



PONUDBA ŠT. 5.299.621 ZA SKLENITEV 24 URNEGA KOLEKTIVNEGA NEZGODNEGA ZAVAROVANJA
To nezgodno zavarovanje lahko sklenijo samo člani sindikata delavcev v zdravstveni negi Slovenije in družinski člani

Zavarovalec, zavarovanec in plačnik premije

Ime in priimek:		Rojen:	
Naslov:		Davčna št.:	
Telefon:	E-mail:		
Poklic/Vrsta zaposlitve:			
Imetnik in št. članske izkaznice:		*Sorodstveno razmerje:	

*Vpiše se, če sta zavarovana oseba in imetnik članske izkaznice različna

Produkt: NZS/18–Merkur nezgoda 24 ur, ZBO/17-Zdravstveno zavarovanje za izplačilo v primeru daljše bolniške odsotnosti	Začetek zavarovanja*: 01.____.2020	Zavarovalna doba NZS/18: 10 LET Zavarovalna doba ZBO/17: 3 LETA
Nevarnostni razred: <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II.	NR I.: Sestavljajo osebe, ki opravljajo trgovske, upravne, planske in nadzorne poklice (zdravstveni tehnik) NR II.: osebe, ki so pri svojem poklicu zaradi fizičnega dela izpostavljene povišanemu nezgodnemu riziku	

*v primeru, da podpisana ponudba in pristopne izjave na sedež MZ prispejo po navedenem začetku zavarovanja, ima MZ pravico prestaviti začetek tako, da je začetek zavarovanja 01. v mesecu po prejemu ponudbe in izjav.

Nezgodno 24 urno zavarovanje – Merkur nezgoda – NZS/18

V tabeli zavarovalnih vsot in premij izberite vam najustreznejši paket tako, da v prvem stolpcu označite izbrano varianto (prekrižaj).

Paket	Nezgodna smrt	Naravna smrt	Trajna nezgodna Invalidnost	Maksimalno izplačilo za trajno nez. Inv.	Zlom kosti	Takojšnja pomoč	Nezgodna renta/ 51% invalidnost	Doba rente v letih	Bolnišnično nadomestilo	Mesečna premija-I. nevar. razred	Mesečna premija-II. nevar. razred
<input type="checkbox"/> P1	10.000	1.000	20.000	100.000	100	100	200	25	10	5,49€	7,18€
<input type="checkbox"/> P2	15.000	1.000	25.000	125.000	100	125	200	25	10	6,60€	8,65€
<input type="checkbox"/> P3	20.000	2.000	30.000	150.000	200	150	500	25	10	9,22€	12,37€

Upravičenec v primeru smrti: (navedite ime, priimek in rojstne podatke):

Če upravičenci v primeru smrti niso navedeni so upravičenci v primeru smrti zakoniti dediči. Upravičenec za ostale dajatve je zavarovalec.

Zdravstveno zavarovanje za izplačilo v primeru daljše bolniške odsotnosti – ZBO/17

POMEMBNO: Izvzeto kritje predhodnih stanj bolezni in poškodb pri produktu ZBO/17

Iz zavarovalnega kritja so izvzeti vsi zavarovalni primeri, če so v neposredni ali posredni zvezi s predhodnimi bolezenskimi stanji ali poškodbami, ne glede na to ali so bili zavarovalnici znani ali ne (vključno z zdravstvenimi težavami, bolezenskimi znaki ali simptomi), ki so nastopili pred sklenitvijo zavarovanja oz. v čakalnem času, ne glede na to, ali so bili diagnosticirani oziroma zdravljeni in zavarovancu niso mogli ostati neznani.

V tabeli zavarovalnih vsot in premij izberite vam najustreznejši paket tako, da označite izbrano varianto (prekrižaj).

Zavarovalna vsota	Mesečna premija - kritje 12 mesecev	Mesečna premija - kritje 24 mesecev
150€ / mesec	<input type="checkbox"/> 3,22€	<input type="checkbox"/> 3,97€
300€ / mesec	<input type="checkbox"/> 6,44€	<input type="checkbox"/> 7,94€
500€ / mesec	<input type="checkbox"/> 10,75€	<input type="checkbox"/> 13,23€

Upravičenec za daljšo bolniško odsotnost: zavarovalec

Izberite vrsto plačevanja premije:

- Direktna obremenitev SEPA
Številka računa (IBAN): SI56:
 UPN (univerzalni plačilni nalog)

Izberite način plačila premije:

- mesečno četrletno
 polletno letno

Če se boste odločili za plačilo premije preko direktne obremenitve vpišite številko vašega transakcijskega računa. Navedeni račun se bremeni 18. v mesecu ob vsaki zapadlosti obroka premije.

Vprašanja o zdravstvenem stanju zavarovanca

	zavarovanec
1. Ali ste bili v zadnjih 10 letih kdaj težje poškodovani z ugotovljeno invalidnostjo oz. ste trajni invalid? Če da, vrsta poškodbe in ugotovljena st. invalidnosti.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
2. Ali se kakorkoli ukvarjate s kakšnim športom oz. prostočasno dejavnostjo tako, da za to dejavnost obiskujete redne treninge in ste član športnega društva (npr.: sodelovanje na avto-moto dirkah, športi z žogo, borilni športi, kolesarjenje, jahalni športi, zimski športi, jamarstvo, potapljanje, vodni športi, planinarjenje, plezanje, letenje, letenje z zmajem, padalstvo, ipd.)? Če da, prosimo za točne navedbe.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
3. Ali vaše delo vključuje delo na višini, delo z eksplozivnimi ali radioaktivnimi snovmi, ali delate z zdravju nevarnimi snovmi oz. ali ste katerikoli od prej naštetih nevarnosti kakorkoli drugače izpostavljeni med službenim ali prostim časom? Če da, prosimo za točne navedbe.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE



OPIS KRITIJ

Naravna ali nezgodna smrt

V primeru naravne ali nezgodne smrti zavarovane osebe zavarovalnica upravičencu izplača dogovorjeno zavarovalno vsoto.

Trajna nezgodna invalidnost

Če je nezgoda povzročila trajno invalidnost zavarovanca, se upravičencu v skladu z dogovorjeno različico odmeri znesek, ki ustreza stopnji trajne invalidnosti.

Če je stopnja trajne invalidnosti	se zavarovalna odmeri na podlagi	Če je stopnja trajne invalidnosti	se zavarovalna odmeri na podlagi
od 0,1 % do 25 %	enkratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost	od 0,1 % do 50 %	enkratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 25,1 % do 50 %	dvakratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost	od 50,1 % do 75 %	dvakratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 50,1 % do 75 %	trikratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost	od 75,1 % do 90 %	štirikratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 75,1 % do 90 %	štirikratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost	od 90,1 % do 100 %	trikratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 90,1 % do 100 %	petkratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost		

Nadomestilo za zlom kosti (brezplačno)

V primeru zloma kosti se največ enkrat na zavarovalno leto izplača enkratni pavšalni znesek v dogovorjeni višini.

Takojšnja pomoč (brezplačno)

V primerih, ko je zavarovana oseba neposredno po nezgodi prepeljana na medicinsko nujno potrebno zdravljenje, kjer prebije najmanj 24 ur, zavarovalnica upravičencu izplača enkratni pavšalni znesek v dogovorjeni višini.

Bolnišnično nadomestilo

Bolnišnično nadomestilo se izplača v izbrani višini za vsak koledarski dan, ki ga zavarovanec zaradi nezgode prebije v bolnišnici (razen dan, ko je bil zavarovanec odpuščen). Bolnišnično nadomestilo se izplača za največ 365 dni v dveh koledarskih letih od dneva nezgode.

Nezgodna renta

Nezgodna renta se izplačuje mesečno v dogovorjeni višini, če zavarovancu kot posledica ene nezgode ostane trajna invalidnost od vključno 36% do 100% (paket A), ali 51% do 100% (paket B). Doba izplačevanja je glede na izbrano varianto lahko 10 let ali 25 let.

Daljša bolniška odsotnost z dela – ZBO/17 – je zdravstveno zavarovanje, ki v primeru, da je zavarovanec odsoten z dela zaradi nezgode ali bolezni več kot 30 dni, izplača nadomestilo v dogovorjeni višini. Nadomestilo se izplačuje največ 24 mesecev.

Informacije o zavarovanju

1. Splošna določila:

1.1. Ponudba obvezuje ponudnika osem dni od dneva, ko je prispela na sedež zavarovalnice v Ljubljani, če je potreben zdravniški pregled zavarovanca ali pregled medicinske dokumentacije, pa trideset dni. Zavarovanje se mora začeti v prihodnosti (ne more se skleniti za nazaj).

1.2. Zavarovalec in zavarovanec sta obveščena, da zastopnik oz. posrednik (agencija) ni pooblaščen skleniti zavarovalne pogodbe, prevzemati obveznosti za zavarovalnico ali dajati za zavarovalnico obvezujoče izjave o pomenu ali pomembnosti zdravstvenih vprašanj.

1.3. Zavarovalec (sklenitelj zavarovanja) oz. zavarovanec(ci) je odgovoren za popolnost in resničnost podatkov navedenih v ponudbi, četudi je te podatke, preden je podpisal ponudbo, vpisala tretja oseba. Nepopolne ali netočne navedbe preprečujejo zavarovalnici pravilno presojo zdravstvenega stanja osebe, ki se zavaruje. Pri kršitvi teh določil, ne glede na to, ali se to ugotovi v času trajanja zavarovanja ali ob reševanju zavarovalnega primera, ima zavarovalnica pravico, da razveljavi pogodbo oz. ni zavezana za izplačilo zavarovalne dajatve.

1.4. Vsa obvestila, sporočila, izjave, dogovori in pojasnila v zvezi s ponudbo in zavarovalno pogodbo so obvezujoči le, če so v pisni obliki in dostavljeni zavarovalnici. Izjave zavarovalnice so pravno veljavne le, če so podpisane s strani pristojnih delavcev zavarovalnice.

1.5. Če se med predložitvijo in sprejemom ponudbe poveča nevarnost za življenje, zdravje ali poškodbo zavarovanca, mora ponudnik to pisno sporočiti zavarovalnici. Prav tako mora zavarovalnici sporočiti spremembo poklica ali vrsto dela.

2. Informacije o premiji:

2.1 Premije so letne in se plačujejo vnaprej. Lahko se dogovori obročni način plačila letne premije, ki je lahko polletni, četrletni ali mesečni.

2.2 Prva letna premija oz. njen prvi obrok zapade v plačilo najkasneje en dan pred dnem začetka zavarovanja. Premije se poravnava po vrstnem redu zapadlosti v izpolnitev. Stroški plačila bremenijo plačnika.

3. Davčni predpisi

Življenjska, nezgodna in zdravstvena zavarovanja, pri katerih zavarovalno razmerje ni krajše od dobe 10 let, so na podlagi Zakona o davku od prometa zavarovalnih poslov (Ur. l. RS, št. 57/1999, 72/2005 in 90/2014) oproščena plačila davka od prometa zavarovalnih poslov v višini 8,5 % od davčne osnove, sicer pa je davek od prometa zavarovalnih poslov obračunan od premije (davek je vključen v obrok premije), ki se plačuje na podlagi zavarovalne pogodbe. Če zavarovalna pogodba, sklenjena za najmanj 10 let, preneha veljati pred potekom te dobe, se obračuna in plača davek od prometa zavarovalnih poslov v višini 8,5% od vsote, ki se izplača zavarovalcu, zavarovancu ali upravičencu. Zavarovalnica kot zavezanec za davek, davek od prometa zavarovalnih poslov obračuna in plača od vsote, ki se izplača zavarovalcu, zavarovancu ali upravičencu. Zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec po obračunu in plačilu davka od prometa zavarovalni poslov tako prejme vsoto, ki se izplača na podlagi zavarovalne pogodbe, zmanjšano za obračunan in plačan davek od prometa zavarovalnih poslov. Ne glede na navedeno, pa se tega davka ne obračuna in ne plača v primerih izrednega prenehanja zavarovalne pogodbe zaradi smrti zavarovanca.

5. Sprememba pravnih predpisov:

Navedbe v teh informacijah ustrezajo določilom predpisov, veljavnih na dan 1. 11. 2018, ki se lahko s bodočimi spremembami predpisov spremenijo.

Izjave:

- Zavarovalni zastopnik oz. zavarovalni posrednik, zavarovalec in zavarovane osebe s podpisom te ponudbe potrjujejo, da so se pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe v celoti in popolnoma pisno seznanili s podatki iz 522. in 545. člena Zakona o zavarovalništvu.
- Preden podpisate to ponudbo, preberite Splošne pogoje nezgodnega zavarovanja SPNZS 2018, Splošne pogoje za zdravstveno zavarovanje za izplačilo v primeru daljše bolniške odsotnosti z dela (SPZBO 2019) **morebitne druge zavarovalne pogoje in klavzule**, ki so priloženi k tej ponudbi ter besedilo na hrbtni strani. S podpisom ponudbe boste potrdili, da ste s temi pogoji, klavzulami in besedilom seznanjeni in da z njimi soglašate. Hvala!

Glede mojih potreb potrjujem, da mi je distributer na podlagi moje izrecne zahteve ter predstavitve objektivnih informacij o zavarovalnem produktu na razumljiv način omogočil informirano odločitev, kot izhaja iz podpisane ponudbe/zavarovalne police.

Kraj in datum: _____

Podpis zavarovanca: _____

Danica Bozi, agencija SMS



PRIVOLITEV v obdelavo osebnih podatkov - Zavarovanec

Privolitev v obdelavo osebnih podatkov za namen obveščanja

Podpisani zavarovalec oziroma zavarovanec dovolim, da družbe v skupini Merkur do mojega preklica obdelujejo moje osebne podatke, ki jih posredujem zavarovalnici sam ali te nastajajo v okviru izvajanja zavarovalne pogodbe, za namen obveščanja o novostih in posebnih ugodnostih, ponudbah zavarovanj ter drugih koristnih vsebinah in novicah, ki so prilagojene glede na moj zavarovalni portfelj.

DA NE

Privolitev v obdelavo osebnih podatkov za namen izvajanja trženjskih raziskav

Podpisani zavarovalec oziroma zavarovanec dovolim, da družbe v skupini Merkur do mojega preklica obdelujejo moje osebne podatke, ki jih posredujem zavarovalnici sam ali te nastajajo v okviru izvajanja zavarovalne pogodbe, za namen izvajanja trženjskih raziskav.

DA NE

Privolitev v obdelavo osebnih podatkov za namen merjenja zadovoljstva strank

Podpisani zavarovalec oziroma zavarovanec dovolim, da družbe v skupini Merkur do mojega preklica obdelujejo moje osebne podatke, ki jih posredujem zavarovalnici sam ali te nastajajo v okviru izvajanja zavarovalne pogodbe, za namen merjenja zadovoljstva strank s ciljem izboljšati ponudbo storitev in produktov zavarovalnice preko elektronske pošte.

DA NE

Osebna zavarovanja

Informacije o obdelavi osebnih podatkov

1. Informacije o upravljavcu:

Upravljavca je Merkur zavarovalnica d.d. Ljubljana, Dunajska cesta 58, 1000 Ljubljana (v nadaljevanju tudi: upravljavca ali zavarovalnica), ki je vpisana pri Okrožnem sodišču v Ljubljani dne 18.11.1992, matična št. 5648246, ident. št. za DDV SI 74079778, e-pošta: info@merkurzav.si.

2. Informacije o pooblaščenih osebah za varstvo osebnih podatkov:

Zavarovalec in zavarovane osebe lahko s pooblaščenim osebo za varstvo osebnih podatkov stopijo v stik glede vseh vprašanj, povezanih z obdelavo njihovih osebnih podatkov in uresničevanjem njihovih pravic na podlagi veljavnih predpisov, ki urejajo varstvo osebnih podatkov. Aktualni kontaktni podatki glede pooblaščenca za varstvo osebnih podatkov v zavarovalnici se nahajajo na spletni strani www.merkur-zav.si.

3. Namen in pravna podlaga zbiranja in obdelovanja podatkov:

3.1 Merkur zavarovalnica d.d. zbira in obdeluje osebne podatke zavarovalca in zavarovanih oseb, ki so potrebni za sklepanje in izvajanje zavarovalne pogodbe, kot je preverjanje tveganja, izstavitve zavarovalne police, upravljanje in obdelava zavarovalnih primerov (likvidacija škod).

3.2 Za zavarovalne produkte življenjskega, zdravstvenega in nezgodnega zavarovanja je potrebna tudi obdelava podatkov o zdravstvenem stanju, ki jih zavarovalnica potrebuje za sklenitev zavarovanja in obdelavo zavarovalnega primera (likvidacija škod). Ti podatki se obdelujejo na podlagi 268. člena ZZavar-1 ob sklepanju zavarovanja oziroma prijavi zavarovalnega primera (likvidaciji škode).

