

Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb SP-NE-07

I. Splošne določbe

1. člen

- (1) Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb z oznako SP-NE-07 (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) urejajo pogodbeni odnos med zavarovalcem, zavarovancem, upravičencem in Vzajemno zdravstveno zavarovalnico, d.v.z. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica), za primer:
- smrti zaradi nezgode,
 - trajne invalidnosti zaradi nezgode,
 - dnevnega nadomestila zaradi nezgode,
 - bolnišničnega nadomestila zaradi nezgode,
 - stroškov zdravljenja zaradi nezgode,
 - stroškov doplačila za nadstandardno bivanje v bolnišnici zaradi nezgode.
- (2) Splošni pogoji so sestavni del zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu: zavarovalne pogodbe), sklenjene med zavarovalcem in zavarovalnico.
- (3) Sestavni del splošnih pogojev je Tabela za določitev odstotka trajne invalidnosti zaradi nezgode (v nadaljevanju: Tabela invalidnosti).

2. člen

- (1) Izrazi, uporabljeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:
- zavarovanje** – nezgodno zavarovanje za primere iz prvega odstavka 1. člena teh splošnih pogojev;
- zavarovalec** – sklenitelj zavarovanja oziroma ponudnik, ki zavarovalnici predloži ponudbo za sklenitev zavarovanja;
- zavarovanec** – oseba, od katere smrti, trajne invalidnosti, začasne nezmožnosti za delo, stroškov zdravljenja ali bivanja v bolnišnici je odvisno izplačilo zavarovalnine;
- upravičenec** – oseba, ki je upravičena do izplačila zavarovalnine skladno s temi splošnimi pogoji;
- ponudba** – podpisan dokument, ki predstavlja predlog za sklenitev zavarovanja in vsebuje vse bistvene, z zakonom določene, elemente zavarovalne pogodbe, torej tudi vrsto in višino kritja ter premijo; zavarovalec s podpisom na ponudbi potrjuje, da je seznanjen s temi splošnimi pogoji;
- polica** – listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
- premija** – znesek, ki ga mora zavarovalec plačati za zavarovanje;
- zavarovalnina** – znesek, ki ga zavarovalnica izplača upravičencu;
- zavarovalna vsota** – največji znesek, do katerega nosi zavarovalnica obveznost za izplačilo; razen pri trajni invalidnosti, kjer je zavarovalna vsota le osnova za izračun zavarovalnine;
- zavarovalni primer** – nezgoda, posledice katere so zavarovane z zavarovanjem;
- začasna nezmožnost za delo** – čas, ko oseba zaradi posledic nezgode ni sposobna v celoti opravljati svojega dela in je bila zaradi nezgode zadržana od dela, zadržana od pouka ipd.;
- aktivno zdravljenje** – zdravljenje posledic nezgode, ki ne vključuje obdobja čakanja na določeno preiskavo, terapijo, sprejem v bolnišnico ali v zdravilišče, na ustrezno delovno mesto ali na invalidsko upokožitev in zdravljenja zaradi preventivnega cepljenja (steklina, tetanus ipd.);
- zavarovalno leto** – obdobje enega leta od zaključka prejšnjega zavarovalnega leta. Prvo zavarovalno leto se začne tistega dne, ki je na polici označen kot datum začetka zavarovanja.

II. Sklenitev zavarovanja

3. člen

- (1) Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko zavarovalec in zavarovalnica podpišeta polico.
- (2) Zavarovalna pogodba se lahko sklene tudi na podlagi pisne ponudbe.
- (3) Ponudba veže ponudnika 8 dni od dneva, ko je prispela k zavarovalnici. Podpisana ponudba je sestavni del zavarovalne pogodbe.
- (4) Če zavarovalnica v roku iz tretjega odstavka tega člena ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa predlagano zavarovanje, se šteje, da je ponudbo sprejela in da je zavarovalna pogodba sklenjena. V tem primeru se šteje zavarovalna pogodba za sklenjeno od trenutka, ko je ponudba prispela k zavarovalnici.
- (5) Podpis ponudnika na ponudbi nadomešča zavarovalčev podpis na polici.

4. člen

- (1) Za veljavnost zavarovanja je potrebno pisno soglasje zavarovanca, ki ga poda na polici ali ponudbi.
- (2) Zavarovalec in zavarovalnica prejemata vsak po en izvod zavarovalne pogodbe.

III. Osebe, ki jih je moč zavarovati

5. člen

- (1) Zavarovanje po teh splošnih pogojih se lahko sklene za osebe v starosti od 14 do vključno 75 let.
- (2) Osebe, katerih splošna delovna sposobnost je zaradi težje bolezni, težjih telesnih hib in pomanjkljivosti v smislu 6. točke prvega odstavka 10. člena zmanjšana, se zavarujejo s plačilom povišane premije.
- (3) Zavarovanje se ne more skleniti za osebe, ki jim je popolnoma vzeta poslovna sposobnost, razen če z zakonskimi predpisi ni drugače določeno.

