

# SPLOŠNI POGOJI ZA ZAVAROVANJE PREHODNE OSKRBE ZARADI NEZGODE

## 01-OSN-02/14

### 1. člen UVODNE DOLOČBE

- (1) Splošni pogoji za zavarovanje prehodne oskrbe zaradi nezgode (v nadaljevanju: pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki jo zavarovalec sklene z ADRIATICOM SLOVENICO zavarovalno družbo d.d. Koper (v nadaljevanju: zavarovalnica).
- (2) V pogojih veljajo v moškem spolu uporabljeni izrazi za osebe ženskega in moškega spola.

### 2. člen OPREDELITEV IZRAZOV

Izrazi v teh pogojih pomenijo:

- **asistenčni center zavarovalnice** – telefonska točka zavarovalnice, preko katere lahko zavarovanci oziroma njihovi pooblaščenec uveljavljajo pravice iz zavarovanja;
- **izvajalec storitev prehodne oskrbe** – pogodbeni izvajalec zavarovalnice, ki ima z zavarovalnico sklenjeno pogodbo o poslovnem sodelovanju;
- **kontrolni pregled** – zdravniški pregled, katerega potrebnost je razvidna iz medicinske dokumentacije zavarovanca;
- **podporna dnevna opravila** – opravila, ki omogočajo posamezniku živeti neodvisno v domačem ali drugem okolju in sicer: gospodinjska in druga hišna opravila (kuhanje, pranje, postrežba in pomivanje posode), nakupovanje in plačevanje računov;
- **polica** – listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
- **pooblaščenec** – s strani zavarovanca pooblaščen oseba, ki ureja posle v imenu zavarovanca;
- **premija** – znesek, ki ga zavarovalec plača zavarovalnici po zavarovalni pogodbi;
- **škodni portal zavarovalnice** – spletna točka na uradni spletni strani zavarovalnice, preko katere lahko zavarovanci oziroma njihovi pooblaščenec uveljavljajo pravice iz zavarovanja;
- **temeljna dnevna opravila** – aktivnosti za ohranjanje in vzdrževanje naslednjih življenjskih funkcij: prehranjevanje in pitje, osebna higiena, oblačenje in slačenje, izločanje in odvajanje ter gibanje;
- **zavarovalec** – pravna ali fizična oseba, ki z zavarovalnico sklene pogodbo;
- **zavarovalni primer** – upravičenje zavarovanca do storitev prehodne oskrbe;
- **zavarovalno leto** – obdobje enega leta, ki se prične z datumom začetka veljavnosti pogodbe. Naslednje zavarovalno leto se prične z iztekom predhodnega zavarovalnega leta;
- **zavarovanec** – fizična oseba, katere premoženjski interes je zavarovan.

### 3. člen VSEBINA IN OBSEG ZAVAROVANJA

- (1) Zavarovanje prehodne oskrbe zaradi nezgode (v nadaljevanju: zavarovanje) je zdravstveno zavarovanje, ki skladno s pogoji zagotavlja organizacijo, izvedbo in plačilo stroškov storitev prehodne oskrbe na območju Republike Slovenije.
- (2) Za storitve prehodne oskrbe po teh pogojih štejejo:
  - **POMOČ NA DOMU**: storitve namenjene pomoči pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil ter morebitno varstvo zavarovančevih otrok, ki je povezano z zavarovančevo potrebo po storitvah prehodne oskrbe;
  - **PREVOZ NA KONTROLE**: prevoz in spremstvo zavarovanca na kontrolne preglede ter prevoz zavarovanca na dom po njegovem odpustu iz bolnišnice.
- (3) Pravico do **POMOČI NA DOMU** in **PREVOZA NA KONTROLE** ima zavarovanec, ki postane zaradi nezgode začasno ali trajno nesposoben samostojno opravljati vsaj eno od naslednjih temeljnih dnevnih opravil:
  - prehranjevanje in pitje: šteje, da oseba ni samostojna pri prehranjevanju ali pitju, če niti z eno niti z drugo roko ne more doseči obraza ali če se prehranjuje s pripomočki (npr. nazogastična sonda, prehranjevalna gastrostoma, jejunostoma);
  - osebna higiena: šteje, da oseba ni samostojna pri osebni higieni, če niti z eno niti z drugo roko ne more doseči obraza, zatilja, zadnjice ali stopal;
  - oblačenje in slačenje: šteje, da oseba ni samostojna pri oblačenju ali slačenju, če niti z eno niti z drugo roko ne more doseči obraza, zatilja, zadnjice ali stopal;
  - izločanje in odvajanje blata in vode: šteje, da oseba ni samostojna pri odvajanju blata ali vode, če teh potreb ne opravlja po naravni poti in brez pripomočkov (npr. urinski kateter, ileostoma, trajni kateter);

