

1. SPLOŠNO

- (1) Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb (kratko: splošni pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki jo zavarovalec sklene z GENERALI zavarovalnico d.d., Kržičeva ulica 3, Ljubljana.
- (2) S temi splošnimi pogoji se urejajo medsebojni odnosi med zavarovalcem in zavarovalnico, ki izvirajo iz zavarovalne pogodbe za nezgodno zavarovanje oseb za primer, ko zaradi nezgode nastopi nezgodna smrt, trajna invalidnost, prehodna nesposobnost za delo zavarovanca, okvara zdravja oz. nastanejo stroški zdravljenja, odvisno od tega, kakšna zavarovanja so dogovorjena v zavarovalni pogodbi. Zavarovalno jamstvo za druge primere se uredi s posebnimi in dopolnilnimi pogoji oz. klavzulami.
- (3) Pomen nekaterih izrazov v teh pogojih:
Zavarovalnica – je GENERALI zavarovalnica d.d. Ljubljana, Kržičeva ulica 3, Ljubljana;
Zavarovalec – je fizična ali pravna oseba, s katero zavarovalnica sklene zavarovalno pogodbo;
Zavarovanec – je oseba, od katere smrti, invalidnosti ali poškodovanja je odvisno izplačilo zavarovalnice;
Upravičenec – je oseba, ki ji zavarovalnica ob nastopu zavarovalnega primera izplača zavarovalnino;
Zavarovalna vsota – je največji znesek, ki ga zavarovalnica izplača kot svojo obveznost iz zavarovalne pogodbe;
Premija – je znesek, ki ga mora zavarovalec plačati zavarovalnici za zavarovalno jamstvo;
Trajna invalidnost zaradi nezgode – je medicinsko ugotovljena trajna omejitev zavarovančeve telesne sposobnosti, določena na podlagi veljavne Tabele invalidnosti (v nadaljevanju: invalidnost);
Redna zaposlitev – je zaposlitev za podlagi pogodbe o zaposlitvi v skladu z Zakonom o delovnih razmerjih.
- (4) Vsa sporočila in pojasnila morajo biti zavarovalnici posredovana pisno na naslov njenega sedeža.

2. KDAJ JE ZAVAROVALNA POGODBA SKLENJENA?

- (1) Ponudnik vloži pisno ponudbo za sklenitev pogodbe o nezgodnem zavarovanju, ki mora obsegati vsa dejstva, pomembna za sklenitev zavarovalne pogodbe.
- (2) Pisna ponudba veže ponudnika osem dni od dneva, ko je prispela v zavarovalnico. Če zavarovalnica v osmih dneh od dneva prejema ponudbe, ki ne odstopa od pogojev, po katerih zavarovalnica sklepa predlagano zavarovanje, ponudbe ne zavrne, se šteje, da je ponudbo sprejela in da je pogodba sklenjena. V tem primeru se šteje pogodba za sklenjeno z dnem, ko je ponudba prispela k zavarovalnici.
- (3) Če se med podpisom ponudbe in njenim sprejetjem s strani zavarovalnice bistveno spremeni zdravstveno stanje zavarovanca ali kakšno drugo dejstvo, pomembno za sklenitev pogodbe, mora ponudnik to nemudoma in brez odlašanja sporočiti zavarovalnici.
- (4) Če je zavarovalnica pripravljena ponudbo sprejeti samo pod posebnimi ali spremenjenimi pogoji, je pogodba sklenjena šele s tistim dnem, ko zavarovalec pristane na posebne pogoje ali spremembe. Šteje se, da je ponudnik od ponudbe odstopil, če na posebne pogoje ali spremembe ne pristane v 8 dneh po prejemu obvestila zavarovalnice.
- (5) Osnova za zavarovalno pogodbo so ponudba, polica ter dogovorjena tarifa, ti splošni pogoji in posebni pogoji za nezgodna zavarovanja, navedeni na polici, morebitne dodatne klavzule, posebne pisne izjave, priloge in dodatki k polici ter ustrezni zakonski predpisi.
- (6) V primeru, da se polica razlikuje od zavarovalne ponudbe in drugih pisnih izjav zavarovalca (vendar ne gre za bistvene razlike), ima zavarovalec pravico, da v roku 30 dni po prejemu police pisno ugovarja. Če zavarovalec v tem roku ne ugovarja, se šteje, da velja vsebina police.
- (7) Zavarovalna pogodba traja vse, dokler je veljavno vsaj eno dogovorjeno zavarovanje.
- (8) Potrošnik ima pri pogodbah, sklenjenih na daljavo, pravico, da v petnajstih dneh zavarovalnici sporoči, da odstopa od pogodbe, ne da bi mu bilo treba navesti razlog za svojo odločitev.
- (9) Zavarovalna pogodba je nična, če je tedaj, ko je bila sklenjena, zavarovalni primer že nastopil ali je že bil v nastajanju ali je bilo gotovo, da bo nastal. Že plačano premijo mora zavarovalnica v tem primeru vrniti zavarovalcu.

3. OBLIKA ZAVAROVALNE POGODBE

- (1) Zavarovalna pogodba in vsi dodatki k tej pogodbi so veljavni samo, če so sklenjeni v pisni obliki.
- (2) Vsi zahtevki, obvestila in druge medsebojne izjave so dane pravočasno, če so dane pred koncem roka, ki je določen v teh pogojih.
- (3) Sestavni del zavarovalne pogodbe so poleg teh splošnih pogojev tudi vsi drugi posebni, dopolnilni ali dodatni pogoji, na katere se zavarovalna pogodba oz. zavarovalna polica sklicuje, tabela invalidnosti za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode ter morebitne dodatne klavzule.

4. KDO JE LAHKO ZAVAROVANEC?

- (1) Zavarovanec je lahko samo oseba do 85. leta starosti. Zavarovanci od rojstva do 26. leta oz. vse do konca rednega šolanja se lahko zavarujejo po posebni tarifi. Osebo, ki je starejša od 65 let, se lahko zavaruje le z omejenim kritjem (posebna tarifa) oz. pod posebnimi pogoji. Če zavarovanec med trajanjem zavarovanja preseže starost, ki je določena za posebno tarifo, veljajo določbe Posebnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb.
- (2) Zavarovanec je lahko le oseba s stalnim ali začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji.
- (3) Zavarovanec ne more biti oseba, ki ji je v celoti odvzeta poslovna sposobnost, duševno motena oseba, delovno nesposobna oseba ali oseba z motnjami v živčnem sistemu.
- (4) Če oseba v smislu prejšnjega odstavka ne more biti zavarovana oseba oz. med trajanjem zavarovanja postane oseba, ki ne more biti zavarovanec, zanjo zavarovalno jamstvo ne velja oz. ne velja več. Istočasno se zanjo konča zavarovanje, zavarovalnica pa od dneva, ko je postala oseba nezmožna za zavarovanje, ni upravičena do zavarovalne premije.
- (5) Izjemoma je lahko zavarovanec tudi oseba, ki ji je zmanjšana splošna delovna sposobnost zaradi težje bolezni, težjih telesnih hib ali drugih pomanjkljivosti (1. odst. 9. člen.). Za takega zavarovanca je predvidena višja premija oz. poseben dogovor.
- (6) Zavarovalno pogodbo, pri kateri je zavarovanec oseba, ki ima omejeno poslovno sposobnost ali ji je poslovna sposobnost v celoti odvzeta, lahko sklenejo samo starši oz. skrbniki zavarovanca.