IV. Trajanje zavarovanja in jamstva

6. člen

- (1) Jamstvo zavarovalnice se začne ob 0:00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, če je bila plačana prva premija.
- (2) Če premija do začetka zavarovanja ni plačana, se jamstvo zavarovalnice začne ob 24:00 uri dne, ko je plačana prva premija.
- (3) Jamstvo zavarovalnice preneha ob 24:00 uri dneva prenehanja zavarovanja.

7. člen

- (1) Zavarovanje za zavarovanca preneha, ne glede na to, ali je bilo trajanje dogovorjeno in kolikšno je bilo, ob 24:00 uri tistega dne, ko:
1. zavarovanec umre ali se pri njem ugotovi 100 % trajna invalidnost;
 2. zavarovanec postane popolno poslovno nesposoben;
 3. poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec dopolnil 75. leto starosti;
 4. nastopijo posledice neplačila premije;
 5. izteče odpovedni rok v skladu s temi splošnimi pogoji;

6. je zavarovanje razveljavljeno.

V. Nezgoda

8. člen

- (1) Za nezgodo po teh splošnih pogojih se šteje nenaden, nepredviden dogodek, ki nastane v času jamstva zavarovalnice in ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo izven njegove volje, pri čemer se zavarovanec telesno poškoduje.
- (2) Nezgodo v smislu prejšnjega odstavka predstavljajo zlasti naslednji dogodki: prometna nesreča, padec na istem nivoju ali z višine, zdrs, udarec s predmetom ali ob kakšen predmet, udarec električnega toka ali strele, poškodbe s stroji in orodji, ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali eksplozivnimi snovmi, vbod s kakšnim predmetom, udarec ali ugriz živali, zastrupitev z gobami in kemičnimi snovmi ter opekline.
- (3) Za nezgodo po teh splošnih pogojih se ne štejejo:
 1. navadne, nalezljive in poklicne bolezni (epileptični napad, kap, infarkt ipd.) in motnje zavesti (omotica, vrtoglavica, slabost, omedlevica ipd.), niti kadar se zavarovanec ob tem poškoduje;
 2. posledice psihičnih vplivov (anksiozno depresivna stanja, stresne motnje ipd.), ne glede na vzrok;
 3. okužba s hrano, kot npr. z bakterijami, virusi, paraziti in drugim;
 4. posledice medicinskih posegov;
 5. trebušne, popkovne, vodne in druge kile, ne glede na nastanek;
 6. infekcije in obolenja, ki nastanejo zaradi raznih oblik alergije, pika ali ugriza živali (klopni meningitis, steklina, borelioza, malarija ipd.), anafilaktični šok, razen če je nastal pri zdravljenju posledic nezgode;
 7. medvretenčne kile, lumbalgije, ishialgije, cervikobrahialgije, težave, vezane na druga degenerativna obolenja hrbtenice in sklepov, ali draženje živčnih korenin ter fibrozitisi, miofascitisi, burzitis ipd., ne glede na nastanek;
 8. ponavljajoči izpahi in zvini na istem sklepu (habitualni), povzročeni z ohlapnostjo sklepne ovojnice ali vezi;
 9. pretrganje tetive (Ahilove tetive, štiriglave mišice stegna, dvoglave mišice nadlakti), razen pri neposrednih odprtih poškodbah, ter strganje bolezensko spremenjenih mišic, tetiv, hrustanca, meniskusa, medvretenčnih ploščic, rotatorne manšete ramena po 40. letu starosti;
 10. posledice prekomernega telesnega napora, stresne frakture in patološke frakture oziroma zlom na patološko spremenjeni kosti, hrustancu ali na zdravljenem ali nadomestnem zobu in patološke epifiziolize;
 11. odstop mrežnice in krvavitev v očesne strukture na predhodno bolnem ali prizadetem očesu, razen po direktnem udarcu predhodno zdravega očesa;
 12. spontani abortus, ruptura anevrizme in spontani pnevmotoraks.

VI. Obseg obveznosti zavarovalnice

9. člen

- (1) V primeru nezgode v skladu z določili teh splošnih pogojev zavarovalnica glede na zavarovalne vsote, dogovorjene z zavarovalno pogodbo za posamezna dogovorjena kritja, izplača:

