

SPLOŠNI POGOJI ZA ZAVAROVANJE NEZGODE IN POSEBNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE OSEB

1 SPLOŠNI POGOJI ZA ZAVAROVANJE NEZGODE

PG-ERG_NZG/2

Vsebina

1. člen Zavarovalni primer
2. člen Omejitve zavarovalnega kritja
3. člen Izključitve zavarovalnega kritja
4. člen Zavarovalna kritja
5. člen Ugotavljanje stopnje trajne invalidnosti
6. člen Nevarnostne okoliščine
7. člen Obveznosti zavarovanca ob nastanku zavarovalnega primera
8. člen Obveznosti zavarovalnice
9. člen Območje veljavnosti zavarovanja
10. člen Pisna oblika
11. člen Trajanje zavarovalne pogodbe
12. člen Začetek in konec zavarovalnega kritja
13. člen Plačilo premije
14. člen Posledice neplačila premije
15. člen Zavarovalna obdobja, valorizacija zavarovalnih vsot in premij
16. člen Prekinitev zavarovalne pogodbe
17. člen Izvedenski in pritožbeni postopek
18. člen Sprememba zavarovalnih pogojev in premijskega sistema
19. člen Sprememba podatkov in obveščanje zavarovalnice
20. člen Varstvo osebnih podatkov
21. člen Reševanje sporov
22. člen Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode
23. člen Uporaba zakona in nadzor

UVODNE DOLOČBE

Izrazi v teh pogojih pomenijo:

- * **zavarovalnica** –
ERGO Versicherung Aktiengesellschaft, A-1110 Dunaj, ERGO Center, Businesspark Marximum / Objekt 3, Modecenter-straÙe 17, FN 101528 g, HG Dunaj, ki opravlja zavarovalne posle preko podružnice ERGO zavarovalnica, podružnica v Sloveniji, Štandrova ulica 4, 1231 Ljubljana-Črnuče (v nadaljevanju: zavarovalnica);
- * **polica** –
listina o zavarovalni pogodbi;
- * **zavarovalni zastopnik** –
oseba, ki je na podlagi zaposlitve oz. drugega pravnega razmerja z zavarovalnico oz. zavarovalno zastopniÙsko druÙbo pooblašena za sklepanje zavarovalnih pogodb v imenu in za račun zavarovalnice;
- * **zavarovalec** –
oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
- * **premija** –
znesek, ki ga je zavarovalec dolÙan plačati zavarovalnici po zavarovalni pogodbi;
- * **zavarovalni primer** –
dogodek, ki je zavarovan z zavarovalno pogodbo;
- * **nastanek zavarovalnega primera** –
nastop dogodka, ki predstavlja zavarovalni primer (nezgoda) in ima za posledico okvaro zdravja zavarovane osebe;
- * **zavarovalnina** –
obveznost zavarovalnice ob nastanku zavarovalnega primera;
- * **zavarovanec/zavarovana oseba** –
oseba, na katero zavarovalna pogodba veÙe nastanek zavarovalnega primera;
- * **upravičenec** –
oseba, ki ima pravico do zavarovalnine;
- * **zavarovalna vsota** –
znesek, ki pomeni zgornjo mejo obveznosti zavarovalnice ob nastanku zavarovalnega primera;
- * **karenca** –
doba, v kateri je izkljueno doloeno zavarovalno kritje in v kateri je zavarovalnica prosta obveznosti ne glede na nastanek zavarovalnega primera;
- * **trajna invalidnost** –
popolna ali delna trajna okvara zdravja, ki se doloa v skladu s tabelo invalidnosti zavarovalnice, ki je sestavni del pogojev.

1. člen ZAVAROVALNI PRIMER

- (1) Zavarovalni primer pomeni nastanek nezgode, kot je doloena po teh pogojih.
- (2) Za nezgodo po teh pogojih šteje vsak nenaden, nepredviden, od zavarovaneeve volje neodvisen dogodek, ki je povzroeen z delovanjem od zunaj in naglo na zavarovaneevo telo in ki ima za posledico poÙkodovanje njegovega telesa, okvaro zdravja ali smrt.
- (3) Za nezgodo po teh pogojih se štejejo predvsem:
- 1) povoÙenje, truenje, poÙkodovanje s predmetom, padec, zdrs, strmoglavljenje;
 - 2) poÙkodba zaradi delovanja elektrieneega toka ali strele;
 - 3) poÙkodbe zaradi delovanja eksplozivnih sredstev;
 - 4) opekline z ognjem ali elektriko, vroeiimi predmeti, tekoeiinami ali paro, kislinaami, luÙinami ipd.;
 - 5) ugriz ali drugo poÙkodovanje, ki ga povzroeiijo Ÿivali;
 - 6) nenadna zastrupitev s kemieiinimi sredstvi ali z vdihavanjem plinov;
 - 7) zadavitev in utopitev;
 - 8) nenadna duÙitev ali zaduÙitev;
 - 9) pik mrēesa;
 - 10) zastrupitev s hrano, ki ne nastane zaradi zauÙitja bakterij (npr. salmonela);
 - 11) okuÙba rane, ki je nastala zaradi nezgode;
 - 12) delovanje rentgenskih in radijskih Ÿarkov, razen v primeru terapij zaradi zdravljenja, vendar samo, ee nezgoda nastopi naglo in nenadno;
 - 13) delovanje sonēnih Ÿarkov in zunanje temperature, vendar le ee je bil zavarovanec takÙnemu delovanju izpostavljen zaradi nezgode, ki se je zgodila neposredno pred tem, ali pri reÙevanju eiloveÙkih Ÿivljenj;
- (4) Za nezgodo po teh pogojih ne štejejo:
- 1) vsa bolezenska stanja, vkljueno z nalezljivimi in poklicnimi boleznimi ter degenerativnimi spremembami, kakor tudi poÙkodovanja kot posledica teh stanj;
 - 2) poÙkodbe, nastale pod vplivom bolezenskih psihiēnih stanj ali kot posledica teh;
 - 3) obolenja, infekcijske bolezni in alergieina stanja, nastala z ugrizom ali pikom Ÿivali ali mrēesa, pri vdihu dela rastline ter ob stiku telesa z okolico (klopni meningitis, boreliozia, malarija, miÙja mrzlica, HIV ipd.);
 - 4) posledice ponavljajoēih se gibov in prekomernih telesnih naporov, preobremenitev telesa, naglih telesnih kretenj, do katerih pride brez zunanjeega dogodka, ter druge poÙkodbe, ki niso posledica nenadnega zunanjeega delovanja;
 - 5) patoloÙki zlomi kosti, zlomi v primeru osteoporoze in spontani izolirani zdrsi v rastnih conah, spontani zlomi, kostne ciste, stresni zlomi;
 - 6) posledice odstranjevanja koÙe in njenih izrastkov, rezanja Ÿuljev in bradavic, nege nohtov in obnohtja ter drugih izrastkov trde koÙe;
 - 7) posledice vraÙanja nohtov, vnetij obnohtja in koÙnih Ÿlez;
 - 8) anafilaktieini Ÿok, razen ee je nastal pri zdravljenju zaradi nezgode;
 - 9) poÙkodbe, nastale zaradi obrabljenosti kosti, sklepov, vezi ipd., ali stanja kot posledica bolezenskih vplivov;
 - 10) bolezenske spremembe na kosteh, hrustancu, skeletu, gibalnem aparatu (miÙice, vezi, sklepne ovojnice) ter zobovju in bolezenske epifizioloze ter apofizioloze;
 - 11) vse vrste sinkop in tem podobnih stanj, kolapsi in posledice teh;
 - 12) moÙganska kap, srēni infarkt in epilepsija, kakor tudi vse poÙkodbe, ki nastanejo kot posledica teh;
 - 13) posledice medicinskih posegov;
 - 14) vse poÙkodbe in obolenja, ki so posledica dalj easa trajajoēih vplivov.

2. člen OMEJITVE ZAVAROVALNEGA KRITJA

- (1) Če ni z zavarovalno pogodbo drugače dogovorjeno, je zavarovalnica prosta obveznosti za nezgode, ki nastanejo:
- 1) pri upravljanju ali vožnji z letali ter zračnimi vozili vseh vrst;
 - 2) če je zavarovana oseba potnik v rednem ali čarterskem zračnem prometu;
 - 3) pri izvajanju poklicnih aktivnosti letalske in ladijske posadke, posadke vrtalne ploščadi, družbe za varovanje in zaščito;
 - 4) pri izvajanju poklicnih aktivnosti za poklice: vojak, častnik, gasilec, policist, rudar, kamnolomec, miner, krovce, dimnikar, čistilec na visokih gradnjah, delavec na visokih gradnjah;
 - 5) pri skokih s padalom;
 - 6) pri tekmovanjih z motornimi vozili – ne glede na kategorijo vozila – in treningih zanje;
 - 7) pri potapljanju v globini pod 40 m, potapljanju v okviru poklicne aktivnosti, potapljanju ob reševanju, potapljanju v jamah, ledu, mraku, samostojnem potapljanju, potapljanju, kjer to ni dovoljeno;
 - 8) pri opravljanju posebno nevarnih opravil, kot je demontiranje min, granat in drugih eksplozivnih sredstev;
 - 9) pri opravljanju splošne reševalne dejavnosti v okviru za to usposobljene in registrirane organizacije oz. društva;
 - 10) pri izvajanju aktivnosti kaskaderjev, akrobatov in drugih oseb, ki sodelujejo v nevarnih nastopih;
 - 11) če je zavarovana oseba član registrirane športne organizacije oz. društva, ki se ukvarja s športno panogo, kot so: akrobatika, alpinizem (odprave, plezanje, vzpenjanje, športno plezanje ipd.), alpsko smučanje, sankanje, avtomobilizem, badminton, biatlon, bob, boks, borilne veščine (ju-jitsu, judo, karate, rokoborba ipd.), deskanje na snegu, hokej na ledu in travi, jamarstvo, kolesarstvo, košarka, kotalkanje, motociklizem, nogomet, podvodni ribolov, potapljanje, rokomet, rolanje, ragbi in ameriški nogomet, skoki v vodo, smučarski skoki in poletji, smučarski tek, skvoš, športi na divjih vodah (kajak, rafting ipd.), tenis, jadrnanje, deskanje, kajtanje, konjeniški šport, in je nezgoda nastala pri ukvarjanju s to dejavnostjo v obliki organizirane vadbe, tečaja, treninga ali tekmovanja ali individualno. Omejitev se nanaša tudi na aktivnosti in članstvo v organizacijah, ki se ne ukvarjajo z naštetimi panogami, in je nezgoda nastala v obliki organizirane vadbe, tečaja, treninga ali tekmovanja;
 - 12) pri udeležbi in uradnih treningih na regijskih, državnih ali mednarodnih športnih tekmovanjih;
 - 13) pri izvajanju športnih aktivnosti, s katerimi se zavarovana oseba ukvarja poklicno;
 - 14) pri alpinizmu in plezanju pete ali višje stopnje po lestvici UIAA, prostem plezanju, kanjoningu, udeležbi na alpinističnih ekspedicijah, plezanju po ledu;
 - 15) pri športnih aktivnostih na divjih vodah razreda WWIII ali več, skokih z elastiko, spustih z gorskim kolesom, kajtanju;
 - 16) pri potovanjih na vojna območja in druga krizna žarišča (npr. novinarji ipd.).
- (2) Zavarovalnica je prosta obveznosti pri nastanku sledečih okvar zdravja in poškodb:
- 1) psihične bolezni ali spremembe psihičnega stanja (postravmatska stresna motnja, depresivna in anksiozna stanja, organske osebnostne motnje ipd.) ne glede na vzrok nastanka;
 - 2) epidemije nalezljivih bolezni;
 - 3) poškodbe zaradi pretrganja tetiv, razen pri direktnih odprtih poškodbah z rano (ahilova tetiva, tetive dvoglave nadlaktne mišice in pripadajoči podaljški mišic, spodnje nasadišče štiriglave stegenske mišice in njena tetiva nad pogačico). Enako velja za dele ali celotno rotatorno manšeto ramena po 40. letu starosti;
 - 4) tri- ali večkratno ponovljena poškodba istih sklepnih struktur (npr. kolenske vezi, ramena, polni ali delni izpah/izvin na istem sklepu) ne glede na vzrok nastanka;

- 5) medvretenčne kile (hernia disci intervertebralis), vse vrste lumbagij, diskopatij, sakralgij, miofascitsov, kokcigidinij, ishialgij, fibrozitsov in vse spremembe hrbtnice ali ledveno-križnega predela ne glede na vzrok nastanka;
 - 6) poškodbe degenerativno spremenjenih mišic, tetiv, hrustanca in meniskusov ter medvretenčnih ploščic, zlasti če so te opisane v predhodni medicinski dokumentaciji zavarovanca, ne glede na vzrok nastanka;
 - 7) trebušne, popkovne, vodne in druge kile, razen tistih, ki nastanejo zaradi neposredne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanske sile in je poleg kile klinično ugotovljena poškodba mehkih delov trebušne stene v tem predelu;
 - 8) odstop mrežnice, razen če odstopi po neposredni poškodbi zdravega očesa in je to ugotovljeno v bolnišnici.
- (3) Če se zavarovanec med zdravljenjem ne ravna po navodilih lečečega zdravnika, zavarovalnica zniža zavarovalnino za delež vpliva neupoštevanja navodil lečečega zdravnika na posledice nastanka zavarovalnega primera.

