

Splošni pogoji turističnega zavarovanja - Merkur Popotnik (SPTZ 2022)

1. člen Pomen izrazov

- Zavarovanje Merkur Popotnik je zdravstveno zavarovanje z medicinsko asistenco v tujini.
- Splošni pogoji turističnega zavarovanja – Merkur Popotnik (v nadaljevanju kot »splošni pogoji«) so sestavni del pogodbe, ki jo zavarovalec sklene z Merkur zavarovalnico d.d., Dunajska 58, Ljubljana.
- Posamezni izrazi in pojmi, uporabljeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:
 - ponudnik** je fizična ali pravna oseba, ki želi z zavarovalnico skleniti zavarovalno pogodbo in ji v ta namen predloži pisno ponudbo za zavarovanje;
 - ponudba** je pisna vloga ponudnika na obrazcu zavarovalnice, s katero ponudnik izkazuje svojo voljo za sklenitev zavarovalne pogodbe;
 - zavarovalnica** je Merkur zavarovalnica d.d., Dunajska 58, Ljubljana;
 - zavarovalec** je fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo.
 - zavarovanec** je fizična oseba, katere zdravje se zavaruje in od katerega zdravstvenega stanja je odvisno uveljavljanje pravic iz zavarovanja;
 - upravičenec** je oseba, ki je imenovana za prejem dogovorjene zavarovalne dajatve;
 - premija** je zavarovalna premija, to je denarni znesek, ki se plačuje zavarovalnici;
 - plačnik premije** je fizična ali pravna oseba, ki plačuje premijo;
 - zavarovalni primer** je bodoč, negotov in od zavarovalčeve in/ali zavarovančeve volje neodvisen dogodek, na podlagi katerega nastane obveznost zavarovalnice do zavarovanca iz zavarovalne pogodbe;
 - zavarovalna vsota** je najvišji znesek za plačilo do katerega jamči zavarovalnica v primeru koriščenja zavarovalnih kritij, opredeljenih v teh pogojih po enem zavarovalnem primeru;
 - asistenca** je storitev, ki jo zavarovalnica zagotavlja v okviru zavarovanja na telefonski številki +386 1 300 55 00. in vključuje organizacijo nujne zdravstvene pomoči v tujini;
 - asistenčna družba** je vsakokratni pogodbeni partner zavarovalnice, ki izvaja asistenčno storitev;
 - tujina** označuje ozemlje izven teritorija Republike Slovenije;
 - zavarovalna polica** je pisna listina, ki jo o sklenjeni zavarovalni pogodbi izda zavarovalnica.
- Bolezen je vsako nenormalno telesno ali umsko stanje ali motnja telesnih ali umskih funkcij, ki jo kot takšno diagnosticira ustrezen zdravnik specialist, razen tistih bolezni, ki nimajo objektivne diagnostične podlage (npr. paraklinične preiskave).
- Za nezgodo gre, kadar na zavarovančovo telo od zunaj, mehanično ali kemično deluje od zavarovančeve volje neodvisna sila ali dogodek, ki nastopi nenadoma in ima za posledico okvaro zdravja zavarovanca, ki zahteva zdravniško pomoč.
- Prevoz po teh splošnih pogojih pomeni ekonomični javni prevoz, razen če v konkretnem primeru ta ni primeren.
- Zavarovalnica svetuje, da ima zavarovanec, ki potuje v državo Evropske unije, s seboj tudi evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja (EHIC), ki evropskim državljanom omogoča koriščenje ugodnosti iz zdravstvenih sporazumov med državami članicami Evropske unije.

2. člen Zavarovane nevarnosti

- Zavarovalno kritje velja le za tiste nevarnosti oziroma rizike, navedene v splošnih pogojih, ki so navedeni na zavarovalni polici. Zavarovalna kritja so:
 - Medicinska oskrba in zdravstvene storitve**
 - zdravstvena oskrba;
 - zdravljenje;
 - zdravila in zdravniški pripomočki;
 - nujne zobozdravstvene storitve;
 - nenadno poslabšanje kroničnih bolezni.
 - Prevozi**
 - prevoz do bolnišnice in nazaj;
 - prevoz in bivanje spremljevalca;
 - prevoz v domovino;
 - spremljevalstvo in prevoz mladoletnega otroka;
 - prevoz posmrtnih ostankov v domovino;
 - povratak v domovino v primeru smrti ali resnega zdravstvenega stanja družinskega člana.
 - Dr. Merkur: video posvet na daljavo**
 - Covid-19**
 - Ekskluzivna kritja**
 - rehabilitacija po vrnitvi iz tujine;
 - nadomestilo žrtvi nasilja;
 - stroški letalskega salona (lounge);
 - oskrba hišnih ljubljencev;
 - zamuda leta zaradi naravne nesreče;
 - izguba ali kraja dokumentov;
 - kraja in poškodba prtljage;
 - Civilna odgovornost**

3. člen Osnovno o zavarovanju

- Zavarovanje je mogoče skleniti kot letno ali kratkoročno zavarovanje. Kot potovanje se šteje turistično, službeno ali poslovno potovanje.
- Pri letnem zavarovanju je podano kritje za neomejeno število odhodov v tujino v enem zavarovalnem letu, s tem da posamezno nahajanje v tujini ne sme trajati več kot 90 dni naenkrat. Pri kratkoročnem zavarovanju te omejitve ni.
- Zavarovanec (zavarovana oseba) je lahko:
 - zavarovanec kot fizična oseba ali več oseb (posamično zavarovanje);
 - družina (družinsko zavarovanje).
- Pri **posamičnem** zavarovanju je zavarovanec oseba, ki je navedena na polici oz. v prilogi k polici. Pri **družinskem** zavarovanju so zavarovanci osebe, ki so navedene na polici in so med seboj v družinskem razmerju: zakonec, zunajzakonski partner ali partner iz druge pravno priznane skupnosti in njihovi otroci, vnuki, pastorki ali posvojenci do 26. leta starosti. Družinski člani lahko potujejo skupaj ali ločeno.
- Vrsta in obseg zavarovalnega kritja sta opredeljena na zavarovalni polici. Zavarovalna vsota, vključno z obsegom zavarovalnega kritja, velja pri:
 - posamičnem zavarovanju na eno osebo;
 - družinskem zavarovanju za vsakega družinskega člana posebej.
- V višino kritja so vključene vse davščine. V primeru, da do zavarovalnega primera pride v državi, ki ni uporabnica valute EUR, se zavarovalna vsota oziroma zavarovalnina, izražena v EUR preračuna v lokalno valuto po tečaju Banke Slovenije na dan nastanka zavarovalnega primera.

4. člen Zdravstvena oskrba

- Kriti so nujni stroški medicinske oskrbe in obisk zdravnika, ki so posledica nezgode ali bolezni zavarovanca v tujini. Zdravstvena oskrba vključuje tudi operacije in vsa potrebna diagnostika.
- Stroški so kriti do polne zavarovalne vsote.