1. zavarovalno vsoto za smrt zaradi nezgode, če je zavarovanec zaradi nezgode umrl;
 2. odstotek zavarovalne vsote za trajno invalidnost, ki ga določa odstotek trajne invalidnosti po teh splošnih pogojih, če je zavarovanec zaradi nezgode postal trajni invalid;
 3. dnevno nadomestilo zaradi nezgode po določbah petega in šestega odstavka 17. člena;
 4. bolnišnično nadomestilo v primeru bivanja v bolnišnici zaradi nezgode, kot to določa sedmi odstavek 17. člena;
 5. povračilo stroškov zdravljenja, nastalih zaradi nezgode, kot to določajo osmi, deveti in deseti odstavek 17. člena;
 6. povračilo stroškov doplačila za nadstandardno bivanje v bolnišnici kot posledica nezgode, kot to določa 16. člen.
- (2) Če je na polici izrecno navedena dejavnost, za katero velja zavarovanje, velja obveznost zavarovalnice po prejšnjem odstavku le za nezgode, ki nastanejo pri tej dejavnosti.
 - (3) Zavarovalnica je v obvezi samo za nezgode, ki so bile ugotovljene in evidentirane v medicinski dokumentaciji v prvem letu od dneva nezgode.
 - (4) Če odstotek trajne invalidnosti, ki je ugotovljen v zavarovalnem primeru, znaša več kot 50 %, se za izračun zavarovalnine vsak odstotek nad 50 % upošteva dvojno. V primeru, da zavarovanec postane 50- ali več odstotni invalid, se v nadaljevanju zavarovalnega razmerja šteje, da tak zavarovanec predstavlja povečani riziko in je zanj potrebno doplačilo premije v smislu 6. točke prvega odstavka 10. člena.
 - (5) Za zavarovalne primere, za katere velja obveznost po zavarovalni pogodbi, se zavarovancu ali upravičencu povrnejo dokazani stroški za izpolnitev zdravniških spričeval, ki jih je poleg dokumentov, navedenih v 3. točki prvega odstavka 14. člena teh splošnih pogojev dodatno in izrecno zahtevala zavarovalnica.

VII. Omejitev in izključitve obveznosti zavarovalnice

10. člen

- (1) Če ni izrecno drugače dogovorjeno in če ni določena in plačana ustrezna višja premija, se dogovorjene zavarovalne vsote zmanjšajo v razmerju med dejansko plačano premijo in premijo, ki bi jo bilo potrebno plačati, kadar nastane nezgoda:
 1. pri opravljanju posebno nevarnih opravil in dejavnosti, kot so zlasti naslednje: demontiranje min, granat in drugih eksplozivnih sredstev, gonja pri lovu, kaskaderstvo in nastopanje v posebno nevarnih filmskih, gledaliških in drugih igranih vlogah;
 2. pri poklicnem ukvarjanju s športom za osebe, ki so vrhunski športniki v skladu s predpisi, ter poklicnem potapljanju;
 3. pri upravljanju in vožnji z letali in letalnimi napravami vseh vrst, razen za potnike v javnem letalskem prometu, ter pri športnih skokih s padalom in zmaji;
 4. pri športnem udejstvovanju na individualnih ali organiziranih treningih ter javnih športnih tekmovanjih (tudi pri dirkah in na treningih z motornimi vozili, ne glede na kategorijo vozila), na katerih zavarovanec sodeluje kot registriran član športne organizacije ali društva;

5. zaradi vojnih dogodkov ali oboroženih spopadov, v katerih se je nepričakovano znašel zavarovanec izven meja države zavarovalca, če ni v njih aktivno sodeloval;
 6. pri osebah, ki so prebolele kakšno težjo bolezen, ali so ob sklenitvi zavarovalne pogodbe težje bolne ali imajo prirojene ali pridobljene težje telesne hibe ali pomanjkljivosti, zaradi česar je njihova splošna telesna sposobnost po teh splošnih pogojih zmanjšana ali njihov odstotek trajne invalidnosti po Tabeli invalidnosti presega 50 %.
- (2) V primeru nezgode, ki se zavarovancu pripeti kot sopotniku pri vožnji z vozilom, katerega voznik je povzročil nesrečo in je bil ob nezgodi pod vplivom alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi, izplača zavarovalnica upravičencu 80 % zavarovalnine, in sicer ne glede na vzročno zvezo. Enak delež zavarovalnine izplača zavarovalnica upravičencu tudi, če zavarovanec ob nezgodi v nasprotju z zakonom, ki ureja varnost v cestnem prometu, ni uporabljal zaščitne čelade ali ni bil pripet z varnostnim pasom.
- (3) Če se zavarovanec ne drži navodil lečečega zdravnika, zavarovalnica ni dolžna izplačati zavarovalnine v celoti, temveč v sorazmernem deležu, vendar največ 80 % zavarovalnine.
- (4) Če so na nezmožnost za delo ali na trajno invalidnost, povzročeno z nezgodo, vplivala tudi obolenja, degenerativne spremembe oziroma stanja ali hibe, ki jih je zavarovanec imel pred nezgodo, se obveznost zavarovalnice zmanjša ustrezno deležu vpliva obolenja, degenerativne spremembe oziroma stanja ali hibe, vendar ne manj kot za 20 % zavarovalnine.
- (5) Vrsto in obseg posledic po nezgodi presodi zdravnik zavarovalnice na podlagi medicinske dokumentacije in/ali osebnega pregleda zavarovanca. Prav tako presodi, ali je poškodba zavarovanca v vzročni zvezi z nezgodo, in če je, v kolikšni meri je. Določi tudi obseg vpliva bolezni, hib ali invalidnosti, ki jih je zavarovanec imel pred nezgodo, na potek zdravljenja in trajne posledice.

