

Zavarovanja za uporabnike American Express kartic

Uporabniki plačilnih kartic American Express, ki jih izdaja Banka Koper d.d., so od 1. maja 2005 zavarovani v primeru

- smrti ali trajne invalidnosti zaradi nezgode na potovanju** in za
 - stroške zdravljenja za bolezen med potovanjem v tujini,**
- pod pogojem da so bili stroški potovanja z javnim prevoznim sredstvom oz. hotelski stroški (vključno s turističnimi paketi) plačani z American Express kartico.

Zavarovalna kritja so trenutno sledeča:

American Express Card (zelena kartica)

nezgodno zavarovanje..... Eur 10.000,00
zdravljenje v tujini..... Eur 4.000,00

American Express Gold Card (zlata kartica)

nezgodno zavarovanje..... Eur 20.000,00
zdravljenje v tujini..... Eur 8.000,00

Petrol Klub American Express Card

nezgodno zavarovanje..... Eur 10.000,00

Zavarovalnica

Zavarovalniške storitve zagotavlja zavarovalnica Merkur Zavarovalnica d.d., Dunajska cesta 58, 1000 Ljubljana, s katero je Banka Koper d.d., Pristaniška 14, 6000 Koper, sklenila sledeče kolektivne zavarovalne police v korist

uporabnikov plačilnih kartic American Express kot zavarovanci:

1. Zavarovalna polica št. 161246
2. Zavarovalna polica št. 161249
3. Zavarovalna polica št. 161251
4. Zavarovalna polica št. 161253
5. Zavarovalna polica št. 161254

V nadaljevanju je izvleček iz omenjenih kolektivnih zavarovalnih polic:

A. ZAVAROVALNO KRITJE

1. člen - Predmet zavarovanja

(1) Zavarovalnica nudi zavarovalno kritje, če ima zavarovanec nezgodo (invalidnost, smrt in stroške zdravljenja) ali bolezen (stroški zdravljenja).

(2) Dajatve, ki se zavarujejo, izhajajo iz pogodbe med izdajateljem kartic in zavarovalnico. Kot zavarovalna polica velja pogodba o kreditni kartici.

2. člen - Zavarovalni primer

Zavarovalni primer je nastanek nezgode (6. člen) oz. bolezni pri stroških zdravljenja (9. člen).

3. člen - Krajevna veljavnost

(1) Zavarovalno kritje velja za vsako potovanje, ki je plačano s kartico. Za potovanja se šteje obdobje ne daljše od 180 zaporednih dni odsotnosti zavarovane osebe od stalnega bivališča, med katerim zavarovana oseba koristi usluge javnih prevoznikov in/ali hotelskih dejavnosti, vključno s turističnimi paketi, pod pogojem, da je bil strošek za prevoz z javnim prevoznim sredstvom in/ali hotelske usluge, vključno s turističnimi paketi, plačan z American Express kartico.

(2) Zavarovalno kritje preneha; z dnem, ko zavarovana oseba izgubi pravico do uporabe kartice, oziroma takrat, ko se pogodbeno razmerje med zavarovalnico in izdajateljem kartice prekine; z dnem, ko preteče veljavnost kartice, kakor tudi z dnem, ko je imetnik kartice izključen iz pogodbe za zavarovalno kritje ali ko imetnik vrne kartico.

4. člen - Časovna veljavnost

(1) Zavarovane so nezgode, ki nastanejo med trajanjem zavarovalnega kritja.

(2) Glede začetka zavarovanja veljajo določila 946. člena Obligacijskega zakonika.

5. člen - Začetek zavarovalnega kritja

Zavarovalno kritje velja od dneva izročitve kreditne kartice imetniku, vendar ne pred začetkom veljavnosti pogodbe za kreditno kartico.

6. člen - Pojem nezgode

(1) Za nezgodo šteje vsak od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje nenadoma, od zunaj in mehanično ali kemično na zavarovančevo telo ter ima za posledico njegovo smrt, popolno ali delno trajno invalidnost, prehodno nesposobnost za delo ali okvaro zdravja, ki zahteva zdravniško pomoč.

(2) Za nezgodo štejejo tudi naslednji, od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:

- utopitev;

- opekline, oparine, delovanje strele ali električnega toka;

- zastrupitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, zaužitje strupenih ali jedkih snovi, razen če te snovi učinkujejo polagoma; zaužitje zdravil ali mamil ter zastrupitev s hrano v nobenem primeru ne pomeni nezgode;

- izpah sklepov, kakor tudi pretegnjenje in pretrganje mišic, kit, vezi ter ovojnic udov in hrbtenice, v kolikor so potrjeni s strani zdravnika in so posledica nenadnega odmika od načrtovanega telesnega giba.