5. člen Zdravljenje

- Kriti so nujni stroški zdravljenja, ki so posledica nezgode (vključno s piki in ugrizi živali) ali bolezni zavarovanca v tujini. Obsegajo zdravljenje do dne, ko zdravstveno stanje zavarovanca dovoljuje prevoz v domovino, kjer lahko z zdravljenem nadaljuje.
- Stroški so kriti do polne zavarovalne vsote.

6. člen Zdravila in zdravniški pripomočki

- Kriti so stroški zdravil in zdravniških pripomočkov, potrebnih za zdravljenje nujnega zdravstvenega stanja, ki jih predpiše zdravnik. Zdravniški pripomočki vključujejo povoje, opornice, mavec, obveze, ipd.
- Stroški so kriti do polne zavarovalne vsote.

7. člen Nujne zobozdravstvene storitve

- Kriti so stroški nujnih zobozdravstvenih posegov, potrebnih za odpravo nenadne (akutne) bolečine zaradi bolezni ali poškodbe zobovja, vključno z ekstrakcijo zoba in enostavnimi popravili zobnih protez.
- Stroški so kriti do limita 500 EUR.

8. člen Nenadno poslabšanje kroničnih bolezni

- Kriti so stroški v zvezi z nenadnim poslabšanjem kroničnih bolezni. Nenadno poslabšanje pomeni nastanek nenadnih, hudih simptomov in drugih znakov, ki so značilni za posamezne kronične bolezni.
- Kronična bolezen je bolezen, ki ima eno ali več sledečih lastnosti:
 - je običajno dolgotrajna in se ponavlja;
 - večinoma povzroči trajne zdravstvene posledice;
 - bolnik potrebuje posebno usposabljanje in rehabilitacijo, da živi z njo;
 - bolnik potrebuje dolgotrajno posebno opazovanje, zdravljenje, nadzor in nego.
- Za kronično bolezen se štejejo tudi pričakovani zapleti te bolezni. Tipične kronične bolezni so na primer: sladkorna bolezen, hipertenzija, astma, srčno-žilne bolezni, lupus in podobno.
- Stroški so kriti do limita 3.000 EUR.

9. člen Prevoz do bolnišnice in nazaj

- Vključeni so stroški prevoza zavarovanca do najbližje oz. ustrezne bolnišnice ali klinike in nazaj do prvotne lokacije v tujini. Stroški prevoza se nanašajo na vse vrste primernega prevoznega sredstva, vključno s helikopterskim prevozom.
- Stroški so kriti do polne zavarovalne vsote.

10. člen

Prevoz in bivanje spremljevalca

- (1) Kriti so stroški prevoza v domovino in stroški bivanja za osebo, ki na zahtevo oz. prošnjo zavarovanca oziroma po priporočilu lečečega zdravnika ostane v spremstvu zavarovanca.
- (2) Kriti so stroški prevoza ožjega sorodnika iz domovine do kraja hospitalizacije, če zavarovancu ni mogoče zagotoviti drugačnega spremstva ob povratku v domovino. Za ožjega sorodnika se štejejo: zavarovančev partner, sorodniki zavarovanca v ravni črti ter sorodniki v stranski črti ali v svaštvu do četrtega kolena, mačeha in očim, krušni starši in starši zakonca.
- (3) Če je zavarovanec mladoletna oseba, se krijejo dodatni stroški prevoza v domovino in stroški bivanja za osebo, ki ostane v spremstvu zavarovanca.
- (4) V primeru, da spremljevalec za prevoz uporabi osebno motorno vozilo, se povrnejo stroški po vsakokrat veljavni uredbi o davčni obravnavi povračil stroškov in drugih dohodkov iz delovnega razmerja.
- (5) Stroški so kriti do limita 2.000 EUR.

11. člen

Prevoz v domovino

- (1) Kriti so stroški prevoza zavarovanca v domovino, ki je poškodovan ali obolel, če mu to zdravstveno stanje dopušča in se iz zdravstvenih razlogov ne more vrniti v domovino na način, kot je to sprva nameraval.
- (2) Asistenčni zdravnik ob posvetovanju z lečečim zdravnikom odloči ali je pri prevozu, premestitvi oziroma vrnitvi zavarovanca v Slovenijo potreben ustrezen zdravniški nadzor.
- (3) Stroški so kriti do polne zavarovalne vsote.

12. člen

Spremljevanje in prevoz mladoletnega otroka

- (1) Kriti so stroški prevoza zavarovančevega otroka, mlajšega od 18 let, do njegovega bivališča in stroški prevoza njegovega spremljevalca v primeru zavarovančeve hospitalizacije ali smrti, če otrok ostane brez spremstva odrasle osebe. Prav tako je krita namestitve mladoletnega otroka do prihoda spremstva.
- (2) Stroški so kriti do polne zavarovalne vsote.

13. člen

Prevoz posmrtnih ostankov v domovino

- (1) V primeru smrti zavarovanca v tujini zavarovalnica nudi storitev pomoči in krije stroške vrnitve posmrtnih ostankov, stroške posmrtnih postopkov v tujini, osnovno zahtevano krsto za mednarodni prevoz in za prevoz zavarovančevega trupla ali pepela na kraj zavarovančevega pogreba v Sloveniji.
- (2) Stroški so kriti do polne zavarovalne vsote.

14. člen

Povratak v domovino v primeru smrti ali resnega zdravstvenega stanja družinskega člana

- (1) V primeru smrti ali resnega zdravstvenega stanja družinskega člana so kriti stroški organizacije in vrnitve zavarovanca v domovino. Resno zdravstveno stanje pomeni nenadno in nepričakovano hospitalizacijo.
- (2) Za družinske člane se po tem členu štejejo zakonec oz. zunajzakonski partner v skupnem gospodinjstvu, otroci, partnerjevi otroci, vnuki, starši, partnerjevi starši, mačeha in očim, stari starši, bratje in sestre, ter zet in snaha zavarovane osebe.
- (3) Stroški so kriti do limita 750 EUR.

15. člen

Dr. Merkur: video posvet na daljavo

- (1) Zavarovalnica lahko, neobvezujoče, brezplačno in kot bonus k sklenitvi zavarovanja, zagotavlja uporabo storitve Dr. Merkur: video posvet na daljavo. Zavarovalnica lahko zagotavlja tudi druge bonuse, storitve in/ali popuste, ki so lahko časovno omejeni in s katerimi je zavarovalec seznanjen pred sklenitvijo pogodbe.
- (2) Storitve Dr. Merkur omogoča zasebni video pogovor na daljavo z zdravnikom družinske medicine o zdravstvenih težavah, s katerimi se zavarovanec sooča v tujini. V času zagotavljanja storitve, ima zavarovanec pravico do neomejenega števila zdravniških posvetov, ko je v tujini. Zdravniški posveti se izvajajo v slovenskem jeziku.
- (3) Zavarovanec dostopa do storitve Dr. Merkur na spletni strani zavarovalnice: <https://www.merkur-zav.si/dr-merkur-app>. Zavarovalnica si pridružuje pravico kadarkoli do spremembe navedenega spletnega mesta, nadomestitve, omejitev ali ukinitve storitve. Morebitne spremembe se ne štejejo za enostransko spremembo pogodbe.
- (4) Stroški so kriti do polne zavarovalne vsote.