5. KAJ ŠTEJE ZA NEZGODO?

- (1) Za nezgodo šteje vsak nenaden, nepredviden, od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na telo zavarovanca ter ima za posledico njegovo smrt, popolno ali delno invalidnost, prehodno nesposobnost za delo, oškodovanje zdravja in nastanek stroškov.
- (2) Nezgodo predstavljajo zlasti naslednji dogodki: povoženje, trčenje, udarec s predmetom ali ob kakšen predmet, udarec električnega toka ali strele, padec, zdrs, strmoglavljenje, ranitev z orožjem in raznimi drugimi predmeti ali z eksplozivnimi snovmi, vbod s kakšnim predmetom, udarec ali ugriz živali.
- (3) Za nezgodo veljajo tudi naslednji nenadni, nepredvidljivi in od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:
 - zastrupitev s hrano ali kemičnimi sredstvi, če se dokaže z bakteriološkim izkazom, razen če okužba nastane zaradi zaužitja bakterij (npr. salmonela);
 - nenadna zastrupitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj;
 - okužba rane, ki je nastala zaradi nezgode;
 - opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kisljinami, lužninami in podobno;
 - zadavitve in utopitev;
 - dušitev in zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, s peskom in podobno) kakor tudi zaradi vdihavanja pare in plinov (razen poklicnih obolenj);
 - pik mrčesa, razen če takšen pik povzroči infekcijsko bolezen;
 - prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje do katerih pride brez zunanje vzroke, vendar le, če povzročijo najmanj popolno pretrganje mišic, popoln izpah sklepa, popolno pretrganje sklepnih vezi, popoln prelom zdravih kosti, zlom stalnih zdravih zob (ne velja za stalne zobe, ki so konzervativno ali protetično oskrbovani), in če so bili neposredno po poškodbi ugotovljeni v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi;
 - delovanje svetlobe, sončnih žarkov, temperature, vendar samo,

če je bil zavarovanec takšnemu delovanju izpostavljen zaradi nezgode, ki se je zgodila neposredno pred tem ali pri reševanju človeških življenj;

- delovanje rentgenskih in radijskih žarkov, vendar samo, če nezgoda nastopi naglo in nenadno.

6. KAJ NE ŠTEJE ZA NEZGODO?

- (1) Za nezgodo po teh pogojih ne štejejo:
 - vse navadne, nalezljive, poklicne in degenerativne bolezni ter tudi vse druge poškodbe oz. bolezni, ki nastanejo zaradi postopnega, dalj časa trajajočega škodljivega delovanja na zavarovančevo zdravje oz. telo;
 - bolezni, ki nastanejo zaradi psihičnih vplivov, kakor tudi poškodbe, ki nastanejo kot posledice teh bolezni;
 - trebušne, popkovne, vodne in druge kile, razen tistih, ki nastanejo zaradi direktne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanične sile in je bila poleg kile klinično ugotovljena poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju;
 - infekcije in obolenja, ki nastanejo zaradi raznih oblik alergij; infekcijska obolenja zaradi rezanja ali trganja žuljev in drugih izrastkov kože ter zaradi pikov mrčesa, kakor tudi otroška paraliza ali zgodnji poletni meningitis, ki je posledica ugriza klopa;
 - anafilaktični šok, razen če je nastal pri zdravljenju zaradi nezgode; medvretenčne kile (Hernia disci intervertebralis), vse vrste lumbagij, diskopatij, sakralgij, miofascitsov, kokcigidnij, ishialgij, fibrozitisev in vse spremembe hrbtenice ali ledveno-križnega predela, ki so označene z analognimi termini, kakor tudi ponavljajoči (habitualni) izpah ali izvin na istem sklepu - tudi če se njihova simptomatika pojavi šele po poškodbi;
 - tri - ali večkrat ponavljajoča poškodba istega sklepa (npr. ponoven kompletni ali delni izpah/izvin na istem sklepu);
 - poškodbe nastale zaradi obrabljenosti kosti, sklepov, vezi ipd. ali poškodbe kot posledica bolezenskih vplivov;
 - odstop mrežnice (ablatio retinae), razen če odstopi po direktni poškodbi zdravega očesa in je ugotovljena v bolnišnici;
 - posledice, ki nastopijo zaradi delovanja alkohola (npr. delirium tremens), zdravlil ali delovanja mamil oz. drugih psihoaktivnih substanc; tudi posledice kroničnega uživanja le-teh;
 - posledice medicinskih, posebno operativnih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni;
 - bolezenske spremembe na kosteh, hrustancu, skeletu in gibalnemu aparatu (mišice, vezi, sklepne ovojnice), zobovju ter bolezenske epifiziole in apifiziole;
 - telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanje vzroka, ki ne povzročijo posledic iz 8. alineje 3. odst. 5. člena in niso bile neposredno po poškodbi ugotovljene v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi;
 - poškodbe delov ali celih mišic ob hotenih gibih ali naporih (brez delovanja zunanjih vplivov);
 - sistemne nevro-muskularne bolezni in endokrine bolezni;
 - možganska kap, srčni infarkt in epilepsija, kakor tudi vse poškodbe, ki nastanejo kot posledica le-teh;
 - poškodbe nastale zaradi zdravniških napak ali zmot, medicinskih posegov ali posegov alternativne medicine;
 - strganje degenerativno spremenjenih mišic, tetiv, hrustanca in meniskusov ter medvretenčnih ploščic in njihove posledice;
 - patološki zlomi kosti in spontani izolirani zdrsi v ravnih conah;
 - vse vrste sinkop, sinkopi podobnih stanj, kolapsi in posledice le-teh;
 - namerno povzročene poškodbe ali smrt.