3.3 Zavarovalnica na podlagi 268. člena za namen zagotavljanja pravilnosti, točnosti in ažurnosti osebnih podatkov, za namen sklepanja zavarovalne pogodbe na pobudo zavarovalca in za namen likvidacije škod lahko opravi poizvedbe in pridobi pravilne in točne osebne podatke od drugih zavarovalnic, Zavarovalnega združenja ali iz zbirke podatkov državnih organov (zlasti od ZZS, ZPIZ, pristojni CSD in pristojnih ministrstev).

3.4 Zavarovalnica kontaktne osebne podatke zavarovalca in zavarovanca obdeluje na podlagi svojega zakonitega interesa pospeševanja prodaje produktov in storitev, ter obvešča o svojih aktualnih ponudbah, novostih in dogodkih. Zavarovalec in zavarovanec lahko kadarkoli ugovarjata obdelavi osebnih podatkov za ta namen po postopku iz 6.1 točke teh informacij.

4. Uporabniki oziroma prejemniki osebnih podatkov:

4.1 Če je to potrebno za sklenitev ali izpolnitev zavarovalne pogodbe oziroma če tako določa zakon, osebne podatke zbirajo in obdelujejo tudi pooblaščenca družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe, kot so npr. pozavarovatelji, zavarovalni zastopniki, posredniki, zdravniki, cenzorji, zdravstvene ustanove, nadzorni in finančni organi ter organi kazenskega pregona.

4.2 Zavarovalnica je članica Slovenskega zavarovalnega združenja (SZZ), preko katerega se na podlagi ZZavar1 izmenjujejo določeni osebni podatki (podpora pri presoji tveganja, razjasnitvi dejanskega stanja pri preverjanju storitve ter boj proti zlorabam zavarovanj).

4.3 Prav tako se na podlagi zakonitega interesa družb Skupine Merkur osebni podatki prenašajo in skupno obdelujejo v okviru skupine, z namenom optimizacije delovnih procesov. Družbe v Skupini Merkur so navedene na vsakokratnem seznamu, dostopnem na www.merkurzav.si.

5. Obdobje hrambe osebnih podatkov:

Zavarovalnica osebne podatke, ki jih obdeluje za namen izvajanja zavarovalne pogodbe, hrani najdlje deset let od poteka veljavnosti zadnjega zavarovalčevega sklenjenega zavarovanja ali zaključka obdelave zadnjega zavarovalnega primera. Enako velja za obdelavo teh podatkov v družbah, ki so jim bili osebni podatki posredovani za isti namen. Rok hrambe se po potrebi podaljša za 5 let, dokler je mogoče uveljavljanje pravnih zahtevkov iz zavarovalnega razmerja.

6. Pravice posameznika:

6.1 S pisno zahtevo ali ustno na zapisnik, na naslovu Merkur zavarovalnica d.d., Pooblaščenec za varstvo osebnih podatkov, Dunajska 58, 1000 Ljubljana, ali na elektronski naslov varstvo.podatkov@merkur-zav.si lahko zavarovalec oziroma zavarovana oseba uveljavlja pravice po predpisih, ki urejajo varstvo osebnih podatkov, in sicer zahteva dostop do osebnih podatkov, njihov popravek, omejitev obdelave, izbris osebnih podatkov, ki se obdelujejo v zvezi z njim, ali prenos k drugemu upravljavcu. Kadarkoli lahko tudi ugovarja obdelavi osebnih podatkov za namen iz 3.4 točke teh informacij.

6.2 Če obdelava temelji na osebni privolitvi (npr. podani spodaj) ima zavarovalec oziroma zavarovana oseba pravico, da svojo privolitve kadarkoli prekliche. Teh podatkov zavarovalnica ne bo več obdelovala, če ne bo obstajal drug pravni temelj za zakonito obdelavo.

Preklic privolitve ne vpliva na zakonitost obdelave, ki se je na podlagi privolitve izvajala do njenega preklica.

7. Pravica do vložitve pritožbe pri nadzornem organu:

Zavarovalec oziroma zavarovane osebe imajo pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenca RS, če menijo, da se njihovi osebni podatki shranjujejo ali kako drugače obdelujejo v nasprotju z veljavnimi predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.

Ime in priimek zavarovanca: _____

Podpis: _____

Podpis in žig SDZNS

Kako bo po moji nezgodi finančno shajala moja družina?

Nihče ni varen pred nezgodo!

Vedno več ljudi preživi hudo bolezen ali prometno nesrečo zaradi napredka v medicini. Ostanejo pa težje invalidnosti po zdravljenju. Ob težji invalidnosti, zaradi nezgode, je ponavadi potrebno poskrbeti za veliko reči: potrebno je preurediti stanovanje, kupiti prilagojeno vozilo, poskrbeti za boljše in hitrejše zdravljenje, kupiti pripomočke, ki jih zdravstveno zavarovanje ne krije, ne nazadnje lahko invalidnost pomeni izgubo zaposlitve in poskrbeti bo potrebno za prekvalifikacijo v poklicu. Za vse to so potrebna finančna sredstva.

V ta namen je sindikat v sodelovanju z zavarovalnico Merkur za vas in vaše družinske člane pripravil zelo ugodne in sodobne zavarovalne police z 30% popustom.

Zraven nezgodnega zavarovanja smo vključili še zdravstveno zavarovanje za izplačilo v primeru daljše bolniške odsotnosti z dela – zaradi nezgode in bolezni, kar je novost na tržišču in ne združuje nobeno drugo zavarovanje.



Splošni pogoji za nezgodno 24-urno kolektivno zavarovanje (SPNZSK 2016)

I. POGLAVJE – SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Splošne določbe

- (1) Splošni pogoji za nezgodno kolektivno zavarovanje (v nadaljevanju kot »splošni pogoji«) so sestavni del zavarovalne pogodbe o nezgodnem kolektivnem zavarovanju (v nadaljevanju kot »pogodba« oz. »zavarovanje«), ki jo zavarovalec sklene z Merkur zavarovalnico d.d., Dunajska 58, Ljubljana.
- (2) Posamezni izrazi in pojmi, uporabljeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:
 - **ponudnik** je fizična ali pravna oseba, ki želi z zavarovalnico skleniti pogodbo o nezgodnem zavarovanju in v ta namen predloži pisno ponudbo;
 - **ponudba** je pisna vloga ponudnika na obrazcu zavarovalnice, s katero ponudnik izkazuje svojo voljo za sklenitev pogodbe o nezgodnem zavarovanju;
 - **pogodba** je pogodba o nezgodnem zavarovanju, to je zavarovalna pogodba;
 - **zavarovalnica** je Merkur zavarovalnica d.d., Dunajska cesta 58, Ljubljana;
 - **zavarovalec (sklenitelj zavarovanja)** je fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklene pogodbo o nezgodnem zavarovanju;
 - **zavarovanec** je oseba, od katere nezgodne smrti ali naravne smrti ali invalidnosti ali delovne nezmožnosti ali okvare zdravja ali nezgodne poškodbe je odvisno izplačilo zavarovalne dajatve oziroma nadomestila;
 - **upravičenec** je fizična ali pravna oseba, v dobro katere se zavarovanje sklepa in 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;
 - **polica** je pisna listina, ki jo o sklenjeni zavarovalni pogodbi izda zavarovalnica, to je zavarovalna polica;
 - **zavarovalna vsota** je denarni znesek, za katerega je sklenjeno nezgodno zavarovanje;
 - **zavarovalna dajatev (zavarovalnina)** je izplačilo denarnega zneska za zavarovalni primer.
- (3) V skladu s temi pogoji so riziki, ki se lahko zavarujejo, ter tem rizikom pripadajoče zavarovalne dajatve, naslednji:
 1. nezgodna smrt (21. člen teh splošnih pogojev);
 2. naravna smrt (22. člen teh splošnih pogojev)
 3. trajna nezgodna invalidnost – različica A (23. člen teh splošnih pogojev),
 4. trajna nezgodna invalidnost – različica B (24. člen teh splošnih pogojev),
 5. trajna nezgodna invalidnost – različica C (25. člen teh splošnih pogojev)
 6. trajna nezgodna invalidnost 51% ali več (27. člen teh splošnih pogojev)
 7. dnevno nadomestilo nezmožnosti za delo zaradi nezgode (28. člen teh splošnih pogojev);
 8. bolnišnično nadomestilo zaradi nezgode (29. člen teh splošnih pogojev);
 9. nadomestilo za zlom kosti (30. člen teh splošnih pogojev);
 10. takojšnja pomoč ob nezgodi (31. člen teh splošnih pogojev);
 11. nadomestilo za oskrbo po nezgodi (32. člen teh splošnih pogojev);
 12. nezgodna mesečna renta brez možnosti dedovanja za primer najmanj 51% trajne nezgodne invalidnosti (33. člen teh splošnih pogojev);
 13. zavarovalno kritje za posledice otroške paralize in meningoencefalitisa (34. člen teh splošnih pogojev).
- (4) Iz police je razvidno, katere dajatve in zavarovalne vsote so dogovorjene.

2. člen

Osebe, ki se lahko zavarujejo

- (1) V skladu s temi splošnimi pogoji se lahko sklene zavarovanje samo za fizične osebe obeh spolov, ki so ob sklenitvi zavarovanja dopolnile najmanj 15 let in največ 69 let starosti in ki ob izteku zavarovanja ne bodo stare več kot 70 let (zavarovane osebe). Starost zavarovane osebe je razlika med koledarskim letom začetka zavarovanja in letom njenega rojstva.
- (2) Zavarovanje se lahko sklene za najmanj dve zavarovani osebi. Zavarujejo se lahko samo zaposleni pri istem delodajalcu. Za zaposlene se štejejo samo osebe, ki imajo z delodajalcem sklenjeno pogodbo o zaposlitvi, pogodbo o delu ali pogodbo o poslovanju.

3. člen

Osebe, ki se ne morejo zavarovati

- (1) Ne morejo se zavarovati in v nobenem primeru niso zavarovane:
 - osebe, pri katerih je trajna invalidnost stopnje 100% že podana;
 - umsko prizadete osebe ter umbolne osebe;
 - osebe s trajno in popolno izgubo funkcije dveh ali več okončin zaradi bolezni hrbtenjače ali zaradi poškodbe hrbtenjače (hroma oseba);
 - osebe, ki so popolnoma slepe na obe očesi, to je, če je vidno polje obeh oči zmanjšano na 20° ali manj (slepa oseba);
 - osebe, obbolele za AIDS-om;
 - osebe, ki trpijo zaradi težkih poškodb živcev ali imajo težko živčno bolezen ali imajo bolezen hrbtenjače ali duševno bolezen, to so zlasti, vendar ne samo oboleli z epilepsijo, multiplo sklerozo, Parkinsonovo boleznijo, polinevropatijo, ankilozirajočim spondilitisom, Alzheimerjevo boleznijo ali drugo težko obliko demence ter osebe z manično depresivnimi psihozami, shizofrenijo ali paranoičnimi motnjami;
 - osebe, ki so trajno in popolnoma nezmožne za delo; popolna delovna nezmožnost je podana, če se od osebe zaradi bolezni, hibe ali poškodbe po medicinskih stališčih ne sme zahtevati izvajanje pridobitne dejavnosti in pridobitna dejavnost dejansko ni podana.
- (2) Ne morejo se zavarovati in v nobenem primeru niso zavarovane osebe, ki kot poklic ali samostojno dejavnost opravljajo eno izmed spodaj navedenih aktivnosti:
 - iskanje eksplozivnih teles, razstreljevanje, pomoč pri miniranju, protetnika;
 - posebne oziroma specialne oborožene enote policija, vojske ali druge oborožene enote izvršilne oblasti;
 - oboroženo osebno varovanje drugih oseb (telesni stražarji);
 - vožnja letali, plovil in vozil, ki so šele v fazi testiranja (testni vozilki);
 - kaskaderstvo, akrobatika na višini, vrhovodstvo;
 - krotenje živali, lov na živali za živalske vrtove, oskrbovanje živali v živalskem vrtu.
- (3) Do sklenitve pogodbe ne more priti, če gre za osebo, ki ne more biti zavarovana (prvi in drugi odstavek tega člena). Če postane zavarovanec med trajanjem zavarovanja oseba, ki ne more biti zavarovana, mora zavarovalec o tem nemudoma pisno obvestiti zavarovalnico, z dnem nastanka spremembe pa preneha zavarovalno kritje za takšnega zavarovanca. V primeru spora velja kot datum nastanka spremembe, datum, ki je ugotovljen s pravno močno sodno odločbo, v kateri je takšno stanje ugotovljeno.
- (4) Zavarovanje za riziko trajna nezgodna invalidnost 51% ali več, se po teh splošnih pogojih ne more skleniti za osebe, ki so podvržene večji nevarnosti za življenje, zdravje ali poškodbo in bi zanje zavarovalnica zahtevala plačilo doplačila k premiji oziroma bi sklenitev zavarovanja pogojevala s sprejemom posebnih pogojev zavarovanja.

4. člen

Zavarovanje oseb s povečano nevarnostjo

- (1) Osebe, ki so podvržene večji nevarnosti za življenje, zdravje ali poškodbo se lahko zavarujejo v sporazumu z zavarovalnico samo proti plačilu doplačila k premiji oziroma pod posebnimi pogoji zavarovanja, ki jih določi zavarovalnica.
- (2) Osebe, ki so podvržene večji nevarnosti za zdravje po prejšnjem odstavku so zlasti, vendar ne samo:
 1. osebe, obbolele za rakom ali malignim obolenjem krvi oziroma kosti;
 2. osebe, ki so utrpeli srčni infarkt ali možgansko kap;
 3. osebe, ki jim je bila opravljena bypass operacija koronarnih arterij ali operacija srca;
 4. osebe z obolenjem medvretenčnih ploščic;
 5. osebe, obbolele za sladkorno boleznijo (tip 1 in 2).
- (3) Osebe, ki so podvržene večji nevarnosti za poškodbo po prvem odstavku tega člena so zlasti, vendar ne samo, osebe, ki se poklicno ali ljubiteljsko ukvarjajo z eno izmed spodaj navedenih aktivnosti:
 1. gornišтво, plezanje, prosto plezanje in plezanje po ledu v smereh III. in IV. težavnostne stopnje po klasifikaciji UIAA, plezalne poti C+D+E;
 2. vožnja s kajakom ali kanujem, vožnja z gumenjaki po divjih vodah (rafting), jadrnanje na deski s padalom (kajting in kite surfing), potapljanje z dihalno napravo do 60 m, soteskanje (canyoning);
 3. BMX prosti slog, gorski freeriding, gorsko downhill kolesarstvo, športni avtomobilizem, športni motociklizem;
 4. skok v globino z elastiko (bungee jumping) ali vrvoje, spuščanje po jekleni vrvi (zip lining);
 5. letenje z zrakoplovi in letalskimi napravami brez motornega pogona (piloti zmajev, jadralni padalci, padalci, zmajarji, piloti balonov, jadralni letalci);

6. udeležba v borilnih ali kontaktnih športih;
 7. poklicni ali amaterski šport; poklicni športnik je oseba, ki pretežni del svojega dohodka ustvari z opravljanjem športne dejavnosti – v vsakem primeru so to športniki, ki delujejo v dveh najvišjih razredih na državnem nivoju ter vrhunski smučarji v državni smučarski zvezi ali primerljivih državnih organizacijah; športnik amater je oseba, ki ji ukvarjanje s športom, kljub eventualnim denarnim nadomestilom, ni osnovni poklic – v vsakem primeru so to športniki, ki aktivno delujejo v športnih društvih ali klubih.
- (4) Zavarovalnica zavarovance glede na nevarnost za življenje, zdravje ali poškodbo, kateri so podvrženi, razvršča v dva nevarnostna razreda, in sicer I. ter II. O uvrstitvi zavarovanca v I. ali II. nevarnostni razred odloča zavarovalnica na podlagi podatkov iz ponudbe, pri čemer o tem zavarovalca obvesti le, če je zavarovanca uvrstila v različen nevarnostni razred od tistega, ki je bil naveden na ponudbi.
 - (5) Osebe uvrščene v II. nevarnostni razred po prejšnjem odstavku so zlasti, vendar ne samo:
 1. poklicni športniki;
 2. osebe, ki so pri svojem poklicu ali delu zaradi fizičnega dela, upravljanja s stroji, stika z jedrkimi, strupenimi, lahko vnetljivimi ali eksplozivnimi snovmi ali električno in termično energijo, izpostavljene povišanemu nevarnemu riziku, to so zlasti, vendar ne samo:
 - osebe, ki delajo v gradbeništvu, predvsem ročni delavci visokih in nizkih gradenj, kot so zidarji, tesarji in krovci;
 - ročni delavci v cestni gradnji, kot so asfalterji ter vozniki žerjavov, bagarjev in druge težke gradbene mehanizacije;
 - gorski vodniki, drvarji, veterinarji ter skrbniki živali;
 - delavci v jeklarni in valjarni ter poklicni gasilci.
 - (6) Za osebe iz prvega odstavka tega člena v zavarovanje ni možno vključiti nezdodne rente (33. člen teh splošnih pogojev), če pa je takšna oseba uvrščena v II. nevarnostni razred, se zanjo ne more dogovoriti dnevn nadomestilo nezdodnosti za delo zaradi nezdode (28. člen teh splošnih pogojev).
 - (7) Za osebe, obolenje za sladkorno boleznijo (tip 1 in 2), ni možno dogovoriti dnevnega nadomestila nezdodnosti za delo zaradi nezdode (28. člen teh splošnih pogojev), bolnišničnega nadomestila zaradi nezdode (29. člen teh splošnih pogojev).
 - (8) Za poklicne športnike poleg omejitev iz šestega odstavka tega člena ni možno dogovoriti tudi nadomestila za zlom kosti (30. člen teh splošnih pogojev).
 - (9) Dogovor, ki je v nasprotju z določili šestega, sedmega in osmega odstavka tega člena, je ničen.