- gibanje: šteje, da se oseba ni sposobna samostojno gibati, če je nepokretna oziroma potrebuje invalidski voziček (začasno ali trajno).
- (4) Pravico do *PREVOZA NA KONTROLE* ima zavarovanec, ki ima zaradi nezgode predpisano gibanje s pomočjo hodulje ali bergel za obdobje najmanj treh mesecev.
- (5) Zavarovalni primer po teh pogojih nastopi, ko zavarovanec ali njegov pooblaščenec preko asistenčnega centra zavarovalnice ali škodnega portala zavarovalnice zaradi iste nezgode prvič prijavi potrebo po storitvah prehodne oskrbe iz predhodnih dveh odstavkov, ki je razvidna iz medicinske dokumentacije zavarovanca. Zavarovanec ali njegov pooblaščenec uveljavlja nadaljnjo zavarovalno zaščito iz nastalega zavarovalnega primera prav tako preko asistenčnega centra zavarovalnice ali škodnega portala zavarovalnice z nadaljnjimi prijavi potrebe vse dokler zavarovalna zaščita, ki je določena za posamezni zavarovalni primer, ni izčrpana.
- (6) Količina storitev prehodne oskrbe za posamezni zavarovalni primer je omejena z višino, ki je razvidna iz police. Ko je zavarovalna zaščita, kot določena na polici za posamezni zavarovalni primer, izčrpana, zavarovalnica iz naslova iste nezgode po teh pogojih nima več nikakršnih obveznosti.
- (7) Storitve prehodne oskrbe izvajajo izvajalci storitev prehodne oskrbe, njihovo izvajanje pa temelji na strokovnosti, etiki, upoštevanju človekovega dostojanstva in varstva človekovih pravic. Zavarovalnica je odgovorna za izbiro izvajalcev storitev prehodne oskrbe, ne prevzema pa odgovornosti za morebitno nekvalitetno izvedbo del ali storitev s strani posameznih izvajalcev ali njihovih podizvajalcev. Zavarovalnica za posamezne izvajalce storitev prehodne oskrbe ali njihove podizvajalce ne prevzema nikakršne odškodninske odgovornosti.

#### 4. člen UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZAVAROVANJA

- (1) Uveljavljanje pravic iz zavarovanja se prične izključno s prijavo preko asistenčnega centra zavarovalnice ali škodnega portala zavarovalnice (v nadaljevanju: prijava). Tudi vsa nadaljnja komunikacija in uveljavljanje pravic iz zavarovanja poteka na takšen način, pri čemer mora tudi za vsako nadaljnje uveljavljanje pravic iz zavarovanja obstajati medicinsko utemeljena potreba.
- (2) Za uveljavljanje pravice do *POMOČI NA DOMU* mora zavarovanec ali njegov pooblaščenec takoj oziroma najkasneje v roku 15 dni po nastopu potrebe po pomoči na domu obvestiti zavarovalnico preko prijave.
- (3) Za uveljavljanje pravice do *PREVOZA NA KONTROLE* mora zavarovanec ali njegov pooblaščenec preko prijave naročiti prevoz pri zavarovalnici vsaj tri dni pred načrtovanim kontrolnim pregledom. Če gre za prevoz in spremstvo po odpustu iz bolnišnice, mora zavarovanec ali njegov pooblaščenec preko prijave prevoz naročiti takoj, ko je znano, da bo zavarovanec odpuščen iz bolnišnice.
- (4) Pri prijavi mora zavarovanec ali njegov pooblaščenec podati naslednje podatke, ki jih zavarovalnica potrebuje za odločanje o upravičenosti do storitev prehodne oskrbe in njeno organizacijo:
  - ime, priimek in naslov zavarovanca;
  - številko in datum začetka veljavnosti police;
  - datum nastanka nezgode;
  - datum nastanka potrebe po storitvah prehodne oskrbe;
  - opis zavarovalnega primera (skladno z vprašalnikom zavarovalnice);
  - opis potrebnih storitev prehodne oskrbe (skladno z vprašalnikom zavarovalnice).
- (5) Izvajalca storitev prehodne oskrbe določi zavarovalnica.
- (6) Zavarovanec mora med postopkom uveljavljanja pravic izvajalcu storitev prehodne oskrbe omogočiti vpogled v svojo medicinsko dokumentacijo ter mu dovoliti zajem podatkov, ki jih zavarovalnica potrebuje za odločanje o upravičenosti do storitev prehodne oskrbe in njihovo organizacijo. Medicinsko dokumentacijo lahko zavarovanec tudi osebno dostavi na zavarovalnico.
- (7) Zavarovanec je dolžan na zahtevo zavarovalnice privoliti v zdravniški pregled, ki ga opravi zdravnik po izbiri zavarovalnice.