7. KJE IN KDAJ VELJA ZAVAROVALNO JAMSTVO?

- (1) Zavarovanje začne veljati ob 00.00 tistega dne, ki je naveden na zavarovalni polici kot začetek zavarovanja, tedaj prične tudi jamstvo zavarovalnice, pod pogojem, da je do tedaj plačana tudi celotna enkratna premija oz. prvi obrok premije. Pred dnem, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, ni zavarovalnega jamstva.
- (2) Zavarovanje preneha veljati ob 00.00 tistega dne, ki je na zavarovalni polici naveden kot konec zavarovanja.
- (3) Če je na zavarovalni polici naveden samo začetek zavarovanja ali je izrecno dogovorjeno avtomatsko podaljševanje, se zavarovalna pogodba in s tem zavarovalno jamstvo podaljšuje iz leta v leto, dokler ni s strani zavarovalnice ali zavarovalca dana odpoved (v skladu z 18. členom teh pogojev).
- (4) Zavarovalna pogodba in s tem zavarovalno jamstvo za vsakega posameznega zavarovanca preneha, ne glede na to, kako je v pogodbi dogovorjeno glede trajanja zavarovanja, ob 24.00 uri tistega dne, ko:
 - zavarovanec umre ali se ugotovi 100% invalidnost (tudi kot skupni seštevek odstotkov delnih invalidnosti), ne glede na to, ali so delne invalidnosti posledice nezgod, ki so nastale pred sklenitvijo tega zavarovanja;
 - zavarovanec postane nesposoben za zavarovanje kot to določa 4. člen teh pogojev;

- poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec dopolnil 85. leto starosti;
 - poteče rok za plačilo premije po 11. členu teh pogojev, premija oz. posamezni obrok pa ni bil plačan;
 - je zavarovalna pogodba odpovedana po 18. členu teh pogojev.
- (5) Zavarovalno jamstvo, ne glede na določbe zavarovalne pogodbe, nastopi šele naslednji dan po plačilu celotne prve premije oz. prvega obroka premije.

8. KAKŠEN JE OBSEG OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE?

- (1) Obseg obveznosti zavarovalnice je določen z obsegom zavarovanj, ki so določena z zavarovalno pogodbo. Obveznost zavarovalnice nastopi, ko nastopi zavarovalni primer – smrt ali poškodba zavarovanca zaradi nezgode, ki se zgodi pri tisti dejavnosti, ki je z zavarovalno pogodbo izrecno dogovorjena (npr.: 24-urno kritje, samo v času službe, kot športnik, kot voznik ali potnik v motornem vozilu ipd.). Višina obveznosti zavarovalnice se presoja glede na višino zavarovalne vsote, ki je navedena na zavarovalni polici.
- (2) Za vzpostavitev obveznosti zavarovalnice morajo nastati posledice zaradi nezgode, kot jo opredeljujejo ti splošni pogoji, in ki je nastala med trajanjem zavarovanja. Zavarovanje velja le za tiste posledice nezgode, ki so nastopile in bile ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.
- (3) Obveznost zavarovalnice je v primeru nezgode zaobsežena z naslednjimi pogodbeno dogovorjenimi obveznostmi – zavarovalninami (podrobneje obseg in način določitve višine zavarovalnine opredeljuje 14. člen):

Zavarovalnina v primeru nezgodne smrti; zavarovalnica izplača dogovorjeno zavarovalno vsoto za smrt, če zavarovanec zaradi nezgode umre; za osebe, ki so mlajše od 14 let, tega zavarovanja ni možno skleniti.

Zavarovalnina v primeru invalidnosti; zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za invalidnost, če zaradi nezgode pri zavarovancu nastopi popolna invalidnost. Če zaradi nezgode nastopi delna invalidnost zavarovanca, izplača zavarovalnica zavarovalnino v odstotku od zavarovalne vsote za invalidnost. Če je dogovorjeno, da se pri določenih stopnjah invalidnosti izplača višji (progressivna invalidnost) ali nižji odstotek zavarovalne vsote, se le-ta izplača v skladu s Prilogo 1 teh pogojev oz. z dogovorom na ponudbi oz. polici. Za zavarovalni primer šteje izključno posamična nezgoda kot enkratni škodni dogodek, v nobenem primeru več nezgod ne šteje kot en zavarovalni primer.

Za obračun in izplačilo višine zavarovalnine pri progresivni invalidnosti se odstotek obveznosti zavarovalnice od dogovorjene zavarovalne vsote (iz tabele iz Priloge 1) izbere glede na odstotek ugotovljene stopnje invalidnosti, ki je posledica enega zavarovalnega primera. Za zavarovalni primer šteje izključno posamična nezgoda kot enkratni škodni dogodek, v nobenem primeru več nezgod ne šteje kot en zavarovalni primer.

V vsakem primeru izplača zavarovalnica skupaj za vse popolne in delne invalidnosti kot posledica ene ali več nezgod največ dogovorjeno zavarovalnino za 100% invalidnost, upošteva tudi morebitne invalidnosti zavarovanca, ki so nastale pred sklenitvijo nezgodnega zavarovanja.

Dnevno nadomestilo; zavarovalnica izplača dnevno nadomestilo, če je bil zavarovanec zaradi nezgode prehodno popolno nesposoben za delo v okviru svojega poklica, ki ga zavarovanec opravlja;

Bolnišnični dan; zavarovalnica izplača bolnišnični dan, če je bil zavarovanec zaradi nezgode v bolnišnični negi;

Stroški zdravljenja; zavarovalnica povrne stroške zdravljenja, če je zavarovanec zaradi nezgode potreboval zdravniško pomoč in če je imel zaradi tega stroške z zdravljenjem;

Stroški kozmetičnih operacij; zavarovalnica povrne stroške kozmetičnih operacij, ki so bile potrebne zaradi odprave prizadetosti zunanje podobe zavarovanca, ki so posledica nezgode;

Nadomestilo za bolečine pri zlomih; zavarovalnica izplača zavarovalnino pri popolnem zlomu kosti kot nadomestilo za bolečine;

Nadomestilo za operacije; zavarovalnica izplača glede na vrsto operacije, ki je posledica nezgode, dogovorjeni odstotek zavarovalne vsote;

Nezgodna renta; zavarovalnica izplačuje mesečno nezgodno rento v dogovorjeni višini, če zaradi ene nezgode pri zavarovancu nastopi invalidnost v višini 40 % ali več. Zavarovalnica izplačuje nezgodno mesečno rento v obdobju do pet let oz. do petnajst ali do petindvajset let, odvisno od dogovora.

- (4) Ostale pogodbene obveznosti zavarovalnice se lahko določijo z dodatnimi pogodbenimi določili.

9. KAKŠNE SO OMEJITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE?

- (1) Za posamezne povečane nevarnosti nastanka nezgode zavarovanca mora biti v skladu s premijskim sistemom zavarovalnice plačana višja premija.