5. člen Ponudba

- (1) Za sklenitev 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 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, če je potreben zdravniški pregled zavarovanca ali pregled medicinske dokumentacije, pa trideset dni.
- (3) Če se med predložitvijo in sprejemom ponudbe poveča nevarnost za življenje, zdravje ali poškodbo zavarovanca, ponudnik ali zavarovanec pa za to ve ali bi moral vedeti, mora ponudnik takoj, ko izve za povečanje nevarnosti, to pisno sporočiti zavarovalnici. Kot povečanje nevarnosti velja predvsem sprememba poklica, poškodba zavarovane osebe, ugotovitev invalidnosti zavarovanca ter nastanek zavarovančeve izpostavljenosti naslednjim nevarnostim: delo na višini, delo z eksplozivnimi ali radioaktivnimi snovmi in delo z zdravju nevarnimi snovmi.
- (4) Če v roku iz drugega odstavka tega člena zavarovalnica ne odkloni ponudbe, ki se ne odmiha od pogojev, po katerih sklepa predlagano zavarovanje, ter je ponudnik plačal prvo letno premijo ali njen prvi obrok, predviden v ponudbi, se šteje, da je ponudbo sprejela in da je pogodba sklenjena z dnem, ko je ponudba prispela na sedež zavarovalnice. V vseh primerih, ko zavarovalnica ponudbo iz kateregakoli razloga odkloni, velja, da se ponudba odmiha od pogojev, po katerih zavarovalnica sklepa predlagano zavarovanje.
- (5) Zavarovalnica lahko odkloni ponudbo brez navajanja razlogov. Če zavarovalnica odkloni ponudbo, se ponudba s priloženimi dokumenti ponudniku ne vrača, razen na izrecno pisno zahtevo ponudnika.
- (6) Če se policja bistveno razlikuje od ponudbe in drugih pisnih izjav zavarovalca, lahko ta razlikam pisno ugovarja v roku osmih dni po prejemu police, sicer velja vsebina 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 (2. odstavek 6. člena teh splošnih pogojev) in dogovorjene prave vsebine zavarovanja.
- (7) Če zavarovalec in zavarovanec ni ista oseba, mora za veljavnost zavarovalne pogodbe ponudbo podpisati tudi zavarovanec oz. mora zavarovalec k ponudbi priložiti pisno soglasje zavarovanca z navedbo zavarovalne vsote, za katero se sklepa zavarovanje.

- (8) Določila tega člena veljajo za vsa zavarovanja, ki se sklepajo po isti ponudbi.

6. člen

Zavarovalna pogodba

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

7. člen

Krajevna in časovna veljavnost zavarovanja

- (1) Zavarovanje velja po vsem svetu, razen če ni omejitve krajevne veljavnosti posebej dogovorjena.
- (2) Zavarovane so nezdode, ki nastanejo med trajanjem zavarovalnega kritja. Zavarovalno kritje velja 24 ur dnevno in začne veljati z dnem, ki je naveden na polici, pod pogojem, da je plačana ustrežna premija. Pred datumom, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja, ni zavarovalnega kritja.
- (3) Pogodba učinkuje od 00.00 ure dneva, ki je na polici označen kot dan začetka zavarovanja, do 24.00 ure dneva, s katerim se konča obdobje, za katerega je zavarovanje sklenjeno.

8. člen

Odstop od zavarovalne pogodbe

Zavarovalec lahko brez navajanja razlogov odpove zavarovalno pogodbo nezgodnega zavarovanja v roku petnajstih dni od njene sklenitve. V tem primeru ima zavarovalnica pravico zadržati administrativne stroške v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom zavarovalnice.

9. člen

Doležnost prijavljanja, namerna in nenamerna neresnična prijava ali zamolčanje

- (1) Zavarovalec in zavarovanec sta dolžna ob sklenitvi zavarovalne pogodbe prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so jima znane ali jima niso mogle ostati neznanne.
- (2) Če je zavarovalec ali zavarovanec nameroma neresnično prijavil ali nameroma zamolčal kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovalne pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev zavarovalne pogodbe. Če je bila zavarovalna pogodba razveljavljena iz razlogov, navedenih v prejšnjem stavku, obdrži zavarovalnica že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo letne premije za zavarovalno leto, v katerem je zahtevala razveljavitev zavarovalne pogodbe. Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitev zavarovalne pogodbe, preneha, če v treh mesecih od dneva, ko je zvedela za neresničnost prijave ali za zamolčanje, ne izjavi zavarovalcu, da jo namerava uporabiti.
- (3) Če je zavarovalec ali zavarovanec kaj neresnično prijavil ali je opustil dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica po svoji izbiri v enem mesecu od dneva, ko je zvedela za neresničnost ali nepopolnost prijave, odstopi od zavarovalne pogodbe, ali predlaga zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V primeru iz prejšnjega stavka zavarovalna pogodba preneha z iztekom štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica sporočila zavarovalcu svoj odstop od zavarovalne pogodbe; če pa zavarovalnica predlaga zvišanje premije, je zavarovalna pogodba avtomatično razdrta, če zavarovalec ne sprejme predloga o povišanju premije v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel. Če se zavarovalna pogodba razdrta, mora zavarovalnica vrniti del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalnega leta, v katerem je bila zavarovalna pogodba razdrta.
- (4) Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razdrtjem zavarovalne pogodbe oziroma pred dosego sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna dajatev zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.

10. člen

Primeri, v katerih se zavarovalnica ne more skilcevat na neresničnost ali nepopolnost prijave

Zavarovalnica, ki so ji bile tedaj, ko je bila sklenjena zavarovalna pogodba, znane ali ji niso mogle ostati neznanne okoliščine, pomembne za ocenitev nevarnosti, zavarovalec oziroma zavarovanec pa jih je neresnično prijavil ali zamolčal, se ne more skilcevat na neresničnost prijave ali na zamolčanje. To velja tudi v primeru, če je zavarovalnica zvedela za te okoliščine med trajanjem zavarovanja, ni pa uporabila pravic iz 9. člena teh splošnih pogojev.

11. člen

Obveščanje o spremembi poklica ali vrste dela zavarovanca

- (1) Zavarovalnica je treba obvestiti o vsaki spremembi poklica ali vrste dela zavarovanca.

- (2) Vsak odhod na mlirvno misijo predstavlja spremembo vrste dela zavarovanca. Vpoklic v vojaško službo, v civilno službo, kakor tudi kratkoročne vojaške vaje pa se ne štejejo kot sprememba vrste dela zavarovanca.

12. člen

Povečanje nevarnosti

- (1) Če je zaradi spremembe poklica ali vrste dela zavarovanca povečanje nevarnosti tolikšno, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovalne pogodbe, če bi bilo tako stanje takrat, ko je bila sklenjena, lahko zavarovalnica odstopi od zavarovalne pogodbe. Če je povečanje nevarnosti tolikšno, da bi zavarovalnica sklenila zavarovalno pogodbo samo ob plačilu višje premije, če bi bilo tako stanje takrat, ko je bila sklenjena, lahko predlaga zavarovalcu novo višino premije. Če zavarovalec ne privoli v novo višino premije v štirinajstih dneh, ko prejme tak predlog, preneha zavarovalna pogodba z iztekom tega roka.
- (2) Zavarovalnica mora svoje pravice iz prejšnjega odstavka izkoristiti v tridesetih dneh od dneva, ko je kakorkoli zvedela za spremembo poklica ali vrsto dela zavarovanca, sicer ostane pogodba v veljavi.
- (3) Če nastane zavarovalni primer, preden je bila zavarovalnica obveščena o spremembi poklica ali vrsti dela zavarovanca, ki pomeni povečanje nevarnosti, ali potem, ko je bila o tem obveščena, vendar prej, preden je odstopila od zavarovalne pogodbe ali se z zavarovalcem sporazumela o povečanju premije, se zavarovalnica zmanjša v sorazmerju med plačalnimi premijami in premijami, ki bi morale biti plačane glede na povečano nevarnost.

13. člen

Zmanjšanje nevarnosti

- (1) Če se je po sklenitvi zavarovalne pogodbe zaradi spremembe poklica ali vrste dela zavarovanca zmanjšala nevarnost, ima zavarovalec pravico zahtevati ustrežno zmanjšanje premije, šteto od dneva, ko je o spremembi poklica ali vrste dela zavarovanca obvestil zavarovalnico.
- (2) Če zavarovalnica ne privoli v zmanjšanje premije, lahko zavarovalec odstopi od pogodbe.

14. člen

Pravni položaj pogodbenih strank

- (1) Pogodbo o neizgodnem zavarovanju je možno skleniti za primer nezgodne smrti, naravne smrti, trajne nezgodne invalidnosti, nezgodne delovne nezmožnosti, okvare zdravja ali nezgodne poškodbe zavarovalca ali neke druge osebe (zavarovana oseba). Če se zavarovanje nanaša na drugo osebo, je za določitev upravičenca in njegovo kasnejšo spremembo potrebno njeno pisno soglasje.
- (2) Če ni izrecno drugače določeno, je pogodba o neizgodnem zavarovanju sklenjena v korist zavarovalca in se zavarovalna dajatev izplača zavarovalcu (upravičenec).

II. POGLAVJE – PREMIJA

15. člen

Premija

- (1) Premije so določene s premijskim cenikom zavarovalnice, 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) S pogodbo se lahko dogovorijo obročni način plačila letne premije, ki je lahko polletni, četrtletni ali mesečni. Četudi je bilo plačilo premije dogovorjeno v obrokih, ima zavarovalnica na začetku vsakega zavarovalnega leta terjatev za celotno letno premijo.
- (3) Prva letna premija oz. njen prvi obrok zapade v plačilo najkasneje en dan pred dnevom začetka zavarovanja. 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 izročen izvajalcu plačilnega prometa.
- (4) Nadaljnje premije se lahko plačujejo na podlagi izdanega računa. V primeru plačila na podlagi izdanega računa je rok plačila najkasneje petnajstega v mesecu zapadlosti premije oz. njenega obroka, razen če je na izdanem računu navedeno drugače.
- (5) V primeru zamude s plačilom premije oz. njenega obroka, lahko zavarovalnica zaračuna zakonske zamudne obresti. Odlog plačila premije oz. njenega obroka je možen le po predhodnem pisnem dogovoru med zavarovalnico in zavarovalcem.
- (6) Zavarovalnica si pridržuje pravico v bodoče uvesti tudi druge oblike plačila nadaljnje premije, ki bodo plačniku olajšale izvedbo plačevanja.

16. člen

Posledice neplačila prve premije

- (1) Če prva letna premija oz. njen prvi obrok ni plačana ob zapadlosti (3. odstavek 15. člena teh splošnih pogojev), je zavarovalnica prosta obveznosti izplačila zavarovalnih dajatev.
- (2) Zavarovalnica lahko pozove zavarovalca k plačilu zapadle premije z vročitvijo priporočenega pisma, v katerem določi rok plačila trideset dni, ki

začne teči z dnem, ko je bilo pismo vročeno, pri čemer pa ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset dni od zapadlosti premije. Če v tem roku prva letna premija oz. njen prvi obrok ni plačana, ima zavarovalnica pravico, da razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka.

17. člen

Posledice neplačila nadaljnje premije

- (1) Če katera izmed nadaljnjih letnih premij oz. njenih obrokov ni plačana pravočasno, zavarovalnica najprej izpelje postopek opominjanja zavarovalca. Zavarovalcu se največ dva zaporedna koledarska meseca poleg računa za tekočo premijo oz. njen obrok izstavi tudi opomin s pisnim dopisom za neporavnane zneske premije oz. njenih obrokov iz preteklih obdobj. Če zavarovalec neporavnanih zneskov premije oz. njenih obrokov ne plača v postopku opominjanja, zavarovalnica nadaljuje s postopkom v skladu z določili drugega in tretjega odstavka tega člena. Stroške opominjanja zavarovalnica zaračuna zavarovalcu v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom zavarovalnice.
- (2) Zavarovalnica vroči zavarovalcu priporočeno pismo, v katerem določi rok plačila trideset dni, ki začne teči z dnem, ko je bilo pismo vročeno, pri čemer pa ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset dni od zapadlosti premije. Če v tem roku katera izmed nadaljnjih premij oz. njenih obrokov ni plačana, ima zavarovalnica pravico, da razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka. Z iztekom roka, določenega v tem odstavku, nastopi razdržje zavarovalne pogodbe in prenehajo vsa zavarovalna kritja iz zavarovanja.
- (3) Če nastane zavarovalni primer in če zavarovalec po izteku roka iz prejšnjega odstavka tega člena, vendar v enem letu od zapadlosti premije, plača vse zapadle nadaljnje premije oz. njene obroke, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi, je zavarovalnica zavezana k izplačilu zavarovalnih dajatev, in sicer od 24. ure po prejemu vseh zapadlih nadaljnjih premij oz. njenih obrokov, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi. Če je plačilo iz prejšnjega stavka plačano z nalogom izvajalcu plačilnega prometa (npr. pošti, banki), se šteje, da je plačano ob 24:00 uri dne, ko je bil nalog za plačilo izročen izvajalcu plačilnega prometa.

III. POGLAVJE – ZAVAROVALNO KRITJE

18. člen

Predmet zavarovanja

- (1) Zavarovalnica nudi zavarovalno kritje, če nastane zavarovalni primer (19. člen teh splošnih pogojev).
- (2) Obveznosti zavarovalnice in zavarovalne dajatev so določene s temi splošnimi pogoji in z zavarovalno pogodbo.
- (3) Iz police je razvidno, katera zavarovalna kritja, zavarovalne dajatev in zavarovalne vsote so dogovorjene za posamezno zavarovanje.

19. člen

Zavarovalni primer

- (1) Zavarovalni primer je bodoč, negotov in od izključne volje zavarovalca, zavarovanca in upravičenca neodvisen dogodek, glede katerega se sklene zavarovanje. Zavarovalni primer nastane z nastankom nezgode (20. člen teh splošnih pogojev).
- (2) Zavarovalnica bo v primeru nastanka zavarovalnega primera, v skladu z določili teh splošnih pogojev, izplačala dogovorjene zavarovalne dajatev.

20. člen

Pojem nezgode

- (1) Za nezgodo gre, kadar na zavarovanca od zunaj, mehanično ali kemično deluje od zavarovančeve volje neodvisna sila ali dogodek, ki nastopi nenadoma ter ima za posledico nezgodno smrt ali trajno nezgodno invalidnost ali nezgodno delovno nezmožnost, ali nezgodno poškodbo zavarovanca.
- (2) Za nezgodo štejejo tudi naslednji, od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:
1. utopitev;
 2. opekline zaradi ognja ali pare;
 3. učinki udara strele ali električnega toka;
 4. piki in ugrizi žuželk ter kač;
 5. zastrupitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih hlapov, razen če te snovi učinkujejo postopoma;
 6. nenamerno zaužitje strupenih ali jedkih snovi, razen če te snovi učinkujejo postopoma; zaužitje zdravil ali mamil ter zastrupitev s hrano v nobenem primeru ne pomenijo nezgode;
 7. izpah sklepov, poškodbe meniskusa, kakor tudi pretgegnjenje in pretrganje mišic, kit, vezi ter ovojnic udov in hrbtnice, če so potrjeni s strani zdravnika in so posledica nenadnega odmika od načrtovanega telesnega giba;
 8. otroška paraliza in klopni meningoencefalitis v okviru določil 34. člena teh splošnih pogojev;
 9. otrpni krč (tetanus) in steklina, povzročena z nezgodo v smislu prvega odstavka tega člena;
 10. nezgode kot posledice prizadevanja zavarovanca za reševanje človeških življenj, živali, stvari ali premoženja.

