

Splošni pogoji za kolektivno zavarovanje imetnikov bančnih paketov

1 Uvodna pojasnila in določbe

1.1 **Kolektivno zavarovanje imetnikov bančnih paketov NLB d.d.** (v nadaljevanju zavarovanje imetnikov bančnih paketov) je zavarovanje, ki skladno s temi splošnimi pogoji krije izplačilo zavarovalnine v primeru nezgodne smrti ali popolne trajne invalidnosti kot posledice nezgode (v nadaljevanju nezgodno zavarovanje) in stroške nujne zdravniške oskrbe ter stroške nujnega prevoza, vključno z medicinsko asistenco, v primeru, če zavarovanec zbolí ali se poškoduje v Republiki Hrvaški (v nadaljevanju zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini). Obseg zavarovalnega kritja in zavarovalne vsote opredeljujejo ti splošni pogoji.

1.2 S temi **splošnimi pogoji** se Vita, življenjska zavarovalnica, d.d. (v nadaljevanju zavarovalnica) in Nova ljubljanska banka d.d., Ljubljana (v nadaljevanju zavarovalec oz. banka) dogovorita o pogojih zavarovanja imetnikov bančnih paketov.

1.3 **Zavarovalna pogodba** po teh splošnih pogojih je sklenjena, ko zavarovalec in zavarovalnica podpišeta zavarovalno pogodbo o zavarovanju imetnikov bančnih paketov (v nadaljevanju pogodba). Zavarovalna pogodba in vsi dodatki k pogodbi so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki.

1.4 Pomen izrazov, navedenih v teh splošnih pogojih:
Zavarovalec je banka, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo.
Zavarovanec (zavarovana oseba) je fizična oseba s stalnim ali začasnim bivališčem v Republiki Sloveniji, od katere smrti ali invalidnosti je odvisno izplačilo zavarovalnine oz. katere premoženjski interes je zavarovan. Zavarovanec je imetnik bančnega paketa v skladu s Splošnimi pogoji poslovanja z osebnimi računi NLB.

Bančni paket je skupek finančnih storitev banke, kot so opredeljene v Splošnih pogojih poslovanja z osebnimi računi NLB in ki v skladu z dogovorjenim v tej zavarovalni pogodbi vključuje tudi storitev zavarovanja imetnikov določenega bančnega paketa.

Upravičenec je oseba, ki ji zavarovalnica skladno z določili teh splošnih pogojev izplača zavarovalnino v primeru nastanka zavarovalnega primera.

Zavarovalna premija (premija) so denarna sredstva, ki jih zavarovalec plača zavarovalnici.

Zavarovalnina je denarni znesek, ki ga zavarovalnica izplača ob nastanku zavarovalnega primera.

Polica je listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi, ki vsebuje vse bistvene sestavine zavarovanja. Če se spremenijo bistvene sestavine zavarovalne pogodbe, lahko zavarovalnica polico dopolni ali jo nadomesti z novo polico, ki odraža takšno spremembo.

Zavarovalna vsota je najvišji znesek zavarovalnine, do katerega zavarovalnica jamči izplačilo v primeru nastanka zavarovalnega primera.

Zavarovalni primer je dogodek, ki ga krije ta zavarovalna pogodba in ki nastopi v času trajanja zavarovalnega kritja po zavarovalni pogodbi.

Asistenčni center je pogodbeni partner zavarovalnice, ki v imenu zavarovalnice opravlja storitve asistenčnega centra 24 ur na dan, 7 dni v tednu.

Medicinska asistenca je storitev, ki zavarovancu nudi organizacijo in pomoč v primeru, če zbolí ali se telesno poškoduje v tujini, in jo zagotavlja zavarovalnica Vita, življenjska zavarovalnica, d.d. s pomočjo asistenčnega centra.

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

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

Domovina je država stalnega oz. začasnega prebivališča zavarovanca.

2 Osebe, ki jih je mogoče zavarovati

2.1 Po teh splošnih pogojih je zavarovan imetnik bančnega paketa ne glede na njegovo zdravstveno stanje, splošno delovno sposobnost in starost, razen če je v točki 2.2 teh splošnih pogojev izključen iz zavarovanja.

2.2 Zavarovanci, mlajši od 14 let, in zavarovanci, ki jim je bila poslovna sposobnost popolnoma odvzeta s pravnomočno odločbo sodišča, so izključeni iz zavarovanja.

2.3 Zavarovane so osebe, ki so v času trajanja odpovednega roka, opredeljenega v točki 9.1 teh splošnih pogojev, prvič postale imetniki bančnih paketov.

3 Trajanje zavarovanja in doba zavarovalnega kritja

3.1 Začetek zavarovanja je ob 00.00 tistega dne, ki je v pogodbi naveden kot dan začetka zavarovanja, razen če ni opredeljeno drugače. Zavarovanje preneha ob 24.00 tistega dne, ki je v pogodbi naveden kot dan prenehanja zavarovanja.

3.2 Zavarovalno kritje za posameznega zavarovanca začne ob 00.00 naslednjega dne, ko zavarovanec pristopi k bančnemu paketu pri banki, vendar ne pred dnem, ki je v pogodbi naveden kot začetek zavarovanja.

3.3 Zavarovalno kritje za zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini velja za večkratna potovanja v tujino v obdobju enega leta (Multitrip zavarovanje), pri čemer število potovanj ni omejeno, vendar zavarovalno kritje na vsakem od teh potovanj velja le prvih 45 neprekinjenih koledarskih dni od dneva posameznega odhoda zavarovanca v tujino. Zavarovalno kritje v tem primeru vselej preneha z vrnitvijo zavarovanca v domovino.