3. člen IZKLJUČITVE ZAVAROVALNEGA KRITJA

- (1) Zavarovalnica je prosta obveznosti iz zavarovalne pogodbe in po teh pogojih, če pride do nastanka zavarovalnega primera nezgode:
- 1) zaradi vojne, vojnih operacij, uporov in državljanskih nemirov;
 - 2) v neposredni ali posredni povezavi s terorističnim dejanjem bodisi kot storilec, žrtev ali kot posledica preprečevanja takšnega dejanja;
 - 3) zaradi udeležbe v oboroženih akcijah;
 - 4) zaradi jedrskega, biološkega in kemičnega orožja;
 - 5) zaradi potresa
 - 6) pri upravljanju zračnih, vodnih, kopenskih ali drugih vozil brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje, kadar zaradi priprav in pri opravljanju izpita za pridobitev uradnega dovoljenja zavarovana oseba vozi ali upravlja vozilo pod nadzorom osebe, ki po veljavnih predpisih lahko poučuje;
 - 7) zaradi poskusa ali izvršitve samomora ne glede na razlog;
 - 8) če je zavarovalec, upravičenec ali zavarovanec hote oz. namerno povzročil nezgodo;
 - 9) če je upravičenec več, zavarovalnica nima nobene obveznosti do tistega upravičenca, ki je namerno povzročil nezgodo;
 - 10) pri pripravi, poskusu ali izvršitvi naklepne kaznivega dejanja, kakor tudi pri pobegu po takšnem dejanju;
 - 11) zaradi sodelovanja pri pretepu ali fizičnem obračunavanju ali ko je takšno dejanje izzval zavarovanec, razen v primeru samoobrambe, ki pa jo mora dokazati upravičenec. Za izzivanje na pretep ali fizično obračunavanje šteje tudi verbalno izzivanje;
 - 12) zaradi neposrednega ali posrednega delovanja jedrske energije;
 - 13) zaradi motnje zavesti, vseh oblik slabosti, omedlevice, epileptičnega napada, možganske kapi, srčnega infarkta ali bolezenskega stanja zavarovanca;
 - 14) zaradi delovanja alkohola, zdravil, mamil ali drugih narkotikov in psihoaktivnih substanc na zavarovanca.
- Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca:
- a) če je imel kot voznik motornega vozila ob nezgodi v krvi več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka (0,5 ‰ alkohola v krvi) oz. več kot 0,00 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka (0,00 ‰ alkohola v krvi) tisti voznik, ki po Zakonu o varnosti cestnega prometa ne sme imeti alkohola v izdihanem zraku in krvi ali več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka (1 ‰ alkohola v krvi) kot pešec ali ob drugih nezgodah ali če ne glede na količino alkohola v krvi s kliničnim pregledom zdravnika ugotovi znake alkoholiziranosti;
 - b) če je preizkus z indikatorjem alkohola v izdihanem zraku pozitiven, zavarovanec pa ne podpiše zapisnika o preizkusu in ne zagotovi, da se s strokovnim pregledom, ki vključuje krvno analizo, ali z merilnikom alkohola v izdihanem zraku (etilometrom) natančno ugotovi količina alkohola na kilogram krvi ali količina alkohola v litru izdihanega zraka;

- c) če zavarovanec odkloni ali s svojim ravnanjem ovira ali onemogoči izvedbo preizkusa oz. strokovnega pregleda iz točke b ali poškoduje oz. uniči vzorec za analizo;
- č) če se po nezgodi izmakne preiskavi alkoholiziranosti.

Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja zdravil, mamil ali narkotikov oz. prisotnosti drugih psihoaktivnih substanc na zavarovanca:

- d) če se s strokovnim pregledom ugotovi, da so v zavarovančevem organizmu prisotne take snovi ali da kaže znake motenj v vedenju, ki povzročajo nezanesljivo ravnanje zaradi uživanja mamil, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi ali če po nezgodi uživa mamila, psihoaktivna zdravila ali druge psihoaktivne snovi ter tako onemogoči ugotavljanje prisotnosti mamil, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi v njegovem organizmu;
- e) če se pri preizkusu z napravo ali s sredstvom za hitro ugotavljanje prisotnosti mamil, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi v organizmu ali v postopku za prepoznavanje znakov oz. simptomov teh snovi v organizmu prepozna znak oz. simptom, ki je posledica takih snovi;
- f) če zavarovanec oporeka rezultatu preizkusa iz alineje e ali ne podpiše zapisnika o preizkusu ali postopku ali odkloni sodelovanje pri preizkusu ali postopku oz. strokovni pregled oz. ne poskrbi, da bi bil opravljen strokovni pregled;
- g) če s svojim ravnanjem ovira ali onemogoči izvedbo preizkusa ali postopka oz. strokovnega pregleda;
- h) če se po nezgodi izmakne preiskavi.

(2) Obveznost zavarovalnice je izključena:

- 1) če je ob sklenitvi zavarovalne pogodbe že nastopil zavarovalni primer, če je bil v nastajanju ali je bilo gotovo, da bo nastal;
- 2) za upravičenja po tistih zavarovalnih kritjih, za kateri v trenutku nastanka zavarovalnega primera po zavarovalnih pogojih, pod katerimi se sklepa zavarovalna pogodba, zavarovanec ne bi mogel biti zavarovan, vendar pred nastankom zavarovalnega primera zavarovalnica ni vedela zanje, ker ji zavarovanec ni posređoval informacije o okoliščinah, zaradi katerih bi sicer prenehalo zavarovalno kritje. Izključitev velja tudi, če je do nastanka takšnih okoliščin prišlo med trajanjem zavarovanja;
- 3) za plačilo zavarovalnine po zavarovalnih kritjih, ki predstavlja plačilo premoženjske škode (npr. iz kritij stroškov zdravljenja, nezgoda SOS), če je zavarovanec oz. upravičenec predhodno prejel plačilo te premoženjske škode oz. stroškov na kateri koli drugi podlagi ali od katerega koli drugega plačnika;
- 4) za kritje nezgodne smrti za zavarovane otroke, ki so mlajši od 14 let, kakor tudi za druga kritija v zvezi s smrtjo zavarovanca (npr. izplačilo pogrebnih stroškov).

4. člen ZAVAROVALNA KRITJA

- (1) Obseg zavarovalnega kritja, ki je določen z zavarovalno pogodbo, je podlaga za določitev obveznosti zavarovalnice ob nastanku zavarovalnega primera.
- (2) Upravičenec je upravičen do izplačila zavarovalnine oz. storitve zavarovalnice le po tistih zavarovalnih kritjih, ki so izrecno navedena v zavarovalni polici.
- (3) Kadar je zavarovanih več oseb, se posamezno zavarovalno kritje nanaša le na tiste zavarovane osebe, ki so navedene pod izbranim zavarovalnim kritjem, če ni dogovorjeno drugače.
- (4) Vsa zavarovalna kritja se zmanjšajo za delež vpliva telesnih okvar, ki so posledica nezgode ali obolenja, degenerativne spremembe oziroma stanja ali hibe, ki so obstajale pred nastankom nezgode. Zmanjšanje kritij se ugotavlja na podlagi medicinske dokumentacije o zdravljenju ali po osebnem pregledu pri zdravniku cenzorju.
- (5) Zavarovalna kritja, za kateri se osebe lahko zavarujejo, so:

1) Trajna invalidnost

- 1.1 Če je posledica nastanka zavarovalnega primera trajna invalidnost, zavarovalnica upravičencu v enkratnem znesku izplača zavarovalnino, ki je enaka produktu zavarovalne vsote, ki je za to zavarovalno kritje navedena v zavarovalni polici, in ugotovljeni stopnji invalidnosti kot posledici nastanka zavarovalnega primera.

1.2 Stopnja invalidnosti se ugotavlja po določilih iz 22. člena teh pogojev.

1.3 Če zavarovanec umre zaradi posledic nezgode v roku enega leta po nastanku zavarovalnega primera, zavarovalnica ne izplača zavarovalnine iz naslova trajne invalidnosti. Če je bila zavarovalnina že izplačana, je zavarovalnica upravičena do povrnitve že izplačane zavarovalnine iz naslova trajne invalidnosti.

2) Trajna invalidnost od 20 %

Veljajo enaka določila, kot za kritje 'trajna invalidnost' v točki 1 tega člena, pri čemer zavarovalnica izplača zavarovalnino samo v primeru, če stopnja trajne invalidnosti presega 20 %.

3) Trajna invalidnost s progresijo 400 %

Višina zavarovalnine je enaka produktu zavarovalne vsote, ki je za to zavarovalno kritje določena v zavarovalni polici, in progresijske stopnje, ki je odvisna od stopnje invalidnosti, kot določa spodnja tabela.

Stopnja trajne invalidnosti	Progresijska stopnja
Pod 20 %	Enaka stopnji invalidnosti
Od 20 do 29,99 %	50 %
Od 30 do 39,99 %	75 %
Od 40 do 49,99 %	100 %
Od 50 do 59,99 %	150 %
Od 60 do 69,99 %	200 %
Od 70 do 79,99 %	300 %
Od 80 do 100 %	400 %

Z izjemo višine zavarovalnine veljajo enaka določila, kot pri kritju 'trajna invalidnost' v točki 1 tega člena.

4) Trajna invalidnost od 20 % s progresijo do 400 %

Veljajo enaka določila, kot za kritje 'trajna invalidnost s progresijo 400 %' v točki 3 tega člena, pri čemer zavarovalnica izplača zavarovalnino samo v primeru, če stopnja trajne invalidnosti presega 20 %.

5) Doživljenjska renta od 50 % invalidnosti

- 5.1 Če ugotovljena stopnja invalidnosti po določilih 22. člena znaša 50 % ali več, zavarovalnica zavarovancu izplačuje zavarovalnino v obliki mesečne rente do njegove smrti v višini, ki je navedena v zavarovalni polici, vendar najmanj za dobo 10 let.
- 5.2 Če zavarovana oseba umre pred potekom enajstega leta po nastanku zavarovalnega primera, se upravičencem v enkratnem znesku izplača razlika med 120-kratnikom mesečne rente in zneskom do tedaj plačanih obrokov rente.
- 5.3 Mesečna renta se izplačuje do 15. dne v mesecu za tekoči mesec.
- 5.4 Prvi obrok mesečne rente pripada zavarovancu po enem letu od nastanka zavarovalnega primera. Če do tedaj še ni mogoče podati končne stopnje invalidnosti oz. upravičenosti do rente, zavarovalnica ob ugotovitvi upravičenosti do rente izplača pretekle neizplačane rente po enem letu od nastanka zavarovalnega primera do ugotovitve upravičenosti v enkratnem znesku brez obresti, razen če je za kasnejšo ugotovitev upravičenja odgovoren zavarovanec sam zaradi svojega ravnanja oz. nesodelovanja v postopku.
- 5.5 Po preteku desetih let od nastanka zavarovalnega primera imata zavarovanec in zavarovalnica pravico do ponovnega ugotavljanja stopnje invalidnosti glede na trenutno zdravstveno stanje zavarovane osebe. Če ob ponovni določitvi stopnje invalidnosti pride do spremembe glede na predhodno določeno stopnjo invalidnosti, se od trenutka določitve nove stopnje invalidnosti ponovno ugotavlja upravičenost do nadaljevanja izplačevanja mesečne rente in višina mesečne rente po pogojih, ki veljajo ob prvem ugotavljanju stopnje invalidnosti.

6) Doživljenjska renta od 35 % invalidnosti

- 6.1 Za to zavarovalno kritje veljajo vsa določila za zavarovalno kritje 'doživljenjska renta od 50 % invalidnosti' iz točke 5 teh pogojev.
- 6.2 Če ugotovljena stopnja invalidnosti po določilih 22. člena znaša 35 % ali več, vendar manj kot 50 %, zavarovani osebi pripada mesečna renta v višini 50 % zneska, ki je določen v polici.

7) Nezgodna smrt

- 7.1 V primeru smrti zavarovane osebe v prvem letu po nastanku zavarovalnega primera in ob pogoju, da je smrt posledica nezgode, zavarovalnica v enkratnem znesku izplača zavarovalnino v višini zavarovalne vsote za nezgodno smrt, ki je navedena v polici.
- 7.2 Do izplačila zavarovalnine so upravičene osebe, ki so kot upravičenci za smrt navedeni v zavarovalni polici. Če upravičenci za smrt niso posebej določeni z zavarovalno pogodbo, imajo pravico do izplačila zavarovalnine dediči zavarovane osebe na podlagi pravnomočnih dokazil.
- 7.3 Zavarovalnina iz naslova nezgodne smrti se zmanjša za morebitno že izplačano zavarovalnino iz kritij, pri katerih je osnova za izplačilo trajna invalidnost.