#### 5. člen OMEJITVE IN IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE V ZVEZI Z ZAVAROVANJEM

- (1) Zavarovalnica nima obveznosti iz zavarovanja, če je nezgoda, zaradi katere nastane potreba po storitvah prehodne oskrbe, nastala pred začetkom veljavnosti zavarovanja.
- (2) Zavarovalni primer ne nastane in zavarovalnica nima obveznosti v primeru, če potreba po storitvah prehodne oskrbe ni prijavljena zavarovalnici preko asistenčnega centra zavarovalnice ali škodnega portala zavarovalnice oziroma, če si je zavarovanec storitve prehodne oskrbe organiziral ali plačal sam.
- (3) Zavarovalnica v okviru nudenja storitev prehodne oskrbe ne krije stroškov:
  - stvari, ki jih je izvajalec storitev prehodne oskrbe priskrbel za zavarovanca;

- zdravstvenih storitev;
  - varstva in oskrbe domačih živali zavarovanca;
  - storitev, ki so povezane s pridobitno dejavnostjo zavarovanca.
- (4) Zavarovalnica nima obveznosti organiziranja in izvedbe storitev prehodne oskrbe za stanja, ki so posledica:
- poskusa samomora ali namerne samopoškodbe;
  - poškodb v vojnah ali v vojni podobnih dogodkih, v sabotažah ali terorističnih dejanjih;
  - poškodb ob jedrskih ali radioaktivnih tveganjih, kemičnih onesnaženjih ter ionizirajočem sevanju;
  - poskusa ali izvedbe naklepnih kaznivih dejanj s strani zavarovanca;
  - upravljanja prevoznih sredstev in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih ali veljavnih dovoljenj;
  - dogodka, ki je nastal zaradi prisotnosti alkohola, drog ali drugih psihoaktivnih snovi v telesu zavarovanca. Za prisotnost alkohola šteje, če je imel zavarovanec ob nezgodi več kot 0,48 mg alkohola v litru izdihanega zraka ali več kot 1 g alkohola na kilogram krvi. Odklonitev preizkusa prisotnosti navedenih substanc šteje, da so bile le-te v telesu zavarovanca prisotne;
  - sodelovanja v nemirih, izgredih, demonstracijah ali podobnih dogodkih;
  - sodelovanja na vožnjah, namenjenih treningu ali dirkam z motornimi vozili ali plovili.
- (5) Če je zavarovalnica, kljub izključitvam obveznosti iz predhodnih odstavkov tega člena, storitve že organizirala in izvedla, ima pravico od zavarovanca zahtevati povračilo teh stroškov, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi od dneva plačila dalje. Enako velja tudi v primeru, ko se izkaže, da je zavarovanec ob prijavi sporočil zavarovalnici neresnične podatke.
- (6) Zavarovanec mora storitve, ki presegajo obseg storitev, ki ga v okviru sklenjenega zavarovanja nudi zavarovalnica, plačati sam.

## 6. člen KDO SE LAHKO ZAVARUJE

Po teh pogojih se lahko zavarujejo osebe od 18. do 65. leta starosti, ki so sposobne samostojno opravljati vsaj eno od temeljnih dnevnih opravil. Osebe, mlajše od 18 let in starejše od 65 let, se lahko zavarujejo po posebnih pogojih.