3.4 Zavarovalno kritje za vsakega zavarovanca v vsakem primeru preneha ob 24.00 tistega dne:

- ki je v pogodbi naveden kot datum prenehanja zavarovanja;
- ko zavarovanec ni več imetnik bančnega paketa;
- ko se zavarovanec na podlagi podane zahteve izključi iz zavarovanja;
- ko zavarovanec umre ali postane popolni trajni invalid;
- ko mu je bila popolnoma odvzeta poslovna sposobnost.

3.5 Če zavarovanec postane popolni trajni invalid zaradi nezgode, se zavarovalno kritje za tega zavarovanca ponovno vzpostavi z naslednjim mesecem po nastanku popolne trajne invalidnosti zaradi nezgode.

4 Obseg in višina zavarovalnega kritja

4.1 Zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini

4.1.1 Zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini obsega medicinsko asistenco in stroške nujne zdravstvene oskrbe, nujnih zobozdravstvenih storitev ter nujnega prevoza v primeru bolezni ali poškodbe, ki se pojavijo ali nastanejo med potovanjem ali bivanjem v tujini.

- 4.1.2 Zavarovalne vsote, do katerih zavarovalnica krije stroške v protivednosti po lokalni valuti, so naslednje:
- za primer nujne zdravniške oskrbe (vključno z nujno zobozdravstveno oskrbo) in prevoza v primeru bolezni ali poškodbe: 5.000 EUR za prvih 45 neprekinjenih koledarskih dni posameznega potovanja zavarovanca v tujino;
 - za nujne zobozdravstvene storitve: 100 EUR za posamezni zavarovalni primer.
- 4.1.3 Izplačana zavarovalnina v nobenem primeru ne more biti višja od stroškov, ki so zavarovancu dejansko nastali z zavarovalnim primerom.
- 4.1.4 Za stroške nujne zdravstvene oskrbe se štejejo stroški za zdravstvene storitve, ki so nujno potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij ali preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja zavarovanca v primeru, da nenadno zbolí ali se poškoduje v tujini.
- 4.1.5 Zavarovalni primer nastopi, če zavarovanec zbolí ali se poškoduje v tujini in je potrebna medicinska asistenca ali nujna zdravstvena oz. zobozdravstvena oskrba, vključno z nujnim prevozom, in se konča takrat, ko po mnenju lečečega zdravnika zdravljenje ni več potrebno oz. se lahko nadaljuje ob vrnitvi v domovino. V vsakem primeru pa se zavarovalni primer konča po vrnitvi zavarovanca v Republiko Slovenijo oz. državo, v kateri ima zavarovanec prijavljeno stalno ali začasno bivališče.
- 4.1.6 Nov zavarovalni primer nastane, če je zaradi nove bolezni ali poškodbe v tujini, ki s predhodnimi niso v vzročni zvezi, potrebna medicinska asistenca ali nujna zdravstvena oz. zobozdravstvena oskrba, vključno z nujnim prevozom.
- 4.1.7 Medicinska asistenca klicnega centra zavarovancu 24 ur na dan, 7 dni v tednu nudi:
- organizacijo nujne zdravstvene oskrbe;
 - organizacijo nujnih zdravstvenih prevozov;
 - posredovanje nujnih informacij njegovim najbližjim.
- 4.1.8 Stroški nujne zdravstvene oskrbe zavarovanca krijejo:
- stroške medicinske oskrbe in obiska zdravnika, vključno z zdravili in zdravniškimi pripomočki, izdanimi na zdravniški recept ali predpisanimi na zdravniškem izvidu;
 - stroške zdravljenja zavarovanca do dne, ko zdravstveno stanje dovoljuje prevoz v državo zavarovančevega stalnega ali začasnega prebivališča, kjer bo nadaljeval z zdravljenjem;
 - nujno zobozdravstveno pomoč, ki je potrebna za odpravo akutne bolečine zaradi bolezni ali sveže poškodbe zobovja in z izključitvijo kakršnihkoli zobnih protez ali zalivk, ki so bile posledica predhodnega zdravljenja.
- 4.1.9 Stroški nujnega zdravstvenega prevoza zavarovanca krijejo:
- stroške nujnega prevoza zavarovanca do najbližje bolnišnice ali klinike in nazaj do mesta nahajanja v tujini;
 - premestitev zavarovanca, če to zahtevajo zdravstveni razlogi, pod potrebnim zdravniškim nadzorom (z zračnim rešilnim prevozom, rednim komercialnim poletom ali rešilnim avtom) v bolnišnico, ki bo ustrezneje opremljena za zdravljenje določene telesne poškodbe ali bolezni;
