

Condizioni generali di assicurazione viaggio SP-TAS-22



VARUH ZDRAVJA
VZAJEMNA

INTRODUZIONE

1. Che cos'è l'assicurazione viaggio?

1.1 L'Assicurazione viaggio è un'assicurazione medica che copre i costi dei servizi medici d'urgenza e dei servizi correlati prestati all'estero, in conformità con le presenti Condizioni generali di assicurazione viaggio SP-TAS-22 (di seguito: Condizioni generali). L'assicurazione comprende anche l'assistenza medica in caso di malattia o infortunio all'estero.

1.2 Le presenti Condizioni generali sono parte integrante del contratto di assicurazione (di seguito: contratto). Con la stipula del contratto, l'assicurato dichiara di acconsentire anche alle disposizioni delle presenti Condizioni generali. Gli altri elementi essenziali del contratto sono: l'offerta, se l'assicurazione è stipulata sulla base di un'offerta, il contratto, eventuali dichiarazioni speciali scritte delle parti contraenti e qualsiasi altro allegato al contratto.

2. Definizioni di termini comunemente usati



Contraente/Assicurato

Si intende per Contraente/Assicurato:

- l'offerente che desidera stipulare un'assicurazione con la Società assicurativa e presenta un'offerta a tale scopo,
- il contraente dell'assicurazione quando stipula un contratto con la Società assicurativa,
- l'assicurato, quando il contratto di assicurazione è stipulato in suo favore. Il contratto di assicurazione si può stipulare in favore di un'altra persona; in tal caso, quest'ultima diventa la persona assicurata.



Società assicurativa

È la società Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.d., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana.



Avente diritto

La persona, alla quale la Società assicurativa è tenuta a pagare l'indennità di assicurazione, in conformità con le presenti Condizioni generali.



Contratto

Il documento comprovante l'esistenza dell'assicurazione in base al contratto di assicurazione.



Offerta

Il documento firmato, che costituisce una proposta di assicurazione e contiene tutti gli elementi essenziali del contratto.



Premio

La somma dovuta dal contraente alla Società assicurativa, in conformità con il contratto affinché la copertura assicurativa sia stabilita in virtù delle presenti Condizioni generali.



Validità temporale dell'assicurazione

La data indicata sul contratto come data di inizio di validità dell'assicurazione.



Scadenza dell'assicurazione

La data indicata sul contratto come data di scadenza della validità dell'assicurazione.



Somma assicurata

È la somma che rappresenta il limite superiore della responsabilità della Società assicurativa per una particolare copertura.



Indennità di assicurazione

La somma dovuta dalla Società assicurativa in conformità alle presenti Condizioni generali.



Rischio assicurato

Il sinistro coperto dall'assicurazione che si verifica durante il periodo di validità della copertura assicurativa.



Esclusioni

I sinistri che possono corrispondere alla definizione di base di un sinistro, ma che non sono inclusi nel contratto.



Sinistro

Qualsiasi evento improvviso e imprevisto che agisce esternamente e improvvisamente sul corpo dell'assicurato, indipendentemente dalla sua volontà, provocando una lesione fisica.



Servizi di assistenza

Assistenza in caso di malattia o infortunio imprevisto all'estero e negli altri casi previsti dalle presenti Condizioni generali.



Partner di assistenza

Il partner della Società assicurativa, con il quale essa ha stipulato un accordo di cooperazione commerciale e che, in conformità con le presenti Condizioni generali, presta servizi di assistenza agli assicurati della Società assicurativa.



Malattia cronica

Una malattia che ha una o più delle seguenti caratteristiche: di solito è di lunga durata e ripetitiva, causa conseguenze persistenti sulla salute, il paziente ha bisogno di una formazione speciale e di riabilitazione per poterci convivere, e richiede osservazione, trattamento, supervisione e cura a lungo termine. Anche le complicazioni previste della malattia sono considerate come malattia cronica. Tra le malattie croniche tipiche figurano: diabete, ipertensione, asma, malattie cardiovascolari, lupus, ecc.



Cure mediche urgenti e assistenza medica d'urgenza

Le prestazioni mediche che non possono essere rimandate senza mettere in pericolo la vita o la salute dell'assicurato.



All'estero

L'area geografica in cui la Società assicurativa offre la copertura assicurativa all'assicurato secondo il contratto. Il Paese estero non è il Paese in cui l'assicurato ha la propria residenza.



Paese d'origine

La Slovenia o il Paese di residenza della persona assicurata, in base a quanto stabilito nel contratto.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

3. Il contratto

3.1 Il contratto può essere stipulato in base a un'offerta scritta o mediante la firma delle parti o altra conferma dell'accordo sugli elementi essenziali del contratto, quali l'estensione della copertura, il premio, il periodo di assicurazione e la somma assicurata.

3.2 Al fine di concludere il contratto, la Società assicurativa può richiedere al contraente di presentare un'offerta in anticipo. In questo caso il contraente deve presentare un'offerta compilando il modulo della Società assicurativa, firmandolo e presentandolo in forma cartacea o tramite posta elettronica. Ciò costituisce proposta per la conclusione del contratto. L'offerta presentata è vincolante per l'offerente per un periodo di otto (8) giorni dalla data di ricezione, a meno che l'offerente non specifichi un periodo più breve. Se la Società assicurativa non rifiuta l'offerta entro questo periodo, l'offerta sarà considerata accettata e il contratto sarà considerato concluso alla data in cui la Società assicurativa ha ricevuto l'offerta.