(3) Zavarovalno kritje velja tudi za nezgode zavarovanca kot potnika motornih letal, ki so registrirana za dejavnost potniškega prometa, z izjemo jadralnih in ultra lahkih letal. Kot potnik letala se šteje oseba, ki ni v vzročni zvezi z obratovanjem letala niti ni član posadke, niti ne izvaja s pomočjo letala poklicno dejavnost

(4) Za nezgodo ne štejejo bolezni in poklicne bolezni, kakor tudi ne nalezljive bolezni kot posledice nezgode ter ponavljajoči (habitualni) izpahi ali izvini na istem sklepu.

B. ZAVAROVALNE DAJATVE

7. člen - Trajna invalidnost

(1) Če se v enem letu po nezgodi ugotovi, da je nezgoda povzročila trajno invalidnost zavarovanca, se iz za to dogovorjene zavarovalne vsote izplača znesek, ki ustreza stopnji invalidnosti.

(2) Za določitev stopnje trajne invalidnosti veljajo naslednja določila :

tč 1. V primeru popolne izgube ali popolne funkcionalne nezmožnosti:

roke v ramenskem sklepu - 80%

roke nad komolcem - 75%

roke v komolcu - 70%

roke pod komolcem ali enega zapestja - 60%

palca - 20%

kazalca - 10%

drugega prsta - 5%

noge nad sredino stegna - 70%

noge do sredine stegna - 60%

noge do sredine goleni ali enega stopala - 50%

palca na nogi - 5%

drugega prsta na nogi - 2%

vida enega očesa - 30%

vida obeh očes - 100%

če je vid drugega očesa izgubljen že pred nastankom zavarovalnega primera - 60%

sluha enega ušesa - 15 %

sluha obeh ušes - 60 %

če je sluh drugega ušesa izgubljen že pred nastankom zavarovalnega prim. - 30 %

voha - 10 %

okusa - 10 %

tč. 2 - Če pride le do delne izgube ali delne funkcionalne nezmožnosti pri navedenih telesnih delih ali organih, se stopnje iz 1. točke uporabljajo sorazmerno.

(3) Če se stopnja invalidnosti ne more določiti po odstavku (2) je merodajno, koliko je telesna ali duševna funkcionalna zmožnost oškodovana po medicinskih vidikih. Izguba oz. poškodba zoba v nobenem primeru ne predstavlja trajne invalidnosti.

(4) Več stopenj iz odstavkov (2) in (3) se sešteje, vendar pa stopnja invalidnosti nikoli ne more biti večja kot 100 %.

(5) Stopnja trajne invalidnosti se določi po enem letu od dneva nezgode oz. po končanem zdravljenju, ko se posledice poškodb ustalijo, to je, ko po zdravniški presoji ni mogoče pričakovati, da bi se stanjeboljšalo ali poslabšalo. V prvem letu po nezgodi se opravi dajatev za trajno invalidnost le, če je obseg nezgodnih posledic nedvoumen in medicinsko ugotovljen.

(6) Če se stopnja trajne invalidnosti ne more ugotoviti nedvoumno, sta tako zavarovalnica kakor tudi zavarovanec upravičena zahtevati, da se, do štirih let od dneva nezgode, stopnja invalidnosti letno zdravniško ocenjuje, in sicer od drugega leta po dnevu nezgode tudi preko zdravniške komisije. Če se v takem primeru pri dokončni oceni trajne invalidnosti ugotovi večja dajatev za invalidnost, kot jo je zavarovalnica do tedaj opravila, se presežek obrestuje od dneva dospelosti predujma (3.odst. 10. člena) s 4 % letno.

(7) Če zavarovanec umre:

tč.1 zaradi nezgode v roku enega leta po nezgodi, ni pravice na dajatev za invalidnost;

tč.2 v roku enega leta po nezgodi in vzrok smrti ni nezgoda, velja za dajatev zavarovalnice stopnja trajne invalidnosti, s katero bi morali računati na osnovi zadnjega zdravniškega izvida;

tč.3 zaradi nezgode ali iz drugega vzroka kasneje kot po enem letu od nezgode, velja za dajatev zavarovalnice prav tako stopnja trajne invalidnosti, s katero bi morali računati na osnovi zadnjega zdravniškega izvida.

8. člen - Primer smrti

(1) Če zavarovanec umre zaradi posledic nezgode v enem letu po dnevu nezgode izplača zavarovalnica zavarovalno vsoto za primer smrti.