- (2) Za povečano nevarnost se šteje, če nastane nezgoda:
- pri upravljanju in vožnji z zračnimi plovili vseh vrst, razen če je zavarovanec udeležen kot potnik v javnem prometu;
 - zavarovancu, ki zaradi osebnega stanja predstavlja povečano nevarnost zaradi tega, ker je prebolel kakšno težjo bolezen ali je bil ob sklenitvi zavarovalne pogodbe težje bolan ali ima prirojene ali pridobljene težje telesne hibe ali pomanjkljivosti. Za zavarovanca, ki zaradi osebnega stanja predstavlja povečano nevarnost, se šteje tudi tisti, ki ima hibe, pomanjkljivosti ali bolezni, zaradi česar je njegova splošna delovna sposobnost zmanjšana ali je po pogojih zavarovalnice več kot 20% invalid.
- (3) Za povečano nevarnost šteje tudi, če nastane nezgoda pri naslednjih športnih aktivnostih:
- drsanje (hitrostno in umetnostno), gimnastika (orodna in športna), jahanje (jockey, ovire, učitelj jahanja), lahka atletika, mečevanje, odbojka, sabljanje, surfanje. Pri naštetih športnih aktivnostih predstavljajo povečano nevarnost tako športniki kot tudi trenerji, ki so registrirani člani športne organizacije. Zanje je ob povišani premiji omejeno tudi izplačilo zavarovalnin na največ 50.000 EUR za primer nezgodne smrti ter na največ 75.000 EUR za primer invalidnosti. Jamstvo za dnevno nadomestilo ter nadomestilo za bolečine pri zlomih je v teh primerih izključeno.
- Športne aktivnosti, ki ne predstavljajo povečane nevarnosti, so naslednje: golf, dresurno jahanje, jadranje, namizni tenis, plavanje, ples, veslanje, kegljanje. Zavarovalno jamstvo velja brez plačila dodatne zavarovalne premije oz. brez omejitev pri izplačilu zavarovalnin.
- (4) Zavarovanja ni mogoče skleniti za športnike, ki za svojo športno dejavnost dobivajo plačo in/ali se udeležujejo treningov oz. tekmovanj na državni ravni.
- (5) Nezgodno zavarovanje prav tako ni mogoče skleniti za športnike in/ali trenerje, ki so registrirani člani športne organizacije v naslednjih športnih aktivnostih:
- akrobatika, alpinizem (odprave, plezanje, vzpenjanje, športno plezanje ipd.), alpsko smučanje, avtomobilizem, badminton, biatlon, boks, borilne veščine (juijitsu, 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, sankanje, skoki v vodo, smučarski skoki in poleti, smučarski tek, skvoš, športi na divjih vodah (kajak, rafting ipd.), tenis.
- (6) Tiste športne aktivnosti, ki niso izrecno navedene v prejšnjih odstavkih, se smiselno razvrstijo v eno izmed naštetih skupin.
- (7) Obseg obveznosti zavarovalnice je pri zgoraj naštetih povečanih nevarnostih (ob upoštevanju sestavnih delov zavarovalne pogodbe) omejen, če o povečani nevarnosti ob sami sklenitvi zavarovalne pogodbe ni obstajal poseben dogovor, niti tak dogovor ni bil sklenjen do nastanka nezgode in zato ni bila plačana ustrezna višja premija. V tem primeru se pogodbeno dogovorjene zavarovalnine zmanjšajo v razmerju med premijo, ki je bila plačana, in premijo, ki bi morala biti plačana glede na povečano nevarnost. Če je nevarnost nastanka nezgode tako velika, da zavarovalnica nezgodnega zavarovanja ne bi sklenila, zavarovalnica ni dolžna izplačati nobene zavarovalnine, zavarovalna pogodba se z dnem obvestila o nezgodi prekine, zavarovalec pa je dolžan plačati premijo do dneva obvestila zavarovalnice o nastanku nezgode.
- (8) Če zavarovanec utрпи nezgodo kot sopotnik pri vožnji z vozilom, ki ga vozi voznik pod vplivom alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih substanc, zavarovalnica izplača zavarovalnino znižano za 50 %. Zavarovalnica zniža zavarovalnino za enak delež tudi v primerih, če se ugotovi, da zavarovanec ob nezgodi ni uporabljal zaščitne čelade ali ni bil pripet z varnostnim pasom, kot to predpisuje Zakon o varnosti cestnega prometa.
- (9) Če se zavarovanec ne drži navodil lečečega zdravnika, zavarovalnica ni obvezana na izplačilo zavarovalnine v celoti, temveč v sorazmernem deležu, glede na povečane posledice, ki so zaradi tega nastale.
- (10) V primeru, da se zavarovanec ne odloči za svetovano (npr. operativno) zdravljenje, ki bi pričakovano izboljšalo njegovo zdravstveno stanje (zmanjšalo stopnjo trajne invalidnosti), zavarovalnica prizna le 50 % ugotovljene stopnje invalidnosti in izplača le 50 % zavarovalnine za ostala dogovorjena zavarovanja.
- (11) Če so na poškodbo, nastalo zaradi nezgode, vplivala tudi obolenja, degenerativne spremembe oz. stanja ali hibe, se obveznost zavarovalnice zmanjša ustrezno deležu vpliva obolenja, degenerativne spremembe oz. stanja ali hibe.

10. KDAJ JE OBVEZNOST ZAVAROVALNICE IZKLUČENA?

- (1) Obveznost zavarovalnice ne nastane, če pride do nezgode:
- zaradi potresa;
 - zaradi vojne, vojnih operacij ali uporov;
 - v neposredni ali posredni povezavi s terorističnim dejanjem, tudi če je na nezgodo skupaj s terorističnim dejanjem vplival še kak drug vzrok ali dejanje. Šteje se, da je teroristično dejanje vsako nasilno dejanje, ki ogroža človeško življenje, premoženje oz. nepremično premoženje ali infrastrukturo, in sicer s silo, nasiljem ali grožnjo in je

izvedeno zaradi političnih, verskih, ideoloških ali podobnih namenov ter ima namen vplivati na vlado kakšne države ali ustrahovati javnost ali katerikoli njen del ali pa ima tak učinek. Za teroristično dejanje se šteje tako dejanje, ki je izvedeno samostojno, kakor tudi tisto, ki je izvedeno v povezavi s katerikoli organizacijo ali oblastjo;