3.3 La Società assicurativa ha facoltà di rifiutare l'offerta e di concludere il contratto senza indicarne i motivi.

3.4 Se così deciso dalla Società assicurativa, per i contratti a distanza, la firma dell'offerente può sostituire il pagamento del primo premio. In questo caso, il contratto si considera concluso quando l'offerente paga il premio.

3.5 Di regola, l'assicurazione deve essere stipulata prima che l'assicurato si rechi all'estero e mentre la persona assicurata si trova in Slovenia o nel Paese di residenza ufficiale. Previo accordo con la Società assicurativa, è possibile stipulare l'assicurazione anche il giorno della partenza all'estero o mentre la persona assicurata si trova già all'estero, a condizione che l'evento assicurato non si sia ancora verificato.

4. Perché è importante fornire informazioni autentiche al momento della conclusione del contratto?

4.1 Prima della conclusione del contratto e nel periodo di validità del contratto, il contraente è tenuto a informare la Società assicurativa riguardo tutte le circostanze rilevanti per la valutazione del rischio, di cui era a conoscenza o che non avrebbero potuto rimanergli sconosciute, in particolare quelle in base alle quali viene determinato e calcolato il premio.

4.2 Se il contraente ha deliberatamente fatto una dichiarazione falsa o omesso di rivelare una circostanza di natura tale che, se la Società assicurativa ne fosse stata a conoscenza, non avrebbe stipulato il contratto di assicurazione



con il contraente, la Società può richiedere l'annullamento del contratto o rifiutare di pagare la prestazione assicurativa o di fornire il servizio, nel caso in cui l'evento assicurato si sia verificato prima che la Società venisse a conoscenza della circostanza. Se il contratto è stato annullato, la Società assicurativa trattiene i premi già pagati e ha il diritto di richiedere il premio relativo al periodo durante il quale ha richiesto l'annullamento del contratto.

4.3 Se il contraente rilascia una dichiarazione non veritiera o omette di fornire una comunicazione dovuta, ma non lo fa deliberatamente, la Società assicurativa ha facoltà di risolvere il contratto, entro un (1) mese dalla data in cui è venuta a conoscenza della non veridicità o incompletezza della dichiarazione. In tal caso, la validità del contratto si estingue entro quattordici (14) giorni dalla data in cui la Società notifica la risoluzione del contratto.

4.4 In caso di frode, falsificazione o abuso da parte del contraente o dell'assicurato, la Società assicurativa ha il diritto di rescindere il contratto senza preavviso e di richiedere il rimborso del premio assicurativo versato, unitamente agli interessi di mora e a eventuali danni e spese sostenute, trattenendo i premi già versati e avendo il diritto di richiedere il pagamento del premio per il periodo nel quale ha richiesto la rescissione del contratto.

4.5 Se l'Assicurato o altra persona per suo conto tenta fraudolentemente di stipulare il contratto e/o ottenere servizi o prestazioni ai sensi del presente contratto, la Società assicurativa non ha alcun obbligo ai termini del presente contratto.

5. Chi può stipulare un'assicurazione viaggio?

5.1 Chi può essere assicurato (persona assicurata):

- il contraente o altra persona (assicurazione individuale),
- un gruppo di due o più persone (assicurazione collettiva) o
- una famiglia (assicurazione familiare).

In caso di assicurazione individuale, l'assicurato è la persona indicata sul contratto. Nel caso di un'assicurazione collettiva, gli assicurati sono tutte le persone indicate nel contratto o nell'allegato al contratto.

In base alle presenti Condizioni generali, l'assicurazione familiare può essere stipulata nei seguenti casi:

- fino a due adulti di età inferiore ai 75 anni che sono in una relazione familiare e i loro figli, figliastri, figli adottivi o nipoti fino all'età di 26 anni,
- un adulto di età inferiore ai 75 anni e i suoi figli, figliastri, figli adottivi o nipoti fino all'età di 26 anni.

L'assicurazione Family Multitrip non richiede che gli assicurati viaggino insieme.

5.2 Le persone che hanno più di 75 anni possono essere assicurate con un supplemento di premio, secondo il vigente listino prezzi della Società assicurativa.

5.3 In Slovenia, l'assicurazione per gli stranieri è destinata alle persone che entrano in Slovenia e può essere stipulata come assicurazione individuale o collettiva. Possono essere assicurate le persone fino a 70 anni.

5.4 Al momento della conclusione del contratto, si tiene conto dell'età effettiva della persona assicurata alla data d'inizio di validità dell'assicurazione concordata.

5.5 Il contraente non può essere una persona privata della piena capacità giuridica.

6. Inizio e fine della copertura assicurativa

6.1 L'assicurazione viaggio può essere stipulata per un unico viaggio all'estero di durata determinata o per più viaggi all'estero nell'arco di un (1) anno (assicurazione Multitrip).

6.2 L'assicurazione per stranieri può essere stipulata per una durata determinata, per un massimo di un (1) anno.

6.3 L'assicurazione e la copertura assicurativa sono valide a partire dalle ore 00:00 del giorno fissato nel contratto come data di decorrenza dell'assicurazione (tenendo conto del fuso orario della Slovenia), a condizione che il contraente abbia pagato il premio entro tale ora. L'intero premio è dovuto al momento della stipula dell'assicurazione e prima dell'inizio del viaggio, salvo diversi accordi.