8) Bolnišnični dan

- 8.1 Za vsak koledarski dan, ko je zavarovana oseba zaradi nezgode v nujni medicinski bolnišnični oskrbi, zavarovalnica izplača zavarovalnino v višini, ki je navedena v zavarovalni polici za to kritje.
- 8.2 Če se nezgoda pripeti v tujini, se za dneve bolnišnične oskrbe v tujini zavarovalnina poveča za 50 %.
- 8.3 Zavarovalnina se izplačuje za bolnišnično oskrbo v prvih štirih letih po nastanku zavarovalnega primera, vendar skupaj največ za 365 dni za posamezni zavarovalni primer.
- 8.4 Za bolnišnice po teh pogojih štejejo splošne in specialistične bolnišnice ter ustanove in klinike z obratovalnim dovoljenjem ministrstva za zdravje, stalnim zdravniškim vodstvom in oskrbo, katerih dejavnosti sta poglobljena diagnostika in zdravljenje.
- 8.5 Za bolnišnice po teh pogojih ne štejejo ustanove, kot so npr. zdravilišča, okrevališča, domovi za ostarele, kakor tudi ne sanatoriji in bolnišnice za duševno motene in duševno obolele.
- 8.6 Zavarovalnina za to zavarovalno kritje se izplačuje po koncu vsake neprekinjene faze bolnišnične oskrbe.

9) Dnevno nadomestilo

- 9.1 Za vsak koledarski dan, ko se zavarovana oseba zaradi nezgode aktivno zdravi in je popolnoma nesposobna za delo v poklicu, ki ga opravlja, zavarovalnica izplača zavarovalnino (dnevno nadomestilo) v višini, ki je za to kritje navedena v zavarovalni polici.
- 9.2 V primeru kritja 'dnevno nadomestilo od osmega dne' se za prvih sedem dni aktivnega zdravljenja ne izplača zavarovalnine.
- 9.3 V primeru kritja 'dnevno nadomestilo od petnajstega dne' se za prvih štirinajst dni aktivnega zdravljenja ne izplača zavarovalnine.
- 9.4 Zavarovalnina se izplačuje za dneve aktivnega zdravljenja v prvih dveh letih po nastanku zavarovalnega primera, vendar skupaj največ za 200 dni za posamezni zavarovalni primer. Če aktivno zdravljenje v času popolne nesposobnosti za delo predstavlja aktivno fizikalno terapijo po nezgodi, se dnevno nadomestilo za to vrsto zdravljenja priznava največ za 42 dni po enem škodnem dogodku.
- 9.5 Pri ponovnih poškodbah na istih delih telesa se pri prvi ponovljeni poškodbi odbije 1/3 od priznanega dnevnega nadomestila, pri drugi in vsaki nadaljnji ponovljeni poškodbi pa 1/2 od priznanega dnevnega nadomestila znotraj ponavljajočega obdobja desetih let.
- 9.6 Aktivno zdravljenje pomeni vso medicinsko dokumentirano in upravičeno terapijo, ki predstavlja postopke za izboljšanje zdravstvenega stanja po nastanku zavarovalnega primera, zaradi katere je zavarovana oseba po pravih obveznega zdravstvenega zavarovanja na bolniškem dopustu, kar je dolžna zavarovalnici izkazati s predložitvijo potrdila o upravičeni zadržanosti od dela (bolniški list) ter druge dokumentacije, ki po predpisih obveznega zdravstvenega zavarovanja izkazuje obstoj upravičene zadržanosti od dela (bolniški dopust).
- 9.7 Kot aktivni dnevi zdravljenja se ne upoštevajo medicinsko nedokumentirani dnevi aktivnega zdravljenja, dnevi čakanja na posamezno preiskavo, sprejem v bolnišnico, operacijo, fizikalno terapijo ali druge preiskave in terapije. Za aktivne dneve zdravljenja ne šteje čas med dnevom pregleda zaključenega aktivnega zdravljenja po poškodbi in dnevom predvidenega pregleda v posamezni ambulanti z namenom kontrole oz. določanja preostalih posledic po posamezni poškodbi. Prav tako za aktivne dneve zdravljenja ne šteje čas, ko zavarovanec opravlja kakršno koli delo proti plačilu. V vseh spornih primerih zavarovalnica prizna dnevno nadomestilo izključno na podlagi mnenja zdravnika cenzorja.

- 9.8 Do dnevnega nadomestila niso upravičene zavarovane osebe, ki na dan nastanka zavarovalnega primera niso bile v delovnem razmerju za polni delovni čas, in osebe, ki delo opravljajo po podjemni, avtorski ali drugi pogodbi, upokojene osebe, študenti ali šoloobvezni otroci.

Do dnevnega nadomestila niso upravičene samozaposlene osebe (vključno s samostojnim podjetnikom) in zakoniti zastopniki pravnih oseb ter v teh pravnih osebah zaposleni soustanovitelji teh pravnih oseb v deležu nad 25 odstotkov, razen če ni drugače dogovorjeno ob sklenitvi zavarovanja.

- 9.9 Ne glede na delovno razmerje pravica do dnevnega nadomestila preneha za zavarovalne primere, ki nastanejo po dopolnjenem sedemdesetem letu starosti zavarovane osebe.
- 9.10 Zavarovalnina za to zavarovalno kritje se izplačuje po koncu vsake neprekinjene faze aktivnega zdravljenja zavarovane osebe in njene prehodne popolne nesposobnosti za delo v okviru poklica, ki ga opravlja.

10) Stroški zdravljenja in kozmetičnih posegov

- 10.1 Zavarovalnica povrne zavarovani osebi vse nujne stroške zdravljenja kot posledice nezgode v prvih štirih letih po nastanku zavarovalnega primera do zavarovalne vsote, ki je navedena v zavarovalni polici za to kritje.
- 10.2 Nujni stroški zdravljenja iz prejšnjega odstavka so zgolj tisti nujni stroški zdravljenja, ki jih skladno z zakonodajo ne pokrivajo obvezna in socialna zavarovanja v Republiki Sloveniji ali tujini in jih nosi zavarovanec sam, brez pravice do povračila iz obveznega zavarovanja.
- 10.3 Nujni stroški zdravljenja so transportni stroški, stroški pregledov in drugih preiskav, stroški zdravil, ki jih predpiše lečeči zdravnik, stroški operativnih posegov, pa tudi stroški zdraviliškega zdravljenja, vendar samo, če je bil zavarovanec tja napoten v skladu z določili Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v zvezi s koriščenjem pravic iz obveznega zavarovanja.
- 10.4 Nujni stroški zdravljenja so tudi nujni stroški kozmetičnih operacij in posegov na zunanem delu telesa zavarovanca kot posledica nezgode. Za kozmetično operacijo velja zdravstvena obravnava, ki sledi zaključku zdravljenja in katere cilj je odpraviti skaženost oz. prizadetost zunanje podobe zavarovanca na podlagi objektivnih medicinskih meril. Med stroške kozmetičnih operacij se vštevajo tudi stroški spremljajoče oskrbe in zdravlil.

11) Nadomestilo za bolečine

- 11.1 V primeru najmanj desetdnevne neprekinjene nujne medicinske bolnišnične oskrbe kot posledice nezgode zavarovalnica enkratno izplača znesek, določen v zavarovalni polici za to kritje.
- 11.2 Zavarovalnina se lahko izplača samo enkrat za posamezni zavarovalni primer. Če je od nastanka zavarovalnega primera do bolnišnične oskrbe preteklo več kot štiri leta, se zavarovalnina po tem kritju ne izplača.
- 11.3 Za definicijo nujne medicinske bolnišnične oskrbe se uporabljajo določila kritja 'bolnišnični dan' v točki 8 tega člena.

12) Nadomestilo za zlom kosti

- 12.1 V primeru popolnega zloma kosti zaradi nezgode zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto, ki je določena v zavarovalni polici za to kritje. Zavarovalnina je neodvisna od števila zlomljenih kosti.
- 12.2 Poškodbe tetive, zvini in podobne poškodbe ne štejejo za zlom kosti.

13) SOS

- 13.1 V okviru zavarovalnih kritij SOS zavarovalnica organizira storitve pomoči in krije v zavarovalni pogodbi pod temi pogoji določene stroške v povezavi z nastankom zavarovalnega primera v sodelovanju s 24-urnim dežurnim asistenčnim centrom pogodbenega partnerja.
- 13.2 Asistenčni center je dosegljiv na brezplačni telefonski številki za klice iz Republike Slovenije oziroma na stroške klicatelja za klice iz tujine. Telefonski številki sta objavljeni na spletnih straneh zavarovalnice.

13.2.1 SOS – nezgoda

Zavarovalnica v okviru zavarovalnega kritja 'SOS – nezgoda' ob nezgodi in njenih posledicah organizira in nudi storitve ter krije stroške, kot je opredeljeno v nadaljevanju tega odstavka.

13.2.1.1 Prevoz in vrnitev poškodovane osebe

Zavarovalnica organizira in krije stroške:

- prevoza zavarovane osebe od kraja nastanka nezgode v najbližjo ustrezno bolnišnico s primernim prevoznim sredstvom;
- premestitve zavarovane osebe v drugo medicinsko ustanovo, če je to nujno iz medicinskih razlogov in po odredbi lečečega zdravnika, s primernim prevoznim sredstvom in pod potrebnim zdravniškim nadzorom;
- vrnitve poškodovane osebe do njenega stalnega prebivališča, če je to nujno iz medicinskih razlogov in po odredbi lečečega zdravnika, s primernim prevoznim sredstvom in pod potrebnim zdravniškim nadzorom;
- vrnitve poškodovane osebe do njenega stalnega prebivališča po zaključeni bolnišnični oskrbi, če je bila zavarovana oseba vsaj tri dni v bolnišnični oskrbi in ko je stanje zavarovane osebe po bolnišničnem zdravljenju takšno, da ji omogoča vrnitev, z javnim prevoznim sredstvom ali na drug primeren način (reševalno vozilo, spremstvo ipd.). Način prevoza mora odobriti oz. predpisati lečeči zdravnik.

Kritje stroškov je neomejeno in velja za ves svet, razen za prevoz s helikopterjem, kjer zavarovalnica krije stroške do višine 7000 evrov na zavarovano osebo za posamezen zavarovalni primer.

13.2.1.2 Stroški zdravljenja

Zavarovalnica v primeru, da je nezgoda nastala zunaj Republike Slovenije, organizira in krije stroške:

- ambulantnega zdravljenja vključno s stroški potrebnih operacij in stroške predpisanih zdravil kot posledico nastanka zavarovalnega primera,
- dostave zdravil, ki so bila predpisana poškodovani osebi pred nastankom zavarovalnega primera in niso dosegljiva na kraju zdravljenja. Zavarovalnica po posvetu z lečečim zdravnikom organizira dostavo zdravil in krije njene stroške, ne krije pa stroškov nabave teh zdravil.

Zavarovalnica krije samo stroške za zdravstvene storitve, ki so jih opravile ustanove v tujini.

Zavarovalnica krije stroške do višine 20.000 evrov za posamezni zavarovalni primer na zavarovano osebo.

13.2.1.3 Vrnitev posmrtnih ostankov

Zavarovalnica v primeru smrti zavarovane osebe v tujini kot posledice nezgode organizira in v celoti krije stroške za vrnitev njenih posmrtnih ostankov (prevoz trupa ali pepela) v Republiko Slovenijo. Prevoz posmrtnih ostankov mora zavarovalnica uskladiti s sorodniki zavarovane osebe. Zavarovalnica ne krije stroškov upepelitve, pokopa in pogreba.

13.2.1.4 Vrnitev mladoletnih oseb

Zavarovalnica priskrbi spremstvo otrokom zavarovane osebe, ki so mlajši od 16 let, v primeru poškodovanja zavarovane osebe v nezgodi v tujini in če nihče od drugih prisotnih odraslih družinskih članov ne more poskrbeti zanje. Zavarovalnica za otroke uredi in krije stroške za zavetišče ter stroške prevoza z javnim prevoznim sredstvom in v spremstvu odrasle osebe do kraja njihovega stalnega prebivališča.

Zavarovalnica krije stroške do višine 2000 evrov za posamezni zavarovalni primer.

13.2.1.5 Posredovanje obvestil sorodnikom

Zavarovalnica poskrbi za prenos nujnih obvestil zavarovane osebe sorodnikom ali delodajalcu, ki se nanašajo na zavarovalni primer v tujini.