- zaradi udeležbe v oboroženih akcijah;
- pri upravljanju zračnih ali vodnih plovil, motornih ali drugih vozil, brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje; šteje se, da zavarovanec ima predpisano voziško dovoljenje, kadar zaradi priprav in pri opravljanju izpita za pridobitev uradnega dovoljenja vozi pod neposrednim nadzorstvom osebe, ki po obstoječih predpisih lahko poučuje;
- ob izvajanju poklicnih dejavnosti v zvezi z vzdrževanjem in delom neposredno povezanim z zračnimi (tudi vesoljskimi) plovili;
- zaradi poskusa ali izvršitve samomora ne glede na razlog;
- zaradi tega, ker je zavarovalec, upravičenec ali zavarovanec namerno povzročil nezgodo; če pa je več upravičencev, nima zavarovalnica nobene obveznosti do tistega upravičenca, ki je namerno povzročil nezgodo;
- pri pripravi, poskusu ali izvršitvi naklepnega kaznivga dejanja, pri pobeгу ali udeležbi pri takšnem dejanju, v primeru, ko je zavarovanec ali upravičenec storilec, sostorilec, napeljevalec ali pomagač pri takih dejanjih;
- pri pretepu ali fizičnem obračunavanju, pri katerem je zavarovanec sodeloval ali ga je povzročil z verbalnim ali drugačnim izzivanjem;
- zaradi vpliva ionizirajočega sevanja, jedrskega orožja ali jedrske energije;
- zaradi uporabe drog oz. drugih psihoaktivnih substanc ali zaradi prekomerne uporabe zdravil, v nasprotju z navodili lečečega zdravnika;
- zaradi delovanja alkohola ali mamil oz. psihoaktivnih substanc na zavarovanca ob nezgodi.

Po teh pogojih se šteje, da je nezgoda nastala zaradi dokazane vzročne zveze delovanja alkohola na zavarovanca, če je zavarovanec kot voznik motornega vozila imel ob nezgodi v krvi več kot 10,855 milimolov (0,5 %) alkohola ali več kot 21,710 milimolov (1 %) ob drugih nezgodah; če je alkotest pokazal alkoholiziranost, zavarovanec pa ni poskrbel, da bi bila s krvno analizo ugotovljena stopnja njegove alkoholiziranosti, ali če je zavarovanec odklonil ali se izmaknil možnosti ugotavljanja stopnje njegove alkoholiziranosti.

Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi dokazane vzročne zveze delovanja mamil oz. psihoaktivnih substanc na zavarovanca, če se s strokovnim pregledom ugotovi prisotnost teh substanc, ali če je zavarovanec odklonil ali se izmaknil možnosti ugotavljanja prisotnosti mamil oz. psihoaktivnih substanc v njegovem organizmu.

- (2) Obveznost zavarovalnice je izključena tudi za nezgode:

- ki imajo za posledico poškodbe vratu ali vratne hrbtenice in te vrste poškodbe niso medicinsko dokumentirane najkasneje 48 ur po nezgodi;
- za katere ne obstaja uradno potrdilo o vzroku in nastanku. Za uradno potrdilo šteje policijski zapisnik, izjave prič, razen prič prvega dednega reda (izjave prič morajo biti podane pred notarjem), in zdravniško potrdilo, ki izkazuje, da je prišlo do nezgodne poškodbe.

- (3) Zavarovalnica nima obveznosti izplačila zavarovalnine, če v času nastanka zavarovalnega primera zavarovalno jamstvo ni obstajalo.

11. KDAJ JE POTREBNO PREMIJO PLAČATI IN KAKŠNE SO POSLEDICE NEPLAČILA PREMIJE?

- (1) Premija za zavarovalno leto se plača v celoti vnaprej, razen če glede načina plačevanja premije obstaja drugačen dogovor. V tem primeru je potrebno vnaprej plačati prvi obrok premije, s čimer se v skladu s 7. členom vzpostavi zavarovalno jamstvo.
- (2) Če je dogovorjeno, da se letna premija plačuje v polletnih, četrletnih ali mesečnih obrokih, pripada zavarovalnici v trenutku nastanka zavarovalnega primera celotna letna premija za tekoče zavarovalno leto. Zavarovalnica ima pravico, da ob kakršnem koli izplačilu iz navedenega zavarovanja odtegne letno premijo tekočega zavarovalnega leta in tudi zapadle obveznosti zavarovalca do zavarovalnice iz kakšnih drugih pravnih naslovov (npr. neplačane zapadle premije iz drugih zavarovalnih pogodb).
- (3) Premija se plačuje na račun zavarovalnice. Če je premija nakazana po pošti, se šteje, da je plačana ob 24.00 uri tistega dne, ko je bila plačana na pošti. Če se premija plača preko banke, se šteje, da je plačana ob 24.00 uri tistega dne, ko je bil banki izročen nalog.
- (4) Za vsak dan prekoračitve roka plačila premije lahko zavarovalnica zaračuna zakonske zamudne obresti.
- (5) Če premija ni plačana do dogovorjenega roka in tega tudi ne stori kakšna druga zainteresirana oseba, preneha zavarovalno jamstvo po 30 dneh od dneva, ko je zavarovalnica s priporočenim pismom zavarovalca obvestila o zapadlosti premije in pravnih posledicah njenega neplačila, pri čemer pa ta rok ne poteče prej kot 30 dni po zapadlosti premije.

- (6) Po izteku roka iz prejšnjega odstavka je v primeru neplačila premije razdrta tudi zavarovalna pogodba, če je zavarovalnica zavarovalca na to opozorila v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti.
- (7) Če je bilo dogovorjeno obročno plačevanje premije, pa posamezni obrok ni plačan v roku, ki je za to predviden, lahko na podlagi zahteve zavarovalnice zapade v plačilo celoletna premija. Dogovor o obročnem plačevanju premije je s tem odpovedan.
- (8) Premija, ki je bila dogovorjena za celo tekoče zavarovalno leto, pripada zavarovalnici, če je zavarovanje prenehalo pred dogovorjenim potekom zaradi izplačila zavarovalne vsote za smrt ali izplačila zavarovalnine za popolno invalidnost, kakor tudi v primeru, če je v tekočem letu nastal kakršen koli drug zavarovalni primer. V ostalih primerih prenehanja zavarovalne pogodbe pred dogovorjenim rokom pripada zavarovalnici premija samo do konca dneva, do katerega je trajalo zavarovalno jamstvo, če ni določeno drugače.