6.4 La copertura assicurativa per gli stranieri in Slovenia è valida a partire dal termine del periodo di attesa indicato sul contratto di assicurazione.

6.5 L'assicurazione Multitrip è valida per un numero illimitato di viaggi all'estero nell'arco di un anno assicurativo. Per ogni viaggio all'estero, la copertura assicurativa è valida per i primi novanta (90) giorni.

6.6 La copertura assicurativa per i viaggi d'affari è valida solo quando il contraente si trova all'estero in base ad un foglio di viaggio valido del datore di lavoro.

6.7 L'assicurazione scade alle ore 24:00 del giorno indicato nel contratto come data di scadenza.

6.8 L'assicurazione cessa anche in caso di decesso dell'assicurato e negli altri casi indicati nelle presenti Condizioni generali.

6.9 La copertura assicurativa per una persona assicurata che ha compiuto i 26 anni e che è coperta da un'assicurazione familiare cessa alla fine dell'anno assicurativo in cui la persona assicurata compie i 26 anni.

6.10 Il servizio di assistenza "Chat con il medico" non può essere esteso in base a queste condizioni se il partner contrattuale cambia in modo sostanziale i termini della collaborazione o cessa la propria collaborazione con la Società assicurativa. In questo caso, il suddetto servizio di assistenza termina alla fine dell'anno assicurativo in corso.

7. Validità territoriale dell'assicurazione

- 7.1 Il contratto di assicurazione può essere stipulato sia per la Croazia che per tutti i Paesi del mondo. L'assicurazione e la copertura assicurativa non si applicano in Slovenia e nel Paese in cui la persona assicurata ha la residenza.
- 7.2 L'assicurazione per gli stranieri in Slovenia è valida in Slovenia e nei Paesi limitrofi (Croazia, Italia, Austria, Ungheria).

L'ASSICURAZIONE IN DETTAGLIO

8. Che cosa rientra nella copertura assicurativa?

8.1 L'assicurazione e la copertura assicurativa si applicano all'area specificata nel contratto e, in conformità con le presenti Condizioni generali, coprono i servizi di assistenza e le spese mediche d'urgenza, i costi di trasporto e altre spese sostenute durante il soggiorno:

- all'estero,
- in Slovenia e nei Paesi limitrofi, se la persona assicurata è straniera e ha stipulato l'assicurazione per la durata del soggiorno in Slovenia.

8.2 Un sinistro si verifica se, durante il periodo di copertura, si presenta una malattia o un infortunio e la conseguente ragionevole necessità di ricorrere a servizi medici di emergenza e altre prestazioni, in conformità con le presenti Condizioni generali, e termina quando, a giudizio del medico curante, il trattamento non è più necessario o quando si fa ritorno al proprio Paese di origine.

8.3 Un nuovo sinistro si verifica quando malattie o infortuni imprevisti, non collegati ai precedenti, rendono necessari servizi medici o altre prestazioni.

8.4 L'assicurazione e la copertura, di cui alle presenti Condizioni generali, si applicano anche se il sinistro si verifica a seguito di infortunio o malattia sopravvenuti durante lo svolgimento di attività ad alto rischio e di sport estremi a livello professionale o ricreativo, per i quali la persona assicurata ha pagato un premio corrispondentemente più elevato. Un elenco degli sport per i quali è previsto un supplemento è disponibile sul nostro sito web www.vzajemna.si.

Nella tabella sottostante è riportato un breve elenco delle coperture disponibili con la descrizione. Le coperture scelte dal contraente sono specificate nel contratto.

Servizi di assistenza Assistenza nell'organizzazione di servizi medici, in caso di malattia o infortunio imprevisto, durante il soggiorno all'estero, della persona assicurata e negli altri casi previsti dalle presenti Condizioni generali.

Copertura dei costi per le cure mediche d'urgenza S'intendono tutte quelle prestazioni mediche che non possono essere rimate senza mettere in pericolo la vita o la salute della persona assicurata.

Copertura dei costi di trasporto d'urgenza S'intende la copertura delle spese di organizzazione e di trasporto derivanti da un sinistro coperto dalle presenti Condizioni generali.

Copertura dei costi di alloggio S'intende la copertura dei costi di alloggio per:
• la persona assicurata, se non è in grado di tornare nel suo Paese d'origine per motivi di salute, in conformità con le presenti Condizioni generali,
• il familiare o un accompagnatore in caso di ricovero in ospedale.

Copertura dei costi di ricerca e salvataggio S'intende la copertura dei costi di ricerca e salvataggio in caso di malattia imprevista o infortunio dell'assicurato in una zona difficile da raggiungere, in conformità con le presenti Condizioni generali.

Copertura spese legali S'intende la copertura delle spese di organizzazione dell'assistenza legale, le spese di un interprete telefonico, un deposito cauzionale, in conformità con le presenti Condizioni generali.

Copertura per le cure necessarie per aggravamento di malattie croniche S'intende la copertura dei costi dei servizi medici relativi ai casi di aggravamento di malattie croniche, fino alla somma assicurata definita nel contratto.

Copertura supplementare in caso di infortunio all'estero Include una copertura per invalidità permanente superiore al 40% e un'indennità per soggiorno prolungato in ospedale in caso di infortunio all'estero.

Chat con il medico Durante il periodo di validità dell'assicurazione, l'assicurato potrà comunicare con un medico via chat 24 ore al giorno, tutti i giorni dell'anno.