- (3) Zavarovalno kritje velja tudi za nezgode zavarovanca kot potnika motornih letal, ki so registrirana za dejavnost potniškega prevoza, 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 poklicne dejavnosti.
- (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. Kollapse v nobenem primeru ne pomeni nezgode.

IV. POGLAVJE - ZAVAROVALNE DAJATVE

21. člen Nezgodna smrt

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustreza premija, zavarovalnica upravičencu izplača zavarovalno dajatev za primer nezgodne smrti zavarovane osebe.
- (2) Če zavarovanec umre zaradi posledic nezgode v enem letu po dnevu nezgode, izplača zavarovalnica zavarovalno vsoto za primer smrti.
- (3) V dajatve za primer smrti se vračunajo le izplačila, ki so že opravljena za trajno invalidnost iz istega dogodka. Zavarovalnica ne more zahtevati vrnitve presežka iz že opravljenih dajatev za trajno invalidnost.

22. člen Naravna smrt

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustreza premija, zavarovalnica upravičencu izplača zavarovalno dajatev za primer naravne smrti, če zavarovanec umre zaradi posledic bolezni.
- (2) Iz zavarovalnega kritja za naravno smrt so izključeni naslednji primeri smrti zavarovanca:
- smrt, ki nastopi v prvih šestih mesecih trajanja zavarovanja oziroma v prvih šestih mesecih po spremembi zavarovanja;
 - smrt zaradi samomora in smrt, ki je v neposredni ali posredni vzročni zvezi s poskusom samomora, v prvem letu zavarovanja oziroma po spremembi zavarovanja, tudi če je zavarovanec dejanje storil v stanju bolezenske duševne motnje, ki izključuje svobodno voljo;
 - smrt zaradi umora zavarovanca, ki ga naklepno povzroči upravičenec in smrt, ki je v neposredni ali posredni vzročni zvezi s poskusom umora zavarovanca, ki ga stori upravičenec;
 - smrt, ki je v neposredni ali posredni vzročni zvezi z AIDS-om, HIV infekcijami, azbestozo; jemanjem drog ali zdravil, razen tistih, ki jih je zavarovancu predpisal zdravnik; zlorabo alkohola ali jemanjem strupov.
- (3) Če v tem členu ni določeno drugače, se za dodatno zavarovanje za primer naravne smrti smiselno uporabljajo ostala določila teh splošnih pogojev in morebitne zavarovalni pogodbi priložene klavzule.

23. člen Trajna nezgodna invalidnost – različica A

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustreza premija, zavarovalnica upravičencu izplača zavarovalno dajatev za primer trajne nezgodne invalidnosti zavarovane osebe po različici A.
- (2) Če se ugotovi, da je nezgoda povzročila trajno invalidnost zavarovanca, se upravičencu iz dogovorjene zavarovalne vsote za trajno invalidnost izplača denarni znesek, ki ustreza stopnji trajne invalidnosti, v skladu s spodnjo razpredelnico:

če je stopnja trajne invalidnosti	se zavarovalna odmeri na podlagi
od 0,1 % do 25 %	enkratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 25,1 % do 50 %	dvakratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 50,1 % do 75 %	trikratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 75,1 % do 90 %	štirikratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 90,1 % do 100 %	petkratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost

24. člen

Trajna nezgodna invalidnost – različica B

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustreza premija, zavarovalnica upravičencu izplača zavarovalno dajatev za primer trajne nezgodne invalidnosti zavarovane osebe po različici B.
- (2) Če se ugotovi, da je nezgoda povzročila trajno invalidnost zavarovanca, se upravičencu iz dogovorjene zavarovalne vsote za trajno invalidnost izplača denarni znesek, ki ustreza stopnji trajne invalidnosti, v skladu s spodnjo razpredelnico:

če je stopnja trajne invalidnosti	se zavarovalna odmeri na podlagi
od 0,1 % do 50 %	enkratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 50,1 % do 90 %	dvakratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 90,1 % do 100 %	trikratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost

25. člen

Trajna nezgodna invalidnost – različica C

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustreza premija, zavarovalnica upravičencu izplača zavarovalno dajatev za primer trajne nezgodne invalidnosti zavarovane osebe po različici C.
- (2) Če se ugotovi, da je nezgoda povzročila trajno invalidnost zavarovanca, se upravičencu iz dogovorjene zavarovalne vsote za trajno invalidnost izplača denarni znesek, ki ustreza stopnji trajne invalidnosti, v skladu s spodnjo razpredelnico:

če je stopnja trajne invalidnosti	se zavarovalna odmeri na podlagi
od 0,1 % do 100 %	enkratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost

26. člen

Določitev stopnje trajne nezgodne invalidnosti

- (1) Za določitev stopnje trajne invalidnosti po različicah A, B in C 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	70 %
palca	20 %
kazalca	10 %
drugega prsta	5 %
noge nad sredino stegna	80 %
noge do sredine stegna	75 %
noge do sredine goleni ali enega stopala	70 %
palca na nogi	5 %
drugega prsta na nogi	2 %
vida enega očesa	50 %
vida obeh oči	100 %
če je vid drugega očesa izgubljen že pred nastankom zavarovalnega primera	65 %
sluha enega ušesa	35 %
sluha obeh ušes	70 %
če je sluh drugega ušesa izgubljen že pred nastankom zavarovalnega primera	45 %
voha	10 %
okusa	10 %
vranlice	10 %
ledvice	20 %
glasu	50 %

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.

- (2) Če se stopnja trajne invalidnosti ne more določiti v skladu s določili prvega odstavka tega člena, je merodajno, koliko je telesna ali duševna funkcionalna zmožnost trajno oškodovana po medicinskih vidikih. Izguba oziroma poškodba zoba v nobenem primeru ne predstavlja trajne invalidnosti.
- (3) Več stopenj iz prvega in drugega odstavka tega člena se sešteje, vendar pa stopnja trajne invalidnosti ne more biti večja kot 100 %.
- (4) Stopnja trajne invalidnosti se določi po enem letu od dneva nezgode oziroma po končanem zdravljenju, ko se posledice poškodb ustalijo, to je, ko po zdravniški presoji ni mogoče več pričakovati, da bi se stanje zavarovanca izboljšalo ali poslabšalo, vendar najkasneje v roku štirih let od dneva nezgode. V prvem letu po nezgodni se zavarovalna dajatev za trajno invalidnost opravi le, če sta obseg posledic poškodb in stopnja trajne invalidnosti nedvoumna in medicinsko ugotovljena. Trajna invalidnost, ki zaradi nezgode nastane po izteku štirih let od dneva nezgode, je izključena iz zavarovanja.
- (5) 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 zdravni-

ške komisije. Zdravniška komisija je sestavljena iz treh zdravnikov izvedencev, od katerih po enega imenujeta zavarovalnica in zavarovanec, tadv pa nato soglasno imenujeta tretjega, ki komisiji tudi predseduje. Če se v takem primeru pri dokončni oceni trajne invalidnosti ugotovi večja dejatev za invalidnost, kot jo je zavarovalnica do tedaj opravila, se presežek obrestuje 1,5% letno od dneva dospelosti predujma (5. odstavek 46. člena teh splošnih pogojev).

(6) Če umre zavarovanec

1. zaradi nezgode v roku enega leta po nezgodi, ni pravice na dajatev za invalidnost;
2. v roku enega leta po nezgodi in vzrok smrti ni nezgoda, velja za dejatev zavarovalnice stopnja trajne invalidnosti, s katero bi morala računati na podlagi zadnjega zdravniškega izvida;
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 morala računati na podlagi zadnjega zdravniškega izvida.

27. člen

Trajna nezgodna invalidnost 51% ali več

- (1) Če med trajanjem zavarovanja zavarovanec utrpil nezgodo, katere posledica je njegova trajna invalidnost stopnje 51% ali več, zavarovalnica izplača upravičencu dogovorjeno zavarovalno vsoto, vendar za vsako zavarovano osebo le enkrat in pod pogojem, da zavarovanec preživi še najmanj 30 dni od dneva nastanka nezgode.
- (2) Če je kot posledica ene nezgode ugotovljena stopnja trajne invalidnosti zavarovanca nižja od 51%, ni dajatev zavarovalnice. Stopnja trajne invalidnosti se ugotavlja v skladu z določilom 26. člena teh splošnih pogojev. Pojem nezgode je opredeljen v 20. členu teh splošnih pogojev.

28. člen

Dnevno nadomestilo nezmožnosti za delo zaradi nezgode

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrežna premija, zavarovalnica upravičencu izplača dnevno nadomestilo za nezmožnost zavarovane osebe za delo zaradi nezgode.
- (2) Za obračun dnevnega nadomestila za dneve popolne delovne ali poklicne nezmožnosti zavarovanca zaradi posledic nezgode se upošteva obdobje največ 365 dni v dveh koledarskih letih, šteto od dneva nezgode. Dnevno nadomestilo se prizna za dneve zavarovančeve popolne delovne nezmožnosti v poklicu ali pri delu v obdobju iz prejšnjega stavka. Izplačilo dnevnega nadomestila je odvisno od dogovorjene različice dnevnega nadomestila, to je izplačilo po različici s karenco 30 dni, 14 dni, 7 dni ali brez karence, kot je opredeljeno v tretjem, četrtem, petem in šestem odstavku tega člena.
- (3) **KARENCA 30 DNI:** Kadar je z zavarovalno pogodbo dogovorjeno zavarovalno kritje za dnevno nadomestilo s karenco 30 dni, se dnevno nadomestilo izplača od vključno 31. dne dalje, šteto od dne, ko je pristojni zdravnik ugotovil delovno ali poklicno nezmožnost zaradi posledic nezgode. Dnevno nadomestilo s karenco 30 dni se lahko izplača za največ 335 dni v obdobju iz drugega odstavka tega člena.
- (4) **KARENCA 14 DNI:** Kadar je z zavarovalno pogodbo dogovorjeno zavarovalno kritje za dnevno nadomestilo s karenco 14 dni, se dnevno nadomestilo izplača od vključno 15. dne dalje, šteto od dne, ko je pristojni zdravnik ugotovil delovno ali poklicno nezmožnost zaradi posledic nezgode. Dnevno nadomestilo s karenco 14 dni se lahko izplača za največ 351 dni v obdobju iz drugega odstavka tega člena.
- (5) **KARENCA 7 DNI:** Kadar je z zavarovalno pogodbo dogovorjeno zavarovalno kritje za dnevno nadomestilo s karenco 7 dni, se dnevno nadomestilo izplača od vključno 8. dne dalje, šteto od dne, ko je pristojni zdravnik ugotovil delovno ali poklicno nezmožnost zaradi posledic nezgode. Dnevno nadomestilo s karenco 7 dni se lahko izplača za največ 358 dni v obdobju iz drugega odstavka tega člena.
- (6) **BREZ KARENCE:** Kadar je z zavarovalno pogodbo dogovorjeno zavarovalno kritje za dnevno nadomestilo brez karence, se dnevno nadomestilo izplača od vključno 1. dne dalje, šteto od dne, ko je pristojni zdravnik ugotovil delovno ali poklicno nezmožnost zaradi posledic nezgode. Dnevno nadomestilo brez karence se lahko izplača za največ 365 dni v obdobju iz drugega odstavka tega člena.
- (7) Dnevno nadomestilo se prizna samo za zavarovance, ki v obdobju, za katerega se dnevno nadomestilo uveljavlja, v državah članicah Evropske unije:
 1. so v rednem delovnem razmerju za določen ali nedoločen čas, ne glede na to ali je zavarovanec zaposlen za polni delovni čas ali za čas, krajši od polnega, oziroma se štejejo za zaposlene (v skladu z 2. odstavkom 2. člena teh splošnih pogojev); ali
 2. koristijo starševski dopust v skladu z zakonom, ki ureja starševsko varstvo in družinske prejemke (porodniški dopust, očetovski dopust, dopust za nego in varstvo otroka, posvojiteljski dopust); ali
 3. so kmetje nosilci kmečkega gospodarstva ali člani kmečkega gospodarstva in opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini in glavni poklic; ali
 4. so osebe, ki opravljajo poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic (odvetniki, notarji, samostojni raziskovalci, ustvarjalci na

področju kulture s statusom samostojnega kulturnega delavca, duhovniki, rejniki ipd.); ali

5. so samozaposlene osebe, ki opravljajo gospodarsko ali pridobitno dejavnost v obliki samostojnega podjetnika posameznika (s.p.); ali
6. so osebe, ki opravljajo osebno dopolnilno delo, ki so ga priglasile pri pristojnem organu.

Dnevno nadomestilo se v nobenem primeru ne prizna za zavarovance, ki so uvrščeni v II. nevarnostni razred, ter so hkrati podvrženi večji nevarnosti za življenje, zdravje ali poškodbo in je oziroma bi zavarovalnica zanje zahtevala plačilo doplačila k premiji.

- (8) Če zavarovanec med trajanjem zavarovanja postane oseba, kateri se v skladu s sedmim odstavkom tega člena dnevno nadomestilo ne prizna (sprememba statusa zavarovanca), lahko zavarovalec na obrazcu zavarovalnice za spremembo statusa zavarovanca in ukinitev dnevnega nadomestila od zavarovalnice zahteva, da se zavarovalna pogodba spremeni tako, da preneha zavarovalno kritje za dnevno nadomestilo in se temu ustrezno zniža višina letne premije oz. njenega obroka. Sprememba zavarovalne pogodbe iz prejšnjega stavka je možna samo z začetkom spremenjenega zavarovanja ob 00.00 uri prvega dne v mesecu, ki sledi mesecu, v katerem je zavarovalnica prejela zahtevo zavarovalca. Za obdobje od dejanske spremembe statusa zavarovanca do začetka spremenjenega zavarovanja, kakor tudi v primeru, ko zavarovalec iz kateregakoli razloga ne zahteva ukinitve dnevnega nadomestila, pa se kasneje izkaže, da je bil status zavarovanca spremenjen, zavarovalec ni upravičen do povračila premije ali njenega dela. Stroške spremembe zavarovanja zaradi ukinitve dnevnega nadomestila zavarovalnica zaračuna zavarovalcu v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom zavarovalnice.

29. člen

Bolnišnično nadomestilo zaradi nezgode

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrežna premija, zavarovalnica upravičencu izplača bolnišnično nadomestilo za bivanje zavarovane osebe v bolnišnici zaradi nezgode.
- (2) Dogovorjeno bolnišnično nadomestilo izplača zavarovalnica za vsak koledarski dan, ki ga zavarovanec zaradi nezgode prebije na medicinsko nujno potrebnem zdravljenju v bolnišnici, razen za koledarski dan, v katerem je bil zavarovanec odpuščen iz bolnišnične oskrbe. Bolnišnično nadomestilo se izplača za največ 365 dni v dveh koledarskih letih, šteto od dneva nezgode.
- (3) Kot bolnišnice veljajo zdravstveni zavodi za zdravljenje več vrst bolezni, ki imajo specialistično ambulantno dejavnost in posteljne zmogljivosti najmanj za področje interne medicine, kirurgije, pediatrije in ginekologije ali porodniške dejavnosti (splošna bolnišnica) ter zdravstveni zavod za specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje določene bolezni oziroma določene skupine prebivalcev, ki mora izpolnjevati vse pogoje za bolnišnico, le da ima posteljne, diagnostične in druge zmogljivosti prilagojene svojemu namenu (specialna bolnišnica), ki imajo dovoljenja zdravstvenih upravnih organov in so pod stalnim zdravniškim vodstvom in oskrbo ter se ne omejujejo na uporabo le določenih metod zdravljenja. Kot bolnišnice veljajo tudi zdravstveni zavodi izven Republike Slovenije, ki ustrezajo definiciji bolnišnice iz prejšnjega stavka.
- (4) Kot bolnišnice ne štejejo bolnišnice in bolnišnični oddelki za oskrbo pljučnih bolnikov, neozdravljivih kroničnih bolnikov, domovi za rekreacijo in zdravljenje, domovi za ostarele in njihovi bolniški oddelki, zdravišča, zavodi za zdravljenje in oskrbo živčnih in duševnih bolnikov, ustanove oziroma oddelki za alkoholike in narkomane ter tem institucijam sorodne oziroma podobne institucije.