 - stroške nujnega prevoza zavarovanca v domovino z rednimi letalskimi, cestnimi ali pomorskimi povezavami, če zavarovanec zbolí ali se poškoduje v tujini in če se iz zdravstvenih razlogov ne more vrniti na način, kakršen je bil prvotno načrtovan, vključno s prevozom z rešilnim avtom do letališča oz. pristanišča ali drugega postajališča in z letališča oz. iz pristanišča ali drugega postajališča pod ustreznim zdravniškim nadzorom v ustrezno bolnišnico ali zdravstveno ustanovo v bližini stalnega oz. začasnega bivališča zavarovanca, pod pogojem, da zavarovančevo zdravstveno stanje to omogoča;
 - stroške prevoza posmrtnih ostankov zavarovanca na kraj pogreba v domovino, vendar največ do zavarovalne vsote, ki je določena na polici, z izključitvijo stroškov pogreba in kremacije;
 - dodatne stroške prevoza in stroške bivanja za osebo, ki na zahtevo oz. po priporočilu lečečega zdravnika ostane v spremstvu zavarovanca, oz. stroške prevoza ožjega sorodnika iz domovine do kraja hospitalizacije, če zavarovancu ni mogoče zagotoviti drugačnega spremstva; kriti so stroški rednega letalskega prevoza (ekonomski razred) ali vožnje z vlakom (vključno s 1. razredom) in stroški bivanja (standardna hotelska namestitve v hotelu s tremi zvezdicami) za največ 7 nočitev po posameznem zavarovalnem primeru, če se zavarovalnica in zavarovanec ne dogovorita drugače;
 - stroške prevoza otroka zavarovanca, mlajšega od 18 let, do stalnega oz. začasnega bivališča, kot tudi stroške prevoza njegovega spremljevalca v primeru zavarovančeve hospitalizacije ali smrti v tujini; kriti so stroški predstavitev letalske karte oz. povratnega rednega poleta (ekonomski razred); če predstavitev letalske karte ni mogoča, so kriti stroški vožnje z vlakom (vključno s 1. razredom) v državo stalnega oz. začasnega bivališča otroka in spremljevalca;
 - stroške organizacije nujne vrnitve zavarovanca v domovino v primeru težje bolezni ali smrti družinskega člana zavarovanca (zakonec, zunajzakonski partner ali partner iz druge pravno priznane partnerske zveze, otroci, pastorki ali posvojenci do 26. leta starosti); kriti so stroški predstavitev letalske karte oz. povratnega rednega poleta (ekonomski razred); če predstavitev ni mogoča, so kriti stroški vožnje z vlakom (vključno s 1. razredom) v državo stalnega oz. začasnega bivališča zavarovanca.
- 4.1.10 Nujni prevoz ali vrnitev zavarovanca v domovino z zračnim rešilnim prevozom je omejena na medcelinski transport.
- 4.1.11 Nadzorni zdravnik asistenčnega centra v kontaktu z lečečim zdravnikom odloča o tem, ali je zdravstveno stanje zavarovanca takšno, da mu omogoča vrnitev v domovino na način, kot je to prvotno nameraval, ali pa so okoliščine takšne narave, da je treba prevoz urediti drugače. V vsakem primeru bo nadzorni zdravnik asistenčnega centra v kontaktu z lečečim zdravnikom izbral datum in način prevoza zavarovanca v domovino.
- 4.1.12 V primeru, da zavarovana oseba ali njen predstavnik odkloni vrnitev v domovino, bodo nadaljnji stroški zdravstvene oskrbe omejeni do višine zneska stroškov vrnitve, kot če bi ta bila opravljena.
- 4.2 **Omejitve in izključitve kritja iz zdravstvenega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini**
- 4.2.1 Izključene so obveznosti zavarovalnice, tako nudenja medicinske asistenc kot kritja stroškov nujne zdravstvene oskrbe, nujnih zobozdravstvenih storitev in nujnega zdravstvenega prevoza, v primerih:
- zdravljenja ali zdravstvene oskrbe, ki iz medicinskega vidika ni nujno potrebna, estetskega zdravljenja, namestitve umetnih udov in vseh medicinskih pripomočkov, ki niso nujni za življenje zavarovanca, npr. kolenska opornica, očala ipd.;
 - nadstandardnih bolnišničnih storitev, zdraviliškega zdravljenja, kiropraktike in fizikalne