9. Servizi di assistenza

9.1 I servizi di assistenza sono prestati dal nostro partner di assistenza, disponibile ventiquattro (24) ore al giorno, sette (7) giorni alla settimana per garantire:

- disponibilità a rispondere alle telefonate con possibilità di rimborso delle spese telefoniche,
- l'organizzazione dell'assistenza medica d'urgenza,
- l'organizzazione del trasporto medico d'urgenza,
- informazioni all'assicurato e ai suoi cari,
- altri servizi di assistenza necessari relativi al sinistro, come concordato con la Società assicurativa.

Ove previsto, il servizio di assistenza include anche un servizio di "chat con il medico". Si tratta di un servizio fornito dal nostro partner contrattuale che l'assicurato può utilizzare nel corso del periodo di validità dell'assicurazione secondo le Condizioni generali del servizio. Se l'assicurato ha bisogno di consigli medici per un problema medico non urgente, può comunicare con un medico via chat 24 ore al giorno, tutti i giorni dell'anno. Tale servizio ha lo scopo di fornire informazioni mediche generali all'assicurato, non sostituisce la diagnosi o il trattamento medico e non è destinata a trattare emergenze mediche o condizioni mediche a rischio di vita.

10. Costi per le cure mediche d'urgenza

10.1 I costi per le cure mediche d'urgenza includono:

- il costo delle cure mediche d'urgenza, compresi i medicinali e i dispositivi medici rilasciati su prescrizione o prescritti in una ricetta medica,
- il costo delle cure mediche fino al giorno in cui le condizioni di salute permettano all'assicurato di essere trasportato nel suo Paese d'origine per continuare le cure,
- il costo delle cure dentarie d'urgenza necessarie per alleviare il dolore acuto causato da una malattia o da un danno recente ai denti, comprese le estrazioni, semplici riparazioni delle protesi dentarie se queste impediscono alla persona assicurata di mangiare,
- le spese di trasporto in ospedale o presso la clinica più vicina e il ritorno al luogo di soggiorno all'estero,
- il costo delle cure a seguito di aggravamenti acuti delle malattie croniche, quando insorgono sintomi improvvisi e gravi e altri segni caratteristici della malattia cronica in questione.

11. Costi del trasporto d'urgenza

11.1 I costi del trasporto dell'assicurato, organizzato in collaborazione con un partner di assistenza, comprendono:

- i costi di trasporto presso il domicilio o l'ospedale se per ragioni mediche questo non è possibile nel modo in cui l'assicurato aveva previsto, compresa l'assistenza di uno staff medico se le condizioni di salute dell'assicurato lo richiedono,
- costi per il trasporto dei resti nel Paese d'origine,
- costi di trasporto per il ritorno anticipato urgente in caso di malattia grave o di decesso di un membro della famiglia dell'assicurato (coniuge, partner civile, genitori, nonni, figli, fratello, sorella, nipoti, suocero, suocera, suocero, genero, nuora).

11.2 In caso di ricovero in ospedale o di decesso all'estero, la copertura include le spese di trasporto sostenute in seguito all'evento assicurato, per:

- l'arrivo di un membro della famiglia dell'assicurato, se l'assistenza di cui al punto primo del comma 1 dell'articolo 11.1 non può essere fornito (le spese di arrivo all'estero e le spese di ritorno al Paese d'origine sono coperte),
- una persona che, in caso di ricovero, fornisce assistenza all'assicurato su raccomandazione del medico curante (la raccomandazione del medico non è necessaria se l'assicurato ricoverato è minorenne),
- l'arrivo di un membro della famiglia se l'assicurato viaggia da solo all'estero e se viene ricoverato in ospedale e non può tornare nel Paese d'origine per motivi di salute (le spese di andata all'estero e di rientro al Paese d'origine sono coperte),
- il rientro del figlio minorenne dell'assicurato, se non sono presenti altri accompagnatori sul posto.

11.3 I costi di trasporto sono normalmente coperti previo consenso della Società assicurativa, ottenuto chiamando il Centro di assistenza. Il rimborso dei costi di trasporto sarà effettuato secondo la tariffa del fornitore più favorevole (se si tratta di trasporto pubblico, sarà preso in considerazione il costo della classe economica).

12. Altre spese

12.1 Le altre spese includono i costi di alloggio, di ricerca e salvataggio, nonché le spese legali.

12.2 In caso di ricovero ospedaliero la copertura comprende anche i costi di ricovero per:

- un familiare, se l'assistenza di cui al primo trattino del comma 1 dell'articolo 11.1 non può essere fornito,
- una persona che, in caso di ricovero, rimane per fornire assistenza all'assicurato su raccomandazione del medico curante (la raccomandazione

del medico non è necessaria se l'assicurato ricoverato è minorenne),

- un membro della famiglia se l'assicurato si trova all'estero da solo e viene ricoverato in ospedale non potendo rientrare nel Paese d'origine per ragioni di salute,
- l'assicurato che non è in grado di rientrare nel Paese d'origine come originariamente previsto per motivi di salute o se è costretto a soggiornare in un luogo diverso da quello originariamente previsto a causa di malattia o infortunio.

In conformità con le presenti Condizioni generali vengono coperte anche le spese di alloggio in caso di quarantena o isolamento a causa di malattia.