16. člen

Covid-19

- (1) Okužba s SARS-CoV-2 (Covid-19) v tujini se krije na enak način kot za druge nove bolezni, in sicer do polne zavarovalne vsote. Zavarovanec v primeru okužbe s Covid-19 lahko uveljavlja vse pravice iz zavarovanja po teh splošnih pogojih.
- (2) V primeru kateregakoli bolnišničnega ali ambulantnega zdravljenja je krit tudi test na Covid-19, ki ga predpiše zdravnik, ne glede na rezultat.
- (3) Kriti so stroški karantene ali samoizolacije, če je zavarovanec okužen (pozitiven test) s Covid-19. Stroški obsegajo ekonomsko namestitvev nočitve z zajtrkom, in sicer do konca samoizolacije ali karantene do največ 7 (sedem) nočitev, do limita 170 EUR na noč.

- (4) Kriti so stroški aranžmaja za prevoz (letalska karta oz. drug prevoz v ekonomskem razredu), če je zavarovanec okužen s Covid-19 (pozitiven test) in je napoten v samoizolaciji ali karanteni in zaradi tega zamudi prvotno načrtovan datum vrnitve. Zavarovanec mora pri prevozniku preveriti možnost brezplačne prestavitve prvotnega prevoza. Zavarovalnica oz. asistenčna družba ima pravico od zavarovalca zahtevati odgovor prevozne družbe glede brezplačne nadomestitve prvotnega prevoza. Stroški so kriti do limita 1.000 EUR.

17. člen

Rehabilitacija po vrnitvi iz tujine

- (1) Kriti so stroški rehabilitacije po vrnitvi iz tujine. Za rehabilitacijo se šteje zdravljenje, pri čemer so vključeni stroški bivanja, zdravstvene, wellness in druge storitve, ki prispevajo k boljšemu počutju in hitrejšemu okrevanju zavarovanca (kot so npr. fizioterapija, psihoterapija, protibolečinske terapije, elektroterapije, interferenčni tokovi, akupunktura, magnetoterapije, iontoforeze, ipd.).
- (2) Do stroškov rehabilitacije je zavarovanec upravičen v naslednjih primerih:
 - če je zavarovanec prebil na medicinsko najnem zdravljenju v bolnišnici v tujini vsaj 1 dan oziroma vsaj 24 ur. Kot dan v bolnišnici ne šteje dan, v katerem je bil zavarovanec odpušen iz bolnišnične oskrbe, ali
 - če je zavarovanec po vrnitvi iz tujine napoten na zdraviško zdravljenje s strani imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ali
 - če je zavarovanec s strani osebnega zdravnika po vrnitvi iz tujine napoten na fizioterapijo in je zaradi te poškodbe v roku 48 ur po poškodbi v tujini obiskal urgenco.
- (3) Stroški so kriti do limita 300 EUR.

18. člen

Nadomestilo žrtvi nasilja

- (1) Krito je nadomestilo v obliki enkratnega denarnega zneska v primeru, da je zavarovanec v tujini žrtev nasilja.
- (2) Šteje, da je bil zavarovanec žrtev nasilja, če je bil s strani ene ali več fizičnih oseb:
 - telesno poškodovan, tako da je bil zaradi tega začasno okvarjen ali oslabiljen kakšen del njegovega telesa ali njegov organ ali je prizadeta njegova zunanost ali je začasno okvarjeno njegovo zdravje ali;
 - pretepen ali drugače boleče ali ponižujoče kaznovan, ali mu je bila odvzeta svoboda gibanja ali je bil kako drugače z nasilnim omejevanjem njegovih enakih pravic spravljen v podrejen položaj ali;
 - prisiljen k spolnemu občevaranju ali s tem izenačenemu spolnemu ravnanju, tako da je bila zoper zavarovanca uporabljena sila ali grožnja.
- (3) Nadomestilo se ne izplača, če je storilec iz prejšnjega odstavka z zavarovancem v krvnem sorodstvu v ravni vrsti ali v stranski vrsti do vštete četrtga kolena ali v svaštvu do vštete drugega kolena.
- (4) Za uveljavljanje nadomestila je potrebno priložiti policijski zapisnik o dogodkih iz tega člena. Stroški se povrnejo po prihodu zavarovanca iz tujine.
- (5) Enkratni denarni znesek nadomestila znaša 500 EUR.

19. člen

Stroški letališkega salona (lounge)

- (1) Kriti so stroški vstopa v čakalni salon (lounge) na letališču v primeru odpovedi, zamude ali prestavitve leta. Odpoved leta mora biti v istem koledarskem dnevu. Če let ni odpovedan isti koledarski dan, je zavarovanec upravičen do kritja v primeru odpovedi leta največ 12 ur od predvidenega leta. Zamuda ali prestavitev leta mora znašati najmanj 3 ure.
- (2) Stroški se povrnejo po prihodu zavarovanca iz tujine po predloženih originalnih računih in druge potrebne dokumentacije na zahtevo zavarovalnice. Kritje je omejeno na trikratno izplačilo na enem potovanju.
- (3) Stroški so kriti do limita 50 EUR po dogodku.

20. člen

Oskrba hišnih ljubljencev

- (1) V primeru zadržanja zavarovanca v tujini zaradi medicinske oskrbe ali zdravstvene oskrbe, ki se zavarovancu zagotovi v skladu s temu splošnimi pogoji, je zavarovanec upravičen do stroškov oskrbe njegovih hišnih ljubljencev. Oskrba se nanaša na katero koli obliko tuje pomoči ali dodatne stroške, in sicer od dneva načrtovane vrnitve zavarovanca iz tujine do dneva dejanske kasnejše vrnitve zavarovanca zaradi zadržanosti iz zdravstvenih razlogov. Kritje je tudi podano, če se hišni ljubljenci nahajajo z zavarovancem v tujini, pri čemer je zavarovanec v tem primeru upravičen do stroškov oskrbe od dneva njegove zdravstvene zadržanosti v tujini.
- (2) Za hišne ljubljence se štejejo psi, domače mačke, sobne ptice, mali gladavci, terarijske, akvarijske in druge živali, ki so namenjene za družbo, varstvo ali pomoč človeku.
- (3) Stroški se povrnejo po prihodu zavarovanca iz tujine po predloženih originalnih računih in druge potrebne dokumentacije na zahtevo zavarovalnice.
- (4) Stroški so kriti do limita 100 EUR.