13.2.1.6 Iskanje in vrnitev zavarovane osebe

Zavarovalnica organizira in krije stroške iskanja zavarovane osebe prek javnih medijev v času potovanja v tujini in stroške vrnitve zavarovane osebe zaradi smrtnega primera, težje obolenosti ali nesreče bližnjega sorodnika zavarovane osebe ali škode na nepremičnem premoženju zavarovane osebe, večje od 7000 evrov.

Zavarovalnica krije stroške vrnitve z javnim prevoznim sredstvom do višine 500 evrov po zavarovani osebi.

13.2.1.7 Obisk sorodnika

Zavarovalnica krije stroške obiska enega sorodnika zavarovane osebe, če mora zavarovana oseba zaradi telesnih poškodb pri nezgodi ostati v bolnišnici v tujini vsaj deset dni. Zavarovalnica krije stroške

povratne vozne karte z javnim prevoznim sredstvom in stroške največ dveh prenočitev do zneska 70 evrov na noč.

13.2.1.8 Finančna pomoč

Zavarovalnica izplača zavarovancu predujem v sledečih primerih:

- za plačilo stroškov postopka (sodni stroški) ali varščino do višine 5000 evrov ter za stroške odvetnika do višine 1500 evrov, če je zavarovanec v tujini priprt ali mu grozi zaporna kazen v zvezi z nezgodnim primerom;
- za stroške prevajalca v okviru medicinske oskrbe, sodelovanja v policijskem, sodnem ali upravnem postopku kot posledici vpletenosti zavarovane osebe v nezgodni primer, ki se je zgodil v tujini. Zavarovalnica krije stroške prevajalca do višine 1500 evrov.

Predujem pomeni brezobrestno posojilo za čas največ dveh mesecev. Prejemnik predujma mora celotno posojilo vrniti zavarovalnici, takoj ko mu je vrnjen denar (npr. varščina), v vsakem primeru pa najpozneje po preteku dveh mesecev od dneva izplačila predujma od zavarovalnice.

Če predujem ni povrnilen v tem času, je zavarovalnica upravičena do obračuna zakonitih zamudnih obresti.

13.2.2 SOS – reševanje

Zavarovalnica krije stroške iskanja in reševanja zavarovane osebe kot posledice nezgode ali če je takšno ravnanje nujno zaradi reševanja njenega življenja, ko se nahaja v gorah ali vodi.

Zavarovalnica krije stroške do višine 7000 evrov na zavarovano osebo v zavarovalnem primeru. Kritje vključuje tudi reševanje s helikopterjem.

13.2.3 SOS – pomoč na domu

Zavarovalnica organizira in krije stroške pomoči in nege na domu zavarovanca za tiste izmed naštetih storitev, ki jih zavarovana oseba ni sposobna izvajati zaradi posledic nezgode in ki jih potrebuje.

Zavarovana oseba je upravičena do storitev, če je bila deležna najmanj 24-urne bolnišnične obravnave oz. je pri nezgodi prišlo do zloma kosti.

Zavarovalnica organizira sledeče storitve pomoči na domu:

- nakupovanje,
- kuhanje,
- spremstvo zavarovane osebe,
- čiščenje, urejanje okolice,
- varstvo otrok, ki vključuje tudi pomožni pouk, ko zaradi nezgode otroka ni mogoče obiskovanje rednega pouka,
- oskrba domačih živali.

Zavarovalnica krije stroške do višine 1500 evrov za posamezni zavarovalni primer.

13.3 Določanje in omejitve obsega kritja:

- zavarovalnica ima pravico od upravičencev terjati znesek v višini, za kolikor so stroški zavarovane osebe manjši od tistih, ki bi nastali zavarovani osebi, če ne bi prišlo do nastanka zavarovalnega primera;
- če se po opravljeni asistenčni storitvi izkaže, da zavarovana oseba ni bila upravičena do storitev oz. kritja stroškov v izvršeni višini, mora vse presežne stroške, ki jih je imela zavarovalnica zaradi tega, povrniti skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi;
- zavarovalnica krije le stroške, ki jih skladno z zakonodajo ne pokrivajo obvezna in socialna zavarovanja v Republiki Sloveniji ali tujini in jih nosi zavarovanec sam, brez pravice do povračila iz obveznega zavarovanja.

13.4 Obveznosti zavarovanca ob nastanku zavarovalnega primera:

- zavarovana ali druga oseba, ki je zainteresirana za to, je dolžna ob nastanku zavarovalnega primera takoj poklicati in obvestiti asistenčni center;
- če zavarovalnica v določeni državi ne more organizirati pomoči zavarovani osebi, si lahko ta s privoljenjem asistenčnega centra sama priskrbi pomoč, zavarovalnica pa ji krije povračilo stroškov v okviru prevzetih obveznosti po teh pogojih;
- asistenčnemu centru mora zavarovana oseba posredovati vse zahtevane podatke. Prav tako mora zavarovana oseba izvajalcu storitve posredovati zahtevane podatke oz. mu predložiti ustrezne dokumente za preveritev podatkov;

- po prijavi zavarovalnega primera se mora zavarovana oseba ravnati po navodilih asistenčnega centra in ga obveščati o vseh dejstvih in spremembah, vezanih na zavarovalni primer;
- zavarovana oseba mora storitve, ki jih zavarovalnica po teh pogojih ne krije oz. jih ne krije v celoti, plačati neposredno izvajalcu storitve.

13.5 Izguba zavarovalnih pravic

Zavarovana oseba izgubi pravice do asistenčnih storitev in kritij v primerih, kot je določeno v izključitvah zavarovalnega kritja (3. člen), kakor tudi:

- če zavarovalni primer ni prijavljen asistenčnemu centru neposredno po nastanku zavarovalnega primera in za to ni opravičljivega razloga oz. če zavarovana oseba ni poklicala asistenčnega centra;
- če je storitve iz tega zavarovanja organizirala zavarovana oseba brez dovoljenja asistenčnega centra oz. jih je opravljal izvajalec, ki ga ni določil asistenčni center;
- če zavarovana oseba poda napačne ali pomanjkljive podatke o zavarovanju in okoliščinah zavarovalnega primera;
- če se glede obsega storitve in višine stroškov izvajalca asistenčne storitve predhodno ne uskladi z zavarovalnico;
- če zavarovana oseba ne upošteva navodil zavarovalnice oz. asistenčnega centra glede nudenja in organiziranja pomoči;
- če je zavarovalni primer nastal v času potovanja zunaj Republike Slovenije, ki presega 60 zaporednih dni.

5. člen UGOTAVLJANJE STOPNJE TRAJNE INVALIDNOSTI

- (1) Trajna invalidnost nastopi, če so zaradi nastanka zavarovalnega primera trajno omejene zavarovančeve telesne ali duševne sposobnosti.
- (2) Stopnja invalidnosti v primeru nastanka trajne invalidnosti se določi po končanem zdravljenju, ko se posledice nastanka zavarovalnega primera ustalijo, tj. ko po zdravniški presoji ni pričakovati, da bi se stopnja invalidnosti še spremenila, vendar ne pred potekom enega leta po nezgodi ali potekom za posamezno vrsto invalidnosti določenega roka, navedenega v tabeli invalidnosti, ki je sestavni del zavarovalne pogodbe. Če to stanje ne nastopi niti tri leta po nezgodi, se kot končno upošteva stanje ob poteku treh let od nezgode (končna stopnja invalidnosti).
- (3) Stopnja invalidnosti se določa po tabeli invalidnosti, ki je sestavni del teh pogojev. Pri tem veljajo sledeča določila:
 - v primeru delne izgube ali delne prizadetosti delovanja posameznega organa se upošteva sorazmerni delež odstotka invalidnosti, ki je v tabeli invalidnosti opredeljen za polno prizadetost;
 - kot invalidnost se šteje izključno oblika prizadetosti, ki je navedena v tabeli invalidnosti;
 - ob izgubi ali poškodbi več udov ali organov se odstotki invalidnosti za vsak posamezni ud ali organ seštevajo, pri čemer končna stopnja invalidnosti ne more znašati več kot 100 %;
 - za večkratne poškodbe na istem udu ali organu stopnja invalidnosti ne more preseči stopnje invalidnosti, ki je v tabeli invalidnosti navedena za popolno izgubo tega uda ali organa;
 - če so na okvaro zdravja, povzročeno z nezgodo, vplivala tudi obolenja, degenerativne spremembe ali hibe, se stopnja invalidnosti zmanjša ustrezno deležu tega vpliva;
 - če je pri zavarovani osebi obstajala določena stopnja invalidnosti pred nastankom zavarovalnega primera, se stopnja invalidnosti, ki je osnova za določitev obveznosti zavarovalnice, določi tako, da se od stopnje invalidnosti po nastanku zavarovalnega primera odšteje stopnja invalidnosti pred nastankom zavarovalnega primera.

Zavarovančeve individualne sposobnosti, socialni položaj ali delovno področje (poklicna sposobnost) se ne upoštevajo pri določanju stopnje invalidnosti.

- (4) Dokler ni mogoče dokončno ugotoviti stopnje zavarovančeve invalidnosti, zavarovalnica tudi pred iztekom roka za ugotovitev invalidnosti izplača delno zavarovalnino, ki ustreza odstotku invalidnosti, za katerega se lahko že tedaj nesporno ugotovi, da bo določen tudi ob dokončni ugotovitvi stopnje invalidnosti.

- (5) Če zavarovanec umre, ko še ni določena končna stopnja invalidnosti, zavarovalnica izplača zavarovalnino na podlagi stopnje invalidnosti, ki je pričakovana kot končna stopnja invalidnosti, če zavarovanec ne bi umrl.

6. člen NEVARNOSTNE OKOLIŠČINE

- (1) Zavarovalec in zavarovanec sta dolžna ob sklenitvi ali spremembi zavarovalne pogodbe prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za sprejem v zavarovanje, ocenitev nevarnosti ter določitev zavarovalne premije in so jima znane ali jima niso mogle ostati neznan, pri čemer se šteje, da so to predvsem tiste okoliščine, ki so navedene na zavarovalni polici oziroma je zavarovalnica po njih vprašala zavarovalca. Če ni dogovorjeno drugače, se za veljavno šteje tista okoliščina, ki prevladuje. Še posebej pa je zavarovalec dolžan prijaviti okoliščine o:
 - poklicu, ki ga opravlja,
 - omejeni poslovni sposobnosti,
 - težjih obolenjih, hibah oz. prizadetosti zdravja,
 - aktivnem ukvarjanju s športom oz. članstvu v športni organizaciji,
 - drugih posebej nevarnih aktivnostih (delo z nevarnimi snovmi, višinsko delo, ekstremni šport, delo v posebej izpostavljenih pogojih).

Če nevarnostne okoliščine za zavarovano osebo poda zavarovalec, ki ni ista oseba kot zavarovanec, se šteje, da jih je podal v imenu zavarovane osebe in da zavarovana oseba soglaša z njimi.

- (2) Če zavarovalec namenoma neresnično prijavi ali zamolči takšno okoliščino, da zavarovalnica osebe ne bi zavarovala, če bi vedela za njeno resnično stanje, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev pogodbe oziroma kritja. Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitev zavarovalne pogodbe oziroma kritja, preneha, če v treh mesecih od dneva, ko je izvedela za neresničnost prijave ali zamolčanje, ne izjavi zavarovalcu, da jo namerava uporabiti.
- (3) Če je zavarovalec kaj neresnično prijavil ali je opustil dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za neresničnost ali ugotovila nepopolnost prijave, odstopi od pogodbe ali predlaga spremembo premije in drugih elementov zavarovalne pogodbe. V takem primeru preneha pogodba po izteku 14 dni od dneva, ko je zavarovalnica sporočila zavarovalcu svoj odstop od pogodbe. Če zavarovalnica predlaga spremembo pogodbe, je ta razdrta po samem zakonu, če zavarovalec ne sprejme predloga v 14 dneh od dneva, ko ga je prejel. Če se pogodba razdre, mora zavarovalnica v 60 dneh vrniti del plačane premije, ki odpade na čas do konca zavarovalne dobe.
- (4) Če je zavarovalni primer nastal, preden je bila ugotovljena nenamerna neresničnost ali nepopolnost prijave ali pozneje, vendar pred razdrtjem pogodbe oziroma spremembo pogodbe, se zavarovalnina zmanjša v razmerju med obračunano premijo in premijo, ki bi morala biti obračunana glede na dejanske nevarnostne okoliščine, ob hkratnem upoštevanju morebitnih sprememb drugih sestavin pogodbe. Zavarovalnica bi bila prosta obveznosti plačila zavarovalnine, če bi odstopila od pogodbe na podlagi zavarovalnih kriterijev za prevzem zavarovalnega tveganja, oziroma zavarovanja ne bi sklenila, če bi ob sklepanju zavarovanja vedela za obstoj teh okoliščin. Najmanjše zmanjšanje zavarovalnine, določeno s tem odstavkom, znaša 15 %.

7. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVANCA OB NASTANKU ZAVAROVALNEGA PRIMERA

- (1) Zavarovanec je v primeru nezgode dolžan:
 - 1) takoj ko je to mogoče (najpozneje pa v 48 urah po nezgodi) obiskati zdravnika zaradi pregleda in nudenja pomoči;
 - 2) nemudoma ukreniti vse potrebno za zdravljenje ter glede načina zdravljenja ravnati po zdravnikovih navodilih in nasvetih;
 - 3) zavarovalnici prijaviti zavarovalni primer najpozneje v treh dneh od dneva, ko mu to omogoča zdravstveno stanje;
 - 4) izpolniti obrazec zavarovalnice za prijavo nezgode;
 - 5) v prijavi nezgode zavarovalnici podati vsa potrebna obvestila in podatke, zlasti o kraju in času ter okoliščinah, ko se je nezgoda pripetila, popoln opis dogodka, ime zdravnika, ki je zavarovanca pregledal neposredno po nezgodi ali ga je zdravil, izvid zdravnika o vrsti telesnih poškodb, nastalih in morebitnih posledicah, kakor tudi vse podatke o telesnih hibah, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je zavarovanec morebiti imel že pred nezgodo.

- (2) Če je nezgoda povzročila zavarovančevo smrt, mora upravičenec to takoj pisno prijaviti zavarovalnici in priskrbeti potrebno dokumentacijo (izpis iz knjige umrlih, zdravniško potrdilo o smrti in vzroku smrti oz. obdukcijski zapisnik).
- (3) Za ugotavljanje upravičenj iz zavarovalne pogodbe lahko zavarovalnica zahteva od zavarovanca, zavarovalca oz. upravičenca naknadna pojasnila in dokazila, ti pa so dolžni zahtevana pojasnila in dokumente posredovati zavarovalnici oz. so dolžni pooblastiti zavarovalnico za pridobitev vseh potrebnih podatkov, pojasnil in dokumentov od katere koli druge pravne ali fizične osebe.
- (4) Zavarovanec oz. upravičenec se obvezuje, da bo zahtevano medicinsko dokumentacijo pridobil sam na lastne stroške in jo predložil zavarovalnici na vpogled.
- (5) Zavarovalnica si pridržuje pravico, da lahko zahteva dodatne preglede zavarovanca pri zdravnikih, ki jih za to pooblasti sama. Stroške teh pregledov nosi zavarovalnica.
- (6) Za povrnitev dogovorjenih stroškov je treba zavarovalnici predložiti originalne račune, ki jih obdrži zavarovalnica.
- (7) Dokler zavarovanec oz. upravičenec ne izpolni obveznosti, določenih v tem členu, zavarovalnica ni dolžna izplačati zavarovalnine in ni v zamudi s plačilom.
- (8) Če so proti zavarovancu ali osebi, za katero odgovarja zavarovanec, uvedene kazenske poizvedbe ali kazenska preiskava ali če je vložena obtožnica ali če je izdana odločba v upravnokazenskem postopku, je zavarovanec dolžan o tem nemudoma obvestiti zavarovalnico, tudi če ji je že prijavil zavarovalni primer.
- (9) Če obstajajo odškodninski zahtevki proti zavarovancu ali je proti njemu vložena odškodninska tožba ali premoženjskopравни zahtevek v kazenskem postopku, mora o tem nemudoma obvestiti zavarovalnico in ji dostaviti vse listine, ki vsebujejo te zahtevke.
- (10) Za kršitev obveznosti zavarovanca je ta odškodninsko odgovoren zavarovalnici.

8. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE IN PRAVICA DO POVRAČILA ZAVAROVALNINE

- (1) Zavarovalnica je dolžna ob sklenitvi zavarovanja zavarovalcu izročiti veljavne zavarovalne pogoje, ki so sestavni del zavarovalne pogodbe.
- (2) Zavarovalnica ne krije odvetniških stroškov, razen kadar so ti dosojeni v pravnem postopku. Prav tako zavarovalnica ne krije drugih storitev pri prijavljanju in ugotavljanju zavarovalnega primera, razen stroškov za medicinsko in drugo dokumentacijo, ki izhaja iz zdravniškega pregleda, na katerega je zavarovalnica izrecno napotila zavarovanca.
- (3) Z izplačilom zavarovalnine iz zavarovanj, sklenjenih pod temi pogoji, ki niso osebna zavarovanja, preidejo do višine izplačane zavarovalnine na zavarovalnico vse pravice zavarovanca in pravice upravičenecv nasproti tistemu, ki je kakor koli odgovoren za škodo, ki jo je na podlagi zavarovanja po teh pogojih upravičencem izplačala zavarovalnica. Prehod pravic teh oseb na zavarovalnico ne sme biti v škodo tem osebam.

9. člen OBMOČJE VELJAVNOSTI ZAVAROVANJA

- (1) Zavarovalno kritje velja na območju celega sveta, razen pri kritjih SOS v 4. členu, odstavek 5, točka 13, kjer velja zavarovalno kritje:
 - le v tujini: stroški zdravljenja, vrnitev posmrtnih ostankov, vrnitev mladolletnih oseb, posredovanje obvestil sorodnikom, iskanje in vrnitev zavarovane osebe, obisk sorodnika, finančna pomoč;
 - le na območju Republike Slovenije, SOS - pomoč na domu.

10. člen PISNA OBLIKA

- (1) Dogovori, ki se nanašajo na vsebino zavarovalne pogodbe, so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki in v skladu z zavarovalnimi pogoji, ki so sestavni del pogodbe.
- (2) Če se zavarovanje nanaša na primer smrti nekoga tretjega, je za veljavnost pogodbe potrebno njegovo pisno soglasje na polici ali v posebnem pismu ob podpisu police z navedbo zavarovalne vsote. Za veljavno zavarovanje za primer smrti tretje osebe, ki je že stara štirinajst let, sta potrebni pisni soglasji njenega zakonitega zastopnika in zavarovane osebe.
- (3) Vsa obvestila in izjave, ki se posredujejo po določbah zavarovalne pogodbe, morajo biti podani v pisni obliki, z izjemo obvestila zavarovalnice o spremembi zavarovalnih pogojev in premijskega sistema, kot je določeno v 18. členu teh pogojev.

11. člen TRAJANJE ZAVAROVALNE POGODBE

- (1) Zavarovalna pogodba se lahko sklene:
 - 1) za določen rok,
 - 2) za nedoločen rok, ki se nadaljuje iz leta v leto (permanentno zavarovanje).

12. člen ZAČETEK IN KONEC ZAVAROVALNEGA KRITJA

- (1) Če ni drugače dogovorjeno, učinkuje zavarovalna pogodba od 24. ure dneva, ki je v polici naveden kot dan začetka zavarovanja, če je do tega dne plačan najmanj prvi obrok premije. Če premija ni plačana do tega dne, začne zavarovalno kritje veljati po izteku 24. ure dneva plačila premije.
- (2) Obveznost zavarovalnice preneha ob 24. uri dneva, ki je v polici naveden kot dan poteka zavarovanja.
- (3) Če trajanje zavarovanja ni določeno v zavarovalni pogodbi sme vsaka stranka od nje odstopiti z dnem zapadlosti premije, le da mora o tem pisno obvestiti drugo stranko najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije.
- (4) Če je zavarovanje sklenjeno za več kot tri leta, sme po preteku tega časa vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe, tako da to pisno sporoči drugi stranki.

13. člen PLAČILO PREMIJE

- (1) Zavarovalno premijo skupaj s pripadajočimi davki in pristojbinami je dolžan plačati zavarovalec, vendar pa je zavarovalnica dolžna sprejeti premijo od vsakogar, ki ima za to plačilo pravni interes.
- (2) Premija se praviloma plača ob sklenitvi pogodbe, lahko pa se plačuje v dogovorjenih rokih.
- (3) Če je dogovorjeno, da se premija plačuje v obrokih, se za odložene obroke lahko zaračunavajo pogodbene obresti na odlog plačila.
- (4) Pogodbene obresti se zaračunavajo v višini indeksa cen življenjskih potrebščin za obdobje odloga plačila, ki ga ugotavlja Statistični urad Republike Slovenije, povečanega za tri odstotne točke na letni ravni.
- (5) Če dospel obrok premije ni plačan ob zapadlosti, se zavarovalcu zaračunajo zamudne obresti, obračunane od neplačane denarne obveznosti od dneva zapadlosti obveznosti v plačilo do dneva plačila, v višini po obrestni meri za zamudne obresti, določeni z veljavno zakonodajo. Če zavarovalec ne izpolni zapadle obveznosti, je dolžan zavarovalnici in/ali osebi, ki jo zavarovalnica pooblasti za uveljavitev oziroma izterjavo te obveznosti od zavarovalca, kriti tudi stroške vseh dejanj in opravil, ki jih izvede zavarovalnica in/ali pooblaščenca oseba, in sicer največ v dejansko nastali višini, najmanj pa v višini, določeni v skladu z vsakokratno veljavno zakonodajo.
- (6) Za datum plačila šteje dan, ko sredstva prispejo na transakcijski račun zavarovalnice oz. ko so neposredno predana zastopniku zavarovalnice.

14. člen POSLEDICE NEPLAČILA PREMIJE

- (1) Obveznost zavarovalnice, da izplača v pogodbi določeno zavarovalnino, začne teči naslednji dan po plačilu premije oz. prvega obroka premije, če je na polici označeno, da se premija plačuje v obrokih, razen če je med strankama izrecno in pisno dogovorjeno drugače.
- (2) Obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, preneha v primeru, če zavarovalec do zapadlosti ne plača zavarovalne premije, ki je zapadla po sklenitvi pogodbe, in tega ne stori niti kdo drug, ki je za to zainteresiran, po tridesetih dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa se ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset dni od zapadlosti premije.
- (3) Po izteku roka iz odstavka 2 tega člena, če zavarovalec zamuja s plačilom premije, ki jo je treba plačati po sklenitvi pogodbe, oz. druge in naslednjih premij, zavarovalnica lahko razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka, s tem da razdrte zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz odstavka 2 tega člena in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in o prenehanju zavarovalnega kritja.

15. člen ZAVAROVALNA OBDOBJA, VALORIZACIJA ZAVAROVALNIH VSOT IN PREMIJ

- (1) Zavarovalnica pošlje zavarovalcu ob koncu tekočega zavarovalnega leta na njegov naslov obvestilo o zavarovalnih kritjih in premijah za naslednje zavarovalno leto.

- (2) Če je dogovorjena indeksna klavzula, lahko zavarovalnica na začetku vsakega zavarovalnega leta v času veljavnosti zavarovalne pogodbe valorizira zavarovalne vsote in premije. Valorizacija se izvede do višine spremembe indeksa cen življenjskih potrebščin v preteklem koledarskem letu, ki ga ugotavlja Statistični urad Republike Slovenije.

16. člen PREKINITEV ZAVAROVALNE POGODBE

- (1) Če je do dneva prenehanja veljavnosti zavarovalne pogodbe nastal zavarovalni primer, za katerega mora zavarovalnica plačati zavarovalnino, mora zavarovalec plačati celotno premijo za tekoče zavarovalno leto.
- (2) V primeru prekinitve zavarovalne pogodbe zaradi neplačane zapadle premije ali zavarovančeve odpovedi pogodbe ima zavarovalnica pravico:
- 1) obračunati in od zavarovalca zahtevati ter prejeti sorazmerni del letne premije do dneva veljavnosti pogodbe, povečan za 30 %, vendar ne manj kot 30 % letne premije, kot je določeno v premijskem sistemu;
 - 2) pri zavarovanju s trajanjem tri leta ali več obračunati in od zavarovalca zahtevati ter prejeti tudi doplačilo do zneska premije, ki bi jo bil zavarovalec ob sklenitvi dolžan plačati za obdobje od sklenitve zavarovalne pogodbe do njene dejanske veljavnosti (vračilo popusta na dolgoročno oz. permanentno zavarovanje, če je to trajalo manj kot dve polni leti).
- (3) V drugih primerih prekinitve zavarovalne pogodbe pred dogovorjenim rokom pripada zavarovalnici sorazmerni del letne premije do dneva veljavnosti pogodbe.

17. člen IZVEDENSKI IN PRITOŽBENI POSTOPEK

- (1) Vsaka pogodbeni stranka lahko zahteva, naj določena sporna dejstva ugotovljajo zdravniki izvedenci.
- (2) Vsaka stranka imenuje enega izvedenca izmed oseb, ki s strankama niso v delovnem razmerju. Imenovana izvedenca pred začetkom dela imenujeta tretjega izvedenca, ki da svoje mnenje, kadar so ugotovitve prvih dveh izvedencev različne in v mejah njihovih ugotovitev.
- (3) Vsaka stranka krije stroške za izvedenca, ki ga je imenovala, za tretjega izvedenca krije vsaka stranka polovico stroškov.
- (4) Ugotovitve izvedencev, postavljenih na način, določen v tem členu, so obvezujoče za obe strani.
- (5) Zoper poravnalno ponudbo zavarovalnice ali odklonitev izplačila zavarovalnine je dovoljena pisna pritožba na pritožbeno komisijo zavarovalnice.
- (6) V okviru internega pritožbenega postopka obravnava zavarovalnica tudi pritožbe, v katerih se navaja kršitev poslovne morale.