12.3 Le spese di ricerca e salvataggio sono le spese sostenute per la ricerca e il salvataggio del contraente in caso di malattia o infortunio imprevisto in una zona di difficile accesso, come montagne, mari, laghi, grotte, deserti, ecc. e comprendono:

- le spese di ricerca sostenute a seguito di malattia o infortunio imprevisti, nel caso in cui l'assicurato sia ufficialmente scomparso,
- le spese di salvataggio sostenute dopo che la malattia o l'infortunio imprevisti si sono verificati e l'assicurato è stato localizzato. Le spese di salvataggio includono il costo del salvataggio stesso e il costo del trasporto dal luogo dell'incidente al più vicino centro medico o ospedale all'estero. In tal caso, i costi di trasporto sono inclusi nei costi di salvataggio.

Le spese di ricerca e di salvataggio sono coperte in base all'accordo tra la Società assicurativa e il contraente, ottenuto chiamando al Centro di assistenza della Società. Nelle situazioni in cui una chiamata al Centro assistenza non è possibile a causa di circostanze oggettive, l'assicurato è tenuto ad effettuare la chiamata non appena possibile.

12.4 Le spese legali comprendono:

- le spese di organizzazione dell'assistenza legale nel caso in cui l'assicurato sia soggetto a procedimenti di responsabilità penale o civile secondo la legge applicabile del Paese estero in cui si trova, per danni causati a terzi o per altri atti illeciti commessi per negligenza,
- il costo di un interprete telefonico fornito in collaborazione con il partner di assistenza; e
- un deposito cauzionale, che l'assicurato dovrà rimborsare entro e non oltre trenta (30) giorni dal ricevimento della fattura da parte della Società assicurativa.

I danni e le spese di difesa legale non sono coperti.

13. Copertura supplementare in caso di infortunio all'estero

13.1 Un infortunio ai sensi delle presenti Condizioni generali è un evento improvviso e imprevisto che si verifica durante il periodo di copertura assicurativa e che agisce esternamente e improvvisamente sul corpo dell'Assicurato al di fuori della volontà di quest'ultimo, provocando lesioni fisiche all'Assicurato.

13.2 Sono considerati infortuni i seguenti eventi:

Cosa s'intende per infortunio?

- caduta allo stesso livello o dall'alto
- scivolata
- incidente stradale
- scossa elettrica o colpo di fulmine
- impatto con o contro un oggetto
- colpo o morso di un animale
- lesioni da armi, altri oggetti o esplosivi
- pugnalata con un oggetto
- rottura di muscoli o legamenti risultante da movimenti corporei rapidi o sforzi improvvisi
- frattura di ossa risultanti da rapidi scatti corporali o sforzi improvvisi
- ustioni da fuoco o elettricità, oggetti caldi, liquidi o vapori, acidi e sostanze simili
- avvelenamento da funghi e sostanze chimiche
- avvelenamento da inalazione di gas o vapori tossici, escluse le malattie di origine professionale
- soffocamento a seguito di incidente e annegamento
- sforzi fisici eccessivi, movimenti corporei improvvisi che si verificano senza una causa esterna, ma solo se causano la rottura completa dei muscoli, la lussazione completa di un'articolazione, la rottura completa dei legamenti di un'articolazione, la frattura completa di ossa sane, la frattura di denti sani permanenti (non applicabile ai denti permanenti che sono trattati in modo conservativo o protesico) e se sono diagnosticati immediatamente dopo la lesione in ospedale o presso un istituto medico
- perdita o frattura di denti sani a seguito di incidente

13.3 Introduzione

13.3.1 L'assicurazione di viaggio può essere completata con una copertura aggiuntiva in caso di sinistro all'estero, che comprende:

- il pagamento della somma assicurata in caso di invalidità permanente superiore al 40%; e
- l'indennità ospedaliera.

13.3.2 La copertura aggiuntiva per gli infortuni all'estero non può essere stipulata



singolarmente senza un'assicurazione viaggio. La validità temporale e territoriale della copertura supplementare in caso di incidente all'estero è legata alla validità temporale e territoriale dell'assicurazione viaggio.

- 13.3.3 In caso di sottoscrizione della copertura aggiuntiva per infortuni all'estero, la tabella delle invalidità permanenti da infortunio (di seguito: Tabella), pubblicata sul nostro sito web www.vzajemna.si al momento della stipula, è anch'essa parte essenziale delle presenti Condizioni generali. Le disposizioni generali delle presenti Condizioni generali sono applicabili per analogia e valgono anche per la copertura aggiuntiva.
- 13.3.4 Una copertura aggiuntiva per infortunio all'estero può essere integrata all'assicurazione viaggio per le persone fino a 75 anni.

13.4 Obblighi della Società assicurativa

- 13.4.1 Se l'assicurato subisce un'invalidità permanente a seguito di incidente all'estero e il livello di invalidità valutato è superiore al 40%, l'assicurato riceverà il pagamento dell'intera prestazione assicurativa di invalidità permanente. La seguente tabella è utilizzata per valutare il grado di invalidità risultante da un infortunio.
- 13.4.2 Un grado di invalidità superiore al 40% è normalmente stabilito non prima di sei (6) mesi dal termine delle cure, se non diversamente specificato in tabella, e nel caso in cui le conseguenze delle lesioni siano diventate costanti. Se le cure non sono state completate dopo tre (3) anni dalla data dell'infortunio all'estero, lo stato finale sarà considerato quello alla scadenza di tale periodo. In ogni caso, la percentuale di invalidità derivante da incidenti o malattie precedenti alla conclusione del presente contratto o della presente copertura sarà dedotta per determinare la percentuale di invalidità totale.
- 13.4.3 Se l'incidente richiede il ricovero e le cure in un ospedale all'estero, la Società assicurativa pagherà un'indennità di ricovero per le notti trascorse in ospedale all'estero. La Società assicurativa pagherà l'indennità di ricovero per i giorni di ospedale a partire dal 5° (quinto) giorno di permanenza. L'assicurato ha diritto al pagamento fino a trenta (30) notti a seguito di infortunio individuale all'estero.