- terapije ter helioterapije, preventivnih pregledov in cepljenj;
- c. prevoza za težave, ki se lahko zdravijo na kraju škodnega dogodka, ali zaradi lažjih zdravstvenih težav, ki zavarovanca ne bi ovirale pri nadaljevanju dopustovanja oz. potovanja, kot tudi zdravljenja ali operacije, ki se lahko brez posledic prestavi na čas povratka v domovino;
- d. zdravljenja in zdravstvene oskrbe, ki ju ne opravi zdravnik ali zdravstveno osebje z ustrežno kvalifikacijo, ali ko gre za zdravljenje, ki ni znanstveno ali medicinsko priznано;
- e. ki nastanejo kot posledica zdravljenja v Sloveniji ali v državi stalnega oz. začasnega bivališča zavarovanca oz. bolezni, zdravstvenih stanj in poškodb, ki so obstajale ali so se pojavile in niso bile v celoti odpravljene pred odhodom v tujino, kar vključuje vse kronične in ponavljajoče se bolezni, zaradi katerih je zavarovanec že bil zdravljen (pri čemer se okrevanje šteje kot del bolezni), vključno s ponavljajočimi se izvini in izpahi;
- f. ki so posledica potovanj s terapevtskim ciljem, preventivnega zdravljenja ali cepljenj, zdraviliškega zdravljenja, psihoterapije, zdravljenja s sončno svetlobo in toploto ali odpravljanja lepotnih napak;
- g. načrtovanega zdravljenja in operativnih posegov;
- h. ki so posledica psihičnih motenj, duševnih bolezni in depresij;
- i. ki nastanejo zaradi nalezljivih spolnih bolezni (vključno z okužbo z virusom HIV oz. aidsom), epidemij, pandemij, onesnaženja okolja in naravnih nesreč;
- j. ki so posledica nosečnosti, tipičnih težav v času nosečnosti in poroda, razen v primeru reševanja življenja matere in otroka;
- k. prekinitev nosečnosti, umetne oploditve, zdravljenja neplodnosti ali kontracepcije;
- l. ki so posledica vojne (naj bo vojna napovedana ali ne), notranjih in civilnih nemirov, neredov, uporov, demonstracij, vstaj, dejanj tujega sovražnika, sovražnosti, vojaškega ali protizakonitega udara ter drugih dogodkov, povezanih z višjo silo;
- m. ki so posledica aktivnega služenja zavarovanca v oboroženih enotah vojske ali policije;
- n. ki nastanejo zaradi namernega ali naklepnega kaznivnega dejanja zavarovanca;
- o. samomora ali poskusa samomora zavarovanca;
- p. zavestnega samopoškodovanja ali povzročitve bolezni;
- q. poškodb, ki jih zavarovanec utрпи pri uporabi strelnega orožja ali opravljanju posebno nevarnih opravil, kot npr. pri ravnanju z eksplozivnimi sredstvi;
- r. poškodb zavarovanca, ki so posledica opravljanja posebej nevarnih del, kot so npr. poklicno potapljanje, poklicno jamarstvo, delo v kamnolomih, predorih, jaških, rudnikih, delo na gradbiščih, naftnih ploščadih, delo v cirkusih, kaskaderstvo, čiščenje zunanijh fasad, fotografiranje iz zraka, škropljenje s pesticidi z letalom, oboroženo osebno varovanje oseb;
- s. priprave ali udeležbe zavarovanca kot tekmovalca na športnih prireditvah, stavah, razstavah, kakršnihkoli dirkah (konjskih, kolesarskih, motornih ipd.) ali treningih;
- t. ki so posledica vožnje motornih in drugih vozil brez ustreznih uradnih dovoljenj;
- u. ki nastanejo zaradi izvajanja športnih aktivnosti na profesionalni ravni;
- v. ki nastanejo zaradi izvajanja ekstremnega športa ali nevarne dejavnosti na profesionalni ali rekreativni ravni, če to bistveno presega običajno tveganje pri nahajanju v tujini, kot npr. potapljanje, kajtanje, helikoptersko smučanje, plezanje, alpinizem, jamarstvo, športno letalstvo, padalstvo, letenje z zmaji in z jadralnimi letali, vključno s smučanjem ali deskanjem na snegu izven urejenih smučišč ter udeležbami v ekspedicijah v neosvojenih in neraziskanih področjih;
- w. ki nastanejo pri planinarjenju in trekingu nad 3.000 metri nadmorske višine;
- x. kot posledica udeležbe zavarovanca pri pretepu ali fizičnem obračunavanju, razen v primeru dokazane samoobrambe;
- y. kot posledica vseh oblik žarčenja, posrednega ali neposrednega radioaktivnega sevanja;
- z. ki so neposredno ali posredno povezani s terorističnim dejanjem oz. zaradi preprečevanja ali zatiranja terorističnih dejanj.
- 4.2.2 Zavarovalnica ne krije nobenih stroškov v primeru, da zavarovanec ali njegov predstavnik ne spoštuje navodil asistenčnega centra za uveljavljanje pravic iz tega zavarovanja.
- 4.2.3 Zavarovanec do vrnitve v državo svojega stalnega oz. začasnega bivališča na stroške zavarovalnice ni upravičen v primeru, da se zdravniški ekipi asistenčnega centra zavarovalnice brez upravičenega razloga prepreči dostop do zavarovanca, razen če na to ni mogoče vplivati.
- 4.2.4 Izključene so vse obveznosti zavarovalnice v primeru navajanja neresničnih podatkov o trajanju zdrževanja v tujini, o okoliščinah poškodbe ali vrsti bolezni ter v primeru kakršnihkoli prevar ali ponaredb.
- 4.2.5 Izključene so vse obveznosti zavarovalnice zaradi delovanja alkohola, mamil, zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi na zavarovanca; če se ne dokaže nasprotno, se šteje, da je zavarovalni primer nastal zaradi delovanja alkohola na zavarovanca:
- a. če je imel zavarovanec kot voznik v prometni nesreči v krvi več kot 0,5 ‰ alkohola (več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka) oz. več kot 1 ‰ alkohola (več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka) v drugih nezgodah;
- b. če zavarovanec ob nastanku zavarovalnega primera odkloni ali se izmakne ugotavljanju stopnje njegove alkoholiziranosti.
- 4.2.6 Zavarovalnica ne nosi odgovornosti za zamude ali neizpolnitve nujenja asistenc v primeru: stavke, vojne invazije, dejanj tujega sovražnika, sovražnosti (naj bo vojna napovedana ali ne), državljanske vojne, upora, prevrata, terorizma ali vojaškega prevrata, nemirov, radioaktivnosti, lokalnih omejitev ali kakršnegakoli drugega dogodka višje sile.
- 4.2.7 Zavarovalnica in asistenčni center ne prevzemata odgovornosti:
- a. za kakovost dela in storitev, opravljenih s strani tretjih oseb, kakor tudi ne za škodo, ki bi jo le-te povzročile;
- b. za zamude ali napake pri zagotavljanju lokalnih storitev zaradi omejitev, ki jih izvajajo lokalne oblasti; v določenih regijah v svetu zaradi lokalnih omejitev zavarovalnica in asistenčni center ne moreta prevzeti stroškov asistenc na licu mesta in jih bo moral zavarovanec ali njegov predstavnik poravnati sam, po povratku v domovino pa njihovo povračilo uveljavljati neposredno pri zavarovalnici.
- 4.3 **Nezgodno zavarovanje**
- 4.3.1 Nezgodno zavarovanje obsega zavarovalno kritje za primer nezgodne smrti in popolne trajne invalidnosti kot posledice nezgode. Zavarovalno kritje ni geografsko omejeno.
- 4.3.2 Obveznost zavarovalnice je podana za nezgode zavarovanca, nastale med trajanjem zavarovalnega