11. člen

- (1) Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za okvaro zdravja, ki ni direktno, nedvoumno in izključno povzročena z nezgodo.
- (2) Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za naslednje primere:
1. posledice vseh oblik žarčenja (delovanje jedrske energije in drugih žarkov), posledice višinske in potapljaške bolezni, kot tudi izpostavljenosti svetlobi, sončnim žarkom in spremembi temperature, kadar zavarovanec ni bil tem vplivom izpostavljen zaradi nezgode, ki se je zgodila neposredno pred tem, ali kadar ni šlo za reševanje tujega življenja;
 2. posledice nezgod, nastalih kot posledica naravnih nesreč (potresa, poplav, požarov ipd.);
 3. posledice nezgod, nastalih kot posledica vojnih dogodkov ali oboroženih spopadov v državi zavarovalca ali terorizma;
 4. posledice aktivne udeležbe v oboroženih akcijah, razen če je zavarovanec v njih sodeloval pri opravljanju svojih del in delovnih nalog, ali na poziv pooblaščenih organov države zavarovalca;
 5. posledice nezgod, nastalih pri upravljanju letal in letalnih naprav vseh vrst, plovnih objektov, motornih in drugih vozil brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje z vrsto in tipom letala, plovnega objekta, motornega in

drugega vozila. Šteje se, da zavarovanec ima predpisano vozniško dovoljenje, kadar zaradi priprav in pri opravljanju izpita za pridobitev uradnega dovoljenja vozi pod neposrednim nadzorstvom osebe, ki po obstoječih predpisih lahko poučuje;

6. posledice nezgod, nastalih zaradi namerne povzročitve nezgodnega dogodka s strani zavarovalca, zavarovanca ali upravičenca. Če je upravičenec več, nima zavarovalnica nobene obveznosti do tistega upravičenca, ki je namerno povzročil nezgodo;
7. posledice nezgod, nastalih kot posledica priprave, poskusa ali izvršitve kaznivega dejanja, kakor tudi pobega po takšnem dejanju;
8. posledice nezgod, nastalih kadar je zavarovanec sodeloval pri fizičnem obračunavanju ali ga povzročil z verbalnim izzivanjem, razen v primeru uradno dokazane samoobrambe. Zavarovanec mora sam dokazovati okoliščine samoobrambe in zavarovalnici predložiti ustrezná uradna dokazila oziroma uradne listine;
9. posledice samomora oziroma nezgod, nastalih zaradi poskusa samomora;
10. za ponavljajoče zlome na isti kosti in izpahe na istem sklepu; za ponavljajoče se šteje, če do zloma na isti kosti ali izpaha na istem sklepu pride v štirih ali več nezgodah;
11. ki nastanejo zaradi alkoholiziranosti ter posledice delirium tremensa, prisotnosti mamil ali drugih psihoaktivnih snovi v organizmu zavarovanca.

Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca ob nezgodi:

- če je kot voznik motornega vozila ob nezgodi imel v krvi več alkohola, kot to dopušča zakon, ki ureja varnost v cestnem prometu;
- če je alkokotest pozitiven, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja alkohola v krvi;
- če odkloni ali se izmakne ugotavljanju stopnje njegove alkoholiziranosti, uživa alkohol oziroma drugače onemogoči ugotavljanje prisotnosti alkohola v krvi v času nezgodnega dogodka;
- če je akutna alkoholiziranost medicinsko ugotovljena, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila z natančno analizo krvi ugotovljena stopnja alkohola v krvi.

Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja mamil ali drugih psihoaktivnih snovi na zavarovanca ob nezgodi:

- če se s strokovnim pregledom ugotovi, da kaže znake motenosti zaradi uživanja oziroma prisotnosti mamil ali drugih psihoaktivnih snovi, zavarovanec pa ne poskrbi, da se z natančno analizo telesnih tekočin dokaže, da ni mamil ali drugih psihoaktivnih snovi v njegovem telesu;
- če odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil ali drugih psihoaktivnih snovi v njegovem organizmu.

VIII. Plačilo premije in posledice neplačila

12. člen

- (1) Premija se plačuje vnaprej, naenkrat za celo zavarovalno leto. Če je tako dogovorjeno na polici, se letna premija lahko plačuje v polletnih, četrletnih ali mesečnih obrokih.

- (2) Prva premija za zavarovanje zapade v plačilo ob sklenitvi zavarovanja, če ni drugače dogovorjeno. Ostale premije se plačujejo vnaprej in zapadejo v plačilo zadnji dan pred pričetkom obdobja, za katerega se plačujejo.
- (3) Če premija do zapadlosti ni plačana, lahko zavarovalnica razdre zavarovalno pogodbo po 30 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, prenehanju zavarovalnega kritja in razdoru zavarovalne pogodbe, vendar ne prej kot v 30 dneh od zapadlosti premije v plačilo.
- (4) Če je zavarovanje prenehalo pred dogovorjenim potekom zaradi smrti zavarovanca, ki predstavlja zavarovalni primer, pripada zavarovalnici premija za celo tekoče zavarovalno leto.
- (5) V ostalih primerih prenehanja veljavnosti zavarovalne pogodbe pred dogovorjenim rokom pripada zavarovalnici premija samo do konca dneva, do katerega je trajalo njeno jamstvo.