13.5 Quando scade la copertura aggiuntiva per gli infortuni all'estero

- 13.5.1 La copertura aggiuntiva in caso di infortunio all'estero scade automaticamente alla scadenza dell'assicurazione viaggio.
- 13.5.2 La copertura aggiuntiva per gli infortuni all'estero per la persona assicurata in base al contratto cessa con il pagamento dell'indennità d'invalidità permanente.
- 13.5.3 La copertura aggiuntiva per gli infortuni all'estero cessa alla fine dell'anno assicurativo in cui la persona assicurata compie 75 anni.

13.6 Esclusioni

- 13.6.1 La copertura aggiuntiva per infortuni all'estero esclude tutti gli obblighi della Società assicurativa previsti all'articolo 17 delle presenti Condizioni generali di contratto in caso di infortunio.

DIRITTI E OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ ASSICURATIVA

14. Quali sono gli obblighi della Società assicurativa?

- 14.1 La Società assicurativa s'impegna ad adempiere a tutti i suoi obblighi contrattuali al momento del verificarsi di ogni evento assicurato.
- 14.2 La Società assicurativa s'impegna ad organizzare, in collaborazione con un partner di assistenza, le cure mediche d'urgenza, il trasporto d'urgenza al Paese d'origine o altri servizi, nonché a guidare l'assicurato nel processo di far valere tali servizi. All'assicurato saranno rimborsati i costi dei servizi forniti, come definito nel contratto, oppure, in caso di accordo specifico, il pagamento sarà effettuato direttamente al fornitore di tali servizi.

15. Qual è la base e come si fanno valere i diritti dell'assicurazione?

- 15.1 Se l'assicurato si ammala o si ferisce gravemente, o se ha bisogno di cure ospedaliere o di trasporto per il rientro, deve informare il Centro di assistenza immediatamente o il più presto possibile al numero +386 1 47 18 777.
- 15.2 Il Centro di assistenza verificherà innanzitutto la validità del contratto e l'estensione delle coperture, in base all'identificazione dell'assicurato e alle informazioni da lui fornite. Se l'assicurato ha diritto ai servizi di assistenza e al pagamento dei costi, il Centro di assistenza provvederà a realizzare le attività in conformità con quanto stabilito nel contratto.
- 15.3 Se l'assicurato si ammala di una malattia acuta lieve o si ferisce lievemente, non è necessario chiamare il Centro di assistenza. In questo caso, l'assicurato paga il costo dei servizi medici d'urgenza o di altri servizi e successivamente chiede il rimborso direttamente alla Società assicurativa. In base a un accordo specifico, la Società assicurativa può effettuare il pagamento dei costi direttamente al fornitore dei servizi prestati.
- 15.4 La richiesta di pagamento dell'indennità di assicurazione deve essere presentata entro e non oltre tre (3) mesi dal rientro nel Paese d'origine. Per liquidare la richiesta di risarcimento, la Società assicurativa ha bisogno della seguente documentazione sull'evento assicurato:
- una fattura per il servizio prestato o le spese sostenute (la fattura originale deve essere presentata su richiesta della Società assicurativa),

- tutta la documentazione medica relativa all'evento assicurato; e
- qualsiasi altra documentazione e informazione di cui l'assicurato potrebbe aver bisogno per risolvere il caso.

Le spese sostenute per l'ottenimento della documentazione sono a carico dell'assicurato.

- 15.5 Le fatture per i servizi medici devono contenere la data del servizio fornito, l'emittente della fattura, il nome dell'assicurato, una descrizione della malattia e il servizio prestato. Le fatture per le spese medicine devono contenere anche le medicine prescritte, mentre le fatture per i servizi dentistici una descrizione dei denti curati e delle procedure eseguite.
- Se è necessaria una traduzione della documentazione, il costo della traduzione ufficiale è a carico dell'assicurato o dell'avente diritto.
- 15.6 I costi per le chiamate d'urgenza al numero del Centro di assistenza saranno rimborsati sulla base di documenti giustificativi adeguati (bolletta telefonica e/o estratto conto delle chiamate dell'operatore di telefonia mobile).
- 15.7 Nella denuncia di infortunio a titolo della copertura aggiuntiva, l'assicurato deve fornire tutti i dati e le informazioni richieste dalla Società assicurativa per poter trattare l'evento assicurato a titolo di copertura aggiuntiva, in particolare il luogo e l'ora dell'infortunio all'estero, una descrizione dell'incidente, i rapporti del medico e qualsiasi altra documentazione richiesta. Se a causa dell'infortunio all'estero è necessario il ricovero in ospedale, al momento della richiesta di pagamento dell'indennità è necessario fornire un documento provante il ricovero, contenente nome, cognome, indirizzo, data di nascita, data di ricovero e di dimissione dall'ospedale.
- 15.8 Il prestatore del servizio medico è pienamente responsabile della qualità del servizio e per tale motivo la Società assicurativa è esonerata espressamente da qualsiasi responsabilità per danni relativi alle prestazioni mediche prestate in conformità con i diritti derivanti dal contratto.
- 15.9 Se l'assicurato ha bisogno del consulto di un medico, può comunicare con lui tramite chat. Prima del primo contatto con il medico, l'assicurato deve accettare i termini e le condizioni d'uso del servizio del partner contrattuale. Il partner contrattuale è assolutamente responsabile della qualità del servizio e per questo motivo la Società assicurativa è esonerata da qualsiasi responsabilità per danni relativi all'esecuzione del servizio in oggetto.