## 7. člen SKLENITEV IN TRAJANJE ZAVAROVALNE POGODBE

- (1) Ponudba za zavarovanje se predloži zavarovalnici v pisni ali elektronski obliki na obrazcu zavarovalnice in predstavlja predlog za sklenitev pogodbe. Podpiše jo zavarovalec. Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, morata ponudbo podpisati oba.
- (2) Pisna ponudba za sklenitev pogodbe zdravstvenega zavarovanja veže osebo, ki želi z zavarovalnico skleniti zavarovalno pogodbo, 8 dni od dneva, ko je ponudba prispela na zavarovalnico. Zavarovalnica lahko ponudbo zavrne brez navajanja razlogov. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, se šteje, da je ponudba sprejeta in da je bila pogodba sklenjena z dnem prispetja ponudbe na zavarovalnico. Na podlagi sklenjene zavarovalne pogodbe zavarovalnica izstavi in pošlje zavarovalcu polico.
- (3) Zavarovalnica si pridržuje pravico, da v primeru ugotovljenih napak pri sklepanju zavarovalne pogodbe zavarovalcu posreduje novo polico. Če se zavarovalec s popravki ne strinja, lahko odstopi od pogodbe v roku 15 dni od prejema nove police. V nasprotnem se šteje, da se zavarovalec s popravki strinja, zato velja za dogovorjeno, kot izhaja iz nove police.
- (4) V primeru sklenitve pogodbe na daljavo lahko zavarovalec odpove pogodbo v roku 14 dni od sklenitve, pri čemer ima zavarovalnica pravico do zneska enomesečne premije, ki predstavlja nadomestilo za sorazmerni del premije za zavarovalno kritje do odpovedi ter stroške obdelave pogodbe. Za pogodbe, sklenjene na daljavo, štejejo pogodbe, do katerih sklenitve je prišlo s komunikacijo preko pisemskih pošilk ali drugih tiskovin, katalogov, telefonskih pogovorov, faksimilne naprave, elektronske pošte, interneta in podobno.
- (5) Zavarovanje se sklenuje za čas, kot je določen na polici.
- (6) Začetek zavarovanja je prvega v mesecu, če ni dogovorjeno drugače.
- (7) Zavarovalno kritje začne ob 00.00 uri dneva, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja, pod pogojem, da je zavarovalec do datuma začetka zavarovanja vplačal celotni znesek dogovorjene prve premije, ali če je podpisal izjavo, s katero dovoljuje odtegotvanje premije s svojega računa.
- (8) Če dogovorjena prva premija ni plačana do datuma, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja, in zavarovalec ni podpisal izjave iz predhodnega odstavka, zavarovalno kritje prične ob 00.00 uri prvega dne naslednjega meseca po mesecu, ko je bila dogovorjena prva premija plačana v celoti.
- (9) Zavarovanje preneha ob 24.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot datum poteka zavarovanja. Najkasneje 30 dni pred datumom poteka zavarovanja lahko zavarovalnica zavarovalcu pošlje ponudbo za sklenitev nove istovrstne zavarovalne pogodbe. Zavarovalec ima pravico, da v roku 30 dni po prejemu ponudbe za sklenitev nove zavarovalne pogodbe zavarovalnici sporoči, da se s sklenitvijo nove

zavarovalne pogodbe ne strinja. V tem primeru zavarovalno razmerje preneha z datumom poteka zavarovanja. Če zavarovalec ob prejemu ponudbe za sklenitev nove zavarovalne pogodbe zavarovalnici ne sporoči ničesar, se šteje, da se zavarovalec s ponudbo za sklenitev nove zavarovalne pogodbe strinja, zato se zavarovalno razmerje z datumom poteka zavarovanja nadaljuje po novi zavarovalni pogodbi. Na podlagi sklenitve nove zavarovalne pogodbe zavarovalnica pošlje zavarovalcu novo polico.

