne vsote, kot je opredeljena na polici.

3.5 Preventivno cepljenje

- (1) Po teh dodatnih pogojih so kriti tudi stroški preventivnih cepljenj, in sicer tistih, ki so opredeljena po rednem programu v Sloveniji ter do višine zavarovalne vsote, kot je opredeljena na polici.

3.6 Stroški medicinskih pripomočkov in korekcijskih leč

- (1) Po teh dodatnih pogojih so kriti stroški standardnih medicinskih pripomočkov, očesnih pripomočkov in korekcijskih leč, ki so predpisani s strani zdravnika ter so v skladu s pravicami kot so opredeljene v sistemu javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji, in sicer do višine zavarovalne vsote, kot je opredeljena na polici.

IV. IZKLJUČITVE IN OMEJITVE

- (1) Po teh dodatnih pogojih so izključene vse naše obveznosti, kot je to opredeljeno v splošnih pogojih, razen tistih, ki so predmet zavarovanja po teh dodatnih pogojih.

V. VAŠE PRAVICE IN OBVEZNOSTI

5.1 Dolžnost zavarovanca ob nastopu zavarovalnega primera

- (1) Ob nastopu zavarovalnega primera ste dolžni ravnati skladno s splošnimi pogoji.

VI. OSTALE DOLOČBE

- (1) Dodatni pogoji veljajo poleg splošnih pogojev. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo določila dodatnih pogojev.
- (2) Ti dodatni pogoji se uporabljajo od 1. 2. 2016 dalje.