(2) V dajatve za primer smrti se vračunajo le izplačila, ki so že opravljena za trajno invalidnost iz istega dogodka. Zavarovalnica ne more zahtevati vrnitev presežka iz že opravljenih dajatev za trajno invalidnost.

(3) Za osebe mlajše od 15 let se, v okviru zavarovalne vsote, nadomestijo le plačani ustrezni pogrebni stroški.

9. člen - Stroški zdravljenja

(1) Zavarovalno kritje velja subsidiarno le za potovanja v tujini plačana s kartico v smislu 3. člena teh pogojev.

(2) Krijejo se vsi stroški nujnega medicinskega zdravljenja v tujini, ki niso kriti s strani obveznega zdravstvenega zavarovanja in so posledica nezgode ali bolezni, katere znaki so se pojavili po začetku potovanja v smislu 3. člena teh pogojev. Za bolezen šteje na osnovi splošno priznanega stanja medicinske vede nenormalno telesno in/ali duševno stanje, ki zahteva zdravniško pomoč in/ali zdravljenje. Za bolezen pa ne štejejo poklicne bolezni.

Za tujino ne šteje Slovenija, kot tudi ne država, v kateri ima imetnik kartice začasno bivališče. Prav tako zavarovanje ne velja v državah v katerih ima imetnik urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje.

10. člen - Dospelost dajatve zavarovalnice

(1) Dajatev dospje v plačilo v štirinajstih dneh po tem, ko je dajatvena obveznost zavarovalnice ugotovljena tako po temelju kakor tudi po višini.

(2) Zavarovalnica je zavezana, da v roku enega meseca izjavi, v primeru zahtevkov na dajatev za trajno invalidnost pa v roku treh mesecev, ali in v kateri višini pripoznava dajatveno obveznost. Roki začnejo teči z dnem prispetja celotne dokumentacije, ki je potrebna za ugotovitev poteka nezgode in njenih posledic ter postopka zdravljenja. Dokumentacijo mora zavarovalnici dati na razpologo oseba, ki uveljavlja zahtevek.

(3) Če je dajatvena obveznost ugotovljena po temelju, lahko zavarovanec zahteva predujem v višini zneska, ki ga bo zavarovalnica na osnovi dejanskega stanja nedvomno morala plačati.

C. OMEJITVE ZAVAROVALNEGA VARSTVA**11. člen - Osebe, ki ne morejo biti zavarovane**

(1) Ne morejo se zavarovati in v nobenem primeru niso zavarovane osebe, ki so trajno popolnoma nezmožne za delo ali imajo težko živčno bolezen, kakor tudi ne umobolne 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.

(2) Do sklenitve zavarovalne pogodbe ne more priti, če gre za osebo, ki ne more biti zavarovana. Če postane zavarovanec med trajanjem zavarovalne pogodbe oseba, ki ne more biti zavarovana, preneha zavarovalno kritje. Istočasno tudi preneha pogodba za tega zavarovanca.

(3) Kadar zavarovanec ob nezgodi ni uporabil zaščitne čelade, če je le-ta zakonsko predpisana, ali ni bil pripet z varnostnim pasom med vožnjo z vozilom, ki ima vgrajene varnostne pasove, zavarovalnica izplača 50% zavarovalne dajatve.

12. člen - Izključitve

Iz zavarovanja so izključene nezgode:

(1) pri uporabi letal in letalnih naprav vseh vrst, kakor tudi pri uporabi zračnih vozil, v kolikor niso zajeta v odstavku (3) 6. člena;

(2) pri upravljanju letal in letalnih naprav vseh vrst, plovil, motornih in drugih vozil brez predpisane veljavnega dovoljenja za upravljanje z vrsto in tipom letala, plovila, motornega in drugega vozila; Posledic po tej točki ni, če dejstvo, da zavarovanec ni imel predpisane veljavnega dovoljenja, ni vplivalo na nastanek nezgode.

(3) pri udeležbi na motošportnih tekmovanjih (tudi ocenjevalnih vožnjah in rally-jih) in pri treningih za njih;

(4) pri skokih s padalom, pri dejavnostih kaskaderja, pri ekstremnem plezanju, potapljanju, udeležbah v ekspedicijah in pri opravljanju del iskalca eksplozivnih teles, pirotehnika ipd.;

(5) pri treningih in udeležbi na državnih ali mednarodnih tekmovanjih iz področja smučanja, deskanja na snegu, smučarskih skokov, sankanja ipd., kakor tudi na uradnih treningih za takšne prireditve;

(6) ki jih je zavarovanec povzročil naklepno;