- kritja in le za tiste posledice nezgode, ki so nastopile in so bile ugotovljene v roku enega leta od dneva nastanka nezgode, če ni v teh splošnih pogojih določeno drugače.
- 4.3.3 Zavarovalna vsota za nezgodno smrt in nezgodno popolno trajno invalidnost je enaka višini pozitivnega stanja na osebnem računu zavarovanca ob 24.00 na dan nastanka nezgode, vendar ne manj kot 1.000 EUR in ne več kot 10.000 EUR.
- 4.3.4 Zavarovalnica v primeru nastanka zavarovalnega primera izplača dogovorjeno zavarovalno vsoto, in sicer:
- zavarovalno vsoto za nezgodno smrt, če je zavarovanec zaradi nezgode umrl, ali
 - zavarovalno vsoto za nezgodno popolno trajno invalidnost, če je zavarovanec zaradi nezgode postal popolni trajni invalid.
- 4.3.5 Za nezgodo se šteje zunanji, nenaden, nepredviden bodoč in od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo ter povzroči njegovo smrt ali popolno trajno invalidnost.
- 4.3.6 Nezgodo v smislu prejšnje točke predstavljajo zlasti povoženje, trčenje, udarec s predmetom ali ob predmet, udar električnega toka ali strele, padec, zdrs, strmoglavljenje, ranitev z različnimi predmeti ali eksplozivnimi snovmi, vbod s predmetom, udarec ali ugriz živali.
- 4.3.7 Za nezgodo se štejejo tudi naslednji nenadni, nepredvideni in od volje zavarovanca neodvisni dogodki:
- utopitev in zadavitev;
 - opekljine in oparine, delovanje strele ali električnega toka;
 - zastrupitev zaradi vdihavanja strupenih plinov in hlapov, z izjemo poklicnih obolenj;
 - zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno), kot tudi zaradi vdihavanja pare in plinov, z izjemo poklicnih obolenj.
- 4.3.8 Za nezgodo se nikakor ne štejejo:
- samomor oz. poskus samomora zavarovanca in njegove posledice;
 - umor zavarovanca, ki ga namerno povzroči upravičenec;
 - možganska kap, srčni infarkt in njune posledice;
 - nalezljive, poklicne in druge bolezni, tudi če so posledica nezgode;
 - bolezni, ki nastanejo zaradi psihičnih vplivov;
 - trebušne, popkovne, vodne in druge kile, razen tistih, ki nastanejo zaradi direktne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanične sile in pri katerih je bila poleg kile klinično ugotovljena poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju;
 - infekcije ali obolenja, ki nastanejo zaradi raznih oblik alergije, rezanja ali trganja žuljev in drugih izrastkov kože ter aktično povzročene bolezni;
 - anafilaški šok, razen če je nastal pri zdravljenju zaradi nezgode;
 - medvretenčne kile (hernie disci intervertebralis), vse vrste lumbalgij, diskopatij, sakralgij, cervikobrahialgij in drugih oblik draženja živčnih korenin, miofasciitsov, kocigodinij, ishialgij, fibrozitsov in vse spremembe ledveno-križnega predela, ki so označene z analognimi termini;
 - odstop mrežnice (ablatio retinae), razen tiste, ki nastopi po direktni poškodbi zdravega očesa in je ugotovljena v bolnišnici;
 - posledice, ki nastanejo zaradi delirium tremensa in delovanja mamil ali drugih psihoaktivnih snovi;
 - posledice medicinskih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni, razen če je do teh posledic prišlo zaradi dokazane napake medicinskega osebja (vitium artis);
- poškodbe v predelu patoloških sprememb in same patološke spremembe na kosteh;
 - sistemske nevro-muskularne bolezni in endokrine bolezni.
- 4.3.9 Za popolno trajno invalidnost kot posledico nezgode se štejejo izrecno naslednje posledice nezgode:
- izguba obeh dlani nad zapestjem ali izguba obeh stopal nad gležnjem oziroma kombinacija obojega;
 - popolna in neozdravljiva izguba vida na obeh očesih kot posledica nezgode;
 - popolna in neozdravljiva ohromelost kot posledica nezgode; za takšno ohromelost se šteje:
 - ohromelost vsaj dveh udov,
 - izguba nadzora nad govorom, ravnotežjem ali dihanjem,
 - izguba nadzora nad delovanjem sečil ali delovanjem črevesja;
 - neozdravljive poškodbe možganov kot posledice nezgode v tolikšni meri, da zavarovanec ni več zmožen samostojnega življenja in potrebuje pomoč tretje osebe.
- 4.3.10 Stopnja invalidnosti se določa najmanj 3 mesece po končanem zdravljenju, ko so posledice poškodb ustaljene, razen za primer izgube nadzora nad delovanjem sečil ali delovanjem črevesja, ko se stopnja invalidnosti določi po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot 2 leti po nezgodi.
- 4.3.11 Če zavarovanec po istem zavarovalnem primeru umre zaradi posledic nezgode v enem letu po dnevu nezgode, izplača zavarovalnica upravičencu samo zavarovalnino za primer nezgodne smrti, v primeru da zavarovalnina za primer trajne invalidnosti še ni bila izplačana.
- 4.4 **Omejitve in izključitve kritja iz nezgodnega zavarovanja**
- 4.4.1 Če zavarovanec, ki je starejši od 75 let, zaradi nezgode umre ali postane popolni trajni invalid, zavarovalnica izplača 50 % dogovorjene zavarovalne vsote.
- 4.4.2 Zavarovalnica je prosta svoje obveznosti iz nezgodnega zavarovanja, če je nezgoda nastopila v naslednjih okoliščinah:
- če je zavarovana oseba namenoma povzročila nezgodo;
 - zaradi potresa;
 - zaradi vojne, uporov, revolucije, terorizma;
 - zaradi aktivne udeležbe v oboroženih akcijah, razen če je zavarovanec v njih sodeloval na poziv pooblaščenih organov države zavarovanca;
 - zaradi radioaktivnega sevanja;
 - pri upravljanju ali vožnji z letali, plovili in drugimi napravami za letenje, plovniimi objekti, motornimi in drugimi vozili brez predpisane in veljavne vozniškega dovoljenja;
 - zaradi hoje po železniških tirih ali v bližini železniških tirov ali prečkanja železniških tirov ali ceste na nedovoljenem mestu;
 - zaradi motenj zavesti, epileptičnega napada, kapi, infarkta ali bolezenskega stanja zavarovanca;
 - pri pripravi, poskusu ali storitvi kaznivega dejanja s strani zavarovanca in pobegu po takem dejanju;
 - zaradi udeležbe v pretepu ali fizičnem obračunavanju, razen v primeru dokazane samoobrambe;
 - zaradi delovanja alkohola, mamil ali drugih narkotikov na zavarovanca ob nezgodi; šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja alkohola, mamil ali drugih narkotikov na zavarovanca;