21. člen

Zamuda leta zaradi naravne nesreče

- (1) Kriti so stroški nastali v povezavi z zamudo leta zaradi naravne nesreče, ki zavarovancu objektivno prepreči pravočasen prihod na letališče v tujini. Stroški so omejeni z višino zneska za nakup nove letalske karte in zavarovalne vsote.
- (2) Naravna nesreča je dogodek, ki ga povzročijo izjemne naravne sile, na primer potres, zemeljski plaz, podor, poplava, suša, pozeba, toča, žled ali snegolom, itd.
- (3) Zavarovanec ni upravičen do povračila stroškov, če mu je mogoče očitati malomarnost pri organizaciji njegove poti do letališča.
- (4) Stroški se povrnejo po prihodu zavarovanca iz tujine po predloženih originalnih računih in druge potrebne dokumentacije na zahtevo zavarovalnice.
- (5) Stroški so kriti do limita 500 EUR.

22. člen

Izguba ali kraja dokumentov

- (1) Če zavarovanec izgubi ali so mu bili protipravno odtujeni (npr. zaradi tatvine, ropa ali roparske tatvine) osebni dokumenti (npr. potni list ali osebna izkaznica), potrebni za nadaljnjo potovanje ali povratek v domovino, so kriti stroški izdelave novih in začasnih osebni dokumentov, vključno s fotografijami za izdelavo dokumentov. V primeru protipravne odtujitve osebni dokumentov mora zavarovanec dogodek prijaviti policiji in na zahtevo zavarovalnice predložiti policijski zapisnik.
- (2) Kritje vključuje izgubo, krajo ali poškodovanje osebni dokumentov zaradi nezgode zavarovanja v tujini.
- (3) Stroški so kriti do limita 200 EUR.

23. člen

Kraja in poškodba prtljage

- (1) Če je zavarovancu v tujini protipravno odtujena prtljaga (npr. zaradi tatvine, ropa ali roparske tatvine), mu pripada zavarovalnina kot nadomestilo za nastalo škodo. Za izplačilo zavarovalnine mora zavarovanec predložiti natančen opis odtujenih predmetov in policijski zapisnik. Kritje vključuje poškodbo prtljage zaradi nezgode zavarovanja v tujini.
- (2) Za prtljago se štejejo predmeti, namenjeni osebni rabi, ki jih ima zavarovanec s seboj v tujini, ki so pod stalnim nadzorom, vključno s telefoni ali fotoaparati, v kolikor so se nahajali v prtljagi.
- (3) Ni krita kraja ali poškodba prtljage, ki je izgubljena ali odtujena med prevozom oz. transportom, za katero odgovarja tretja oseba.
- (4) Stroški so kriti do limita 100 EUR.

24. člen

Civilna odgovornost

- (1) Zavarovanje krije škodo zaradi civilnopravnih odškodninskih zahtevkov (vključno z odvnetinskimi in drugimi relevantnimi stroški), ki jih tretje osebe uveljavljajo proti zavarovancu zaradi nenadnega in nepričakovane škodnega dogodka (nesreče), za katerega odgovarja zavarovanec, ki ima za posledico:
 1. telesno poškodbo, obolenje ali smrt osebe (poškodovanje oseb);
 2. uničenje, poškodbo ali izginitve stvari (poškodovanje stvari).
- (2) Zavarovalnica ne krije škode:
 1. nastale zavarovančevemu zakoncu in osebam, ki jih je zavarovanec ob škodnem dogodku preživljal;
 2. nastale osebam, ki potujejo skupaj z zavarovancem (prijatelji, znanci, sorodniki);
 3. na tujih stvareh, ki jih je zavarovanec vzel v zakup, uporabo, na posodo, čuvanje, prenos ipd.;
 4. povzročene s kopenskimi motornimi vozili, letali in vodnimi plovili (razen z jadrarno desko in gumijastim čolnom do 3 metre dolžine);
 5. ki izvira iz posesti nepremičnin v tujini;
 6. nastale zaradi onesnaževanja tekočih ali stoječih voda;
 7. povzročene z opravljanjem poklicne dejavnosti zavarovanja.
- (3) Če je podana solidarna odškodninska odgovornost zavarovanca, zavarovalnica pod pogoji iz tega člena krije le del obveznosti, ki pade na zavarovanca po delitvi celotne obveznosti med solidarno odgovorne osebe.
- (4) Zavarovanec mora v najkrajšem možnem času o kakršnem koli dogodku, iz katerega lahko izvira odškodninski zahtevek, obvestiti zavarovalnico oz. asistenčno družbo. Zavarovanec mora posredovati vsa pisma, dopise, pozive in druge dokumente zavarovalnici takoj, ko jih prejme. Zavarovanec ne sme priznati odgovornosti ali plačati, ponuditi plačila ali obljubiti plačila ali pa se pogajati o kakršni koli terjatvi brez pisnega soglasja zavarovalnice.
- (5) Stroški so kriti do polne zavarovalne vsote. Zahtevki civilne odgovornosti v zvezi z zimskimi športnimi nesrečami so omejeni na limit 10.000 EUR. Za namene tega člena so zimski športi: smučanje, deskanje na snegu, smučanje na ledu, smučanje na ledenikih, hoja po ledenikih, karting na ledu, surfanje na ledu, motorno sankanje, ski boarding, tek na smučeh, sankanje z vprego (konj, jelen, pes), snow blading, krpljanje, vožnja po snegu s pnevmatikami, zimska hoja (samo z uporabo derez in cepina).

25. člen

Splošne izključitve

- (1) V celoti so izključene vse obveznosti zavarovalnice, če je primer nastal kot posledica:
 1. aktivnega služenja zavarovanca v oboroženih silah;
 2. zavarovančevega samomora ali poskusa izvršitve samomora;
 3. dogodkov, ki so na kakršen koli način povezani z namernim samopoškodovanjem zavarovanca ali povzročitvijo bolezni, brezumnim ravnanjem, prekomernim uživanjem alkohola, zlorabo drog ali drugih prepovedanih snovi oziroma z lastno izpostavitvijo nepotrebni nevarnosti (razen v primeru poskusa rešitve človeškega življenja);
 4. vožnje motornih in drugih prevoznih sredstev brez ustreznih uradnih dovoljenj;
 5. naklepnega kaznivnega dejanja zavarovanca;
 6. neposrednega ali posrednega sodelovanja zavarovanca v vojni (razglašeni ali nerazglašeni), invaziji, dejanju tujega sovražnika, sovražnosti, državljanski vojni, terorizmu, uporu, izgredu, revoluciji, javnemu shodu, zborovanju ali vstaji; radioaktivnih sevanj;
 7. 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 zahtevkov za stroške, ki so na kakršen koli način povzročeni ali h katerim so prispevala dejanja vojne, uporov, vstaj ali nemirov.