IX. Sprememba nevarnosti med trajanjem zavarovanja

13. člen

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan prijaviti zavarovalnici spremembo okoliščin, pomembnih za oceno nevarnosti, kot so spremembe delovnih nalog, ki jih zavarovanec opravlja, športna udejstvovanja, sprememba zdravstvenega stanja. Za pomembne veljajo zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica pisno vprašala na ponudbi.
- (2) Če se je zaradi spremembe iz prvega odstavka tega člena povečala nevarnost, ima zavarovalnica pravico povišati premijo, če pa se je nevarnost zmanjšala, mora zavarovalnica predlagati znižanje premije ali povišanje zavarovalnih vsot. Tako določene zavarovalne vsote in premija veljajo od dneva spremembe nevarnosti.
- (3) Če zavarovalec oz. zavarovanec ne prijavi spremembe okoliščin, pomembnih za oceno nevarnosti ali ne pristaneta na povišanje oziroma znižanje premije v roku 14 dni od pisnega poziva zavarovalnice, se v primeru nastanka zavarovalnega primera zavarovalne vsote povišajo ali znižajo v razmerju med obračunano premijo in premijo, ki bi morala biti obračunana.

X. Prijava zavarovalnega primera

14. člen

- (1) Zavarovanec, ki je poškodovan zaradi nezgode, je dolžan:
 1. takoj, ko okoliščine dopuščajo, iti k zdravniku oziroma poklicati zdravnika zaradi pregleda in pomoči, nemudoma ukreniti vse potrebno za zdravljenje ter se glede načina zdravljenja ravnati po zdravnikovih navodilih in nasvetih;
 2. zavarovalnici takoj oziroma ko mu zdravstveno stanje to omogoča pisno prijaviti nezgodo;
 3. v prijavi nezgode podati zavarovalnici vsa potrebna obvestila in podatke, ki jih zavarovalnica zahteva za rešitev zavarovalnega primera, zlasti kraj in čas, ko se je nezgoda pripetila, popoln opis zavarovalnega primera, ime zdravnika, ki ga je pregledal ali ga zdravil, izvide zdravnika in drugo dokumentacijo o poteku zdravljenja, vrsti telesnih poškodb, o nastalih in morebitnih posledicah, kakor tudi podatke o telesnih hibah,

pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je imel zavarovanec že pred nezgodo.

- (2) Če je nezgoda povzročila zavarovančovo smrt, mora upravičenec zavarovanja to takoj pisno prijaviti zavarovalnici in priskrbeti potrebno dokumentacijo, kot to določa prvi odstavek 15. člena.
- (3) Za ugotovitev pomembnih okoliščin, povezanih s prijavljenim zavarovalnim primerom za izplačilo zavarovalnine, zavarovalec in zavarovanec pooblaščata, upravičenec pa je dolžan pooblastiti zavarovalnico za pridobitev vseh potrebnih podatkov in pojasnil od katerekoli druge pravne ali fizične osebe.

XI. Ugotavljanje upravičenčevih pravic

15. člen

- (1) Če je zavarovanec umrl zaradi nezgode, mora upravičenec predložiti polico in dokazila, da je bila smrt posledica nezgode, ter dokazilo o plačilu zadnje premije. Če oseba, ki nastopa kot upravičenec, ni kot taka izrecno navedena v zavarovalni pogodbi, mora dokazati pravico do pridobitve zavarovalnine.
- (2) V drugih primerih uveljavljanja pravic iz sklenjenega zavarovanja mora upravičenec predložiti polico, dokazilo o plačilu zadnje premije, dokazila o okoliščinah nastanka nezgode in dokaze o poteku in zaključku zdravljenja ter ustaljenih posledicah za določitev končnega odstotka trajne invalidnosti.
- (3) Če je zavarovanec zaradi posledic nezgode začasno nezmožen za delo in je dogovorjeno dnevno nadomestilo zaradi nezgode, je zavarovanec dolžan predložiti tudi kopijo potrdila o upravičeni odsotnosti z dela zaradi poškodbe, ravnati po prejšnjem odstavku tega člena in le na zahtevo zavarovalnice predložiti potrdilo zdravnika, ki ga je zdravil. To potrdilo mora poleg zdravniškega izvida po 3. točki prvega odstavka 14. člena teh splošnih pogojev vsebovati tudi popolno diagnozo, točne podatke o tem, kdaj se je pričel zdraviti zaradi nezgode in do katerega dne je zdravljenje posledic nezgode trajalo ter potek zdravljenja nezgode.
- (4) Če je zaradi posledic nezgode potrebna nastanitev in zdravljenje v bolnišnici in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno tudi bolnišnično nadomestilo, je zavarovanec dolžan takoj po končanem zdravljenju zavarovalnici predložiti originalno potrdilo o bivanju v bolnišnici, ki mora vsebovati priimek, ime ter naslov zavarovanca, njegov rojstni datum, datum sprejema in odpusta iz bolnišnice, diagnozo in potek zdravljenja.
- (5) Če je zaradi posledic nezgode potrebna nastanitev in zdravljenje v bolnišnici in je po zavarovalni pogodbi dogovorjena tudi povrnitev stroškov doplačila za nadstandardno bivanje v bolnišnici, je zavarovanec dolžan takoj po končanem zdravljenju zavarovalnici predložiti izvornik potrdila o bivanju v bolnišnici, ki mora za zavarovanca poleg priimka, imena, naslova in rojstnega datuma vsebovati diagnozo in potek zdravljenja, ter originalno potrdilo o bivanju v nadstandardni sobi v bolnišnici, ki mora vsebovati priimek, ime ter naslov zavarovanca, njegov rojstni datum, datum sprejema in odpusta iz nadstandardne sobe v bolnišnici.
- (6) Zavarovalnica ima pravico na svoje stroške ukreniti vse potrebno za pregled zavarovanca pri zdravniku, zdravniških komisijah ali zdravstvenih ustanovah. V primeru, da zavarovanec ali njegov zakoniti zastopnik pregled odkloni, zavarovalnica nima obveznosti iz prijavljenega zavarovalnega primera.