(7) ki so v posredni ali neposredni vzročni zvezi s kakršnimikoli vojnimi dogodki ali terorističnimi dejanji;

(8) zaradi sodelovanja pri pretepu po lastni krivdi oz. zaradi udeležbe pri kaznivem dejanju;

(9) zaradi notranjih neredov, če se jih je zavarovanec udeležil na strani povzročiteljev;

(10) ki so bile povzročene posredno ali neposredno:

a) zaradi vpliva ionizirajočih žarkov in

b) zaradi jedrske energije;

(11) ki jo zavarovanec utrpi zaradi pri njem nastalem srčnem infarktu ali kapi (srčni infarkt v nobenem primeru ne velja kot posledica nezgode);

(12) ki jo zavarovanec utrpi zaradi motnje zavesti ali zaradi pomembnega zmanjšanja svojih duševnih zmožnosti

zaradi alkohola, mamil ali zdravil; šteje se - če se ne dokaže nasprotno - da je nezgoda nastala zaradi vzročne zveze delovanja alkohola na zavarovanca:

- če je kot voznik motornega vozila imel ob nezgodi v krvi več kot 10,8 milimolov (0,5 ‰) alkohola ali več kot 21,6 milimolov (1 ‰) ob drugih nezgodah;

- če je alkotest pokazal alkoholiziranost, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo ugotovljena stopnja njegove alkoholiziranosti;

- če odkloni ali se izmakne možnosti ugotavljanja stopnje njegove alkoholiziranosti.

(13) zaradi telesnih poškodb pri ukrepih zdravljenja in posegih, ki jih zavarovanec izvrši ali jih pusti izvršiti na svojem telesu.

13. člen - Stvarna omejitev zavarovalnega kritja

(1) Zavarovalna dajatev se opravi samo zaradi posledic, ki jih je povzročila nezgoda ali bolezen v primeru stroškov zdravljenja.

(2) Pri ocenjevanju stopnje trajne invalidnosti se opravi odbitek v višini predinvalidnosti le v primeru, če je bila zaradi nezgode prizadeta telesna ali duševna funkcija, ki je bila že prej zmanjšana. Predinvalidnost se oceni po (2) in (3) odstavku 7. člena.

(3) Če so na nastanek in posledice nezgode vplivale boleznimi ali hibe, ki so obstajale že pred nezgodo, se dajatev zmanjša sorazmerno deležu boleznimi ali hibe, če znaša ta delež vsaj 25 %.

(4) Za organsko pogojene motnje živčnega sistema se opravijo dajatev samo, če in v kolikor so nastale zaradi z nezgodo povzročene organske poškodbe. Psihična stanja (nevroze, psihonevroze ipd.) se ne štejejo kot posledice nezgode.

(5) V primeru poškodbe medvretenčnih ploščic (hernia disci intervertebralis), vseh vrst lumbalgij, diskopatij, sakralgi, miofasciitov, kokcigidinij, ishialgij, fibrozitisev in vseh sprememb ledvenokrižnega predela, ki so označene z analognimi izrazi se dajatev opravi samo, če je poškodba nastala zaradi neposrednega mehničnega učinkovanja in ne gre za poslabšanje bolezenskega stanja, ki je obstajalo že pred nezgodo.

(1) V primeru trebušnih in spodnjetelesnih kil vsakršne narave se dajatev opravi samo, če so bile povzročene neposredno z od zunaj prihajajočim mehničnim učinkovanjem in je bila poleg kile klinično ugotovljena poškodba mehanskih delov trebušne stene v tem področju.

Č. OBVEZNOSTI ZAVAROVANCA OZ. ZAVAROVALCA

14. člen – Obveznosti

(1) Obveznosti zavarovanca pred nastankom zavarovalnega primera:

Kot obveznost, katere kršitev pomeni, da je zavarovalnica prosta dajatvenih obveznosti se določi, da ima zavarovanec pri upravljanju letal in letalnih naprav vseh vrst, plovil, motornih in drugih vozil predpisano veljavno dovoljenje za upravljanje z vrsto in tipom letala, plovila, motornega in drugega vozila; to velja tudi v primeru, če se vozilo ne vozi na površinah za javni promet.