- (2) Zavarovanje tudi ne nudi asistenc in ne krije stroškov za dogodke, 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:
 - pri kajtanju (kitesurfing, kiteboarding), če to v polici ni posebej dogovorjeno;
 - pri prostem plezanju;
 - pri planinarjenju in trekingu nad tri tisoč metrov nadmorske višine;
 - pri potapljanju in podvodnem ribolovu;
 - pri smučanju in deskanju na snegu izven urejenih smučišč ali heliskiingu;
 - pri spustu s kolesi (downhill);
 - na drugih športnih tekmovanjih in treningih.
 3. izvajanja ekstremnega športa ali dogodka, ki je v neposredni zvezi s še posebej nevarno dejavnostjo, če je le ta povezana z nevarnostjo, ki precej presega običajno tveganje pri nahajanju v tujini;
 4. sodelovanje na ekspedicijah v neosvojena ali neraziskana področja;
 5. dogodka, za katerega v teh pogojih ni izrecno navedeno, da je zanj podano zavarovalno kritje;
 6. telesne poškodbe, bolezni, smrti, stroškov ali kakršne koli druge obveznosti, povezane z infekcijo HIV ali AIDS, razen če se zavarovanec okuži med medicinsko preiskavo, preizkusom ali zdravljenjem (vendar le, če to ni povezano z zlorabo drog ali spolno prenosljivimi boleznimi).

- (3) Zavarovalnica ne krije stroškov v naslednjih primerih:
 1. če zavarovanec ali njegov zastopnik telefonsko ali pisno ne obvesti zavarovalnice ali njenih predstavnikov o nastanku zavarovalnega primera v roku 3 dni od začetka bolezni ali poškodbe, razen če za to obstajajo objektivni razlogi;
 2. če zavarovanec ne spoštuje drugih navodil za uveljavljanje pravic iz zavarovanja v primeru bolezni ali nezgode;
 3. če se zavarovanec na zahtevo zavarovalnice ne pusti pregledati zdravniku, ki ga imenuje zavarovalnica ali njeni predstavniki;
 4. za storitve, ki jih nudi kateri koli izvajalec, ki ni pogodbeni partner asistenčne družbe ali asistenčna družba zanj ni jamčila in za storitve, opravljene brez pooblastila in/ali udeležbe oz. odobritve asistenčne družbe;
 5. če so posledica dejstva, da zavarovanec ni z vso dolžno skrbnostjo pazil, da bi preprečil izgubo, škodo, nezgodo, telesno poškodbo ali bolezen sebe ali svoje lastnine;
 6. ki bi jih zavarovanec moral plačati tudi, če se dogodek, v katerem je posredovala asistenčna družba, ne bi bil zgodil.

- (4) Izključene so vse obveznosti zavarovalnice v primeru dajanja neresničnih podatkov zavarovalca oziroma zavarovanja o trajanju zadrževanja v tujini, o okoliščinah poškodbe ali vrsti bolezni, nerazkrievanja katerih koli pomembnih dejstev in 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 vojne, političnih ali drugih okoliščin, ki bi takšne storitve onemogočile ali pa bi bile upravičeno neizvedljive. Zavarovalnica ne prevzema odgovornosti za zamude ali napake pri zagotavljanju storitev zaradi sezonskih, lokalnih in zakonskih omejitev.

26. člen

Posebne vrste izključitev

- (1) Poleg splošnih izključitev iz prejšnjega člena teh splošnih pogojev je zavarovalno kritje omejeno s posebnimi vrstami izključitev v povezavi s/z:
 1. zahtevki, povezanimi s posledicami čezmernega uživanja alkohola, drog ali drugih opojnih substanc;
 2. poslabšanjem 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 veljavnosti zavarovanja oziroma pred odhodom v tujino, razen za nenadno poslabšanje kroničnih bolezni po 8. členu teh splošnih pogojev;
 3. ponavljajočimi izvini in izpahi ter zdravljenje poškodb, ki so nastale pred začetkom trajanja zavarovanja oziroma pred odhodom v tujino;
 4. prevozom za težave, ki se lahko zdravijo na kraju škodnega dogodka;
 5. zdravljenjem, ki ga nudi oseba, s katero zavarovanec potuje;
 6. nalezljive spolne bolezni;
 7. nosečnosti, rednimi pregledi v času nosečnosti, tipičnimi težavami v času nosečnosti, porodom po 37. tednu nosečnosti, razen v primeru reševanja življenja matere oziroma otroka;
 8. preprečevanjem in prekinitvijo nosečnosti;
 9. nadstandardnim bivanjem v bolnišnici (npr. bivanje v enoposteljni sobi s televizijskim sprejemnikom);
 10. operacijami ali zdravljenjem, ki se ga lahko prestavi brez kakršnih koli posledic na čas povratka v državo stalnega bivališča zavarovanca;
 11. zahtevki, ki nastanejo po zaključku zadrževanja v tujini;
 12. stroški, nastalimi zaradi zdravljenja, ki ni potrjeno z zdravniškim izvidom;
 13. stroški prevoza, če se je zavarovanec po mnenju lečečega zdravnika zdravstveno sposoben vrniti v državo svojega prebivališča na prvotno načrtovani način;
 14. nezgodo pri delu ali kateri koli drugi dejavnosti, pri kateri so potrebni povečani fizični napor;
 15. duševnimi ali vedenjskimi motnjami;
 16. dogodki, nastalimi med odhodom v tujino, na katerega se zavarovanec odpravi v nasprotju z zdravstvenimi smernicami ali zdravniškim nasvetom;
 17. dogodki, nastalimi med zadrževanjem v tujini, kamor se je zavarovanec odpravil z namenom zdravljenja, oskrbe ali nege;
 18. dogodki, ki so povezani z lepnotnimi operacijami.

27. člen

Regresni zahtevki zavarovalnice

Če se dejstva iz 25. in 26. člena teh splošnih pogojev ugotovijo naknadno, ima zavarovalnica pravico do regresnega zahtevka za vse stroške, zavarovalnico in morebitne druge dajatve, ki jih je na podlagi takšnih zahtevkov že izplačala.

28. člen

Osebe, ki se lahko zavarujejo

- (1) V skladu s temi splošnimi pogoji se lahko zavarujejo fizične osebe, ki ob izteku zavarovanja ne bodo stare več kot 75 let. Starost zavarovanca je razlika med koledarskim letom začetka zavarovanja in letom njegovega rojstva.
- (2) Zavarovati se ne morejo in v nobenem primeru niso zavarovane osebe, ki so trajno popolnoma nezmožne za delo ali imajo težko živčno bolezen in umsko bolne osebe. Popolna delovna nezmožnost je podana, če se od osebe zaradi bolezni ali hibe po medicinskih stališčih ne sme zahtevati izvajanje pridobitne dejavnosti in pridobitna dejavnost dejansko ni podana.
- (3) Do sklenitve zavarovanja ne more priti, če gre za osebo, ki ne more biti zavarovana. Če postane zavarovanec med trajanjem zavarovanja oseba, ki ne more biti zavarovana, preneha zavarovalno kritje. Istočasno preneha zavarovanje.