- (10) Ne glede na datum, ki je na polici naveden kot datum poteka zavarovanja, zavarovanje preneha tudi v enem izmed naslednjih primerov:
- ob 24.00 uri tistega dne, ko poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec dopolnil 75 let;
  - ob smrti zavarovanca;
  - ob 24.00 uri tistega dne, ko poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec postal trajno nesposoben samostojno opravljati enega od temeljnih dnevnih opravil;
  - v primeru posledic neplačevanja premije;
  - v drugih primerih, določenih s temi pogoji ali zakonom.
- (11) Zavarovalec lahko zavarovanje odpove. Zavarovalna pogodba preneha s prvim dnevom po mesecu, ko zavarovalnica prejme odstopno izjavo. Če je v tekočem zavarovalnem letu nastal zavarovalni primer, pripada zavarovalnici celotna premija za zadnje zavarovalno leto.

## 8. člen PREMIJA IN POSLEDICE NEPLAČILA PREMIJE

- (1) Višina premije je določena v ponudbi po ceniku zavarovalnice. Zavarovalnica je dolžna sprejeti premijo od vsake osebe, ki ji je v interesu, da je premija plačana.
- (2) Premija je letna, plačuje se vnaprej v enkratnem znesku ali v dogovorjenih obrokih in zapade v plačilo do začetka obdobja, za katerega se plačuje, razen, če ni dogovorjeno drugače.
- (3) Šteje se, da je premija plačana ob 00.00 uri naslednjega dne po dnevu, ki je razviden iz plačilnega dokumenta.
- (4) Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačevati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih zakonodajalec predpiše v času trajanja zavarovalne pogodbe.
- (5) Če katera od zapadlih premij ni plačana v roku, zavarovalnica obvesti zavarovalca o neplačilu premije s priporočenim obvestilom na zadnji naslov, ki ga je zavarovalec sporočil zavarovalnici.
- (6) V primeru, da premija iz prvega odstavka ni plačana niti v roku 30 dni od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno obvestilo o zapadlosti premije, zavarovalna pogodba in z njo zavarovalno kritje po polici prenehata. Če je v tekočem zavarovalnem letu nastal zavarovalni primer, pripada zavarovalnici celotna premija za zadnje zavarovalno leto.
- (7) Pri plačevanju premije se v primeru zaostanka plačila najprej poravnajo stroški opominjanja, nato zamudne obresti in končno zapadli obroki premije.
- (8) Po izteku roka iz šestega odstavka tega člena zavarovalnica v zvezi s polico, po kateri premija ni bila plačana, nima nobene obveznosti.

## 9. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- (1) Zavarovalnica se zavezuje, da bo izvajalec storitev prehodne oskrbe vzpostavil kontakt z zavarovancem oziroma pooblaščenecem čimprej oziroma najkasneje v roku 24 ur od prijave potrebe za storitve prehodne oskrbe.
- (2) Zavarovalnica lahko v zakonsko določenem roku razdre pogodbo in zahteva povračilo plačanih stroškov iz naslova zavarovanja, če je zavarovalec oziroma zavarovanec neresnično ali nepopolno prijavil oziroma zamolčal bistvene podatke, pomembne za izvajanje pogodbe.
- (3) Zavarovalnica ima ob razdrtju pogodbe pravico zahtevati vračilo stroškov sklenitve pogodbe, popustov in drugih ugodnosti, ki izhajajo iz trajanja pogodbe, ter plačilo nadomestila drugih stroškov po cenikih zavarovalnice.

## 10. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA OZIROMA ZAVAROVANCA

- (1) Zavarovanec je dolžan zavarovalnici ali izvajalcu storitev prehodne oskrbe predložiti pisna dokazila in drugo dokumentacijo, ki je pomembna za ugotavljanje obveznosti zavarovalnice. To je predvsem vsa medicinska dokumentacija, ki je nastala ob zavarovalnem primeru in iz katere je razvidno zdravstveno stanje zavarovanca (zdravniški izvidi, odpustna pisma ali druga medicinska dokumentacija) ter morebitna druga dokazila na zahtevo zavarovalnice. Zavarovalnica ima pravico zahtevati dodatna dokazila od zavarovalca, zavarovanca, pooblaščenca ali druge pravne ali fizične osebe, da bi ugotovila okoliščine, pomembne v zvezi z reševanjem zavarovalnega primera.