16. člen

- (1) Če je z zavarovalno pogodbo dogovorjeno kritje stroškov doplačila za nadstandardno bivanje v bolnišnici zaradi nezgode, v skladu z določili teh splošnih pogojev zavarovalnica glede na zavarovalne vsote, dogovorjene z zavarovalno pogodbo, izplača razliko med polno ceno izvajalca in 100 % standarda po pogodbi iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. 100 % cena standarda po pogodbi iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pomeni vsoto cene, ki je krita iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in cene, ki je krita iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja;
- (2) Zavarovanje za stroške doplačila za nadstandardno bivanje v bolnišnici obsega: bivanje v enoposteljni ali dvoposteljni sobi s TV sprejemnikom in telefonom v bolnišnici v primeru, da bolnišnica te kapacitete ima in so na voljo. Za to bivanje velja naslednje:
 - zavarovanec na lastno zahtevo uveljavlja enoposteljno ali dvoposteljno sobo v bolnišnici.
 - možnost bivanja enega svojca ali druge osebe po izboru zavarovanca v sobi skupaj z zavarovancem – pomeni bivanje osebe po izboru zavarovanca v isti sobi, v kateri je zavarovanec. Vsebuje polni penzion te osebe po izboru zavarovanca v bolnišnici.
- (3) Zavarovalnica za stroške doplačila za nadstandardno bivanje v bolnišnici se izplača do letne zavarovalne vsote.
- (4) Zavarovanec lahko uveljavlja kritje stroškov doplačila za nadstandardno bivanje v bolnišnici zaradi nezgode le za bolnišnice na območju Republike Slovenije.

XII. Izplačilo zavarovalnine

17. člen

- (1) Zavarovalnica izplača zavarovalnino upravičencu v 14 dneh po prejemu pisnega zahtevka in vseh dokazil o nedvoumnem obstoju in višini svoje obveznosti. Če se zavarovalnica izplača preko pošte ali banke, se šteje, da je izplačilo izvršeno ob 24:00 tistega dne, ko je bilo na pošti ali banki potrjeno vplačilo. Če zavarovalnica ne izvrši izplačila v navedenem roku, ima upravičenec pravico do zakonskih zamudnih obresti.
- (2) Dokler ni mogoče določiti končnega odstotka trajne invalidnosti, zavarovalnica lahko izplača predjem do višine zneska, ki nesporno ustreza odstotku trajne invalidnosti, za katerega se lahko na podlagi zdravniške dokumentacije že tedaj brez dvoma ugotovi, da bo za trajno ostal. Znesek predjema ne more presežati višine zavarovalne vsote za smrt zaradi nezgode.
- (3) Če zavarovanec umre zaradi posledic iste nezgode, preden poteče tri leta od dneva nezgode, izplača zavarovalnica zavarovalno vsoto za smrt zaradi nezgode, oziroma razliko med zavarovalno vsoto za smrt zaradi nezgode in zneskom, ki je bil že pred tem izplačan za trajno invalidnost, oziroma razliko med zavarovalno vsoto za smrt in morebiti že prej izplačanim predjemom za trajno invalidnost. Če je razlika negativna, zavarovalnica ne izplača ničesar.
- (4) Če zavarovanec umre v treh letih po nezgodi zaradi kateregakoli drugega vzroka, razen vzroka, navedenega v prejšnjem odstavku tega člena, odstotek trajne invalidnosti pa še ni bil določen, se odstotek trajne invalidnosti določi na podlagi obstoječe medicinske dokumentacije. Dediči lahko zahtevajo izplačilo zavarovalnine na podlagi sklepa o dedovanju.
- (5) Po teh splošnih pogojih je upravičenec upravičen do dnevnega nadomestila, kadar zaradi posledic nezgode

ni sposoben v celoti opravljati svojega dela in je bil zaradi nezgode zadržan od dela, zadržan od pouka ipd. Upravičenost do izplačila dnevnega nadomestila zaradi nezgode določijo zdravnik zavarovalnice na podlagi aktivnega zdravljenja, razvidnega iz medicinske dokumentacije, in običajnega trajanja zdravljenja tovrstne poškodbe. Ob vplivu drugih zdravstvenih razlogov na zdravljenje po nezgodi je zavarovalnica dolžna izplačati dnevno nadomestilo samo za čas zdravljenja, ki je izključna posledica nezgode. Dnevno nadomestilo se izplača največ za 200 dni zdravljenja po posamezni nezgodi.