12. KAKŠNE SO POSLEDICE SPREMEMBE NEVARNOSTI MED TRAJANJEM ZAVAROVANJA?

- (1) Na podlagi zavarovalne pogodbe je zavarovalec oz. zavarovanec dolžan prijaviti spremembo rednih delovnih nalog, ki jih zavarovanec opravlja (tudi spremembo zavarovančevega poklica).
- (2) Če po preučitvi prijavljene spremembe nevarnosti zavarovalnica ugotovi, da se zaradi nje poveča nevarnost, lahko predlaga povečanje premije, če pa se je nevarnost zmanjša, ima zavarovalec pravico do zmanjšanja premije ali povečanja zavarovalni vsote. Spremenjene zavarovalne vsote in spremenjena premija veljajo od dneva spremembe delovnih nalog.
- (3) Če spremembe delovnih nalog zavarovalec oz. zavarovanec ne prijavi, ali na predlagano spremembo premije zavarovalec ne pristane v roku 14 dni, pa nastane zavarovalni primer, se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med plačano premijo in premijo, ki bi morala biti plačana.
- (4) Zavarovalec oz. zavarovanec je dolžan prijaviti zavarovalnici tudi vsako spremembo zavarovančevega stalnega ali začasnega bivališča v primeru, ko je novo stalno ali začasno bivališče izven območja države Republike Slovenije. V tem primeru obstaja polno zavarovalno jamstvo naprej le, če zavarovalnica po naznanitvi novega stalnega ali začasnega prebivališča potrdi obseg obstoječega zavarovalnega jamstva. Če novo stalno ali začasno prebivališče izven območja Republike Slovenije ni prijavljeno, ugasne zavarovalno jamstvo po zavarovalni pogodbi za vse zavarovalne primere, ki nastanejo izven območja Evropske unije.
- (5) Zavarovalec oz. zavarovanec je dolžan med trajanjem zavarovalne pogodbe prijaviti zavarovalnici nastop zavarovančeve brezposelnosti (izguba redne zaposlitve za določen ali nedoločen čas) oz. zavarovančevo upokojitvev. Zavarovalnica ima v takem primeru pravico, da predlaga spremembo zavarovalnega jamstva in spremembo premije po pogodbi. Če zavarovalec v roku 14 dni ne pristane na predlagane spremembe, se šteje, da je zavarovalna pogodba s koncem zavarovalnega leta odpovedana.
- Če nastop brezposelnosti oz. upokojitve ni bil prijavljen zavarovalnici, ali na spremembo premije zavarovalec ne pristane v roku 14 dni, pa nastane zavarovalni primer, se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med plačano premijo in premijo, ki bi morala biti plačana.

13. KAJ JE POTREBNO STORITI OB NASTOPU ZAVAROVALNEGA PRIMERA?

- (1) Zavarovalnica ne more izpolniti svojih obveznosti, ki so dogovorjene z zavarovalno pogodbo, brez sodelovanja zavarovalca, zavarovanca oz. upravičenca.
- (2) Zavarovanec je v primeru nezgode dolžan:
- takoj, ko je to mogoče (najpozneje v 48 urah po nezgodi), iti k zdravniku oz. poklicati zdravnika zaradi pregleda in nudenja pomoči;
 - nemudoma ukreniti vse potrebno za zdravljenje ter glede načina zdravljenja ravnati po zdravnikovih navodilih in nasvetih;
 - zavarovalnici pisno prijaviti nezgodo, takoj ko mu zdravstveno stanje to omogoča;
 - izpolniti obrazec zavarovalnice za prijavo nezgode;
 - v prijavi nezgode zavarovalnici podati vsa potrebna obvestila in podatke, zlasti o kraju in času, 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, o nastalih in morebitnih posledicah kakor tudi vse podatke o telesnih hibah, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je zavarovanec morebiti imel že pred nezgodo.
- (3) 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 vzrok smrti oz. obdukcijski zapisnik).
- (4) Za ugotovitev pomembnih okoliščin, ki so povezane s prijavljeno nezgodo, lahko zavarovalnica zahteva od zavarovalca, zavarovalca, upravičenca naknadna pojasnila, te osebe pa so zahtevana pojasnila dolžne dati oz. so dolžni pooblastiti zavarovalnico za pridobitev vseh potrebnih podatkov in pojasnil od katerekoli druge pravne ali fizične

osebe.

- (5) Zavarovanec oz. upravičenec se obvezuje, da bo zahtevano medicinsko dokumentacijo pridobil sam na lastne stroške in jo predložil na vpogled zdravniku cenzorju zavarovalnice.
- (6) Zavarovalnica si pridržuje pravico, da lahko zahteva dodatne preglede zavarovanca pri zdravnikih, ki jih za to pooblasti sama. Stroške teh pregledov nosi zavarovalnica.
- (7) Za povrnitev dogovorjenih stroškov je potrebno zavarovalnici predložiti originalne račune, ki jih obdrži zavarovalnica.
- (8) Dokler zavarovanec oz. upravičenec ne izpolni obveznosti določenih v tem členu, zavarovalnica ni dolžna izplačati zavarovalnine in ne pride v zamudo.