- če je imel ta kot voznik motornega vozila ob nezgodi v krvi več kot 0,5 ‰ alkohola ali 1 ‰ alkohola pri drugih nezgodah,
 - če je alkotest pozitiven, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja alkohola v krvi,
 - če se s strokovnim pregledom ugotovi, da kaže znake motenosti zaradi uživanja alkohola, mamil ali drugih narkotikov,
 - če odkloni ugotavljanje stopnje njegove alkoholiziranosti oziroma če odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil ali drugih narkotikov v njegovem organizmu;
- l. pri opravljanju nevarnih del ali opravil kot so: demontiranje min, granat in drugih eksplozivnih sredstev, gonjenje pri lovu, kaskaderstvo in nastopanje v posebno nevarnih filmskih vlogah, izvajanje športnih aktivnosti pri treningu ali udeležbi na javnih športnih tekmovanjih, kjer zavarovanec sodeluje kot registriran član športne zveze ali društva v naslednjih športnih panogah: hokej na ledu, borilne veščine, smučanje, smučarski skoki, bob in skeleton vožnje, podvodni ribolov;
- m. pri udeležbi zavarovanca na dirkah z motornimi kopenskimi vozili ter zračnimi in vodnimi plovili ali na treningih zanje;
- n. pri izvajanju posebej nevarnih športnih ali rekreacijskih aktivnosti, kot so npr.: bungee jumping, športni skoki s padalom, rafting, potapljanje z jeklenko, prosto plezanje, turno smučanje, planinske in druge ture izven urejenih poti ali v razmerah, za katere je bilo izdano vremensko opozorilo s strani javne agencije (na primer, a ne izključno, opozorilo o nevarnosti snežnih plazov, opozorilo pred nevihtami).
- 4.4.3 Nezgodno zavarovanje nima učinka proti zavarovancu ali upravičencu, če je tedaj, ko je nastopilo zavarovalno kritje za posameznega zavarovanca, nezgoda že nastopila, če je bila v nastajanju ali je bilo gotovo, da bo nastala.
- 5 Način uveljavljanja pravic po zavarovalnem primeru**
- 5.1 Zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini**
- 5.1.1 Ob nastanku zavarovalnega primera mora zavarovanec ali njegov predstavnik nemudoma oz. najkasneje v roku 48 ur od nastanka zavarovalnega primera na lastne stroške obvestiti asistenčni center zavarovalnice, ki organizira pomoč v tujini, na telefonsko številko: +386 59 69 22 00.
- 5.1.2 V primeru, da zavarovanec ali njegov predstavnik ne obvesti asistenčnega centra zavarovalnice v roku 48 ur po nastanku zavarovalnega primera in zaradi tega nastanejo višji stroški, kot bi nastali, če bi bil asistenčni center pravočasno obvešččen, ima zavarovalnica pravico zavrniti plačilo razlike v stroških ali izstaviti račun za nastale dodatne stroške.
- 5.1.3 Brez predhodnega telefonskega klica na asistenčni center zavarovalnice in s strani asistenčnega centra prejete privolitve v zdravljenje zavarovanec ne bo upravičen do povrnitve stroškov, ki jih je neposredno plačal sam ali kakšna druga oseba v njegovem imenu, razen v primeru izrecne odobritve s strani zavarovalnice.
- 5.1.4 V primeru, ko je življenje zavarovanca ogroženo, je treba, ne glede na določila teh splošnih pogojev, vedno poskušati urediti nujen prevoz do zdravstvene ustanove, ki je najbližja mestu nastanka zavarovalnega primera, s pomočjo ustreznih prevoznih sredstev, takoj ko je mogoče, pa obvestiti asistenčni center zavarovalnice.
- 5.1.5 Ob klicu v klicni center asistenčnega centra mora zavarovanec ali njegov predstavnik posredovati naslednje podatke:
- a. ime, priimek, datum rojstva in naslov prebivališča zavarovanca;
 - b. kraj in telefonsko številko, na kateri je dosegljiv;
 - c. kratek opis zdravstvenega problema, ki ga ima, in naravo pomoči, ki jo potrebuje;
 - d. informacijo o dolžini oz. trajanju potovanja ter informacijo, ali se nahaja v državi stalnega oz. začasnega prebivališča.
- 5.1.6 Zdravniki asistenčnega centra se bodo takoj, ko bodo obveščeni o nezgodi ali bolezni, povezali z lečečim zdravnikom, ugotovili postopek in ustreznost zdravljenja, svetovali in organizirali ter v okviru zavarovalne vsote prevzeli stroške zdravljenja in prevoza do najbližje ustrezne bolnišnice ali v domovino.
- 5.1.7 Stroške nujne zdravstvene oskrbe, ki ne presegajo skupnega zneska 150 EUR po zavarovalnem primeru, poravnava zavarovanec sam, po povratku v domovino pa se njihovo povračilo uveljavlja neposredno pri zavarovalnici. Stroške nujne zdravstvene oskrbe, ki znašajo več kot 150 EUR, zavarovalnica povrne neposredno izvajalcu opravljenih storitev, če je zavarovanec do tega upravičen skladno z določili teh splošnih pogojev.
- 5.1.8 Zahtevek za uveljavljanje pravice do zavarovalnine je treba predložiti zavarovalnici najkasneje v roku 3 mesecev po vrnitvi v državo zavarovančevega stalnega oz. začasnega bivališča. K zahtevku je treba predložiti vso potrebno dokumentacijo o zavarovalnem primeru in zavarovalnici nuditi vse informacije o zavarovalnem primeru. Dokumentacija o zavarovalnem primeru obsega:
- a. zdravstveno dokumentacijo o zavarovalnem primeru, ki upravičuje nujnost zdravljenja;
 - b. originalni račun stroškov tuje zdravstvene pomoči; predloženi zdravniški in/ali bolnišnični računi morajo vsebovati ime in rojstne podatke zavarovanca, kot tudi vrsto bolezni in zdravljenja;
 - c. originalni račun za zdravila in prevoze;
 - d. v primeru nezgode uradno poročilo ali potrdilo uradnega organa, izdano v tujini na podlagi okoliščin nesreče oz. poškodbe;
 - e. uradni prevod dokumentacije na zahtevo zavarovalnice;
 - f. dodatno dokumentacijo na zahtevo zavarovalnice (kot npr. verodostojen dokaz, da bivanje zavarovanca v tujini ni bilo daljše od 45 dni).
- 5.1.9 Zavarovanec je dolžan takoj storiti vse, kar je v njegovi moči, da se prepreči nadaljnje nastajanje škode, pri čemer mora upoštevati navodila asistenčnega centra zavarovalnice in poskušati omejiti stroške po najboljših močeh.
- 5.1.10 Zavarovalnici oz. asistenčnemu centru mora zavarovanec ali njegov predstavnik dati vse podatke in druge dokaze, ki jih ima na voljo in so nujno potrebni za ugotavljanje vzroka, obsega in višine škode ter organizacijo asistencije, vključno z ureditvijo vrnitve v državo zavarovančevega stalnega oz. začasnega bivališča, če je to potrebno. V primeru, da zavarovalnica ali asistenčni center zavarovalnice potrebuje dodatne informacije v zvezi z zavarovalnim primerom, mora zavarovanec pooblastiti in naročiti vsem državnim organom in lečečim zdravnikom in/ali bolnišnicam, kot tudi drugim zavarovalnicam, ki se ukvarjajo z zavarovalnim primerom, da posredujejo zavarovalnici ali asistenčnemu centru zavarovalnice vse zahtevane informacije.
- 5.1.11 Če zavarovanec ali njegov predstavnik odkloni predlagano nujno zdravljenje v najbližjem ustreznem zdravstvenem centru ali bolnišnici v tujini ali če se na zahtevo asistenčnega centra zavarovalnice ne pusti