30. člen

Nadomestilo za zlom kosti

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo, zavarovalnica upravičencu izplača nadomestilo za zlom kosti zavarovane osebe v nezgodi.
- (2) Nadomestilo za zlom kosti se izplača kot enkratni pavšalni znesek v dogovorjeni višini, neodvisno od števila zlomljenih kosti, če zavarovanec v nezgodi utrpil zlom kosti.
- (3) Izplačilo nadomestila iz prejšnjega odstavka je omejeno največ na eno nezgodo v posameznem zavarovalnem letu.
- (4) Izplačilo nadomestila za zlom kosti se izplača le v primeru preloma kosti (fractura). V vseh ostalih primerih (npr. v primeru poka kosti (fissura)) se nadomestilo za zlom kosti ne izplača.

31. člen

Takojšnja pomoč ob nezgodi

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo, zavarovalnica upravičencu izplača takojšnjo pomoč ob nezgodi.
- (2) Takojšnja pomoč ob nezgodi se izplača kot enkratni pavšalni znesek v dogovorjeni višini, če je zavarovana oseba neposredno po nezgodi prepepljana na medicinsko nujno potrebno zdravljenje v bolnišnico, kjer prebije neprekinjeno najmanj 24 ur.
- (3) Izplačilo takojšnje pomoči ob nezgodi je omejeno največ na eno nezgodo v posameznem zavarovalnem letu.
- (4) Kaj šteje za bolnišnico je določeno v tretjem in četrtem odstavku 29. člena teh splošnih pogojev.

32. člen

Nadomestilo za oskrbo po nezgodi

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrežna premija, zavarovalnica upravičencu izplača nadomestilo za oskrbo zavarovane osebe po nezgodi.
- (2) Nadomestilo za oskrbo po nezgodi se izplača kot enkratni pavšalni znesek v dogovorjeni višini, če je podan eden izmed spodaj navedenih primerov:
 - v roku enega leta po nezgodi zavarovanec zaradi nezgode po napotilu zdravnika specialista izvaja fizioterapijo in je hkrati izpolnjen tudi predpogoj, da je bil zavarovanec neposredno po nezgodi prepeljan na medicinsko nujno potrebno zdravljenje v bolnišnico, kjer je prebil neprekinjeno najmanj 24 ur ali pa je zavarovancu po nezgodi ostala trajna invalidnost v smislu 26. člena teh splošnih pogojev; ali
 - v roku enega leta po nezgodi zavarovanec zaradi nezgode, ki je bila povzročena s kaznivim dejanjem, ki je uradno dokumentiran s strani policije oziroma tožilstva in kjer je bil udeležen kot žrtev, po napotilu zdravnika specialista obiskuje psihoterapevtsko oziroma psihološko posvetovanje za odpravo duševnih težav; ali
 - v roku enega leta po nezgodi zavarovanec zaradi nezgode po napotilu zdravnika specialista potrebuje pomoč druge osebe pri organizaciji aktivnosti vsakodnevnega življenja ali pomoč druge osebe pri organizaciji nabave vsakodnevnih življenjskih potreb.
- (3) Izplačilo nadomestila iz prejšnjega odstavka je omejeno največ na eno nezgodo v posameznem zavarovalnem letu.
- (4) Kaj šteje za bolnišnico je določeno v tretjem in četrtem odstavku 29. člena teh splošnih pogojev.

33. člen

Nezgodna mesečna renta brez možnosti dedovanja za primer najmanj 51% trajne nezgodne invalidnosti

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrežna premija, bo zavarovalnica upravičencu izplačevala nezgodno mesečno rento v dogovorjeni višini, kot je opredeljena na zavarovalni polici, če kot posledica ene nezgode obstaja trajna invalidnost zavarovanca v višini 51 % ali več, pod pogojem, da zavarovanec preživi še najmanj eno leto in en dan, šteto od dneva nastanka nezgode. Višina nezgodne mesečne rente se ne valorizira. Nezgoda je opredeljena v 20. členu teh splošnih pogojev. Upravičenec iz naslova prejemanja nezgodne mesečne rente je lahko samo zavarovanec.
- (2) Nezgodna mesečna renta se prične izplačevati po ugotovitvi stopnje trajne invalidnosti zavarovanca, vendar ne prej kot po enem letu od dneva nezgode. Stopnja trajne invalidnosti se ugotavlja v skladu z določili prvega in drugega odstavka 26. člena teh splošnih pogojev. Nezgodna mesečna renta pripada upravičencu za nazaj, in sicer z naslednjim mesecem po dnevu nezgode. Izplačilo nezgodne mesečne rente se opravi v skladu z določilom 46. člena teh splošnih pogojev oziroma se tekoča nezgodna mesečna renta upravičencu izplačuje mesečno v roku prvih 7. delovnih dni v posameznem mesecu za tekoči mesec, najdlje do poteka 10 let, če je dogovorjena različica A, oziroma najdlje do poteka 25 let, če je dogovorjena različica B, vedno šteto od dneva nezgode.
- (3) Če zavarovanec umre v roku enega leta od dneva nezgode, ne obstaja nikakršna pravica do nezgodne mesečne rente, niti tedaj ne, ko je stopnja trajne invalidnosti ugotovljena tako po temelju kot po višini. Če zavarovanec umre v 10. letih, če je dogovorjena različica A, oziroma v 25. letih, če je dogovorjena različica B, vedno šteto od dneva nezgode, s smrtjo zavarovanca ugasne tudi pravica do nezgodne mesečne rente, ter se nezgodna mesečna renta preneha izplačevati, in sicer se zadnjič izplača za mesec, v katerem je zavarovanec umrl. Dejanski prejemnik morebitno izplačanih nezgodnih mesečnih rent po tem času mora zavarovalnici vrniti neupravičeno prejete nezgodne mesečne rente, ne glede na to ali je bil v dobri veri. Če prejemnik ni bil v dobri veri, mora zavarovalnici povrniti tudi zakonske zamudne obresti od neupravičeno prejetih nezgodnih mesečnih rent.
- (4) Izplačilo nezgodne mesečne rente po tem členu je omejeno največ na eno nezgodo za posamezno zavarovanco po eni zavarovalni pogodbi.

34. člen

Zavarovalno kritje za posledice otroške paralize in meningoencefalitisa

- (1) Zavarovalno kritje zajema posledice otroške paralize in meningoencefalitisa, ki ga je povzročil ugriz klopa, pod pogojem, da je bolezen ugotovljena serološko in ne izbruhne pred 15. dnevom po začetku in ne kasneje kot 15 dni po prenehanju zavarovanja.
- (2) Kot začetek bolezni (trenutek zavarovalnega primera) se šteje dan, ko je bila prvič nudena zdravniška pomoč zaradi bolezni, ki je diagnosticirana kot otroška paraliza ali klopi meningoencefalitis.
- (3) Dajatev se opravi samo v primeru smrti ali trajne invalidnosti zavarovanca. Dajatev je, v okviru dogovorjene zavarovalne vsote, omejena s 25.000 EUR.

V. POGLAVJE – IZKLJUČITVE IN OMEJITVE ZAVAROVALNEGA VARSTVA

35. člen

Izključitve

- (1) Iz zavarovanja so v vsakem primeru izključene nezgode v spodaj navedenih primerih:
 - pri upravljanju letal in letalnih naprav vseh vrst, plovil, motornih in drugih vozil brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje z vrsto in tipom letala, plovila, motornega in drugega vozila; to velja tudi v primeru, če se letalo, plovilo ali vozilo ne vozi na površinah za javni promet; posledic po tej točki ni, če dejstvo, da zavarovanec ni imel predpisanega veljavnega dovoljenja, ni vplivalo na nastanek nezgode;
 - pri udeležbi na tekmah ali pripadajočih treningih s kopenskimi, zračnimi ali vodnimi motornimi vozilom, tudi ob ocenjevalnih vožnjah in rallyjih;
 - pri izvajanju ekstremnega, posebej nevarnega ali adrenalinskega športa, to je zlasti, vendar ne samo: pri house runningu, hydro-speedu, ipd.;
 - pri naslednjih aktivnostih potapljanja: pri globinskem potapljanju ali potapljanju v velikih globinah nad 60 m, jamskem potapljanju, potapljanju z razstrelivom;
 - pri izvajanju aktivnosti akrobata na višini, kaskaderja, krotilca živali, lovca na živali za živalske vrtove, oskrbnika živali v živalskem vrtu, testnega voznika, vrvohodca;
 - pri udeležbi v ekspedicijah, pri opravljanju del iskalca eksplozivnih teles, pri razstreljevanju, pri pomoči pri miniranju, pri pirotehnikih;
 - pri udeležbi v posebnih oziroma specialnih oboroženih enotah policije, vojske ali druge oborožene enote izvršilne oblasti, pri oboroženem osebnem varovanju drugih oseb (telesni stražarji);
 - ki so neposredno ali posredno povezane z vojnimi dogodki in drugimi sovražnostmi do države, četudi ni razglašeno vojno stanje, državljansko vojno, upori, vstajami, revolucijami, nemiri, izgredi vseh oblik, sodelovanjem zavarovanca v oboroženih silah ali aktivnostih mirovnih misij;
 - zaradi kakršnegakoli dogodka znotraj označenega minskega polja;
 - ki jih je zavarovanec, zavarovalec ali upravičenec povzročil naklepno, namenoma ali s prevaro; v teh primerih ima zavarovalnica pravico zahtevati odškodnino od osebe, ki uveljavlja zahtevek ter proti zavarovalcu uveljavljati vse ugovore v zvezi z odškodninskimi zahtevki;
 - pri izvršitvi ali poskusu kaznivega dejanja ali udeležbi pri kaznivem dejanju s strani zavarovanca, zavarovalca ali upravičenca;
 - zaradi sodelovanja zavarovanca pri pretepu po lastni krivdi;
 - kadar zavarovanec ni uporabljal ali ni na predpisan način uporabljal zaščitne čelade, če je ta predpisana;
 - kadar zavarovanec ni bil pripet z varnostnim pasom v vozilu, ki ima vgrajene varnostne pasove, ko je bilo to v gibanju;
 - ki jih posredno ali neposredno povzročijo biološka, kemična ali jedrska katastrofa (tudi jedrska fužija, jedrska fužija in vpliv jedrskih odpadkov) ter kakršnokoli radioaktivno ali ionizacijsko sevanje;
 - zaradi izpostavljenosti zavarovanca kemičnemu ali biološkemu orožju, sevanju z energijo velikosti najmanj 100 elektronskih voltov, nevtroni poljubne energije, laserskim ali drugim žarkom, ki se uporabljajo pri masažah ali z umetno pridobljenimi ultravijoličnimi žarki;
 - ki jih zavarovanec utрпи zaradi pri njem nastalem srčnem infarktu ali kapi; srčni infarkt v nobenem primeru ne velja kot posledica nezgode;
 - ki jih zavarovanec utрпи potem, ko je zbolel za epilepsijo, težko živčno boleznijo ali duševno boleznijo, ali če je postal slepa oseba ali hroma oseba;
 - ki jih zavarovanec pod vplivom alkohola, mamil ali zdravil utрпи zaradi motnje zavesti, stanja nekoordiniranosti, pomembnega zmanjšanja duševnih zmožnosti, bistveno zmanjšane sposobnosti koncentracije ali bistveno zmanjšane koordinacije gibanja; šteje se, če se ne dokaže nasprotno, da je nezgoda nastala zaradi vročne zveze delovanja alkohola na zavarovanca;
 - če je kot voznik motornega vozila imel ob nezgodi v krvi več kot 10,8 millimolov (0,5 %) alkohola ali več kot 21,6 millimolov (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.
 - zaradi telesnih poškodb ali okvar pri ukrepih zdravljenja in posegih, ki jih zavarovanec izvrši na svojem telesu ali jih pusti izvršiti;
 - zaradi namernega samopoškodovanja ali poskusa samomora zavarovanca, tudi če je zavarovanec dejanje storil v stanju duševne motnje, ki izključuje svobodno voljo.
- (2) Iz zavarovanja so izključene tudi nezgode v spodaj navedenih primerih, razen če je z zavarovalnico drugače dogovorjeno in če je plačano ustrezno doplačilo k premiji:

- pri uporabi letal in letalnih naprav vseh vrst (npr. športno padalstvo, letenje z zmaji, jadralno padalstvo ipd.), kakor tudi pri uporabi zračnih vozil, če niso zajete v 3. odstavku 20. člena teh splošnih pogojev ali v 38. členu teh splošnih pogojev;
 - pri uporabi letal za drugačen namen od tistega, ki je naveden v 3. odstavku 20. člena teh splošnih pogojev ali v 38. členu teh splošnih pogojev (npr. Inštruktor letenja, učenec letenja, posadka helikopterja, poskusni, agrarni, umetniški, tekmovalni, izpitni, vojaški leti ipd.);
 - pri izvajanju dejavnosti posebnega pilota (npr. zmajar, balonar, jadralni padalec, padalec ipd.), pilota helikopterja ali vojaškega pilota;
 - pri uporabi zračnih plovil brez motorja, jadralnih letal s pomožnim motorjem, ultralahkih letal in vesoljskih vozil, pri skokih s padalom ter pri padalstvu, če ni zajeto v 38. členu teh splošnih pogojev;
 - pri poklicnem ali amaterskem ukvarjanju z naslednjimi športi: ameriški nogomet (rugby), baseball, deskanje, drsanje, gorsko kolesarjenje, hokej na ledu, hokej na travi, jadrnanje, jahalni športi, kegljanje na ledu, kolesarjenje, košarka, nogomet, odbojka, planinarjenje, rokomet, sabljanje, squash, tenis;
 - pri udeležbi v naslednjih aktivnostih: BMX prosti slog, canyoning, gorski freeriding, gorsko downhill kolesarstvo, kajting, kite surfing, potapljanje z dihalno napravo do 60 m, rafting, skoki z elastiko, skoki z vrvo, športni avtomobilizem, športni motociklizem, vožnja s kajakom ali kanujem, zip lining;
 - pri udeležbi v borilnih ali kontaktnih športih, to je zlasti, vendar ne samo: pri aikidu, boksu, budu, judu, ju-jitsu, karateju, kendo, kickboksu, kobudu, kung-fuju, rokoborbi, taekwondoju, wrestlingu, ipd..
- (3) Iz zavarovanja so izključene tudi nezgode pri poklicnem ali amaterskem ukvarjanju z alpskim smučanjem, deskanjem na snegu, nordijskim smučanjem, sankanjem, smučarskimi skoki ali vožnjo z bobom, skibobom ali skeletonom, razen če je z zavarovalnico drugače dogovorjeno in če je plačano ustrezno doplačilo k premiji, vendar pa drugačen dogovor ni možen in so zato iz zavarovanja v vsakem primeru izključene nezgode pri udeležbi na tekmah in na uradnih treninгах za te tekme s področja alpskega smučanja, deskanja na snegu, nordijskega smučanja, sankanja, smučarskih skokov ali voženj z bobom, skibobom ali skeletonom ter pri izvajanju ekstremnega, posebej nevarnega ali adrenalinskega zimskega športa, to je zlasti, vendar ne samo: pri cliff jumpingu, ekstremnem deskanju na snegu, ekstremnem smučanju, freerideu z desko na snegu, hell-skiingu, smučarskem freeride, ipd.

36. člen

Izključitev terorističnih dejanj

- (1) Z zavarovanjem niso krite nezgode, ki nastanejo v neposredni ali posredni povezavi s terorističnim dejanjem, in sicer niti v primeru, če je skupaj s terorističnim dejanjem na nastanek nezgode vplival še kak drug vzrok ali dejanje.
- (2) Šteje se, da je teroristično dejanje vsako nasilno dejanje, ki ogroža človeško življenje, premično oziroma nepremično premoženje ali infrastrukturo, in sicer s silo, nasiljem ali grožnjo in je izvedeno zaradi političnih, verskih, ideoloških ali podobnih namenov ter ima namen vplivati na vlado kakšne države ali ustrašovati javnost ali katerikoli njen del ali pa ima tak učinek. Za teroristično dejanje se šteje tako dejanje, ki je izvedeno samostojno, kakor tudi tisto, ki je izvedeno v povezavi s katerokoli organizacijo ali oblastjo.
- (3) Iz kritja so izključene tudi nezgode, ki nastanejo zaradi preprečevanja oziroma zatiranja terorističnih dejanj.

37. člen

Izključitev nezgod pri plezanju

- (1) Iz zavarovanja so izključene vse nezgode pri gorništvu, plezanju, prostem plezanju in plezanju po ledu v smereh od vključno spodaj navedenih težavnostnih stopenj dalje:

Klasifikacija	Težavnostna stopnja
ZDA	Od vključno 5,9 st. dalje.
Avstralija	Od vključno 16. st. dalje.
Južna Afrika	Od vključno 15. st. dalje.
Velika Britanija (tehnična)	Od vključno 4c st. dalje.
Francija	Od vključno 5a st. dalje.
Nemčija	Od vključno 5+ st. dalje.
UIAA	Od vključno V. st. dalje.
Velika Britanija (opisna)	Od »Very Severe« dalje.