29. člen

Zavarovalna pogodba

- (1) Z zavarovalno pogodbo se zavarovalnica obvezuje, da bo ob nastopu zavarovalnega primera izpolnila za zavarovalno pogodbo določene obveznosti, zavarovalec pa se obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval določena denarna sredstva (premijo).
- (2) Sestavni deli zavarovalne pogodbe so: ponudba z morebitno drugo dokumentacijo, zavarovalna polica, ti splošni pogoji, morebitni dodatni zavarovalni pogoji, pisne izjave ponudnika, zavarovalca in zavarovalnice ter zavarovalni polici priložene klavzule.

30. člen

Ponudba

- (1) Za sklenitev zavarovalne pogodbe mora ponudnik zavarovalnici predložiti pisno ponudbo. Ponudba se predloži na obrazcu zavarovalnice. V ponudbi je potrebno navesti resnične, točne in popolne podatke, ki so potrebni za sklenitev zavarovalne pogodbe in so pomembni za ocenitev nevarnosti (rizikov), ki jih zavarovalnica prevzema.
- (2) Ponudba obvezuje ponudnika osem dni od dneva, ko je prispela na sedež zavarovalnice v Ljubljani.
- (3) Če v roku iz drugega odstavka tega člena zavarovalnica ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa predlagano zavarovanje, se šteje, da je ponudbo sprejela in da je zavarovalna pogodba sklenjena z dnem, ko je ponudba prispela na sedež zavarovalnice. V vseh primerih, ko zavarovalnica ponudbo iz kateregakoli razloga odkloni (reklamira), velja, da se ponudba odmika od pogojev, po katerih zavarovalnica sklepa predlagano zavarovanje.
- (4) Zavarovalnica lahko odkloni ponudbo brez navajanja razlogov.
- (5) Če se zavarovalna polica bistveno razlikuje od ponudbe in drugih pisnih izjav zavarovalca, lahko ta razlikam pisno ugovarja v roku osmih dni po prejemu zavarovalne police, sicer velja vsebina zavarovalne police. V primeru, če pri izdaji police pride do očitnih tipkarskih napak ali drugih očitnih napak, se določilo prejšnjega stavka ne uporabi, temveč se prava vsebina police ugotavlja na podlagi vse pogodbene dokumentacije in dogovorjene prave vsebine zavarovanja.

31. člen

Odstop od pogodbe

- (1) Zavarovalec lahko brez navajanja razlogov odpove zavarovalno pogodbo v roku petnajstih dni od njene sklenitve, pri čemer je odstop od pogodbe možen le pred datumom začetka zavarovanja, ki je naveden na polici.
- (2) Ne glede na določilo iz prejšnjega odstavka tega člena je odstop od pogodbe možen tudi po datumu začetka zavarovanja pri zavarovanju s trajanjem najmanj eno leto.
- (3) V tem primeru ima zavarovalnica pravico zadržati administrativne stroške v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom zavarovalnice.

32. člen

Zavarovalno kritje

- (1) Zavarovalno kritje prične ob 00.00 uri dneva, ki je na zavarovalni polici naveden kot začetek zavarovanja, vendar ne pred iztekom čakalne dobe v skladu s 33. členom teh splošnih pogojev. Pred datumom, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja, ni zavarovalnega kritja.
- (2) Zavarovalno kritje preneha ob 24.00 uri dneva, s katerim se konča obdobje, za katerega je zavarovanje sklenjeno.
- (3) Pri tem zavarovanju udeležbe pri dobičku ni. Indeksacija zavarovanja ni možna.

33. člen

Čakalna doba

Zavarovanje je potrebno skleniti pred odhodom zavarovanca v tujino. Če se zavarovanec ob sklenitvi zavarovanja nahaja v tujini, prične zavarovalno kritje za nezgode veljati po preteku 1 (enega) dne, za primer bolezni pa po 3 (treh) dneh od sklenitve zavarovanja.

34. člen

Obveznosti zavarovalnice

Zavarovalnica se obvezuje, da bo ob nastanku zavarovalnega primera izpolnila s pogodbo določene obveznosti.

35. člen

Upravičenec

Upravičenec za koriščenje zavarovalne dajatve je zavarovanec.

36. člen

Prijava zavarovalnega primera

- (1) Zavarovanec uveljavlja pravice iz zavarovanja na podlagi izpolnjenega obrazca, ki je dostopen na spletni strani zavarovalnice (www.merkur-zav.si). Vsa aktualna navodila in kontakti so na voljo na spletni strani zavarovalnice.
- (2) Asistenca je 24 ur na dan in 7 dni v tednu dosegljiva na telefonski številki +386 1 300 55 00.
- (3) Ob nastanku zavarovalnega primera mora zavarovanec takoj (preden si sam organizira pomoč) poklicati oziroma obvestiti asistenco zavarovalnice, od koder se organizira asistenčna pomoč.
- (4) Ob obvestilu asistenčnega centra mora zavarovanec posredovati naslednje podatke:
 - ime, priimek in naslov zavarovanca oziroma zavarovalca,
 - številko in datum veljavnosti zavarovalne police,
 - kraj, kjer se zavarovanec nahaja in telefonsko številko ter morebiten naslov, kjer je zavarovanec dosegljiv,
 - kratek opis problema in obliko zelene pomoči,
 - dokazilo, da potovanje v tujini ne traja več kot devetdeset (90) zaporednih dni,
 - drugo dodatno dokumentacijo na zahtevo zavarovalnice oz. asistenc.
- (5) Asistenčni zdravnik se bo po potrebi povezal z lečečim zdravnikom, pri čemer mora zavarovanec, kadar je to potrebno, podpisati obrazec ROI (odveza zdravniške molčečnosti).
- (6) V primeru, da zavarovanec takoj ne obvesti asistencije zavarovalnice, lahko le-ta zavrne vse zahtevke, ki niso utemeljeni iz opravičljivih zdravstvenih ali tehničnih razlogov.
- (7) Če zavarovalnica oceni, da je šlo za izjemno stanje (reševanje življenj, preprečitev nastanka večje škode, hujše poškodbe zaradi nezgode itd.), lahko zavarovancu izjemoma prizna določene storitve iz zavarovanja, ne glede na prejšnji odstavek, vendar mora zavarovanec izjemno stanje dokazati oziroma za to predložiti ustrezna dokazila. Na osnovi prejetih dokazil asistenca zavarovalnice, ki je odgovorna za reševanje zahtevkov za uveljavljanje pravice do povrnitve stroškov, odloča o utemeljenosti zavarovančevega naknadnega zahtevka.
- (8) Ne glede na tretji in šesti odstavek tega člena, obvestilo asistencije zavarovalnice ni potrebno, kadar stroški iz zavarovalnega kritja ne presegajo 250 EUR. V tem primeru zavarovanec sam krije stroške in se mu povrnejo naknadno ob prihodu v domovino.
- (9) Zavarovanec mora stroške, ki presegajo omejitve po teh splošnih pogojih, in stroške, ki jih po teh splošnih pogojih zavarovalnica ne krije, poravnati sam.