- (6) Če ima nezgoda za posledico zavarovančevo začasno nezmožnost za delo in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo dnevnega nadomestila, izplača zavarovalnica upravičencu to nadomestilo v dogovorjeni višini za vsak dan nezmožnosti za delo od dneva, določenega na polici (dogovorjena karenc). Če ta dan ni določen, pa od prvega dneva, ki sledi dnevno, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku ali v zdravstveni ustanovi, do zadnjega dneva trajanja zdravljenja v skladu z določbo prejšnjega odstavka tega člena. Dnevno nadomestilo se ne izplača za čas začasne nezmožnosti za delo po določitvi končnega odstotka trajne invalidnosti.
- (7) Če je zaradi nezgode potrebna nastanitev in zdravljenje v bolnišnici in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno tudi bolnišnično nadomestilo, izplača zavarovalnica dogovorjeni znesek za bolnišnični dan za vsako noč, ko je bil zavarovanec nastanjen v bolnišnici, vendar največ za 365 dni v dveh letih od dneva nezgode za posamezno nezgodo. Za bolnišnice v smislu teh splošnih pogojev štejejo splošne, specialne bolnišnice in klinike, katerih dejavnost je poglobljena diagnostika in zdravljenje. Zdravilišča, domovi in ustanove za rekreacijo ali počitek ne štejejo za bolnišnice.
- (8) Če je po zavarovalni pogodbi dogovorjena tudi povrnitev stroškov zdravljenja, povrne zavarovalnica upravičencu - ne glede na to, ali so še kakšne druge posledice - po predloženih izvirmikih računov in drugih dokazilih vse dejanske in nujne stroške zdravljenja, ki so posledica nezgode, vendar največ do vsote, ki je navedena na polici. Zavarovalnica povrne samo stroške zdravljenja, ki nastanejo v prvih treh letih od dneva nezgode, in sicer samo tiste, ki so nastali na območju Republike Slovenije.
- (9) Med stroške zdravljenja po prejšnjem odstavku se štejejo stroški pregledov in drugih preiskav, predpisanih zdravil, operativnih posegov, opravljanja fizikalnih terapij, kakor tudi stroški za umetne ude in zamenjavo zob ter stroški za nakup drugih medicinsko-tehničnih pripomočkov, če je to po presoji zdravnika potrebno in je zavarovanec do njih upravičen v skladu z določili zakona, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, in sicer v zvezi s koriščenjem pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Med te stroške se šteje tudi zdraviliško zdravljenje, vendar samo, če je bil zavarovanec tja napoten v skladu z določili zakona, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, in sicer v zvezi s koriščenjem pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- (10) Ne glede na prejšnji odstavek je zavarovalnica dolžna povrniti samo tiste stroške zdravljenja, ki jih mora plačati zavarovanec sam in zanje ne odgovarja tretja oseba po splošnih pravilih odškodninskega prava. Stroški prevoza, kot je kilometrina, avtobus, vlak, taksi in podobno, niso stroški zdravljenja po teh splošnih pogojih.
- (11) Če ima nezgoda za posledico zavarovančevo smrt ali trajno invalidnost, izplača zavarovalnica upravičencu

oziroma zavarovancu zavarovalno vsoto ali njen del, ki je dogovorjena za take primere, ne glede na izplačano dnevno nadomestilo, bolnišnično nadomestilo ali povrnjene stroške zdravljenja. Zavarovalnica za posledico ene nezgode izplača le zavarovalnino za smrt zaradi nezgode ali pa le zavarovalnino za trajno invalidnost zaradi nezgode, ne pa obeh.

18. člen

- (1) Zahtevki iz zavarovanja zastarajo po določilih zakona, ki ureja obligacijska razmerja.