- pregledati zdravniku, ki ga imenuje zavarovalnica ali njeni predstavniki, preneha pogodbeno obveznost zavarovalnice za ta zavarovalni primer, posledice morebitnih zapletov zdravstvenega stanja pa nosi sam.
- 5.1.12 Če je zavarovanec po opravljenem telefonskem klicu na asistenčni center zavarovalnice nujne zdravstvene storitve, ki presegajo znesek 150 EUR, ne glede na navodila asistenčnega centra plačal sam, zavarovalnica povrne stroške zavarovancu skladno z določili teh pogojev po predložitvi zahtevane dokumentacije.
- 5.1.13 Zahtevek za uveljavljanje pravice do zavarovalnine v zvezi z zavarovalnim primerom bo zastaral v roku 3 let po preteku koledarskega leta, v katerem je pravica do uveljavljanja zavarovalnine nastala, oz. v roku 5 let po preteku koledarskega leta, v katerem je pravica do uveljavljanja zavarovalnine nastala, pod pogojem, da zainteresirana oseba ni vedela, da je zavarovalni primer nastopil.
- 5.2 Nezgodno zavarovanje**
- 5.2.1 Na zahtevo zavarovalnice, zavarovanca ali upravičenca je zavarovalec dolžan zavarovalnici izstaviti potrdilo, da je oseba, ki se ji je pripetila nezgoda, zavarovana kot imetnik bančnega paketa.
- 5.2.2 Zavarovanec oz. upravičenec mora zavarovalnici predložiti vsa potrebna obvestila za razjasnitev dogodkov in okoliščin, ki so pomembne za ugotovitev obstoja in višine njene obveznosti.
- 5.2.3 Če je zavarovanec zaradi nezgode poškodovan, mora ukreniti vse potrebno za zdravljenje in se glede načina zdravljenja ravnati po zdravnikovih navodilih in nasvetih.
- 5.2.4 Če je upravičenec za primer popolne trajne invalidnosti zaradi nezgode zavarovanec sam, mora le-ta zavarovalni primer prijaviti takoj, ko mu zdravstveno stanje to omogoča.
- 5.2.5 V prijavi popolne trajne invalidnosti je treba navesti vse potrebne podatke o okoliščinah nastanka nezgode in predložiti zavarovalnici dokaze o ustaljenih posledicah za določitev popolne trajne invalidnosti (zdravniško spričevalo).
- 5.2.6 Zavarovalnica ima pravico na svoje stroške napotiti zavarovanca k zdravniku cenzorju, ki poda poročilo o posledicah nezgode. V tem primeru se za ugotavljanje popolne trajne invalidnosti zavarovanca upošteva poročilo zdravnika cenzorja.
- 5.2.7 V primeru smrti zavarovanca je treba poleg pisne prijave zavarovalnega primera zavarovalnici predložiti dokumente, ki potrjujejo smrt in okoliščine smrti zavarovanca: izpis iz matične knjige umrlih, zdravniško dokazilo o vzroku smrti in druge dokumente na zahtevo zavarovalnice.
- 5.2.8 Zavarovalnica ima pravico zahtevati od katerekoli stranke zavarovalne pogodbe, zdravstvene ustanove ali druge pravne ali fizične osebe naknadna pojasnila in dokazila v zvezi z nezgodo.
- 6 Izplačilo zavarovalnine**
- 6.1 Zavarovalnica upravičencu izplača zavarovalnino v roku 14 dni, šteto od dneva, ko razpolaga z vso dokumentacijo o zavarovalnem primeru, ki omogoča ugotovitev obstoja in višine njene obveznosti. Če višina obveznosti zavarovalnice ni ugotovljena v roku 14 dni, zavarovalnica upravičencu nesporni del svoje obveznosti na njegovo zahtevo izplača kot predujem.
- 6.2 Če zavarovanec ne predloži potrebne dokumentacije in zavarovalnica zaradi tega ne more ugotoviti obstoja svoje obveznosti, lahko zavarovalnica začasno odkloni izplačilo svoje obveznosti.
- 6.3 Na zahtevo zavarovalnice mora upravičenec zavarovalnici predložiti dokazilo, s katerim dokaže upravičenost do izplačila, in osebni dokument za identifikacijo.
- 6.4 V primeru zdravstvenega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini zavarovalnica povrne zavarovalnino v višini zneska stroškov, ki je preračunan v EUR po srednjem tečaju Banke Slovenije na dan izplačila zavarovalnine.
- 6.5 Zavarovalnica si pridržuje pravico do povrnitve vseh nastalih stroškov v primeru, ko se naknadno ugotovi, da je zavarovalni primer nastal zaradi kronične bolezni, čezmernega uživanja alkohola ali zdravil, opravljanja posebej nevarnih del in drugih izključitev, kot je navedeno v točkah 4.2 in 4.4 teh splošnih pogojev.
- 6.6 Če ima zavarovanec proti tretjim osebam odškodninske zahtevke, ki niso zavarovalno-pravne narave, lahko te zahtevke v dogovoru z zavarovalnico do višine izplačane zavarovalnine pisno odstopi zavarovalnici.
- 7 Upravičenci**
- 7.1 Upravičenec v primeru nezgodne smrti in popolne trajne invalidnosti kot posledice nezgode zavarovanca je banka, in sicer do višine dolga na osebem računu zavarovanca, ugotovljenega na dan nezgode.
- 7.2 Če ni določeno drugače, veljajo kot upravičenci za pozitivno razliko med zavarovalnino in stanjem dolga na računu v primeru zavarovančeve nezgodne smrti:
- zavarovančevi otroci in zakonec v enakih delih;
 - če ni zakonca, zavarovančevi otroci v enakih delih;
 - če ni otrok, zavarovančev zakonec;
 - če ni oseb, navedenih v prejšnjih alinejah tega odstavka, zakoniti dediči zavarovanca.
- 7.3 Če ni določeno drugače, velja kot upravičenec za pozitivno razliko med zavarovalnino in stanjem dolga na računu v primeru zavarovančeve popolne trajne invalidnosti kot posledice nezgode zavarovanec sam.
- 7.4 Če ni določeno drugače, velja kot upravičenec v primeru zdravstvenega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini zavarovanec sam.
- 8 Način medsebojnega obveščanja**
- 8.1 Medsebojno obveščanje med zavarovalnico in zavarovalcem oziroma zavarovancem poteka v pisni obliki.
- 8.2 Škodni zahtevki, ki so namenjeni zavarovalnici, se predložijo v NLB poslovalnici, prek spletnega naslova zavarovalnice ali na sedežu zavarovalnice.
- 9 Odpoved zavarovalne pogodbe**
- 9.1 Zavarovalna pogodba je sklenjena za čas enega leta, pri čemer se zavarovanje avtomatično podaljšuje iz leta v leto, dokler ga katera od strank pisno ne odpove. Vsaka pogodbeni stranka lahko zavarovanje odpove s trimesečnim odpovednim rokom. Zavarovalna pogodba v vsakem primeru preneha veljati tudi na podlagi obojestranskega sporazuma.
- 10 Reševanje pritožb in sporov**
- 10.1 Zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec se lahko pritoži zoper ravnanje zavarovalnice tako, da o tem zavarovalnico obvesti v pisni obliki v skladu s Pravili za reševanje pritožb strank, ki so javno objavljena na spletni strani www.zav-vita.si.
- 10.2 Zavarovalnica obravnava prejeto pritožbo skladno z internim pritožbenim postopkom. Odločitev pritožbene komisije zavarovalnice je dokončna.
- 10.3 Če se pritožbi ne ugotovi ali v primeru, da odločitev pritožbenega organa ni sprejeta v roku 30 dni od dneva prejema pritožbe, se lahko postopek za izvensodno reševanje spora nadaljuje pri Mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon: (01) 300 93 81, elektronski