37. člen

Premija in oblikovanje matematičnih rezervacij

- (1) Premija se določa po premijskem ceniku zavarovalnice in ni odvisna od zavarovančeve starosti.
- (2) Matematične rezervacije se ne oblikujejo.

38. člen

Plačevanje premij

- (1) Premije so letne in se plačujejo vnaprej. Premijo je dolžan plačati zavarovalec, vendar je zavarovalnica dolžna sprejeti premijo od vsakogar, kdor ima za to plačilo pravni interes. Premije se poravnajo po vrstnem redu zapadlosti v izpolnitve. Stroški plačila bremenijo plačnika.
- (2) Z zavarovalno pogodbo se lahko dogovori obročni način plačila letne premije, ki je lahko polletni, četrtletni ali mesečni. Če tudi je plačilo premije dogovorjeno v obrokih, ima zavarovalnica na začetku vsakega zavarovalnega leta terjatev za celotno letno premijo, zato lahko zavarovalnica ob nastopu zavarovalnega primera zahteva poplačilo vseh še nepravilnih obrokov premije za tekoče zavarovalno leto.
- (3) Če se prva letna premija oziroma njen prvi obrok plača z nalogom izvajalcu plačilnega prometa (npr. pošti, banki), se šteje, da je plačano ob 24:00 uri dne, ko je bil nalog za plačilo izročjen izvajalcu plačilnega prometa.
- (4) Premije se lahko plačujejo prek plačilnega naloga ali prek direktne obremenitve transakcijskega računa, prek administrativne prepovedi ali drugih plačilnih sredstev, ki jih v trenutku sklenitve zagotavlja zavarovalnica. V primeru, ko je zavarovalec pravna oseba, se premije plačujejo na podlagi izdanega računa. V primeru plačila prek plačilnega naloga ali na podlagi izdanega računa ali prek administrativne prepovedi je rok plačila najkasneje petnajstega v mesecu zapadlosti premije oziroma njenega obroka, razen če je na plačilnem nalogu ali na izdanem računu ali na administrativni prepovedi navedeno drugače. Če se premije oziroma njeni obroki poravnajo prek direktne obremenitve, bo zavarovalnica osemnajstega v mesecu zapadlosti premije oziroma njenega obroka brez vsakokratnega predhodnega obvestila o tem zavarovalcu oziroma plačniku premije bremenila transakcijski račun, ki ga je zavarovalec oziroma plačnik premije sporočil zavarovalnici. Če plačilo premije preko direktne obremenitve transakcijskega računa iz kateregakoli razloga postane nemogoče, se šteje, da gre za nepravočasno plačilo premije. V primeru, da se prva premija plača s plačilno kartico, si zavarovalnica pridružuje pravico, da se ob obnovi zavarovanja nadaljnje premije plačujejo preko položnice.
- (5) V primeru zamude s plačilom premije oziroma njenega obroka, lahko zavarovalnica zaračuna zakonske zamudne obresti. Odlog plačila premije oziroma njenega obroka je možen le po predhodnem pisnem dogovoru med zavarovalnico in zavarovalcem.

39. člen

Posledice neplačila premije

- (1) Če katera izmed letnih premij oziroma njenih obrokov ni plačana pravočasno, zavarovalnica najprej izpelje postopek opominjanja zavarovalca. Zavarovalcu se največ dva zaporedna koledarska meseca poleg plačilnega naloga oziroma direktne obremenitve za tekočo premijo oziroma njen obrok izstavi tudi plačilni nalog za neporavnane zneske premije oziroma njenih obrokov iz preteklih obdobj. Če je zavarovalec pravna oseba, se ga o neporavnanih zneskih opomni s pisnim dopisom. Zavarovalec neporavnanih zneskov premije oziroma njenih obrokov ne plača v postopku opominjanja, zavarovalnica nadaljuje s postopkom v skladu z določili drugega in tretjega odstavka tega člena. Stroške opominjanja zaračuna zavarovalnica zavarovalcu v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom zavarovalnice.
- (2) Zavarovalnica vroči zavarovalcu priporočeno pismo, v katerem določi rok plačila 30 dni, ki začne teči z dnem, ko je bilo pismo vročeno. Če v tem roku zapadle premije niso plačane, ima zavarovalnica pravico, da razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka.
- (3) Če zavarovalec plača premijo po izteku roka iz drugega odstavka tega člena, vendar v enem letu od zapadlosti premije, je zavarovalnica zavezana, če nastane zavarovalni primer, izplačati zavarovalno dajatev po izteku 24. ure dneva, ko je bila plačana premija in zamudne obresti.

40. člen

Prenehanje zavarovanja

- (1) Zavarovanje je sklenjeno za zavarovalno dobo, ki je opredeljena na polici. Zavarovanje preneha veljati:
 - če postane zavarovanec med trajanjem zavarovalne pogodbe oseba, ki ne more biti zavarovana (v skladu s 3. odstavkom 28. člena teh splošnih pogojev);
 - s smrtjo zavarovanca;
 - zaradi neplačila premije (v skladu z 39. členom teh splošnih pogojev);
 - s smrtjo zavarovalca razen, če zavarovanec v roku 30 dni od smrti zavarovalca izjavi, da želi nadaljevati zavarovanje kot novi zavarovalec;
 - z odpovedjo zavarovalne pogodbe (v skladu s 3. odstavkom tega člena oziroma 41. členom teh splošnih pogojev);
 - v drugih primerih, ko je tako določeno s temi splošnimi pogoji oziroma z zavarovalno pogodbo.
- (2) Če zavarovanje preneha, ker je zavarovanec postal oseba, ki ne more biti zavarovana (v skladu s 3. odstavkom 28. člena teh splošnih pogojev) in je vzrok prenehanja zavarovalni primer, ima zavarovalnica pravico do celotne letne premije za tekoče zavarovalno leto, sicer pa samo za čas do nastanka vzroka prenehanja.
- (3) Če zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec pridobi zavarovalno dajatev na podlagi napačnih podatkov, za katere je vedel, da so napačni, predvsem pa s prevaro glede bolezni ali nezgode in jo tako poskuša pridobiti ali sodeluje pri takšnem ravnanju, je zavarovalnica prosta obveznosti izplačila zavarovalnih dajatev in ima pravico zahtevati povrnitev že plačanih stroškov. Zavarovalnica ima pravico, da v tem primeru razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka. Enako velja, če zavarovanec namenoma ali iz hude malomarnosti ne upošteva navodil, ki jih je dobil od lečečega zdravnika, zavarovalnice ali asistenčne družbe.