XIII. Določanje upravičencev

19. člen

- (1) Za primer trajne invalidnosti, dnevnega nadomestila, bolnišničnega nadomestila, stroškov zdravljenja in povrnitve stroškov doplačila za nadstandardno bivanje v bolnišnici je upravičenec zavarovanec sam, če ni drugače dogovorjeno.
- (2) Upravičenci za primer zavarovančeve smrti se določijo skladno s temi splošnimi pogoji, razen če zavarovalec najkasneje do nastanka zavarovalnega primera zavarovalnici pisno sporoči ime in priimek ter ostale podatke potrebne za identifikacijo upravičenca.
- (3) Upravičenci v primeru zavarovančeve smrti po teh splošnih pogojih so:
 1. zavarovančevi otroci in zakonec v enakih delih;
 2. če ni zakonca, zavarovančevi otroci v enakih delih;
 3. če ni otrok, zakonec in zavarovančevi starši. V tem primeru pripada zakoncu polovica zavarovalnine, druga polovica pa staršem oziroma tistemu od staršev, ki še živi. Če sta zavarovančeva starša umrla pred zavarovancem, pripada cela zavarovalnina zakoncu;
 4. če ni zakonca in otrok, zavarovančevi starši v enakih delih. Če živi samo eden od staršev, mu pripada celotna zavarovalnina;
 5. če ni oseb, navedenih v prejšnjih točkah tega odstavka, so upravičenci dediči zavarovanca na podlagi pravnomočnega sklepa sodišča.
- (4) Za zakonca se šteje oseba, ki je bila z zavarovancem ob njegovi smrti v zakonski zvezi oziroma oseba, ki je z zavarovancem ob njegovi smrti živela v dalj časa trajajoči življenjski skupnosti, ki ima po zakonu, ki ureja zakonsko zvezo in družinska razmerja, enake pravne posledice kot zakonska zveza.
- (5) Če je upravičenec mladoletna oseba, se zavarovalnina izplača njegovim staršem oziroma skrbniku. Zavarovalnica lahko zahteva od skrbnika, da za ta namen predloži pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa.

XIV. Odpoved zavarovanja

20. člen

- (1) V primeru sklenitve zavarovanja na daljavo ima zavarovalec v skladu z zakonom, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da odstopi od zavarovanja s pisnim sporočilom zavarovalnici v petnajstih dneh od dneva sklenitve zavarovanja.
- (2) Če je zavarovanje sklenjeno za več kot 3 leta, smeta po preteku tega roka zavarovalec ali zavarovalnica z odpovednim rokom šestih mesecev odpovedati pogodbo, s tem da to pisno sporočita drugi stranki.
- (3) Če trajanja zavarovanja ni določeno, ga zavarovalnica oziroma zavarovalec lahko odpove, če ni zavarovanje prenehalo iz kakšnega drugega razloga.

Zavarovanje se lahko odpove s potekom tekočega zavarovalnega leta, če je druga stranka o tem pisno obveščena najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta.

- (4) Zavarovanec lahko soglasje k zavarovalni pogodbi izjemoma prekliče s pisnim obvestilom.

XV. Vodenje, posredovanje in uporaba osebnih podatkov

21. člen

- (1) Zavarovalec in zavarovanec pooblaščata zavarovalnico, da lahko izbira, preverja, obdeluje, shranjuje, posreduje in uporablja njune osebne podatke, potrebne za sklepanje in izvajanje zavarovanj in za reševanje škod, od lečečih zdravnikov, zdravstvenih ustanov ter drugih fizičnih in pravnih oseb, ki s podatki razpolagajo.
- (2) Zavarovalec in zavarovanec dovoljujeta, da zbirko osebnih podatkov, ki jo vzpostavi, vodi, vzdržuje in uporablja zavarovalnica, uporabljajo tudi z zavarovalnico kapitalsko povezana ter pooblaščena podjetja za zastopanje in posredovanje zavarovanj in pogodbeni obdelovalci. Podatki iz te zbirke podatkov se bodo uporabljali za obveščanje zavarovalca in zavarovanca.
- (3) Zavarovalnica se zavezuje, da bo osebne podatke iz prejšnjih odstavkov tega člena varovala v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, in Kodeksom medicinske deontologije Slovenije.

XVI. Plačilo storitev zavarovalnici

22. člen

- (1) Zavarovalec mora zavarovalnici plačati vse storitve, ki jih posebej zahteva od zavarovalnice.

XVII. Odstop pravic

- (1) Zavarovalnica lahko v imenu zavarovanca nastopi proti katerikoli tretji osebi, ki je odgovorna za nastanek stroškov po splošnih pogojih. Če zaradi ravnanja zavarovanca zavarovalnica ne more uveljaviti te svoje pravice ali izgubi možnost regresa, je zavarovalnica oproščena vseh obveznosti iz sklenjene zavarovalne pogodbe.

XVIII. Končne določbe

23. člen

- (1) Za odnose med pogodbenima strankama, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se uporabljajo določbe zakona, ki ureja obligacijska razmerja.
- (2) Pogodbeni stranki urejata vse spore sporazumno, v skladu s postopkom izvensodnega reševanja sporov, in sicer z internim postopkom zavarovalnice, s postopkom pred varuhom pravic s področja zavarovalništva ter postopkom, ki ga vodi mediacijski center pri Slovenskem zavarovalnem združenju. Morebitne sodne spore rešuje sodišče v Ljubljani.
- (3) Nadzor nad zavarovalnico izvaja Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (4) Ti splošni pogoji se uporabljajo od 1. decembra 2007.