- (2) Zavarovanec se zavezuje, da bo zavarovalnici povrnil stroške, ki jih je izvajalcu storitev prehodne oskrbe povzročila prijava, ki ne ustreza definiciji zavarovalnega primera iz petega odstavka 3. člena teh pogojev oziroma ni uveljavljajl pravic iz zavarovanja na način, predpisan v 4. členu.
- (3) Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan na zahtevo zavarovalnice ob sklenitvi pogodbe prijaviti vse okoliščine, pomembne za ocenitev nevarnosti, ki so mu znane, oziroma mu niso mogle biti neznane.
- (4) Zavarovalec je dolžan plačevati premijo na način in v rokih, določenih v pogodbi.
- (5) Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan zavarovalnico sproti pisno obveščati o vseh spremembah, ki so pomembne za izvajanje pogodbe, in priložiti ustrezna dokazila. Med take spremembe se šteje tudi sprememba osebnih podatkov iz pogodbe.

#### 11. člen VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec do preklica dovoljuje zavarovalnici, da v svoji zbirki shranjuje, obdeluje in uporablja njegove osebne podatke, ki so potrebni za izvajanje zavarovanja in za namene obveščanja zavarovalca in zavarovanca o novostih in ponudbah s področja finančnih produktov.
- (2) Zavarovanec s podpisom ponudbe zavarovalnici in njenemu pooblaščenцу dovoljuje in ju pooblašča za vpogled v zdravstveno dokumentacijo ter drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotavljanje okoliščin za sklenitev zavarovanja in ugotavljanje obveznosti zavarovalnice.
- (3) Zavarovalec oziroma zavarovanec obenem soglaša, da zavarovalnica posreduje nekatere zbrane osebne podatke (ime in priimek, naslov stalnega in / ali začasnega prebivališča, telefonsko številko, naslov elektronske pošte in številko telefaksa) tudi drugim družbam, ki so z zavarovalnico v kapitalskih povezavah, ter drugim z zavarovalnico povezanim odvisnim ali obvladujočim družbam. Slednje lahko podatke uporabijo samo za namene neposrednega trženja ter obveščanja zavarovalca o novostih in ponudbah s področja finančnih produktov.
- (4) Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko kadarkoli zahteva, da se preneha z uporabo njegovih osebnih podatkov za namen obveščanja po predhodnem odstavku. Zavarovalnica se zavezuje, da bo najkasneje v roku 15 dni preprečila uporabo osebnih podatkov, za katero je bilo dano dovoljenje po predhodnem odstavku tega člena.
- (5) Zavarovalnica se zavezuje, da bo vse osebne podatke zavarovalca oziroma zavarovanca skrbno varovala v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov.

#### 12. člen NADOMESTILO STROŠKOV

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec mora za vse storitve, ki jih posebej zahteva od zavarovalnice (dvojniki potrdila o zavarovanju in podobno), plačati nadomestilo stroškov po ceniku zavarovalnice.
- (2) Zavarovalnica ne krije stroškov medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, ki jih mora zavarovanec predložiti ob nastanku zavarovalnega primera kot dokazilo o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, kakor tudi nikakršnih stroškov odvetniškega in drugega zastopanja v postopku reševanja zavarovalnega primera.

#### 13. člen PRITOŽBENI POSTOPEK IN PRISTOJNOST V PRIMERU SPORA

- (1) Zavarovalec ali zavarovanec lahko v roku 15 dni po prejemu pisne odločitve zavarovalnice vloži pisno pritožbo na zavarovalnico, ki mora pritožbo obravnavati skladno z internim pravilnikom. Odločitev pritožbene komisije je dokončna in nadaljnji postopki pri zavarovalnici niso možni.
- (2) V primeru nestrinjanja z dokončno odločitvijo zavarovalnice se lahko po posebnem dogovoru nadaljuje postopek za izvensodno rešitev spora pri Mediacijskem centru, ki deluje v okviru Slovenskega zavarovalnega združenja, iz določenih razlogov pa tudi pred Varuhom dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu.
- (3) Za razmerja med zavarovalcem, zavarovancem in zavarovalnico, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.
- (4) Za urejanje pravnih razmerij pri pogodbi se uporablja slovensko pravo, za morebitne sodne spore z zavarovalnico pa je pristojno sodišče v Kopru. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.

**Za zavarovanje veljajo na polici navedeni pogoji, ki so bili izdani pred združitvijo Generali d.d. in Adriatica Slovenice d.d. Zavarovanje je sklenjeno pri Generali d.d., zato se omembe zavarovalnice v navedenih pogojih smiselno nanašajo na Generali d.d.**