18. člen SPREMEMBA ZAVAROVALNIH POGOJEV IN PREMIJSKEGA SISTEMA

- (1) Če zavarovalnica spremeni zavarovalne pogoje ali premijski sistem, je dolžna o tem pisno ali na drug primeren način (objava v javnih občilih ali na spletni strani ipd.) obvestiti zavarovalca najmanj 30 dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
- (2) Če zavarovalec v 30 dneh od dneva obvestila ne odpove zavarovalne pogodbe, se novi zavarovalni pogoji oz. premijski sistem uporabljajo na začetku naslednjega zavarovalnega obdobja.
- (3) Če zavarovalec zavarovalno pogodbo odpove, ta preneha veljati s potekom zavarovalnega leta, v katerem je zavarovalnica prejela odpoved.

19. člen SPREMEMBA PODATKOV IN OBVEŠČANJE ZAVAROVALNICE

- (1) Zavarovalec oz. zavarovanec mora obvestiti zavarovalnico o spremembi naslova svojega bivališča oz. sedeža ali svojega imena oz. imena podjetja v najkrajšem času oz. najpozneje v 15 dneh od dneva spremembe.
- (2) Če je zavarovalec oz. zavarovanec spremenil svoj naslov bivališča oz. sedeža ali svoje ime oz. ime podjetja, pa tega ni sporočil zavarovalnici, zadošča, da zavarovalnica obvestilo, ki ga mora sporočiti zavarovalcu oz. zavarovancu, pošlje na naslov njegovega zadnjega znanega bivališča oz. sedeža ali ga naslovi na njegovo zadnje znano ime oz. podjetje.
- (3) Če poskus vročitve priporočene pošiljke ali priporočene pošiljke s povratnico ni uspešen (npr. zaradi preselitve ali odklonitve sprejema), se zavarovalec izrecno strinja, da se vročitev šteje za opravljeno na dan, ko je bila pošiljka oz. sporočilo o pošiljki dostavljeno na naslov, naveden ob sklenitvi zavarovalne pogodbe, ter da velja, da je zavarovalec seznanjen z njegovo vsebino.

- (4) V prejšnjem odstavku navedena domneva uspele vročitve ima na podlagi pogodbenega dogovora z zavarovalcem pravno veljavne učinke.

20. člen VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

- (1) Zavarovalec in zavarovanec dovoljujeta, da lahko zavarovalnica njune osebne podatke, podatke o njunem zdravstvenem stanju in podatke o zavarovalnem primeru uporablja za izpolnjevanje pogodbenih obveznosti ali uveljavljanje pravic iz pogodbenega razmerja po Zakonu o varstvu osebnih podatkov, Zakonu o zavarovalništvu, Zakonu o obveznih zavarovanjih v prometu, Zakonu o zdravstveni dejavnosti in drugih predpisih, na katere je vezano pogodbeno razmerje, vključno z vpogledom pooblaščenih oseb – zdravnika cenzorja – v ustrezno medicinsko dokumentacijo. Istočasno zavarovalec dovoljuje, da v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, osebne podatke iz zavarovalne pogodbe obdelujejo zavarovalnica ter z njo povezana kapitalska podjetja ter pooblaščen podjetja za zastopanje in posredovanje zavarovanj ter da se ti podatki uporabljajo v zbirkah podatkov, ki jih vodijo in vzdržujejo navedena podjetja. Pooblaščen podjetja za zastopanje in posredovanje so podjetja, ki so z zavarovalnico sklenila pogodbo o zavarovalnem zastopanju oz. posredovanju in pogodbo o obdelavi osebnih podatkov.
- (2) Zavarovalec in zavarovanec dovoljujeta, da zavarovalnica v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, obdeluje osebne podatke iz prejšnjega odstavka, razen občutljivih osebnih podatkov, tudi za namen neposrednega trženja, kot je pošiljanje ponudb, reklamnega gradiva in vabil, ter za telefonsko, pisno in elektronsko komuniciranje in anketiranje zase in za povezane družbe, ki se ukvarjajo z zavarovalniško dejavnostjo in so navedene na seznamu, dostopnem na sedežu zavarovalnice. Osebne podatke lahko zavarovalnica uporablja še pet let po prenehanju zavarovanja oz. do preklica. Zavarovalec ali zavarovanec lahko dovoljenje za obdelavo osebnih podatkov za namen neposrednega trženja kadar koli prekliče s pisno zahtevo, poslano zavarovalnici.
- (3) Prav tako zavarovalec in zavarovanec dovoljujeta, da sme zavarovalnica osebne in druge podatke, ki jih potrebuje za izvajanje zavarovanja, preverjati pri ustreznih ustanovah, ki razpolagajo z osebnimi podatki.
- (4) Če zavarovanec, kadar ni stranka zavarovalne pogodbe ali ni podal soglasja k pogodbi oz. je odobril, pri izvajanju zavarovalne pogodbe ne poda dovoljenja in pooblastila za pridobivanje ali preverjanje njegovih potrebnih osebnih in zdravstvenih podatkov, ima zavarovalnica pravico, da zavarovalno pogodbo enostransko odpove, v primeru nastopa zavarovalnega primera pa odkloni zahtevo za plačilo zavarovalnine. Zavarovalnica o zahtevi za izplačilo zavarovalnine ponovno odloča, ko pridobi podlago za preverjanje in pridobivanje potrebnih osebnih podatkov zavarovanca, in ni odgovorna za zamudo pri reševanju škodnega primera.

21. člen REŠEVANJE SPOROV

- (1) V skladu z internim aktom zavarovalnice je zoper odločitev zavarovalnice dovoljena pritožba, ki jo lahko vloži zavarovalec oz. zavarovanec na njen naslov. Pritožba se lahko odda osebno ali po pošti v 30 dneh od prejema odločitve zavarovalnice.
- (2) Pritožbo obravnava pritožbena komisija v skladu z aktom, ki ureja interni postopek za reševanje pritožb. Odločitev pritožbene komisije je dokončna in nadaljnji postopki pri zavarovalnici niso mogoči.
- (3) V primeru nestrinjanja z dokončno odločitvijo zavarovalnice se lahko po posebnem dogovoru nadaljuje postopek za zunaj sodno reševanje sporov pri varuhu pravic s področja zavarovalništva in mediacijskem centru, ki delujeta v okviru Slovenskega zavarovalnega združenja G. I. Z., Železna cesta 14, Ljubljana.

22. člen TABELA INVALIDNOSTI ZA DOLOČANJE TRAJNE IZGUBE SPLOŠNE DELOVNE SPOSOBNOSTI ZARADI NEZGODE

- (1) Sestavni del splošnih pogojev za zavarovanje nezgode in vsake posamezne pogodbe o nezgodnem zavarovanju je tabela invalidnosti za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode.
- (2) Za določitev stopnje invalidnosti v primeru nastanka trajne invalidnosti se za vsa nezgodna zavarovanja uporabljajo izključno določila te tabele.

Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode PG-ERG-NZG/2

Uvodna določila

1. Za invalidnost se ne prizna omejene gibljivosti sklepa, ki neposredno meji na amputirani del okončine (roke, noge).
2. Subjektivne težave, psihične motnje oziroma disfunkcije, mravljinčenje, zmanjšanje mišične moči, otekline na mestu poškodbe in bolečine se pri določanju trajne izgube delovne sposobnosti ne upoštevajo.
3. Pri ocenjevanju omejene gibljivosti se uporablja goniometrična metoda meritev.
4. Stopnja invalidnosti se izračuna kot delež maksimalne vrednosti, ki je podana v tabeli. Delež je definiran kot razmerje med vsoto vseh izmerjenih deficitov poškodovanega uda oz. sklepa in vsoto vseh gibov posameznega sklepa, ki so opredeljeni kot normalni ali normirani.
5. Normalna vrednost posameznega giba je definirana kot izmerjena vrednost istega giba na predhodno nepoškodovanem ali drugače prizadetem parnem sklepu oz. udu.
6. V primeru predhodne prizadetosti parnega sklepa ali uda se upoštevajo pri izračunu deleža invalidnosti normirane vrednosti posameznega giba, navedene v knjigi Kirurgija avtorjev Smrkolj in sodelavci.
7. Omejena gibljivost se začne ocenjevati kot trajna invalidnost v skladu s tabelo invalidnosti le, če je ugotovljena omejena gibljivost posameznega sklepa, v primerjavi z normalno ali normirano vrednostjo, v eni ravnini večja od 10 % slednjih.
8. V primeru delne izgube organa se prizna delež izgube od določene invalidnosti.
9. V primeru vstavljenih endoproteze sklepa zaradi posledic zloma so ostale točke invalidnosti izključene.

I GLAVA

%

1. Difuzne poškodbe možganov z dokazano klinično sliko decerebracije, tetraplegije, triplegije, hemiplegije do 100
2. Poškodbe možganov z dokazano klinično sliko hemipareze, parapareze, ekstrapiramidne simptomatike zaradi poškodb ekstrapiramidnih poti do 70
3. Poškodbe malih možganov z adiahokinezo in/ali asinergijo do 40
4. Poškodbe malih možganov z izraženimi motnjami ravnotežja, hoje in koordinacije gibov do 70
5. Kontuzijske poškodbe možganov z objektivno nevrološko simptomatiko in dokazom s slikovno diagnostično metodo (MRI, CT, PET) in stanje po operaciji intrakranialne krvavitve po poškodbah z dokazanimi trajnimi nevrološkimi izpadi do 30
6. Zlom lobanjskega svoda, stanja po zlomih baze lobanje z dokazanimi nevrološkimi izpadi do 5
7. Epilepsija kot posledica kontuzije možganov, s trajno antiepileptično terapijo do 30
8. Postkomocionalni sindrom po pretresu možganov, ki je ugotovljen v bolnišnici ali drugi zdravstveni ustanovi v 12 urah po poškodbi in je medicinsko kontinuirano dokumentiran najmanj za obdobje 9 mesecev od poškodbe do 10

Posebni pogoji

1. Invalidnosti po točkah 1-7 se medsebojno ne seštevajo, temveč se izbere ocena, ki je za zavarovanca ugodnejša.
2. Nevrološki izpadi morajo biti nevrofiziološko objektivizirani in trajati najmanj 1 leto od poškodbe.
3. Za vse primere iz tega poglavja se prizna invalidnost, ko preteče najmanj 12 mesecev od nezgode.

II OČI

%

1. Izguba vida obeh očes 100
2. Izguba vida enega očesa 33
3. Delna izguba vida, za vsako 1/10 zmanjšanja vida 1,5
4. Izguba očesne leče 13
5. Motnje koordinacije vida in obsega vidnega polja/diplopija, midriaza, dokazan popoškodbeni odstop mrežnice do 30
6. Poškodba vek in solzilnega aparata do 5

Posebni pogoji

1. Skupna najvišja stopnja invalidnosti za vse popoškodbene posledice, navedene v točki 5, je lahko največ 30 %.
2. Invalidnosti iz točk 3, 4 in 5 se ne seštevajo.

III UŠESA

%

1. Obojestranska popolna gluhost po poškodbi 40
2. Enostranska popolna gluhost 20
3. Obojestranska naglušnost z ohranjenimi ali ugaslimi kaloričnimi reakcijami vestibularnega organa z izgubo sluha po Fowler-Sabine do 25
4. Motnje ravnotežja po poškodbi notranjega ušesa do 15
5. Delna ali popolna deformacija oziroma izguba uhlja do 10

Posebni pogoji

1. Invalidnost na račun izgube sluha po Flower-Sabine se začne ocenjevati šele, ko presega 20 % zmanjšanja sluha.
2. Invalidnosti iz točk 3 in 4 se ne seštevata

IV OBRAZ

%

1. Deformacija in funkcionalne motnje po zlomih obraznih kosti z defekti kosti in mehkih tkiv, dokazane s slikovno diagnostično metodo (RTG, CT) do 20
2. Omejeno odpiranje ust po zlomu obraznih kosti (razmik med zgornjimi in spodnjimi sekalci do 3 cm) do 10
3. Izguba stalnega zdravega zoba 1
4. Defekt jezika, čeljusti ali neba s funkcionalnimi motnjami do 10

Posebni pogoji

1. Za kozmetične, estetske brazgotine in druge spremembe na obrazu se invalidnosti ne prizna.
2. Invalidnosti iz točk 1 in 2 se ne seštevata.
3. Za poškodbo popravljenega oziroma nadomeščenega zoba se invalidnosti ne prizna.
4. V primeru poškodbe zoba z ohranjeno zobno pulpo se prizna polovica invalidnosti, določene v točki 3.
5. Ocenjevanje defekta jezika se začne, ko defekt presega 10 % zgornje površine jezika.