- (2) Če se za posamezno smer, v kateri je do nezgode prišlo, klasifikacija iz prejšnjega odstavka ne more uporabiti, se uporabi za to smer ustrezna klasifikacija, pri čemer se upoštevajo težavnostne stopnje, ki so primerljive z zgoraj navedenimi.

38. člen

Omejitev zavarovalnega kritja pri enkratnih adrenalinskih aktivnostih

- (1) Z zavarovanjem so krite nezgode, do katerih pride pri naslednjih enkratnih adrenalinskih aktivnostih:
- skok s padalom v tandemu, kjer je zavarovanec padalec potnik in ne padalec pilot;
 - jadralno padalstvo v tandemu, kjer je zavarovanec jadralni padalec potnik in ne jadralni padalec pilot;
 - adrenalinski polet z letalom, kjer je zavarovanec potnik in ne pilot letala,
 - vendar samo, če so hkrati izpolnjeni naslednji pogoji:
 - zavarovanec se je navedene adrenalinske aktivnosti udeležil enkratno, in sicer kot izrabo darila oziroma darilnega bona ali če gre za enkratno udeležbo zavarovanca med koriščenjem njegovega letnega dopusta ali prostega časa; in
 - izvajalec oziroma organizator navedene adrenalinske aktivnosti je v času nezgode imel veljavno dovoljenje za njeno izvajanje (npr. dovoljenje za izvajanje zračnega prevoza potnikov s tandem padalom), izdano s strani pristojnega organa (npr. Agencija za civilno letalstvo v Republiki Sloveniji); in
 - v času izvajanja navedene adrenalinske aktivnosti je bilo na predpisani način in v zadostni meri poskrbljeno za varnost udeležencev.
- (2) Kritje iz prejšnjega odstavka obsega samo:
- kritje rizika nezgodne smrti zavarovanca (21. člen teh splošnih pogojev), dajatev je, v okviru dogovorjene zavarovalne vsote, omejena s 15.000 EUR; in
 - kritje rizika trajne invalidnosti zavarovanca (23., 24., 25. in 27. člen teh splošnih pogojev), dajatev je, v okviru dogovorjene zavarovalne vsote, omejena s 30.000 EUR.

39. člen

Predinvalidnost in stvarna omejitev zavarovalnega kritja

- (1) Če je bila zaradi nezgode prizadeta telesna ali duševna funkcija, ki je bila pri zavarovancu že prej zmanjšana, se pri ocenjevanju stopnje trajne invalidnosti opravi odbitek v višini predinvalidnosti. Predinvalidnost se ocenjuje po 1. in 2. odstavku 26. člena teh splošnih pogojev. Enako velja, če so na nastanek in posledice nezgode vplivale bolezni ali hibe, ki so pri zavarovancu obstajale že pred nezgodo.
- (2) Za organsko pogojene motnje živčnega sistema se zavarovalne dajatve priznajo samo, če so nastale zaradi z nezgodo povzročene organske poškodbe. Psihična stanja (nevroze, psihonevroze ipd.) se ne štejejo kot posledice nezgode.
- (3) V primeru poškodbe medvretenčnih ploščic (hernia disci intervertebralis), vseh vrst lumbalgij, diskopatij, sakralgij, miofasciitsov, kokcigialnij, ishialgij, fibrozitisev in vseh sprememb ledvenokrižnega predela, ki so označene z analognimi izrazi, se zavarovalne dajatve priznajo samo, če je poškodba nastala zaradi neposrednega mehaničnega učinkovanja in ne gre za poslabšanje bolezenskega stanja, ki je obstajalo že pred nezgodo.
- (4) V primeru trebušnih in spodnjetelesnih kil vsakršne narave se zavarovalne dajatve priznajo samo, če so bile povzročene neposredno z od zunaj prihajajočim mehaničnim učinkovanjem in je bila poleg kile kilnično ugotovljena poškodba mehanskih delov trebušne stene v tem področju.
- (5) Če se je nezgoda pripetila pred veljavnostjo zavarovalne pogodbe, a zahteva zdravljenje tudi v času po sklenitvi pogodbe, za to nezgodo ne obstaja zavarovalno kritje.
- (6) Če je bolezen, ki ima za posledico naravno smrt (22. člen teh splošnih pogojev) nastala pred veljavnostjo zavarovalne pogodbe, za to zavarovalno dajatev kritje ne obstaja.

VI. POGLAVJE – PRIJAVA IN REŠEVANJE ZAVAROVALNIH PRIMEROV

40. člen

Obveznosti po nastanku zavarovalnega primera

Obveznosti zavarovanca, zavarovalca oz. upravičenca po nastanku zavarovalnega primera so:

1. Obvestiti zavarovalnico o nastalem zavarovalnem primeru najpozneje v treh dneh od dneva, ko posamezna oseba zanj zve. Potrebno je izpolniti prijavo zavarovalnega primera na obrazcu zavarovalnice v slovenskem jeziku ter jo predložiti zavarovalnici. Če posamezna oseba te svoje obveznosti ne izpolni v določenem času, mora zavarovalnici povrniti morebitno škodo, ki jo ta ima zaradi tega.
2. Po nezgodi in v primeru poškodbe ali bolezni zavarovanca je potrebno 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.
3. 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.

Pristojne institucije, ki se ukvarjajo z nezgodo ali z odstranjevanjem posledic nezgode, morajo biti pooblaščenec, da posredujejo informacije, ki jih zahteva zavarovalnica.

41. člen Priljava smrti

- (1) O smrti zavarovanca je potrebno nemudoma obvestiti zavarovalnico. Osebe, ki uveljavljajo pravico do zavarovalne dajatve, morajo po nastopu smrti zavarovanca zavarovalnici na svoje stroške predložiti pisni zahtevek in mu priložiti naslednje listine v slovenskem jeziku ali uradnem slovenskem prevodu:
 1. zavarovalno polico; in
 2. izpisek iz matične knjige umrlih oseb ali drugo listino, s katero se dokazuje smrt zavarovanca; in
 3. pisno dokazilo o vzroku smrti; in
 4. drugo dokumentacijo, ki je potrebna za rešitev zavarovalnega primera in ugotavljanje obveznosti izplačila zavarovalne dajatve in jo zahteva zavarovalnica glede na okoliščine posameznega primera.
- (2) Obvestilo iz prejšnjega odstavka je potrebno tudi, če je bila predhodno že prijavljena nezgoda in je nato zavarovanec umrl.
- (3) Zavarovalnica ima pravico zahtevati zdravniški ogled mričja, obdukcijo in po potrebi tudi izkop trupa. Če se namerno ali iz hude malomarnosti krši dolžnost prijave ali odkloni soglasje k ogledu mričja, obdukciji ali izkopu trupa, je zavarovalnica prosta obveznosti.

42. člen Priljava nezgode

- (1) Osebe, ki uveljavljajo pravico do zavarovalnih dajatev trajna nezgodna invalidnost ter nezgodna mesečna renta ali do nadomestila za zlom kosti, morajo na obrazcu za prijavo nezgode nemudoma, najkasneje pa v roku enega tedna, zavarovalnici pisno prijaviti nastanek nezgode. Obrazec za prijavo nezgode je potrebno v celoti izpolniti ter mu na svoje stroške priložiti vse potrebne dokumente in listine v slovenskem jeziku ali uradnem slovenskem prevodu ter informacije v zvezi z zdravljenjem, predvsem pa policijski zapisnik o nezgodi, če je bil napravljen oz. obvezno, če se prijavljajo nezgoda v prometni nesreči; prijavo poškodbe pri delu, če se prijavljajo nezgoda, do katere je prišlo pri delu.
- (2) Ko je zdravljenje zavarovanca zaradi nezgode zaključeno, je potrebno zavarovalnici na način iz prejšnjega odstavka predložiti tudi:
 1. polico, če se zaradi nastopa zavarovalnega primera zavarovalna pogodba zaključil; in
 2. ambulantni karton zavarovanca; in
 3. vso zdravstveno dokumentacijo o vzroku in vrsti poškodbe in o poteku zdravljenja poškodbe ter vsa poročila vseh tistih zdravnikov, ki so zavarovanca pregledali in zdravili, kot tudi tistih, ki ga trenutno zdravijo; prav tako je potrebno predložiti poročila bolnišnic za rehabilitacijo in zdraviščiš, v katerih je potekalo ali še poteka zdravljenje zavarovanca; in
 4. drugo dokumentacijo, ki je potrebna za rešitev zavarovalnega primera in ugotavljanje obveznosti izplačila zavarovalne dajatve in jo zahteva zavarovalnica glede na okoliščine posameznega primera.
- (3) Zavarovalnica lahko zavarovanca pozove na zdravniški pregled ali na drugo ustrezno preiskavo, ki je potrebna za ugotovitev obstoja in obsega nezgodne invalidnosti, nezgodne delovne nezmožnosti ali okvare zdravja, pri čemer zavarovalnica krije stroške takšnega pregleda ali preiskave.

43. člen Uveljavljanje dnevnega nadomestila nezmožnosti za delo zaradi nezgode

Osebe, ki uveljavljajo pravico do dnevnega nadomestila, morajo zavarovalnici na svoje stroške predložiti pisni zahtevek in mu priložiti naslednje listine v slovenskem jeziku ali uradnem slovenskem prevodu:

1. izpolnjen obrazec zavarovalnice za prijavo nezgode; in
2. fotokopije s strani pristojnega organa oziroma pristojnega zdravnika izdanih vseh potrdil o bolniškem staležu oziroma o upravičeni zadržanosti od dela oziroma o trajanju bolniškega staleža v času starševskega dopusta, če gre za zavarovanca, ki je v času popolne delovne ali poklicne nezmožnosti na starševskem dopustu, v vseh primerih za celotno obdobje trajanja bolniškega staleža zaradi posledic nezgode; in
3. fotokopije vseh odločb pristojnega organa, trenutno Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, o ugotovljeni popolni delovni ali poklicni nezmožnosti zavarovanca zaradi posledic nezgode, če je bil zavarovanec v bolniškem staležu več kot 30 dni; in
4. fotokopijo celotne zdravstvene dokumentacije od dneva nezgode do zaključka zdravljenja zavarovanca zaradi posledic nezgode; in
5. dokazilo o izpolnjevanju pogoja iz sedmega odstavka 28. člena teh splošnih pogojev; in
6. drugo dokumentacijo, ki je potrebna za rešitev zavarovalnega primera in ugotavljanje obveznosti izplačila dnevnega nadomestila

in jo zahteva zavarovalnica glede na okoliščine posameznega primera.

44. člen Uveljavljanje takojšnje pomoči ob nezgodi ter bolnišničnega nadomestila zaradi nezgode

- (1) Osebe, ki uveljavljajo pravico do takojšnje pomoči ob nezgodi ali do bolnišničnega nadomestila zaradi nezgode, morajo na obrazcu zavarovalnice pisno prijaviti nastanek zavarovalnega primera. Obrazec za prijavo je potrebno v celoti izpolniti ter mu na svoje stroške priložiti vse potrebne dokumente in listine v slovenskem jeziku ali uradnem slovenskem prevodu ter informacije v zvezi z zdravljenjem.
- (2) Ko je zdravljenje zavarovanca zaradi nezgode v bolnišnici zaključeno, je potrebno zavarovalnici na način iz prejšnjega odstavka predložiti tudi:
 1. potrdilo o bivanju v bolnišnici oziroma odpustno pismo, ki mora vsebovati ime in priimek ter rojstne podatke zavarovanca in potek zdravljenja; in
 2. vso zdravstveno dokumentacijo o poteku zdravljenja v bolnišnici; in
 3. drugo dokumentacijo, ki je potrebna za rešitev zavarovalnega primera in ugotavljanje obveznosti izplačila zavarovalne dajatve in jo zahteva zavarovalnica glede na okoliščine posameznega primera.

45. člen Uveljavljanje nadomestila za oskrbo po nezgodi

- (1) Osebe, ki uveljavljajo pravico do nadomestila za oskrbo po nezgodi, morajo na obrazcu zavarovalnice pisno prijaviti nastanek zavarovalnega primera. Obrazec za prijavo je potrebno v celoti izpolniti ter mu na svoje stroške priložiti vse potrebne dokumente in listine v slovenskem jeziku ali uradnem slovenskem prevodu ter informacije v zvezi z zdravljenjem. Zavarovalnica lahko zahteva vso dokumentacijo, ki je glede na okoliščine posameznega primera potrebna za rešitev zavarovalnega primera in ugotavljanje obveznosti izplačila zavarovalne dajatve.
- (2) Če se nadomestilo za oskrbo po nezgodi uveljavlja zaradi izvajanja fizioterapije zavarovanca, je potrebno zavarovalnici predložiti tudi:
 - pisno napotitev zavarovanca na fizioterapijo, ki jo odredi zdravnik specialst; in
 - izpolnjen ter potrjen fizioterapevtski kartonček; in
 - potrdilo o bivanju v bolnišnici oziroma odpustno pismo, ki mora vsebovati ime in priimek ter rojstne podatke zavarovanca; ali
 - dokazilo, da je zavarovancu po nezgodi ostala trajna invalidnost v smislu 26. člena teh splošnih pogojev.
- (3) Če se nadomestilo za oskrbo po nezgodi uveljavlja zaradi psihoterapevtskega oziroma psihološkega posvetovanja za odpravo duševnih težav zavarovanca, je potrebno zavarovalnici predložiti tudi:
 - pisno napotitev zavarovanca na psihoterapijo oziroma na psihološko posvetovanje, ki jo odredi zdravnik specialst; in
 - policijski zapisnik o nezgodi, ki je bila povzročena s kaznivim dejanjem in kjer je bil zavarovanec udeležen kot žrtev oziroma poročilo tožilstva o tem; in
 - dokazilo o opravljeni psihoterapiji oziroma psihološkem posvetovanju zavarovanca.
- (4) Če se nadomestilo za oskrbo po nezgodi uveljavlja zaradi pomoči druge osebe zavarovancu, je potrebno zavarovalnici predložiti tudi:
 - pisno odreditev pomoči druge osebe pri organizaciji aktivnosti vsakodnevnega življenja zavarovanca, ki jo odredi zdravnik specialst; ali
 - pisno odreditev pomoči druge osebe pri organizaciji nabave vsakodnevnih življenjskih potreb zavarovanca, ki jo odredi zdravnik specialst; in
 - dokazilo o opravljeni pomoči druge osebe zavarovancu.

46. člen Izplačilo zavarovalne dajatve

- (1) Izplačilo po pogodbi izvrši zavarovalnica na podlagi pisne prijave zavarovalnega primera in predložitve zahtevane dokumentacije.
- (2) Izpolnitveni kraj za izplačilo zavarovalne dajatve je sedež zavarovalnice. Stroške izplačila krije upravičenec do zavarovalne dajatve.
- (3) Zavarovalnica je dolžna izplačati zavarovalno dajatev v roku štirinajstih dni od ugotovitve temelja in višine obveznosti zavarovalnice, če takrat razpolaga z vsemi podatki, ki so potrebni za izvedbo izplačila (dospetje v izplačilo). Če zavarovalnica ne po svoji krivdi ne more izplačati zavarovalne dajatve, upravičencu ne pripadajo zamudne obresti. Zavarovalne dajatve ne dospejo v izplačilo tako dolgo, dokler zavarovalec, zavarovanec ali drugi upravičenec ne izpolni obveznosti, ki so navedene v 40. členu teh splošnih pogojev.
- (4) Zavarovalnica je zavezana, da v primeru zahtevkov za dajatev za trajno nezgodno invalidnost v roku treh mesecev izjavi 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 razpolago oseba, ki uveljavlja zahtevek.
- (5) Če je dajatvena obveznost ugotovljena po temelju, lahko upravičenec zahteva predjem v višini zneska, ki ga bo zavarovalnica na osnovi dejanskega stanja nedvomno morala plačati.