naslov: irps@zav-zdruzenje.si, spletni naslov: www.zav-zdruzenje.si. Navedeni izvajalec je registriran kot izvajalec izvensodnega reševanja potrošniških sporov in ga zavarovalnica priznava kot pristojnega za izvensodno reševanje potrošniških sporov.

10.4 V primeru spora, do katerega pride zaradi domnevne kršitve Zavarovalnega kodeksa ter drugih dobrih poslovnih običajev in temeljnih standardov zavarovalne stroke, je predviden postopek pri Varuhu dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu.

10.5 V primeru spora je za sojenje stvarno pristojno sodišče Republike Slovenije.

11 Varstvo osebnih podatkov

11.1 Sestavni del teh splošnih pogojev je Politika zasebnosti zavarovalnice Vita, življenjska zavarovalnica, d.d. Zavarovalec s sklenitvijo zavarovalne pogodbe potrjuje, da je seznanjen z vsebino te politike in jo v celoti sprejema.

12 Končne določbe

12.1 Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo zakonska določila, ki urejajo obligacijska razmerja v Republiki Sloveniji.

12.2 Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.

13 Poročilo o solventnosti in finančnem položaju

13.1 Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice je javno dostopno na spletni strani www.zav-vita.si.

14 Cenik zavarovalnice

14.1 Zavarovalnica ima pravico zahtevati plačilo za vse storitve, povezane z izvajanjem zavarovalne pogodbe, in za storitve, ki jih zavarovalec posebej zahteva od zavarovalnice (spremembe zavarovalne pogodbe, dvojnik police, vinkulacija, priprava dodatnih informativnih izračunov ipd.). Višino vseh stroškov določi zavarovalnica v vsakokratnem veljavnem ceniku, ki je javno dostopen na spletni strani zavarovalnice www.zav-vita.si in na sedežu družbe.