V NOS

%

1. Izguba celega nosu do 15
2. Izguba voha do 5
3. Izguba čuta za okus do 5
4. Deformacija nosne piramide po zlomu nosnih kosti s kostno deformacijo in motenim dihanjem do 5

VI SAPNIK IN POŽIRALNIK

%

1. Poškodba sapnika z zožitvijo do 10
2. Stanje po traheotomiji 5
3. Stalna traheostoma zaradi zožitve sapnika po poškodbi 20
4. Hromost ene glasilke 5
5. Hromost obeh glasilk 15
6. Zožitev požiralnika po poškodbi do 30
7. Popolno zoženje požiralnika z gastrostomo 50

Posebni pogoji

1. Invalidnosti iz točk 2 in 3 se ne seštevata.

VII PRSNI KOŠ

%

1. Zmanjšanje pljučne funkcije zaradi posledic poškodb, ki je dokumentirana s ponovljeno spirometrijo in je za več kot 30 % manjša od normirane vrednosti do 25
3. Zlom dveh ali več reber, zaraščenih z dislokacijo za celo debelino kosti do 10
4. Zlom prsnice, zaraščen za več kot polovico širine kosti 5
5. Pozne posledice po poškodbah z operativnimi posegi na prsnem košu in organih do 20
6. Izguba ene dojke zaradi poškodbe:
 - ženske nad 50 let 10
 - ženske pod 50 let 15
 - moški 5

7. Posledice neposrednih poškodb srca in velikih krvnih žil oz. pretrganje aorte zaradi nenadnega povišanja hidrostatskega pritiska zaradi spremembe pospeška do 35

8. Dokazan funkcionalni deficit prepone po poškodbi do 10

Posebni pogoji

1. Invalidnost v točki 2 predstavlja skupno in maksimalno invalidnost za zlom vseh reber polovice prsnega koša.

2. Invalidnosti iz točk 4 in 6 se med seboj izključujeta.

3. Invalidnosti iz točk 1, 2 in 4 se ne seštevajo.

VIII TREBUŠNI ORGANI %

1. Poškodba jeter s funkcijsko motnjo po poškodbi do 40

2. Izguba vranice po poškodbi:

- do 20 let 20

- nad 20 let 15

3. Izguba žolčnika po poškodbi 5

4. Poškodba trebušne slinavke s funkcijsko motnjo po poškodbi do 30

5. Izguba želodca in dvanajstnika po poškodbi do 30

6. Izguba tankega črevesa po poškodbi:

- z anus praeternaturalis: do 50

- brez anus praeternaturalis do 25

7. Izguba debelega črevesa po poškodbi

- z anus praeternaturalis do 50

- brez anus praeternaturalis do 25

Inkontinenca blata po poškodbi anorektalnega predela do 20

8. Postoperativna hernija po laparatomiji zaradi poškodb ali poškodbi trebušne stene do 5

Posebni pogoji

1. Izguba dela tankega ali debelega črevesa se izračunava procentualno glede na celotno dolžino tankega oz. debelega črevesa.

IX SEČNI ORGANI %

1. Izguba obeh ledvic 65

2. Izguba ene ledvice 30

3. Upad funkcije ledvic (več kot 30 %) po poškodbi do 20

4. Poškodbe sečevoda s funkcijsko motnjo do 10

5. Izguba mehurja 30

6. Funkcionalne motnje mehurja po poškodbi mehurja in/ali živcev medeničnega dna (zmanjšana kapaciteta, inkontinenca, fistula) do 20

7. Poškodba sečevoda s funkcijsko motnjo do 10

8. Popolna inkontinenca urina zaradi poškodbe zunanjega uretralnega sfinktra ... 25

Posebni pogoji

1. Invalidnosti iz točk 1, 2 in 3 se medsebojno izključujejo.

2. Invalidnosti iz točk 5 in 6 se medsebojno izključujeta.

X MOŠKI IN ŽENSKI SPOLNI ORGANI %

1. Izguba enega moda po poškodbi

- do 60 leta 10

- po 60 letu 5

2. Izguba obeh mod po poškodbi

- do 60 leta 20

- po 60 letu 5

3. Izguba ali deformacija penisa zaradi poškodbe

- do 60 leta 30

- po 60 letu 15

4. Izguba maternice in/ali jajčnikov po poškodbi

- do 50 leta do 30

- po 50 letu do 15

5. Impotenca zaradi poškodb živcev medeničnega dna, dokazana s svežim izvidom EMG, vsaj 2 leti po poškodbi

- do 60. leta 25

- po 60. letu 10

XI HRBTENICA %

1. Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga (tetraplegija, triplegija, paraplegija) in izgubo kontrole defekacije in uriniranja 100

2. Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga (tetrapareza, tripareza) z ohranjeno kontrolo defekacije in uriniranja do 90

3. Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga (paraplegija) brez izgube kontrole defekacije in uriniranja do 80

4. Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga (parapareza) brez izgube kontrole defekacije in uriniranja do 30

5. Poškodba vratnega dela hrbtenice, brez trajne okvare hrbteničnega mozga, s funkcionalnimi izpadi (omejena gibljivost), spremenjeno krivuljo hrbtenice (kifoza, lordoza, skolioza), z radiološkimi preiskavami dokazano nestabilnostjo, z elektrofiziološko dokazano radikularno simptomatiko ali vertebrobazilarno simptomatiko do 30

6. Poškodba prsnega dela hrbtenice, brez trajne okvare hrbteničnega mozga, s funkcionalnimi izpadi (omejena gibljivost), spremenjeno krivuljo hrbtenice (kifoza, lordoza, skolioza), z radiološkimi preiskavami dokazano nestabilnostjo do 20

7. Poškodba ledvenega dela hrbtenice, brez trajne okvare hrbteničnega mozga, s funkcionalnimi izpadi (omejena gibljivost), spremenjeno krivuljo hrbtenice (kifoza, lordoza, skolioza), z radiološkimi preiskavami dokazano nestabilnostjo do 35

Posebni pogoji

1. Invalidnost po točkah 1 in 2 se določi po končanem zdravljenju, vsaj dve leti po nezgodi, s priloženimi svežimi elektrofiziološkimi meritvami.

2. Invalidnost se lahko ocenjuje samo, kadar je dokazan zlom vretenca in/ali pretrganje hrbteničnih vezi.

3. Kot nestabilnost se opredeli z radiološko metodo dokazan premik med korpusi sosednjih vretenc, ki je večji kot 3 mm.

4. Invalidnost zaradi poškodb hrbtenjače oz. živčnih korenin se ocenjuje najmanj 2 leti po poškodbi (svež EMG).

5. Pri sočasnih zlomih najmanj dveh vretenc sosednjih segmentov se invalidnost ocenjuje po točki, ki je za zavarovanca ugodnejša.

XII MEDENICA %

1. Večdelni nestabilni zlom medenice in/ali križnice, zaraščen z dislokacijo odlomkov in/ali sklepov do 30

2. Stabilni zlom medenice in/ali križnice, zaraščen z dislokacijo odlomkov in/ali sklepov do 5

3. Nezaraščen zlom v predelu medenice in/ali križnice do 15

4. Z dislokacijo zaraščen zlom trtične kosti do 5

Posebni pogoji

1. Za zaraščen zlom medenice in/ali križnice brez distokacije se invalidnosti ne prizna.

XIII ZGORNJI OKONČINI %

1. Izguba roke v rami 70

2. Izguba roke v nadlahti 60

3. Izguba roke v komolcu 55

4. Izguba roke v podlahti 50

5. Izguba roke v zapestju 45

6. Izguba celega palca 20

7. Izguba celega kazalca 12

8. Izguba celega sredinca ali prstanca 8

9. Izguba celega mezinca 6

10. Izguba prsta s pripadajočo dlančnico prst + 4

Posebni pogoji

1. Invalidnosti iz točk 6, 7, 8 in 9 se ne seštevajo z invalidnostjo iz poglavja XVI, točka 2.

2. Izguba več kot 1/3 kosti členka se oceni kot izguba celega členka.

3. Za izgubo enega členka palca se prizna polovica, za izgubo enega členka ostalih prstov pa 1/3 invalidnosti, ki je določena za popolno izgubo prsta.

4. Za izgubo prstne jagodice, brez izgube kostnega dela, se invalidnosti ne prizna.

XIV RAMENSKI OBROČ	%
1. Negibnost (ankiloza) ramenskega sklepa	30
2. Zlom ključnice, zaraščen z dislokacijo za celotno širino kosti in/ali skrajšavo več kot 1 cm, nezaraščen zlom ključnice, izpah v sternoklavikularnem in/ali akromioklavikularnem sklepu s funkcionalnimi motnjami na sosednjih sklepih	do 10
3. Zlom sklepnege dela lopatice s premikom fragmentov na sklepni površini lopatice in funkcionalnimi izpadi v ramenskem sklepu	do 10
4. Omejena gibljivost v ramenskem sklepu po zlomu sklepnih struktur ali izpahu	do 20
5. Endoproteza ramenskega sklepa zaradi poškodbe	30
6. Ruptura mišic in/ali tetiv rotatorne manšete s funkcionalnimi izpadi, dokazana z MRI ali operacijo, pri mlajših od 45 let	5

XV PODLAHTNICA	%
1. Negibnost (ankiloza) komolčnega sklepa	25
2. Omejena gibljivost komolčnega sklepa po zlomu ali izpahu sklepnih struktur	do 20
3. Endoproteza celega ali dela komolčnega sklepa	25
4. Psevdoartroza obeh kosti podlahti s funkcionalnimi motnjami	do 20
5. Psevdoartroza ene kosti podlahti s funkcionalnimi motnjami	do 10
6. Omejena gibljivost podlahti po zlomu koželjnice in podlahtnice (pronacija in supinacija)	do 10
7. Omejena gibljivost zapestja po zlomu koželjnice in podlahtnice s funkcionalnimi motnjami	do 15
8. Omejena gibljivost zapestja po zlomu koželjnice	do 15
9. Omejena gibljivost zapestja po zlomu distalnega dela podlahtnice	do 10
10. Omejena gibljivost zapestja po zlomu zapestnih kosti, nezaraščenih zlomih zapestnih kosti	do 15

Posebni pogoji

- Invalidnosti iz točk 6 in 7 ter 8 in 9 se ne seštevajo.

XVI PRSTI IN DLANČNICE	%
1. Negibnost (ankiloza) enega sklepa prsta	
- palec	5
- kazalec	3
- sredinec, prstanec, mezinec	2
2. Omejena gibljivost sklepov prstov roke po zlomu ali izpahu (za prste II-V, merjeno od vrha prsta do proksimalne tretjine dlani, pri maksimalnem skrčenju prsta; za palec ob maksimalnem skrčenju prsta, merjena oddaljenost vrha palca od dlani v predelu glavnice pete dlančnice)	

	I. (%)	II. (%)	III.- V. prst (%)
1 cm	3	2	1
2 cm	4	3	2
3 cm	6	4	3

- S slikovno diagnostiko dokazana deformacija dlančnice po zlomu s funkcionalnimi izpadi (za vsako)

Posebni pogoji

- Za različne posledice na istem skepu se odstotki po posameznih točkah ne seštevajo. Invalidnost se določi po točki, ki je za zavarovanca ugodnejša.
- Po poškodbi kit se invalidnost ocenjuje na osnovi omejene gibljivost.

XVII SPODNJI OKONČINI	%
1. Izguba noge v kolku	70
2. Izguba noge nad sredino stegenice	60
3. Izguba noge pod sredino stegenice	50
4. Izguba noge v kolenu	45
5. Izguba noge pod kolenom	40
6. Izguba noge v gležnju	35
7. Izguba stopala	do 20
8. Izguba palca	do 10
9. Izguba od II. do V. prsta, za vsak prst	do 2

10. Ankiloza enega sklepa palca	2,5
---------------------------------------	-----

Posebni pogoji

- Pri ocenjevanju izgube dela stopala ali prsta se ocenjuje sorazmerni delež celega stopala ali prsta.

XVIII STEGNO	%
1. Negibnost (ankiloza) kolka	30
2. Nezaraščen zlom (psevdoartroza) vratu stegenice	do 20
3. Endoproteza kolka po zlomu sklepnih struktur	30
4. Omejena gibljivost kolka po zlomu ali izpahu sklepnih struktur	do 25
5. Prikrajšava noge zaradi nepravilno zaraščenega zloma stegenice, večja od 2,5 cm, za vsak dodatni cm, ki je dokazan s slikovno diagnostiko	2
6. Nepravilno zaraščen zlom stegenice z osno ali rotacijsko deformacijo, večjo od 10 stopinj, za vsako dodatno stopinjo, ki je dokazana s slikovno diagnostiko	2

Posebni pogoji

- Invalidnosti iz točk 2, 3, 4, 5 in 6 se med seboj izključujejo.