47. člen

Postopek ugotavljanja z zdravniškimi izvedenci

- (1) V postopku reševanja zavarovalnih primerov pred zavarovalnico se z zdravniškimi izvedenci ugotavlja predvsem:
 - vrsta in obseg posledic nezgode;
 - funkcionalna nezmožnost poškodovanih delov telesa zavarovanca;
 - vpliv bolezní ali hibe zavarovanca na posledice nezgode;
 - ali je bilo zdravljenje zavarovanca medicinsko nujno potrebno.
- (2) Z zdravniškimi izvedenci se v postopku reševanja zavarovalnih primerov odgovarja tudi na druga strokovna vprašanja s področja medicine, kot na primer v kakšnem obsegu je zavarovalni primer povzročil nastale posledice.
- (3) Zdravniške izvedence v postopku ugotavljanja pred zavarovalnico imenuje zavarovalnica. Stranka, ki uveljavlja zahtevek, ima v primeru nestrinjanja z ugotovitvijo zdravniškega izvedenca pravico, da v pritožbenem postopku pred zavarovalnico v skladu s 61. členom teh splošnih pogojev na svoje stroške pridobi mnenje drugega zdravniškega izvedenca, ki ga imenuje sama.
- (4) Vsaka stran plača stroške izvedenca, ki ga je imenovala.

VII. POGlavJE – OSTALA POGodbENA DOLOČILA

48. člen

Nadomestna polica

- (1) Če zavarovalec oz. imetnik zavarovalne police zavarovalnici pisno sporoči njeno izgubo, mu zavarovalnica izda nadomestno zavarovalno polico. Zavarovalnica lahko od zavarovalca oz. imetnika zavarovalne police zahteva, da ji na svoje stroške dostavi pravno močno sodno odločbo o razveljavitvi izgubljene zavarovalne police.
- (2) Izdaja nadomestne zavarovalne police se zaračuna po vsakokrat veljavnem ceniku zavarovalnice.

49. člen

Spremembe zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovalec lahko tekorn zavarovanja predlaga zavarovalnici, da se zavarovalna pogodba spremeni. Pred spremembo mora imeti zavarovalec poravnano zapadlo letno premijo oz. vse že zapadle obroke letne premije, sicer sprememba ni možna. Zavarovalne pogodbe, sklenjene za najmanj 10 let, ni mogoče spremeniti tako, da je zavarovalna doba krajša od 10 let.
- (2) V postopku odločanja o spremembi lahko zavarovalnica od zavarovalca zahteva predložitev s strani zavarovanca izpolnjenega zdravstvenega vprašalnika. Če zavarovalnica odobri spremembo, se zavarovalcu izstavi nova polica.
- (3) Izvedba sprememb zavarovalne pogodbe se zaračuna po vsakokrat veljavnem ceniku zavarovalnice, razen zvišanja premije, ki je brezplačno.

50. člen

Trajanje zavarovanja in odpoved zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovanje je sklenjeno za zavarovalno dobo, ki je opredeljena na polici.
- (2) Pravica strank do odpovedi zavarovalne pogodbe pred potekom zavarovanja je odvisna od zavarovalne dobe:
 1. če je zavarovanje sklenjeno za manj kot eno leto, stranke nimajo pravice do odstopa od pogodbe, razen kot je določeno v 8. in 17. členu teh splošnih pogojev;
 2. če je zavarovanje sklenjeno najmanj za eno leto in največ za tri leta, sme zavarovalec odstopiti od zavarovalne pogodbe z odgovodnim rokom treh mesecev, zavarovalnica pa te pravice nima;
 3. če je zavarovanje sklenjeno za več kot tri leta, sme po preteku tega časa vsaka stranka odstopiti od zavarovalne pogodbe z odgovodnim rokom šestih mesecev. Svoj odstop od zavarovalne pogodbe stranka sporoči drugi stranki s pisno priporočeno pošto.
- (3) Zavarovanje preneha veljati:
 1. s potekom dogovorjene zavarovalne dobe;
 2. če postane zavarovanec med trajanjem zavarovalne pogodbe oseba, ki ne more biti zavarovana (3. člen teh splošnih pogojev);
 3. s smrtjo zavarovanca;
 4. z odpovedjo zavarovalne pogodbe;
 5. v drugih primerih, ko je tako določeno s temi splošnimi pogoji oziroma posebnimi zavarovalnimi pogoji, ki veljajo za zavarovanje po izbranem produktu, oziroma z zavarovalno pogodbo.
- (4) S prenehanjem zavarovanja je zavarovalnica prosta vseh obveznosti iz zavarovalne pogodbe, razen če je že nastopil zavarovalni primer.
- (5) Če zavarovanje preneha, ker je zavarovanec umrl ali postal oseba, ki ne more biti zavarovana (3. člen 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.

51. člen

Odpoved pogodbe po nastanku zavarovalnega primera

- (1) Zavarovalec lahko po nastanku zavarovalnega primera odpove pogodbo, če zavarovalnica odklanja upravičeni zahtevek za izplačilo zavarovalne dajatve ali zavlačuje njegovo priznanje. Odpoved je potrebno izjaviti s pisno priporočeno pošto v roku treh mesecev:
 1. po odklonitvi upravičenega zahtevka za izplačilo zavarovalne dajatve; ali
 2. po pravomočnosti sodbe v primeru spora pred sodiščem; ali
 3. po vročitvi odločitve zdravniškega izvedenca; ali
 4. po dospelosti zavarovalne dajatve v primeru zavlačevanja priznanja (46. člen teh splošnih pogojev).
 Odpoved se lahko izjavi s takojšnjim učinkom ali z učinkom na konec tekočega zavarovalnega leta, zavarovalnica pa ima v vsakem primeru pravico do celotne letne premije.
- (2) Zavarovalnica lahko odpove pogodbo po nastanku zavarovalnega primera, če je priznala zahtevek za izplačilo zavarovalne dajatve po temelju ali če je zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec uveljavil tak zahtevek s prevaro. Odpoved je potrebno izjaviti s pisno priporočeno pošto v roku treh mesecev:
 1. po priznanju temelja zahtevka; ali
 2. po odklonitvi zahtevka za izplačilo zavarovalne dajatve, ki je uveljavljen s prevaro.
 Odpoved se sme izjaviti samo ob upoštevanju trimesečnega odpovednega roka, zavarovalnica pa ima pravico do celotne letne premije, ne glede na preostalo dobo do izteka odpovednega roka.

52. člen

Prenehanje zavarovanja za posameznega zaposlenega

Zavarovanje poleg primerov, določenih v 50. in 51. členu teh splošnih pogojev, za posameznega zavarovanega zaposlenega preneha tudi v primeru, če zanj preneha pogodba o zaposlitvi, pogodba o delu ali pogodba o poslovođenju, sklenjena z delodajalcem, v okviru katerega je sklenjeno kolektivno nezgodno zavarovanje, in sicer z zadnjim dnem v mesecu, v katerem je zaposlenemu pogodba prenehala.

53. člen

Prenehanje zavarovanja z rizikom kritja za trajno nezgodno invalidnost 51% ali več

Zavarovanje z rizikom kritja za trajno nezgodno invalidnost 51% ali več, poleg primerov, določenih v 50., 51. in 52. členu teh splošnih pogojev, preneha veljati tudi z nastopom zavarovalnega primera, v katerem je ugotovljena trajna invalidnost zavarovanca stopnje 51% ali več.

54. 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 poravnati po vrstnem redu zapadlosti v izpolnitve.
- (2) Obveznosti iz prejšnjega odstavka so zlasti, vendar ne samo: izplačilo zavarovalnih dajatev ter plačila premije, obresti predudjma, stroškov opominjanja, stroškov opravljenega zdravniškega pregleda zavarovanca, zakonskih zamudnih obresti in storitev, ki jih posamezna pogodbeno-stranka posebej zahteva.

55. člen

Kraj izpolnitve

Kraj izpolnitve medsebojnih obveznosti iz pogodbe je sedež zavarovalnice v Ljubljani.

56. člen

Nadomestila in cenik

- (1) Zavarovalec mora za vse storitve, ki jih posebej zahteva (kot npr. Izdaja nadomestne zavarovalne police, spremembe zavarovanja, ipd.), 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.

57. 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.

58. člen

Izjave volje in sprememba naslova

- (1) Vsa obvestila, sporočila, izjave in dogovori (izjave volje) so obvezujoče, 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 vročitev 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 poskus 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.
- (5) Če ima zavarovalec bivališče izven Republike Slovenije, je potrebno pisno navesti osebo v Republiki Sloveniji, ki je pooblaščen, da sprejema obvestila zavarovalnice.

59. člen

Varstvo osebnih podatkov

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec s svojim podpisom na ponudbi oziroma pogodbi dovoljuje, da zavarovalnica in z njo kapitalsko povezane osebe ter osebe oziroma podjetja za zastopanje in posredovanje zavarovanj, pridobivajo, uporabljajo, obdelujejo, hranijo in varujejo osebne podatke iz ponudbe oziroma pogodbe in druge podatke, potrebne za sklenitev zavarovanja in likvidacijo zavarovalnih primerov iz tega zavarovanja. Zavarovalnica oziroma njena pooblaščen osebe lahko za namen uresničevanja vseh pravic in obveznosti iz zavarovalne pogodbe opravijo vse potrebne poizvedbe v zbirkah in evidencah osebnih podatkov. Zavarovalnica lahko v primeru škodnega dogodka vpogleda in pridobi iz zdravstvene ali druge ustrezne dokumentacije zavarovanca, tiste osebne podatke, ki so v vzročni zvezi z zavarovalnim primerom, ne glede na to, pri kateri ustanovi se dokumentacija nahaja.
- (2) Zavarovalec oziroma zavarovanec dovoljuje, da zavarovalnica uporablja in obdeluje osebne podatke, razen občutljivih osebnih podatkov, za namen izvajanja neposrednega trženja. Neposredno trženje, med drugim, vključuje obveščanje o ponudbah, ugodnostih, novostih in pošiljanje marketinškega gradiva ter anketiranje ali druge podobne dejavnosti. Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko kadarkoli pisno ali po elektronski pošti in brez nadomestila poda preklic dovoljenja za obdelavo osebnih podatkov za namen neposrednega trženja.

60. člen

Zastaranje roki

- (1) Terjatev zavarovalca, zavarovanca oziroma upravičenca na zavarovalno dajatev zastara v treh letih, šteto od prvega dne po preteku koledarskega leta, v katerem je nastala terjatev.
- (2) 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.

VIII. POGLAVJE – KONČNE DOLOČBE

61. člen

Izvensodno reševanje sporov

- (1) V skladu s Pravilnikom o Internem pritožbenem postopku Merkur zavarovalnice d.d., Ljubljana, 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 prej navedenim pravilnikom.
- (3) Izvensodno reševanje sporov je organizirano pri Slovenskem zavarovalnem združenju GIZ, Železna cesta 14, Ljubljana.

62. 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.

63. člen

Krajevna pristojnost

V primeru spora je krajevno pristojno sodišče v Ljubljani.

64. člen

Nadzor nad zavarovalnico

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

65. člen

Končna določba

Za razmerja med zavarovalnico, zavarovalcem, zavarovancem in upravičencem ter ostalimi vpletenimi osebami, ki niso urejena s temi splošnimi pogoji ali z zavarovalno pogodbo, velja pozitivna zakonodaja Republike Slovenije, predvsem XXVI. poglavje Obilgačjskega zakonika.

Posebni pogoji za dodatno zdravstveno zavarovanje za izplačilo v primeru daljše bolniške odsotnosti z dela (PPZBO 2018)

1. člen

Splošne določbe

- Posebni pogoji za dodatno zdravstveno zavarovanje za izplačilo v primeru daljše bolniške odsotnosti z dela (v nadaljevanju kot »posebni pogoji«) so sestavni del pogodbe o dodatnem zdravstvenem zavarovanju za izplačilo v primeru daljše bolniške odsotnosti z dela (v nadaljevanju kot »zavarovalna pogodba« oziroma »dodatno zavarovanje«), ki jo zavarovalec sklene z Merkur zavarovalnico d.d., Dunajska cesta 58, Ljubljana (v nadaljevanju kot »zavarovalnica«).
- Dodatno zavarovanje lahko sklene samo zavarovalec, ki ima z zavarovalnico že sklenjeno kakšno drugo zavarovanje (v nadaljevanju kot »glavno zavarovanje«) in če se z zavarovalnico s tem strinja. Če v teh posebnih pogojih ni določeno drugače, se za to dodatno zavarovanje smiselno uporabljajo zavarovalni pogoji, ki veljajo za glavno zavarovanje.

2. člen

Osebe, ki se lahko zavarujejo

V skladu s temi posebnimi pogoji se lahko zavarujejo fizične osebe, ki so ob sklenitvi dodatnega zavarovanja popolnoma zdrave ter so dopolnile najmanj 18 let in največ 60 let starosti in ki ob izteku dodatnega zavarovanja ne bodo stare več kot 63 let. Starost zavarovanca je razlika med koledarskim letom začetka zavarovanja in letom njegovega rojstva.

3. člen

Upravičenec

- Upravičenec je fizična ali pravna oseba, v dobro katere se zavarovanje sklepa in je imenovana za prejem dogovorjene zavarovalne dajatve. Zavarovalec določi, kdo je upravičenec za prejem zavarovalne dajatve. Če se dodatno zavarovanje nanaša na zdravlje nekoga drugega, je za določitev upravičenca in njegovo kasnejšo spremembo potrebno tudi pisno soglasje zavarovanca.
- Upravičenec pridobi pravico do zavarovalne dajatve z nastankom zavarovalnega primera. Do tega trenutka lahko zavarovalec vsak čas spremeni upravičenca v skladu s prejšnjim odstavkom.
- Zavarovalec lahko tudi določi, da naj upravičenec pridobi pravico za bodočo zavarovalno dajatev nepreklicno. V tem primeru se pravica upravičenca lahko spremeni le z njegovim soglasjem.
- Če upravičenec umre pred nastankom zavarovalnega primera, zavarovalna vsota pripada naslednjemu upravičencu, če ta ni določen, pa premoženju zavarovalca.
- Če upravičenec ni določen, se šteje, da je upravičenec zavarovalec oz. v primeru njegove smrti zakoniti dedič.

4. člen

Premija in oblikovanja matematičnih rezervacij

- Premija se določa po premijskem ceniku zavarovalnice in je odvisna od višine zavarovalne vsote in izbrane maksimalne dolžine izplačevanja nadomestila. Premija se zaradi staranja zavarovanca tekom zavarovalne dobe ne spreminja.
- Osebe, ki so podvržene večji nevarnosti za življenje, zdravje ali poškodbo se lahko zavarujejo v sporazumu z zavarovalnico samo proti plačilu doplačila k premiji oziroma pod posebnimi pogoji zavarovanja, ki jih določijo zavarovalnica.
- Matematične rezervacije se za zavarovalno kritje ne oblikujejo.

5. člen

Zavarovalni primer in predmet dodatnega zavarovanja

- Zavarovalni primer je bodoč, negotov in od izključne volje zavarovalca, zavarovanca in upravičenca neodvisen dogodek, glede katerega se sklene zavarovanje. Zavarovalni primer je nastanek nezgode (v skladu z 9. členom teh posebnih pogojev) oziroma bolezni zavarovanca (v skladu z 10. členom teh posebnih pogojev).
- Zavarovalnica v primeru nastopa zavarovalnega primera nudi zavarovalno kritje, če zavarovanec zaradi zavarovalnega primera postane popolnoma nezmožen za delo ali za opravljanje poklica, pod pogojem, da ta nezmožnost traja več kot 30 zaporednih dni.
- Zavarovalno kritje se prizna samo za zavarovanje, ki so v obdobju nezmožnosti za delo ali za opravljanje poklica, v državah članicah Evropske unije:
 - v rednem delovnem razmerju za določen ali nedoločen čas, ne glede na to ali je zavarovanec zaposlen za polni delovni čas ali za čas, krajši od polnega; ali
 - kmetje nosilci kmečkega gospodarstva ali člani kmečkega gospodarstva in opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini in glavni poklic; ali
 - osebe, ki opravljajo poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic (odvetniki, notarji, samostojni raziskovalci, ustvarjalci na področju kulture s statusom samostojnega kulturnega delavca, duhovniki, rejnice ipd.); ali
 - samozaposlene osebe, ki opravljajo gospodarsko ali pridobitno dejavnost v obliki samostojnega podjetnika posameznika (s.p.); ali

- osebe, ki opravljajo osebno dopolnilno delo, ki so ga priglasile pri pristojnem organu.

- Zavarovalno kritje za dodatno zavarovanje obstaja le, če je za to dodatno zavarovanje plačana premija in če je pripadajoča glavno zavarovanje v celoti veljavno.

6. člen

Krajevna in časovna veljavnost dodatnega zavarovanja

- Dodatno zavarovanje velja za zavarovalne primere, ki nastanejo kjerkoli na svetu.
- Zavarovalno kritje preneha s prenehanjem dodatnega zavarovanja (v skladu z 16. in 17. členom teh posebnih pogojev). Zavarovalne pogodbe ni možno molče podaljšati.