(2) Obveznosti zavarovanca oz. zavarovalca po nastanku zavarovalnega primera:

tč.1 Nezgodo je potrebno nemudoma pisno prijaviti zavarovalnici, najkasneje v roku enega tedna.

tč.2 Primer smrti je potrebno prijaviti zavarovalnici v roku treh dni tudi v primeru, če je bila že prijavljena nezgoda.

tč.3 Zavarovalnica ima pravico zdravniško pregledati umrlega, zahtevati obdukcijo ali, če je potrebno, ekshumiranje.

tč.4 Po nezgodi mora nemudoma poskrbeti za zdravniško pomoč, zdravniška oskrba pa se mora nadaljevati do konca zdravljenja; prav tako je potrebno poskrbeti za ustrezno bolniško nego in po možnosti skrbeti za odstranitev ali zmanjšanje posledic nezgode.

tč.5 Po prejemu obrazca za prijavo nezgode, ga je potrebno v celoti izpolnjenega nemudoma dostaviti zavarovalnici; razen tega je potrebno zavarovalnici posredovati vse druge zahtevane dokumente in informacije v zvezi z nezgodo.

tč.6 Zdravnike ali zdravstvene ustanove, ki so izvršili zdravljenje, kakor tudi tiste zdravnike ali zdravstvene ustanove, pri katerih je bil zavarovanec zdravljen ali preiskovan iz drugih razlogov, mora zavarovanec pooblastiti in po potrebi od njih zahtevati, da posredujejo informacije, ki jih o zavarovancu zahteva zavarovalnica. Če je bila nezgoda prijavljena zavodu za zdravstveno zavarovanje, je potrebno v tem smislu pooblastiti tudi njega.

tč.7 Uradi, ki se ukvarjajo z nezgodo, morajo biti pooblaščen, da posredujejo informacije, ki jih zahteva zavarovalnica.



tč.8 Zavarovalnica lahko zahteva, da zavarovanca pregledajo zdravniki, ki jih sama imenuje.

(3) Če zavarovanec oz. zavarovalec krši katero od v odstavku (2) tega člena navedenih obveznosti, velja naslednje :

tč.1 Če je zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec zavarovalni primer povzročil namenoma ali s prevaro, zavarovalnica ni zavezana k dajatvi, ima pa pravico zahtevati odškodnino od osebe, ki uveljavlja zahtevek.

tč.2 V primeru iz 1. točke tega odstavka ima zavarovalnica pravico vse ugovore v zvezi z odškodninskim zahtevkom iz zavarovalne pogodbe uveljavljati proti tisti osebi, s katero je sklenila zavarovalno pogodbo.

tč.3 Dajatve zavarovalnice v smislu 10. člena ne dospejo v izplačilo tako dolgo, dokler zavarovalec, zavarovanec ali drugi upravičenec ne izpolni obveznosti, ki so navedene v odstavku (2) tega člena.

tč.4 Vlagatelj odškodninskega zahtevka mora zavarovalnici povrniti morebitno škodo zaradi nepravočasne ali nepopolne izpolnitve obveznosti, ki so navedene v odstavku (2) tega člena.

tč.5 Oseba, ki uveljavlja odškodninski zahtevek, mora v primeru kršitve v odstavku (2) tega člena navedenih obveznosti, dokazati nastanek zavarovalnega primera, škodo in obseg škode, tako da sama nosi dokazno breme.

16. člen - Zastaralni roki

Terjatev zavarovalca oz. upravičenca na zavarovalno dajatev zastara v treh letih, šteto od prvega dne po preteku koledarskega leta, v katerem je nastala terjatev.

Če zainteresirana oseba dokaže, da do dneva, ki je določen v prejšnjem odstavku, ni vedela, da je zavarovalni primer nastopil, začne zastaranje teči od dneva, ko je za to zvedela; v vsakem primeru terjatev zastara v petih letih od dneva, določenega v prejšnjem odstavku.

Prijava škodnega primera

Škodni primer je potrebno pisno prijaviti zavarovalnici, **najkasneje v roku enega tedna**. Primer smrti je potrebno prijaviti zavarovalnici v roku treh dni tudi v primeru, če je bila že prijavljena nezgoda.

Osnova za prijavo zavarovalnega primera je v celoti izpolnjen **prijavni obrazec**, ki ga zavarovanec dobi na zavarovalnici (osebno ali po pošti). Zavarovanec bo moral izročiti zavarovalnici tudi vso dokumentacijo o zavarovalnem primeru, ki jo bo zavarovalnica zahtevala. Neglede na navedeno je potrebno vedno priložiti fotokopijo obeh strani plačilne kartice in ustrezno dokazilo o plačilu potovanja s kartico.

Pisno prijavo treba poslati na naslov:
MERKUR ZAVAROVALNICA d.d.
Škodni oddelek
Dunajska cesta 58
1000 Ljubljana

Za katerokoli dodatno informacijo lahko kontaktirate škodni oddelek zavarovalnice na telefonsko številko **01/300-54-30**.

Ljubljana, maj 2005