41. člen

Obnovitev, odpoved in sprememba pogodbe

- (1) V primeru sklenitve letnega turističnega zavarovanja se ob izteku zavarovalne dobe le-to obnovi (molče podaljša) za enako časovno obdobje, za katero je bila pogodba sklenjena (eno leto), razen če zavarovalec ali zavarovalnica pogodbe ne odpove s pisno izjavo najmanj en mesec pred potekom trajanja zavarovanja. V primeru odpovedi iz tega odstavka preneha pogodba z iztekom tekočega zavarovalnega obdobja.
- (2) V času trajanja zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti splošne pogoje, višino zavarovalne premije (premijski cenik) in višino letne zavarovalne vsote, pri čemer spremembe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta.
- (3) Če se zavarovalec s spremembo ne strinja, ima pravico, da v tridesetih (30) dneh po obvestilu z izjavo odstopi od zavarovalne pogodbe, pri čemer odstop od zavarovalne pogodbe učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovalec v tem roku ne odstopi od zavarovalne pogodbe, se šteje, da se s spremembami strinja.
- (4) Zavarovalec nima pravice odstopiti od zavarovalne pogodbe, če je sprememba nedvoumno v njegovo oziroma zavarovančovo korist (npr. povišanje zavarovalnih vsot ali dodajanje novih kritij).
- (5) Ta člen se ne uporablja za kratkoročna zavarovanja z zavarovalno dobo krajšo od enega leta.

42. člen

Spremembe zavarovalne pogodbe, vinkulacija, zastava, udeležba na dobičku, indeksacija

- (1) Zavarovalec lahko tekom zavarovanja predlaga zavarovalnici, da se zavarovalna pogodba spremeni. Možne so spremembe zavarovalca, spremembe načina in vrste plačila.
- (2) Izvedba administrativnih sprememb zavarovalne pogodbe se zaračuna po vsakokrat veljavnem ceniku zavarovalnice.
- (3) Kapitalizacija zavarovanja, vzpostavitev v prejšnje stanje, mirovanje, ožvitev in odkup zavarovanja ter izplačilo predujma iz tega zavarovanja niso možni.
- (4) Zavarovanja ni mogoče zastaviti ali vinkulirati.
- (5) Udeležbe na dobičku ni.
- (6) Indeksacija ni možna.

43. člen

Nadomestila in cenik

- (1) Zavarovalec mora za vse storitve, ki jih posebej zahteva, zavarovalnici plačati ustrezno nadomestilo po vsakokrat veljavnem ceniku zavarovalnice.
- (2) Vsakokrat veljavni cenik zavarovalnice je dostopen na spletni strani www.merkur-zav.si, na sedežu družbe v Ljubljani in v vseh enotah poslovne mreže zavarovalnice.

44. člen

Vrstni red poravnavanja obveznosti

- (1) Vse obveznosti, ki izhajajo iz zavarovalne pogodbe ali v zvezi z njo, so zavarovalnica, zavarovalec, zavarovanec, plačnik premije in upravičenec dolžni poravnovati po vrstnem redu zapadlosti v izpolnitev.
- (2) Obveznosti iz prejšnjega odstavka so zlasti, vendar ne samo: izplačilo zavarovalnih dajatev ter plačila premije, stroškov opominjanja, ki jih posamezna pogodbeno stranka posebej zahteva.

45. člen

Javne dajatve

Zavarovalnica je ob sklepanju zavarovalne pogodbe in ob vsakršnem izplačilu zneskov po zavarovalni pogodbi dolžna obračunati vse davčne obveznosti v skladu z vsakokrat veljavno zakonodajo.

46. člen

Izjave volje in sprememba naslova

- (1) Vsa obvestila, sporočila, izjave in dogovori (izjave volje) so obvezujoči le, če so v pisni obliki in dostavljeni zavarovalnici.
- (2) Izjave zavarovalnice so pravno veljavne le, če so podpisane s strani pristojnih delavcev zavarovalnice.
- (3) Zavarovalec je dolžan spremembo svojega naslova nemudoma sporočiti zavarovalnici, sicer je veljavna vročitve izjave zavarovalnice, naslovljena na njej zadnji znani naslov zavarovalca.
- (4) Če prvi poskus vročitve izjave volje s strani zavarovalnice ni bil uspešen, se izjava takoj poskuša ponovno vročiti. Če je neuspešen tudi drugi poskus vročitve, se domneva, da je izjava volje vročena zavarovalcu, s tem pa je zavarovalnica svojo dolžnost izpolnila.

47. člen

Izvensodno reševanje sporov

- (1) V skladu s Pravilnikom o načinu reševanja pritožb strank Merkur zavarovalnice d.d., ki je dostopen na spletni strani www.merkur-zav.si, na sedežu družbe v Ljubljani in v vseh enotah poslovne mreže zavarovalnice, se lahko pri zavarovalnici vložijo pritožbe v zvezi z nesporazumi in spori, ki nastanejo pri sklepanju zavarovanj, pri izplačevanju odškodnin in zavarovalnin ter druge pritožbe v zvezi z zavarovanjem.
- (2) Glede na vsebino pritožbe, jo obravnava pristojni pritožbeni organ v skladu s prejšnjim pravilnikom.
- (3) Če zavarovalnica pritožbi zavarovalca v okviru notranjega postopka za reševanje pritožb ne ugotovi ali o njej ne odloči v 30 dneh po njenem prejemu, lahko zavarovalec naslovi pobudo za začetek postopka izbranemu neodvisnemu izvajalcu izvensodnega reševanja sporov: Mediacijski center pri Slovenskem zavarovalnem združenju, GlZ, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon 01/300 93 81, e-pošta: irps@zav-zdruzenje.si, <http://www.zav-zdruzenje.si/>.
- (4) V kolikor zavarovalec oceni, da je prišlo do kršitve Zavarovalnega kodeksa, drugih dobrih poslovnih običajev in temeljnih standardov zavarovalne stroke, lahko svojo pritožbo posreduje Varuhu pravic s področja zavarovalništva, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana.

48. člen

Krajevna pristojnost

- (1) Za reševanje sodnih sporov je krajevno pristojno sodišče v Ljubljani.
- (2) Krajevno pristojno sodišče je tudi sodišče, na območju katerega ima zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec iz zavarovanja stalno ali začasno prebivališče ali sedež.

člen

Nadzor nad zavarovalnico

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

50. člen

Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice

Poročilo o solventnosti in finančnem položaju Merkur zavarovalnice d.d., zavarovalnica objavlja na spletni strani: www.merkur-zav.si.

51. člen

Končna določba

Za razmerja med zavarovalnico, zavarovalcem, zavarovancem in upravičencem ter ostalimi vpletenimi osebami, ki niso urejena s temi splošnimi pogoji ali zavarovalno pogodbo, se uporablja zakonodaja, ki ureja obligacijska razmerja, zavarovalništvo ter zdravstvena zavarovanja v Republiki Sloveniji, predvsem pa XXVI. poglavje Obligacijskega zakonika (Uradni list RS, št. 83/2001 s spremembami).

Splošne pogoje je sprejel Odbor za produkte Merkur zavarovalnice d.d., Ljubljana na seji dne 9.5.2022.