7. člen

Čakalna doba

- Čakalne dobe se računajo od dne, ki je na zavarovalni polici naveden kot začetek dodatnega zavarovanja oziroma od dne izstavitve police, če je na polici naveden dan začetka dodatnega zavarovanja pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe. Splošna čakalna doba znaša 3 mesece.
- Splošne čakalne dobe ni za zavarovalne primere, ki nastanejo zaradi nezgode, razen v primeru trebušne ali dimeljske kile, ki se je zaradi nezgode poslabšala.
- Splošne čakalne dobe ni pri naslednjih akutnih infekcijskih boleznih: rdečke, ospice, norice (varicella), škrlatinka, davlica, oslovski kašelj, mumps, spinalna otroška paraliza, meningitis, gripa, paratifus, pegavica, tifus, kolera, črne koze, povratna vročina, malarija, vranični prasad, rumena mrzlica, kuga, tularemija, papigovka.
- Če zavarovalec najmanj 30 dni pred iztekom obstoječega dodatnega zavarovanja, ki je veljalo najmanj eno zavarovalno leto in je bila zanj plačana najmanj ena letna premija, za istega zavarovanca sklene novo dodatno zavarovanje z začetkom zavarovanja na prvi dan, ki sledi dnevni konca obstoječega zavarovanja, določila o čakalni dobi ne veljajo.
- Določilo četrtega odstavka tega člena se na enak način smiselno uporablja tudi v primeru, če zavarovalec za istega zavarovanca sklene novo dodatno zavarovanje in hkrati zanj odpove obstoječe dodatno zavarovanje.

8. člen

Obveznosti zavarovalnice

- Zavarovalnica bo v primeru, če bo zavarovanec zaradi zavarovalnega primera postal popolnoma nezmožen za delo ali za opravljanje poklica, pod pogojem, da bo ta nezmožnost trajala več kot 30 zaporednih dni, upravičencu izplačala nadomestilo v dogovorjeni višini za vsak mesec odsotnosti. Nadomestilo se izplača od prvega dne bolniške odsotnosti zavarovanca z dela do vrnitve zavarovanca nazaj na delo, vendar skupaj največ 12 oziroma 24 zaporednih mesečnih obrokov odvisno od dogovorjene maksimalne dolžine izplačevanja premije, ki je razvidna iz police. Za prvi in zadnji mesec odsotnosti se izplača nadomestilo samo v primeru, če je zavarovanec odsoten z dela vsaj 16 dni.
- Izplačilo nadomestila se izvede le, če zavarovalnica pisno odobri zahtevek zavarovalca za izplačilo na podlagi izpolnjenih pogojev iz teh posebnih pogojev.

9. člen

Pojem nezgode

- Za nezgodo gre, kadar na zavarovančeve telo od zunaj, mehanično ali kemično deluje od zavarovančeve volje neodvisna sila ali dogodek, ki nastopi nenadoma ter ima za posledico okvaro zdravja zavarovanca, ki zahteva zdravniško pomoč.
- Za nezgodo štejejo tudi naslednji, od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:
 - opeklina zaradi ognja ali pare;
 - učinki udara strele ali električnega toka;
 - piki in ugrizi žuželk ter kač;
 - zastrupitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih hlapov, razen če te snovi učinkujejo postopoma;
 - nenamerno zaužitje strupenih ali jedkih snovi, razen če te snovi učinkujejo postopoma; zaužitje zdravil ali mamil ter zastrupitev s hrano v nobenem primeru ne pomenijo nezgode;
 - izpah sklepov, poškodbe meniskusa, kakor tudi pretegnenje in pretrganje mišic, kit, vezi ter ovojnica udov in hrbtenice, če so potrjeni s strani zdravnika in so posledica nenadnega odmika od načrtovanega telesnega giba;
 - otrpni krč (tatanus) in staklina, povzročena z nezgodo v smislu prvega odstavka tega člena;
 - nezgode kot posledice prizadevanja zavarovanca za reševanje človeških življenj, živali, stvari ali premoženja.
- Zavarovalno kritje velja tudi za nezgode zavarovanca kot potnika motornih letal, ki so registrirana za dejavnost potniškega prevoza, 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 poklicne dejavnosti.

- (4) Za nezgodo šteje tudi otroška paraliza in meningoencefalitis, ki ga je povzročil ugriz klopa, pod pogojem, da je bolezen ugotovljena serološko in ne izbruhne pred 15. dnevom po začetku in ne kasneje kot 15 dni po prenehanju zavarovanja. Kot trenutek zavarovalnega primera se šteje dan, ko je bila prvič nudena zdravniška pomoč zaradi bolezni, ki je diagnosticirana kot otroška paraliza ali klopi meningoencefalitis.
- (5) 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.

10. člen Pojem bolezni

Bolezen je vsako nenormalno telesno ali umsko stanje ali motnja telesnih ali umskih funkcij, ki jo kot takšno diagnosticira ustrezen zdravnik specialista, razen tistih bolezni, ki nimajo objektivne diagnostične podlage (npr. paraklinične preiskave).

11. člen Primer smrti

Za primer smrti zavarovanca ni dajatev zavarovalnice.

12. člen Obseg zavarovalnega kritja

- (1) Zavarovalno kritje velja načeloma neodvisno od tega, kaj je vzrok zavarovalnega primera. S temi posebnimi pogoji so določene posamezne omejitve obsega zavarovalnega kritja in primeri, ko je zavarovalno kritje izključeno v celoti.
- (2) Bolezni ali posledice nezgode, ki jih je zavarovalec ali zavarovanec navedel pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe, se lahko vključijo v zavarovalno kritje le z izrecno pisno izjavo zavarovalnice.
- (3) Če zavarovančeva bolniška odsotnost z dela presega zdravniško potreben obseg, ki se presoja glede na običajno zdravniško prakso v istovrstnih zdravljenjih, ima zavarovalnica pravico, da enostransko za vsak posamezen primer zniža zavarovalno dajatev tako, da ustreza zdravniško potrebnemu obsegu zdravljenja.

13. člen Posebne izključitve in omejitve

- (1) Iz zavarovalnega kritja so izzeti naslednji zavarovalni primeri:
- če je zavarovanec bolniško odsoten z dela zaradi nezgode, ki je nastala pred začetkom zavarovanja;
 - če se je zdravljenje bolezni, ki je v neposredni ali posredni vzročni zvezi z bolniško odsotnostjo zavarovanca z dela, začelo pred začetkom zavarovanja ali se je začelo prvič med čakalno dobo (v skladu s 7. členom teh posebnih pogojev);
 - če je bilo zavarovanču pred začetkom zavarovanja ali prvič med čakalno dobo (v skladu s 7. členom teh posebnih pogojev) svetovano zdravljenje bolezni, ki je v neposredni ali posredni vzročni zvezi z bolniško odsotnostjo zavarovanca z dela;
 - če je bila zavarovanču pred začetkom zavarovanja ali prvič med čakalno dobo (v skladu s 7. členom teh posebnih pogojev) diagnosticirana bolezen, ki je v neposredni ali posredni vzročni zvezi z bolniško odsotnostjo zavarovanca z dela.
- (2) Iz zavarovalnega kritja so izzeti zavarovalni primeri, če so v neposredni ali posredni vzročni zvezi:
- z običajno nosečnostjo zavarovanke;
 - z zdravljenjem neplodnosti, sterilizacijo, vazektomijo, vsemi oblikami umetne oploditve (npr. invitro fertilizacija, inseminacija ipd.), spontanimi ali izzvanim splavom, abrazijo ali kiretažo, epiziotomijo, carskim rezom, genetskimi in fetalnimi postopki ali obrezovanjem spolovili;
 - z medicinsko spremembo spola zavarovanca s posledicami in spremljajočim zdravljenjem;
 - z nezmožnostjo zavarovanca za delo ali opravljanje poklica, ki je povzročeno ali je nastalo v času nezaposlenosti zavarovanca ali v času, ko je zavarovanec koristil starševski dopust v skladu z zakonom, ki ureja starševsko varstvo in družinske prejemke (porodniški dopust, očetovski dopust, dopust za nego in varstvo otroka, posvojiteljski dopust);
 - s kozmetičnim ali estetskim zdravljenjem ter njihovimi posledicami, če zdravljenje ne služi odpravi posledic nezgode ali če namen zdravljenja ni odprava nepravilnega delovanja telesa in s tem zdravljenja obolenja, za katerega je potrebna terapija, temveč je namen kozmetičnega zdravljenja pretežno v estetični;
 - s prirojenimi boleznimi ali telesnimi oziroma duševnimi napakami ali nepravilnostmi zavarovanca, ne glede na to ali so bile ob podpisu ponudbe za sklenitev zavarovanja zavarovalcu oziroma zavarovanču znane ali ne;
 - z nemedicinskimi posegi, ki jih zavarovanec izvrši na svojem telesu ali jih prostovoljno pusti izvršiti drugim osebam.
- (3) Zavarovalno kritje ne velja za nezgode, bolezni in njihove posledice:
- če so posledica ogrožanja sebe ali drugih;
 - če so nastale kot posledica kakršnihkoli vojnih dogodkov ali nemirov;
 - v povezavi z udeležbo pri pretepih po lastni krivdi ali pri naklepem kaznivem dejanju zavarovanca;
 - če so nastopile kot posledica nespoštovanja postopkov oziroma zdravljenja, ki jih je predpisal zdravnik.

- (4) Zavarovalno kritje ne velja, če je nastanek zavarovalnega primera v neposredni ali posredni vzročni zvezi z zdravstvenim stanjem zavarovanca, ki zavarovalnici do dne začetka zavarovanja, ki je naveden na zavarovalni polici oziroma do dne izstavitve police, če je na polici naveden dan začetka dodatnega zavarovanja pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe, če ni bilo razkrito ali ji je bilo razkrito le deloma, če je v tem obdobju zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak dal zavarovanču zdravniški nasvet ali če je bilo zavarovanču svetovano zdravljenje ali če so obstajali takšni znaki bolezni, zaradi katerih bi vsaka povprečno skrbna oseba poiskala ustrezno zdravniško pomoč (npr. sum na bolezen, postavitev diagnoze, zdravljenje, oskrba ipd.).

14. člen

Obveznosti po nastanku zavarovalnega primera

Obveznosti zavarovanca in zavarovalca po nastanku zavarovalnega primera so:

- Obvestiti zavarovalnico o nastanku zavarovalnega primera najpozneje v roku 30 dni. Potrebno je izpolniti prijavo zavarovalnega primera na obrazcu zavarovalnice v slovenskem jeziku ter jo predložiti zavarovalnici. Če posamezna oseba te svoje obveznosti ne izpolni v določenem času, mora zavarovalnici povrniti morebitno škodo, ki jo ta ima zaradi tega.
- Zavarovanec mora na zahtevo zavarovalnice podati pisno izjavo o vsebini in obsegu opravljenega zdravljenja.
- Po nezgodi in v primeru poškodbe ali bolezni zavarovanca je potrebno 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.
- 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 zavarovanču zahteva zavarovalnica. Če je bila nezgoda ali bolezen prijavljena zavodu za zdravstveno zavarovanje, je potrebno v tem smislu pooblastiti tudi njega.
- Pristojne institucije, ki se ukvarjajo z nezgodo ali z odstranjevanjem posledic nezgode, morajo biti pooblaščen, da posredujejo informacije, ki jih zahteva zavarovalnica.

15. člen

Uveljavljanje zahtevka

Zavarovalec mora zavarovalnici na svoje stroške predložiti pisni zahtevek in mu priložiti naslednje listine v slovenskem jeziku ali uradnem slovenskem prevodu:

- izpolnjen obrazec zavarovalnice za prijavo zavarovalnega primera;
- fotokopije s strani pristojnega organa oziroma pristojnega zdravnika izdanih vseh potrdil o bolniškem staležu oziroma o upravičenosti zdržanosti od dela za celotno obdobje trajanja bolniškega staleža zaradi posledic nezgode ali bolezni; in
- fotokopije vseh odločb pristojnega organa, trenutno Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, o ugotovljeni popolni delovni ali poklicni nezmožnosti zavarovanca zaradi posledic nezgode ali bolezni ali; in
- fotokopijo celotne zdravstvene dokumentacije od dneva nezgode oziroma nastanka bolezni do zaključka zdravljenja zavarovanca zaradi posledic nezgode oziroma zaradi bolezni; in
- dokazilo o izpolnjevanju pogoja iz tretjega odstavka 5. člena teh posebnih pogojev; in
- drugo dokumentacijo, ki je potrebna za rešitev zavarovalnega primera in ugotavljanje obveznosti prevzema plačevanja mesečnega obroka letne premije in jo zahteva zavarovalnica glede na okoliščine posameznega primera.

16. člen

Trajanje dodatnega zavarovanja

- (1) Dodatno zavarovanje je sklenjeno za zavarovalno dobo, ki je opredeljena na polici.
- (2) Dodatno zavarovanje preneha veljati:
- s potekom dogovorjene zavarovalne dobe, ob 24:00 uri dne, ki je na zavarovalni polici naveden kot konec zavarovanja;
 - če postane zavarovanec med trajanjem zavarovalne pogodbe oseba, ki ne more biti zavarovana (v skladu s 2. odstavkom 2. člena splošnih pogojev glavnega zavarovanja), ob 24:00 uri dne, ko je za zavarovanca nastopila okoliščina, zaradi katere ne more več biti zavarovan;
 - s smrtjo zavarovanca, ob 24:00 uri dne, ko je zavarovanec umrl;
 - z odpovedjo dodatnega zavarovanja (v skladu s 17. členom teh posebnih pogojev), ob 24:00 uri dne, ko izteče odgovorni rok;
 - če je glavno zavarovanje prenehalo veljati;
 - v drugih primerih, ko je tako določeno s temi posebnimi pogoji oziroma z zavarovalno pogodbo.
- (3) S prenehanjem dodatnega zavarovanja je zavarovalnica prosta vseh obveznosti iz zavarovalne pogodbe, razen če je že nastopil zavarovalni primer.
- (4) V primerih iz drugega odstavka tega člena se zavarovalna pogodba zaključuje z zadnjim dnevom meseca, v katerem je dodatno zavarovanje prenehalo veljati, zavarovalnica pa ima pravico do premije za čas do zaključka zavarovalne pogodbe.

17. člen

Odpoved in odstop od dodatnega zavarovanja

- (1) Zavarovalec lahko brez navajanja razlogov odstopi od dodatnega zavarovanja v roku petnajstih dni od njegove sklenitve. V tem primeru ima zavarovalnica pravico zadržati administrativne stroške v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom zavarovalnice.
- (2) Dodatno zavarovanje preneha s potekom dogovorjene zavarovalne dobe, za katero je bilo dodatno zavarovanje sklenjeno. Zavarovalec med potekom trajanja dodatnega zavarovanja ne more dodatnega zavarovanja enostransko odpovedati. Odpoved dodatnega zavarovanja je mogoča zgolj sporazumno, in če za to obstajajo utemeljeni razlogi na strani zavarovalca.
- (3) Če je dodatno zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot pet let, sme zavarovalec po poteku tega časa z enostransko pisno izjavo odpovedati pogodbo z odpovednim rokom treh mesecev.
- (4) Če zavarovalec pridobi zavarovalno dajatev na podlagi napačnih podatkov, za katere je vedel, da so napačni, predvsem pa s prevaro glede nezgode ali bolezni ali jo tako poskuša pridobiti ali sodeluje pri takšnem ravnanju, je zavarovalnica prosta obveznosti izplačila zavarovalnih dajatev in ima pravico, da izjavi razdrtje dodatnega zavarovanja s takojšnjim učinkom. Enako velja, če zavarovanec namenoma ali iz hude malomarnosti ne upošteva navodil, ki jih je dobil od zdravnika ali od zavarovalnice.

18. člen

Sprememba dodatnega zavarovanja

- (1) Sprememba dodatnega zavarovanja v premije prosto zavarovanje, odkup dodatnega zavarovanja in izplačilo predujma iz dodatnega zavarovanja ni možno. Pri dodatnem zavarovanju ni udeležbe na dobičku.
- (2) Zavarovalec lahko tekom zavarovanja predlaga zavarovalnici, da se zavarovalna pogodba spremeni. Spremembe so možne šele po izteku prvega zavarovalnega leta. Spremeni se lahko zavarovalna vsota mesečnega nadomestila in dolžina izplačevanja mesečnih nadomestil vendar samo v skladu z omejitvami produkta.
- (3) Če se zavarovalna vsota zviša, začne zavarovalno kritje za razliko med zavarovalno vsoto pred zvišanjem in zvišano zavarovalno vsoto veljati v skladu s prejšnjim odstavkom, štato od dne spremembe zavarovanja, ki je naveden na zavarovalni polici.