14. KAKO SE DOLOČI VIŠINA ZAVAROVALNINE?

- (1) Zavarovalnica je dolžna plačati zavarovalnino oz. povračilo stroškov samo, če nezgoda nastane med trajanjem zavarovalnega jamstva in če so bile posledice nezgode, ki predstavljajo zavarovalni primer po teh pogojih, medicinsko ugotovljene najkasneje v enem letu po nezgodi.
- (2) **Nezgodna smrt:** če zavarovanec umre zaradi nezgode v roku enega leta po nezgodi, mora upravičenec predložiti zavarovalno polico in dokazila, da je bila smrt posledica nezgode. Predložiti je potrebno tudi dokazila o plačilu premij, če zavarovalnica tako zahteva. Če oseba, ki nastopa kot upravičenec, ni kot taka izrecno navedena v zavarovalni pogodbi, mora dokazati pravico do zavarovalne vsote za primer nezgodne smrti.
- (3) **Trajna invalidnost:** če so zaradi nezgode trajno omejene zavarovančeve telesne sposobnosti, se po teh pogojih šteje, da je nastopila trajna invalidnost. Če zaradi nezgode nastopi invalidnost, mora zavarovanec predložiti zavarovalno polico, dokazilo o plačilu premij, dokazilo o okoliščinah nastanka nezgode in dokaze o ustaljenih posledicah za določitev končne stopnje trajne invalidnosti (zdravniško spričevalo o invalidnosti). Če zavarovanec umre zaradi nezgode v roku enega leta od nezgode, upravičencem ne pripada zavarovalnina iz naslova trajne invalidnosti.
- a) Končna stopnja invalidnosti se določa po Tabeli invalidnosti zaradi nezgode (v nadaljevanju: Tabela), ki je navedena v zavarovalni pogodbi. Če kakšna oblika posledice ali izgube posameznih udov ali organov v tabeli ni predvidena, določi stopnjo invalidnosti skladno s podobnimi oblikami posledic ali izgub, ki so predvidene v tabeli, zdravnik cenzor zavarovalnice. Zavarovančeve individualne sposobnosti, socialni položaj ali delovno področje (poklicna sposobnost), se pri določanju stopnje invalidnosti ne upoštevajo.
 - b) Ob izgubi ali poškodbi več udov ali organov zaradi ene ali več nezgod, se odstotki invalidnosti za vsak posamezni ud ali organ seštevajo, vendar izplača zavarovalnica za trajno invalidnost največ zavarovalnino za 100% invalidnost.
 - c) Za večkratne poškodbe na istem udu ali organu, ki zapustijo trajne posledice, lahko zavarovalnica v skupnem znesku izplača največ tisti odstotek zavarovalne vsote za invalidnost, ki je po Tabeli določen za popolno izgubo uda ali organa.
 - č) Če je bil zavarovanec invalid že pred nezgodo, se obveznost zavarovalnice določa po novi invalidnosti, neodvisno od prejšnje, razen v primeru, če zavarovanec izgubi ali poškoduje že prej poškodovan ud, organ ali sklep. V takem primeru izplača zavarovalnica le razliko med prejšnjo stopnjo invalidnosti (ki se prav tako ugotavlja po Tabeli) in novo stopnjo invalidnosti, vendar največ razliko do invalidnosti, ki je po tabeli predvidena za popolno izgubo uda ali organa oz. negibnosti sklepa, upošteva določila 8. člena 3. odstavka teh pogojev, ki se nanaša na invalidnost.
 - d) Stopnja invalidnosti se določa po končanem zdravljenju, ko se posledice poškodb ustalijo, to je, ko po zdravniški presoji ni mogoče pričakovati, da bi se stanje izboljšalo ali poslabšalo, vendar ne pred potekom enega leta po nezgodi. Če to stanje ne nastopi niti po treh letih po nezgodi, se kot končno vzame stanje ob poteku tega roka in po njem določi stopnja invalidnosti.
 - e) Dokler ni mogoče ugotoviti stopnje zavarovančeve invalidnosti, mora zavarovalnica izplačati znesek, ki nesporno ustreza odstotku invalidnosti, za katerega se lahko na podlagi zdravniške dokumentacije že tedaj ugotovi, da bo ostal trajno.
 - f) Če obstaja dvom o ustreznosti ugotovljene končne stopnje invalidnosti, lahko zavarovanec v treh letih po dnevu nezgode ob predložitvi ustrezne dokumentacije zahteva ponovno ugotovitev stopnje invalidnosti in s tem ponovno določitev višine ustrezne zavarovalnine. Pravica zahtevati naknadno ugotovitev stopnje invalidnosti po tej točki pripada tudi zavarovalnici.
 - g) Če zavarovanec umre v roku enega leta po nezgodi in vzrok smrti ni nezgoda ter je že bila ugotovljena stopnja invalidnosti, izplača zavarovalnica zavarovalnino za že ugotovljeno stopnjo invalidnosti; če stopnja invalidnosti še ni bila ugotovljena, pa zavarovalnino za tisto stopnjo invalidnosti, s katero bi morala računati na podlagi celotne zdravstvene dokumentacije.
 - h) Če zavarovanec umre zaradi iste nezgode ali iz drugega razloga po enem letu od nezgode, izplača zavarovalnica za že ugotovljeno stopnjo invalidnosti; če stopnja invalidnosti še ni bila ugotovljena,

pa zavarovalnino za tisto stopnjo invalidnosti, s katero bi morala računati na podlagi celotne zdravstvene dokumentacije.

- (4) **Dnevno nadomestilo;** če ima nezgoda za posledico zavarovančevo prehodno popolno nesposobnost za delo v okviru poklica, ki ga zavarovanec opravlja, in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo dnevnega nadomestila, izplača zavarovalnica zavarovancu to nadomestilo v dogovorjeni višini od dneva, določenega v polici (upoštevanje dogovorjene karence). Če ta dan ni določen, pa od prvega dne, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku ali v zdravstveni ustanovi, do zadnjega dne trajanja prehodne nesposobnosti za delo.
- a) Dnevno nadomestilo se izplača samo za dneve medicinsko dokumentiranega aktivnega zdravljenja po poškodbi. Dnevno nadomestilo za aktivno zdravljenje na podlagi zdravstvene dokumentacije priznava oz. določa zavarovalnica. Za aktivne dneve zdravljenja se ne šteje naslednje: medicinsko nedokumentirani dnevi aktivnega zdravljenja, dnevi čakanja na posamezno preiskavo, sprejem v bolnišnico, sprejem na operacijo in razne terapije ali druge preiskave, čas čakanja zaradi pregleda pri invalidski komisiji, čas med dnevom pregleda zaključenega aktivnega zdravljenja po poškodbi in časom planiranega pregleda v posamezni ambulanti, z namenom kontrole oz. določanja preostalih posledic po posamezni poškodbi in čas, ko zavarovanec zaradi zmanjšane delovne zmožnosti opravlja delo v skrajšanem delovnem času. Zavarovanec mora predložiti celotno medicinsko dokumentacijo, katera nedvoumno dokazuje trajanje aktivnega zdravljenja. V vseh spornih primerih zavarovalnica prizna dnevno nadomestilo izključno na podlagi mnenja zdravnika cenzorja. Dnevno nadomestilo se izplača le za čas, ko je bil zavarovanec prehodno popolnoma nesposoben za opravljanje kakršnegakoli dela.
- b) Izjemoma – glede na poklic zavarovanca – se prizna dnevno nadomestilo tudi za čas imobilizacije (mavec, longeta), če je zavarovanec med tem časom opravljal svoje redno delo.
- c) Dnevno nadomestilo se izplača največ za 200 dni prehodne nesposobnosti za delo za isti zavarovalni primer, in sicer v obdobju največ dveh let po dnevu nezgode. Če zavarovanec ob nastanku nezgode ni v rednem delavnem razmerju na podlagi pogodbe o zaposlitvi, se dnevno nadomestilo izplača za čas trajanja aktivnega zdravljenja, ki ga določi zdravnik cenzor zavarovalnice in ne more biti daljši od 60 dni prehodne nesposobnosti za delo za isti zavarovalni primer, in sicer v obdobju največ dveh let po dnevu nezgode. Dnevno nadomestilo se prizna za največ tri zavarovalne primere (nezgode) v posameznem zavarovalnem letu, vendar skupaj ne več kot 200 dni oz. skupaj ne več kot 60 dni, če zavarovanec ni v rednem delavnem razmerju.
- č) Če je bila prehodna delovna nesposobnost podaljšana zaradi katerih drugih zdravstvenih razlogov, je zavarovalnica dolžna izplačati dnevno nadomestilo samo za trajanje nesposobnosti za delo, ki je izključno posledica nezgode.
- d) Dnevno nadomestilo za zdravljenje natega vratnih mišic, zvina vratne hrbtnice in podobnih diagnoz se izplača največ za 42 dni.
- e) Dnevno nadomestilo za aktivno fizikalno terapijo po nezgodi se prizna največ za 42 dni za eno nezgodo.
- f) Ob ponovljenih enakih ali podobnih poškodbah na istih delih telesa se pri vsaki naslednji poškodbi, višina zavarovalnine iz naslova dnevnega nadomestila zmanjša za 25 %.
- g) Če je zavarovanec zaradi nezgode prehodno nesposoben za delo, mora o tem predložiti potrdilo zdravnika, ki ga je zdravil, s popolno diagnozo. To potrdilo –spričevalo – mora poleg zdravniškega izvida vsebovati tudi točne podatke o tem, kdaj se je pričel zdraviti in od katerega do katerega dne je bil nesposoben opravljati svoje redne delovne naloge in dela ter opis poteka aktivnega zdravljenja.
- h) Med obvezno dokumentacijo se šteje Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela (bolniški listi) ter v primeru izostanka od dela več kot 30 koledarskih dni tudi odločba imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. V primeru, da tega ni možno predložiti, preda zavarovalnica dokumentacijo zdravniku cenzorju, ki določi čas trajanja aktivnega zdravljenja, ki je posledica nezgode.
- (5) **Bolnišnični dan;** če je po mnenju zdravnika potrebno stacionarno bolnišnično zdravljenje zaradi nezgode in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo bolnišničnega dneva, izplača zavarovalnica zavarovalnino v odvisnosti od števila dni, preležanih v bolnišnici. Bolnišnični dan se izplača največ za 200 dni za isti zavarovalni primer, in sicer v obdobju največ dveh let po dnevu nezgode. Število dni se ugotovi na podlagi odpustnega lista, ki ga izda bolnišnica. Za stacionarno bolnišnično zdravljenje po teh pogojih se ne šteje zdravljenje v dnevni kliniki oz. bolnišnicah, v zdraviliščih, domovih za onemogle in ostarele s svojimi bolniškimi oddelki ter v zdravstvenih ustanovah in domovih za živčne in duševne bolnike ali v podobnih ustanovah.
- (6) **Stroški zdravljenja;** če je posledica nezgode okvara zavarovančevega zdravja, ki zahteva zdravniško pomoč in je po zavarovalni pogodbi dogovorjena tudi povrnitev stroškov zdravljenja, povrne zavarovalnica po predloženih dokazilih vse nujne stroške zdravljenja, vendar največ