16. Gestione del sinistro

- 16.1 La Società assicurativa rimborserà all'assicurato l'importo delle spese, convertito in euro alla data di autorizzazione del pagamento, entro quattordici (14) giorni dalla data di ricevimento della richiesta di rimborso e di tutta la documentazione necessaria relativa al sinistro. Il termine può essere esteso, nel caso in cui sia necessario un periodo di tempo più lungo per stabilire l'esistenza e l'ammontare degli obblighi della Società.
- 16.2 I reclami derivanti dal contratto si prescrivono secondo le disposizioni di legge che regolano i rapporti contrattuali nella Repubblica di Slovenia.

17. Quali sono i limiti degli obblighi della Società assicurativa?

- 17.1 Gli obblighi della Società assicurativa sono esclusi nei seguenti casi:
- in una zona di guerra civile o guerra con un Paese estero, invasione, rivolte e insurrezioni, scioperi o manifestazioni, tentativi di omicidio, o se il sinistro si è verificato in connessione diretta con gli eventi descritti, e in altri casi simili se l'assicuratore valuta il rischio come elevato;
 - se l'assicurato si trova in un'area in cui esiste il rischio che insorgano circostanze di guerra, politiche o di altro tipo che renderebbero tali servizi impossibili o ragionevolmente impraticabili;
 - atti di terrorismo o sabotaggio, compreso il terrorismo nucleare, chimico o biologico;
 - suicidio o tentato suicidio o autolesionismo intenzionale;
 - guida di veicoli a motore o di altro tipo senza le appropriate autorizzazioni ufficiali;
 - azioni compiute sotto l'effetto di alcol, droghe, farmaci o sostanze psicoattive. In caso di incidente stradale, l'incidente è considerato causato dall'abuso di alcol da parte dell'assicurato se il livello nel sangue supera il limite consentito per gli utenti della strada, secondo la legislazione slovena applicabile. Se questi fatti vengono stabiliti successivamente, la Società assicurativa si riserva il diritto di recuperare le somme già sborsate sulla base di tali reclami.
 - la partecipazione alla preparazione, al tentativo o all'esecuzione di un reato intenzionale, così come la fuga dopo un tale reato, e la partecipazione a rissa o conflitto fisico, tranne in caso di comprovata autodifesa;
 - radiazioni radioattive da qualsiasi materiale nucleare, contaminazione chimica o esplosione;
 - tutte le forme di radiazione, così come l'esposizione alla luce, alla luce del sole e ad altri raggi e ai cambiamenti di temperatura, tranne nel caso di salvataggio della vita di un altro;
 - epidemie/pandemie, inquinamento ambientale o disastri naturali;
- 17.2 Gli obblighi assicurativi sono esclusi anche nel caso in cui il sinistro risulti da incidente o malattia subita dall'assicurato:
- quando l'assicurato partecipa ad attività ad alto rischio e a sport estremi a livello professionale o ricreativo, a meno che questo non sia specificamente concordato nel contratto e si paghi un premio più alto corrispondente;



- per tutte le attività al di sopra dei 6.000 m sul livello del mare;
 - durante l'esercizio di un'attività professionale in una zona di guerra o in una missione di mantenimento della pace.
- 17.3 Gli obblighi della Società sono esclusi anche se i costi sono dovuti a:
- cure o assistenza medica e conseguenze delle cure non urgenti dal punto di vista medico, il che include tutti i servizi odontoiatrici tranne quelli elencati all'articolo 10;
 - la creazione di denti sostitutivi, corone dentarie;
 - cure delle malattie croniche (tranne in caso di aggravamento acuto);
 - malattie, condizioni mediche e lesioni che esistevano prima della partenza o che si sono verificate prima della partenza e non sono state completamente curate al momento della partenza;
 - cure termali, cure chiropratiche, terapia fisica e elioterapia;
 - servizi che non rientrano nei metodi medici dottrinali professionalmente riconosciuti nella Repubblica di Slovenia o che sono di natura sperimentale;
 - trattamenti estetici, applicazione di arti artificiali e tutti gli apparecchi e le attrezzature mediche che non sono essenziali per la vita;
 - vaccinazioni preventive e visite mediche preventive e di controllo;
 - cure mediche e procedure chirurgiche pianificate;
 - servizi extra in ospedale, come camera singola, telefono, TV;
 - il trasporto per problemi di salute minori, che potrebbero essere trattati sul luogo dell'incidente e che non impedirebbero all'assicurato di proseguire le proprie ferie o il proprio viaggio;
 - cure mediche o interventi chirurgici che possono essere rimandati fino al rientro nel Paese d'origine senza alcuna conseguenza per l'assicurato;
 - le cure mediche o l'assistenza fornita da un compagno di viaggio;
 - disturbi mentali, malattie mentali e depressione;
 - malattie sessualmente trasmissibili, compreso l'AIDS;
 - la gravidanza, i controlli di routine durante la gravidanza, le complicazioni della gravidanza e del parto, tranne nel caso di salvaguardia della vita della madre o del bambino;
 - inseminazione artificiale, interruzione di gravidanza, cure per la fertilità o contraccezione.
- 17.4 Gli obblighi della Società assicurativa cessano se l'assicurato rifiuta di sottoporsi alle cure mediche d'urgenza proposte, al trasporto nel Paese d'origine o ad altri servizi organizzati per l'assicurato.