XIX KOLENO, GOLENO, STOPALO	%
1. Negibnost (ankiloza) kolenskega sklepa	20
2. Omejena gibljivost kolena po zlomu sklepnih struktur ali izpahu	do 20
3. Popolna prekinitev kolenskih vezi, dokazana s slikovno diagnostiko ali operacijo:	
- sprednja križna vez	7
- zadnja križna vez	5
- notranja stranska vez	4
- zunanja stranska vez	4
4. Odstranitev celega meniskusa po sveži poškodbi s funkcijsko motnjo	5
5. Odstranitev dela meniskusa po sveži poškodbi s funkcijsko motnjo	2,5
6. Izguba cele pogačice po poškodbi	do 10
7. Endoproteza kolena po zlomu sklepnih struktur	30
8. Prikrajšava noge zaradi nepravilno zaraščenega zloma golenice, večja od 2,5 cm, za vsak dodatni cm, ki je dokazan s slikovno diagnostiko	2
9. Nepravilno zaraščen zlom golenice z osno ali rotacijsko deformacijo, večjo od 10 stopinj, za vsako dodatno stopinjo, ki je dokazana s slikovno diagnostiko	2
10. Negibnost (ankiloza) skočnega sklepa	25
11. Omejena gibljivost skočnega sklepa po zlomu sklepnih struktur ali izpahu	do 20
12. Omejena gibljivost skočnega sklepa zaradi poškodbe ahilove tetive, ki je posledica izključno neposrednega udarca ali vreznine	2
13. Endoproteza skočnega sklepa po zlomu sklepnih struktur	20
14. Deformacija stopala po zlomu tarzalnih kosti stopala s funkcijsko motnjo	do 15
15. Deformacija metatarzalne kosti po zlomu, za vsako kost	2
16. Negibnost (ankiloza) sklepa nožnih prstov:	
- palec	2,5
- II.-V. prst.....	0,5

Posebni pogoji

- Pri ocenjevanju poškodb kolenskih vezi istega kolena se pri poškodbi več kot dveh vezi vsota zmanjša za četrtino.
- Pri delnih prekinitev navedenih kolenskih vezi se določa odstotek invalidnosti z ohlapnostjo kolena, ki je posledica poškodbe posamezne vezi.
- Pri poškodbi skočnega sklepa se prizna invalidnost le v primeru slikovno dokumentirane poškodbe.
- Pri negibnosti (ankilozi) sklepov palca se upoštevata oba sklepa palca.
- Pri negibnosti (ankilozi) sklepov prstov od II. do V. se upošteva samo bazalni sklep posameznega prsta.

XX ŽIVCI	%
1. Poškodbe živčnih korenin in/ali pletežev po poškodbi, z izpadi, ki so nevrofiziološko, kontinuirano dokumentiranimi	do 30
2. Paraliza možganskega živca	do 10

3. Paralize živca:	
- radialis	30
- ulnaris	20
- medianus	20
- aksilaris	10
- ishiadicus	35
- femoralis	20
- glutealis	10
- tibialis	10
- peroneus	20

Posebni pogoji

- Poškodbe živcev morajo biti elektrofiziološko dokumentirane in se ocenjujejo najmanj 2 leti po nezgodi, s sveže opravljeno preiskavo.
- Za parezo se prizna maksimalno do tretjine invalidnosti, ki je priznana za paralizno posameznega živca.

XXI BRAZGOTINE – OPEKLINE

- Globoke brazgotine s funkcionalnimi motnjami:
 - obraz ... % x 2 = % invalidnosti
 - telo ... % x 1 = % invalidnosti

Posebni pogoji

- En odstotek invalidnosti predstavlja površino kože ene dlani poškodovanca.
- Funkcionalne motnje zaradi posledic opekline se ocenjujejo po ustreznih točkah tabele.
- Za estetske brazgotine in brazgotine po kirurških posegih se invalidnosti ne prizna.

23. člen UPORABA ZAKONA IN NADZOR

- Za razmerja, ki niso urejena s temi pogoji, za zavarovalno pogodbo veljajo določbe Obligacijskega zakonika in ostali pravni predpisi Republike Slovenije.
- Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico sta pristojna Österreichische Finanzmarktaufsicht (FMA), Otto-Wagner-Platz 5, A-1090 Dunaj, in Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana

2 POSEBNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE OSEB

PP-ERG_NZG_OSB/2

VSEBINA

- 1. člen Splošno
- 2. člen Zavarovane osebe in nevarnostne okoliščine
- 3. člen Oblike zavarovanj
- 4. člen Nezgodno zavarovanje oseb
- 5. člen Nezgodno zavarovanje za seniorje
- 6. člen Nezgodno zavarovanje otrok
- 7. člen Družinsko nezgodno zavarovanje
- 8. člen Nezgodno zavarovanje za prosti čas

1. člen SPLOŠNO

- (1) Posebni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb PP-ERG_NZG_OSB/2 (v nadaljevanju posebni pogoji) so skupaj s Splošnimi pogoji za zavarovanje nezgode PG-ERG_NZG/2 (v nadaljevanju splošni pogoji) sestavni del zavarovalne pogodbe.
- (2) Posebni pogoji se uporabljajo ob splošnih pogojih, če pa so splošni pogoji v nasprotju z njimi, se uporabljajo posebni pogoji.

2. člen ZAVAROVANE OSEBE IN NEVARNOSTNE OKOLIŠČINE

- (1) Po posebnih pogojih ne morejo biti zavarovane osebe:
 - 1) po dopolnjenem osemdesetem letu starosti,
 - 2) z omejeno poslovno sposobnostjo,
 - 3) ki opravljajo enega izmed sledečih poklicev: vojak, častnik, športnik, gasilec, policist, rudar, kamnolomec, miner, krovec, dimnikar, delavec na višinah in visokih gradnjah.
- (2) Zavarovanec je dolžan zavarovalnico nemudoma obvestiti o vsaki spremembi nevarnostnih okoliščin med trajanjem zavarovalne pogodbe:
 - 1) ki je povezana z nastopom okoliščin iz odstavka 1, v katerih zavarovalnica odstopi od zavarovalne pogodbe, z dnem nastopa teh okoliščin;
 - 2) ki je povezana z nastopom okoliščin (kot npr. poklic zavarovanca, nastop ali prekinitev brezposelnosti, upokojitev zavarovanca), ki so pomembne za zavarovalno pogodbo, oz. posameznih kritij in upravičenj. V teh primerih lahko tako zavarovalnica kot zavarovalec upravičeno zahtevata spremembo zavarovalne premije od dne nastanka spremembe skladno s premijskim sistemom.
- (3) Poleg določil tega člena se v zvezi z nevarnostnimi okoliščinami uporabljajo tudi določila 6. člena splošnih pogojev.

3. člen OBLIKE ZAVAROVANJ

- (1) Po posebnih pogojih lahko zavarovalec sklene sledeče oblike nezgodnega zavarovanja:
 - nezgodno zavarovanje odrasle osebe,
 - družinsko nezgodno zavarovanje,
 - nezgodno zavarovanje seniorja,
 - nezgodno zavarovanje otroka,
 - nezgodno zavarovanje za prosti čas.

4. člen NEZGODNO ZAVAROVANJE OSEB

- (1) Po tej obliki zavarovanja so lahko zavarovane osebe od dopolnjenega 18. do poteka 64. leta starosti.

- (2) Po dopolnjenem 65. letu starosti zavarovane osebe zavarovalnica ponudi zavarovani osebi 'nezgodno zavarovanje seniorjev', kot je določeno v 5. členu posebnih pogojev. Pri tem se ukinejo zavarovalna kritja, ki jih ne vključuje 'nezgodno zavarovanje seniorjev', za preostala kritja se zavarovalne vsote ne spremenijo, zavarovalna premija pa se določi v skladu s premijskim sistemom za 'nezgodno zavarovanje seniorjev'.
- (3) O spremembi zavarovanja bo zavarovalnica pisno obvestila zavarovalca 30 dni pred nastopom spremembe. Zavarovalec lahko s pisno izjavo prekine nadaljevanje pogodbe. Ob tem je oproščen obveznosti plačila morebitnih podeljenih popustov na trajnost zavarovanja.

5. člen NEZGODNO ZAVAROVANJE ZA SENIORJE

- (1) Po tej obliki zavarovanja so lahko zavarovane osebe od dopolnjenega 65. do poteka 79. leta starosti.
- (2) V to obliko zavarovanja ni mogoče vključiti zavarovalnih kritij:
 - dnevnega nadomestila,
 - rente, ki je vezana na nastanek trajne invalidnosti,
 - kritij, ki vključujejo upravičenja, kot je posledica zloma kosti.

6. člen NEZGODNO ZAVAROVANJE OTROK

- (1) Po tej obliki zavarovanja so lahko zavarovane osebe do poteka 17. leta starosti.
- (2) Po dopolnjenem 18. letu starosti zavarovane osebe zavarovalnica ponudi zavarovani osebi 'nezgodno zavarovanje oseb', kot je določeno v 4. členu posebnih pogojev. Pri tem se zavarovalne vsote ne spremenijo, zavarovalna premija pa se določi v skladu s premijskim sistemom za 'nezgodno zavarovanje oseb'.
- (3) O spremembi oblike zavarovanja bo zavarovalnica pisno obvestila zavarovalca 30 dni pred nastopom spremembe. Zavarovalec lahko s pisno izjavo prekine nadaljevanje pogodbe. Ob tem je oproščen obveznosti plačila morebitnih podeljenih popustov na trajnost zavarovanja.

7. člen DRUŽINSKO NEZGODNO ZAVAROVANJE

- (1) Po tej obliki se lahko zavarujejo osebe, ki živijo v zakonski ali zunajzakonski skupnosti, ki so lahko zavarovane tudi po splošnih in posebnih pogojih za 'nezgodno zavarovanje oseb', in njihovi otroci do poteka 17. leta starosti, pod pogojem, da vse zavarovane osebe živijo v istem gospodinjstvu in imajo isti naslov stalnega bivališča.
- (2) Če sta s policio družinskega nezgodnega zavarovanja zavarovana oba starša in se jima po devetih mesecih od sklenitve družinskega nezgodnega zavarovanja rodi otrok, je ta samodejno in brezplačno zavarovan za kritji invalidnosti in nezgodne smrti z najvišjo zavarovalno vsoto enega izmed staršev. Po dopolnjenem prvem letu starosti je mogoče otroka vključiti kot novo zavarovano osebo v zavarovalno polico, pri čemer se obračuna premija v skladu z dodatno zavarovano osebo in v skladu z izbranim kritjem.

- (3) Po dopolnjenem 18. letu starosti enega izmed otrok samodejno prenehajo zavarovalna kritja za to osebo. Kritja samodejno prenehajo tudi za druge zavarovane osebe, ki ne izpolnjujejo pogojev iz odstavka 1 tega člena. O spremembi statusa posamezne zavarovane osebe je zavarovalec dolžan obvestiti zavarovalnico. Zavarovalno kritje za ostale osebe se pri tem ne spremeni, zavarovalna premija pa se določi v skladu s premijskim sistemom, ki ustreza manjšemu številu zavarovanih oseb.
- (4) Po dopolnjenem 18. letu starosti zavarovane osebe zavarovalnica ponudi zavarovani osebi 'nezgodno zavarovanje oseb', kot je določeno v 4. členu posebnih pogojev. Pri tem se zavarovalne vsote ne spremenijo, zavarovalna premija pa se določi v skladu s premijskim sistemom za 'nezgodno zavarovanje oseb'.
- (5) O prenehanju kritja za otroka bo zavarovalnica pisno obvestila zavarovalca 30 dni pred nastopom spremembe.
- (6) Ob vsaki spremembi zavarovanih oseb zaradi neizpolnjevanja pogojev iz odstavka 1 tega člena lahko zavarovalec s pisno izjavo prekine zavarovalno pogodbo. Ob tem je prost obveznosti plačila morebitnih podeljenih popustov na trajnost zavarovanja.
- (7) Če v polici družinskega nezgodnega zavarovanja ostane le še en zavarovanec, preneha zavarovanje tudi zanj, zavarovanje pa lahko nadaljuje po kateri koli drugi ustrezni obliki zavarovanja.

8. člen NEZGODNO ZAVAROVANJE ZA PROSTI ČAS

- (1) Po tej obliki zavarovanja se upravičenja iz zavarovalne pogodbe nanašajo samo na zavarovalne primere, ki niso vezani na opravljanje poklica oz. dela, za katerega je zavarovana oseba upravičena do plačila oz. ga je prejela.
- (2) Po tej obliki zavarovanja so lahko zavarovane vse osebe od dopolnjenega 18. do poteka 64. leta starosti.
- (3) Zavarovalno kritje velja samo za zavarovalne primere, ki so se zgodili v času, ko je bila zavarovana oseba v rednem delovnem razmerju.