ALTRE DISPOSIZIONI

18. Risoluzione del contratto

- 18.1 In casi eccezionali l'assicurato può annullare l'assicurazione. Se l'annullamento è richiesto dopo l'inizio della copertura assicurativa, normalmente la Società assicurativa ha diritto al premio per l'intero periodo dell'assicurazione.
- 18.2 Se il contraente assicura un'altra persona, deve informare la persona assicurata della fine del contratto.
- 18.3 Se l'assicurato stipula un contratto di assicurazione a distanza (cioè su Internet, per posta, ecc.) per un periodo di almeno un mese, ha il diritto di recedere dal contratto, comunicandolo per iscritto alla Società assicurativa, conformemente alla legge sulla protezione dei consumatori. Il contraente può recedere dal contratto entro quindici (15) giorni dalla data di conclusione dello stesso. Se l'assicurazione a distanza è conclusa per un periodo inferiore a un mese, non è possibile recedere dal contratto.
- 18.4 Se l'assicurato interrompe anticipatamente il viaggio, non sarà rimborsato per il restante periodo di assicurazione.

19. Dati personali

- 19.1 All relevant information regarding the processing of personal data for the 19.1 Tutte le informazioni relative al trattamento dei dati personali ai fini della stipula e dell'attuazione dell'assicurazione e di altri scopi per i quali la Società tratta i dati personali, così come le informazioni sui diritti derivanti dai dati personali, sono riassunte nella politica sulla privacy della Società Vzajemna d.d., disponibile all'indirizzo web www.vzajemna.si. Al fine di garantire una comunicazione rapida e accurata, è particolarmente importante che la Società disponga di informazioni personali e di contatto aggiornate (nome, cognome, indirizzo, indirizzo e-mail, numero di telefono), quindi vi preghiamo di mantenere queste informazioni aggiornate scrivendoci a Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.d., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana o via e-mail a info@vzajemna.si
- 19.2 Al momento della stipula dell'assicurazione, la Società assicurativa mette a disposizione del partner contrattuale i dati personali dell'assicurato (in particolare nome, numero di telefono, indirizzo e-mail, anno di nascita, sesso, numero di polizza) ai fini dell'identificazione e dell'utilizzo del servizio chat con il medico. L'assicurato riceve dal partner contrattuale un link attraverso il quale può utilizzare il servizio chat con il medico. Al fine di monitorare l'implementazione del servizio, il partner contrattuale fornisce alla Società informazioni sul numero di volte che il servizio viene utilizzato. L'assicurato sarà informato più dettagliatamente sul trattamento dei dati personali ai fini del servizio Chat with a Doctor prima del primo utilizzo del servizio.

20. Procedura di reclamo

- 20.1 In caso di controversie relative al contratto, le parti possono risolverle in via extragiudiziale, presentando un reclamo. L'assicurato può presentare un reclamo a voce o in forma cartacea presso i nostri uffici, online sul sito web www.vzajemna.si o via e-mail all'indirizzo vzajemna-skode@vzajemna.si.
- 20.2 Il reclamo viene gestito dal nostro organo competente in conformità con le norme che regolano la procedura interna di reclamo. La procedura interna di reclamo è organizzata in due fasi. La decisione della Commissione d'appello di secondo livello è definitiva.
- 20.3 Se l'assicurato non concorda con la decisione della Commissione d'appello di secondo livello o se la Società assicurativa non decide in merito al reclamo entro trenta (30) giorni dal ricevimento, l'assicurato può continuare la procedura di risoluzione extragiudiziale della controversia presso il Centro di Mediazione dell'Associazione Slovena delle Assicurazioni, Železna cesta 14, 1001 Ljubljana, telefono: +386 1 300 93 81, e-mail: irps@zav-zdruzenje.si, sito web: www.zav-zdruzenje.si.

21. Disposizioni finali

- 21.1 I rapporti tra la Società assicurativa, l'assicurato, il contraente, l'avente diritto e le altre persone non disciplinati dalle presenti Condizioni sono regolati dalle disposizioni della Legge della Repubblica di Slovenia sulle obbligazioni.
- 21.2 In caso di controversia, è competente il tribunale della Repubblica di Slovenia, mentre il tribunale di Lubiana è competente per territorio.
- 21.3 Lo Statuto di Vzajemna d.d. vigente è disponibile per la consultazione presso la sede legale di Vzajemna d.d. e presso gli sportelli di PE, nonché sul sito web www.vzajemna.si, dove sarà anche possibile consultare ulteriori modifiche.
- 21.4 La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria dell'impresa di assicurazione è pubblicata sul sito web www.vzajemna.si.
- 21.5 La supervisione della Società assicurativa è affidata all'Agenzia di supervisione delle assicurazioni, Trg republike 3, Ljubljana. Le presenti condizioni si applicano a partire dal 15 maggio 2022. Modifica editoriale, luglio 2025 (Cambio della forma giuridica e organizzativa)