do vsote, ki je navedena na polici.

- a) Med nujne stroške zdravljenja štejejo stroški pregledov in drugih preiskav, stroški predpisanih zdravil s strani lečečega zdravnika, stroški operativnih posegov kot 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; povrnejo pa se samo tisti stroški zdraviliškega zdravljenja, ki nastanejo v okviru tega napotila.
- b) Med stroške zdravljenja se štejejo tudi stroški za umetne ude in stroški za nakup drugih pripomočkov, če je to po presoji zdravnika nujno potrebno.
- c) Med stroške zdravljenja štejejo tudi stroški nujnega reševanja v gorah ali na vodi v višini dogovorjene zavarovalne vsote, vendar ne več kot 3.000 EUR.
- č) Stroški za zdravljenje, nabavo ali zamenjavo zob ali dela zoba so izključeni iz jamstva. Iz jamstva so izključeni tudi potni stroški.
- d) Zavarovalnica je dolžna povrniti samo tiste stroške zdravljenja, ki jih mora plačati zavarovanec sam in jih nima pravice zahtevati iz naslova obveznega ali prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ter so nastali v roku dveh let od dneva nezgode.
- (7) **Stroški kozmetičnih operacij;** če je imel zavarovanec zaradi posledic nezgode kozmetično operacijo in je po zavarovalni pogodbi dogovorjena tudi povrnitev stroškov kozmetične operacije, povrne zavarovalnica stroške operacije ter nujne stroške za nego in bivanje v bolnišnici. Stroški se povrnejo največ do višine na polici dogovorjene zavarovalne vsote. Za kozmetično operacijo velja zdravstvena obravnava, ki sledi zaključku zdravljenja in katere cilj je odpraviti skaženost - prizadetosti zunanje podobe zavarovanca, ki je posledica nezgode. Kozmetična operacija v smislu teh pogojev mora biti opravljena v roku 3 let od nezgode. Stroški za zdravljenje, nabavo ali zamenjavo zob ali dela zoba so izključeni iz jamstva.
- (8) **Nadomestilo za bolečine pri zlomih;** če se je zavarovanec zaradi medicinsko nujnega zdravljenja bolnišnično ali ambulantno zdravil zaradi popolnega zloma kosti (med popolni zlom kosti ne štejejo fisure in abrupcije kosti), ki je posledica nezgode, izplača zavarovalnica naslednje obveznosti:
- a) pri stacionarnem bolnišničnem zdravljenju (šteje se število nočitev v bolnišnici), ki traja:
- več kot 30 dni – 500 % zavarovalne vsote, dogovorjene na polici;
 - od 4 do 30 dni – 250 % zavarovalne vsote, dogovorjene na polici;
 - manj kot 4 dnevi – 100 % zavarovalne vsote, dogovorjene na polici;
- b) pri ambulantnem zdravljenju 100 % zavarovalne vsote, dogovorjene na polici.
- Zdravljenja in bivanja v zdraviliščih, dnevni kliniki oz. bolnišnicah, sanatorjih, domovih za rekreacijo in oddih, domovih za onemogle in ostarele s svojimi bolniškimi oddelki ter v zdravstvenih ustanovah in domovih za živčne in duševne bolnike ali v podobnih ustanovah ne štejejo za medicinsko nujna bolnišnična zdravljenja. Nadomestilo se izplača le enkrat na nezgodo, tudi če je posledica ene nezgode več popolnih zlomov kosti.
- (9) **Nadomestilo za operacijo;** nadomestilo se izplača zaradi medicinsko nujne operacije, ki je posledica nezgode. Vse operacije so razdeljene v 5 skupin (zelo težke, težke, srednje težke, lažje in enostavne). Višina nadomestila je odvisna od vrste operacije, in sicer zavarovalnica izplača za:
- zelo težke operacije: 200 % dogovorjene zavarovalne vsote,
 - težke operacije: 100 % dogovorjene zavarovalne vsote,
 - srednje težke operacije: 50 % dogovorjene zavarovalne vsote,
 - lažje operacije: 25 % dogovorjene zavarovalne vsote,
 - enostavne operacije: ni izplačila.
- Razvrstitev operacije v gornje vrste je razvidna iz priloge 2 k tem splošnim pogojem. Operacije, ki v prilogi niso navedene, so razvrščene med enostavne operacije, razen če jih zdravnik cenzor zavarovalnice razvrsti v eno od ostalih skupin. Zavarovalnica si pridržuje pravico, da nujnost operacije in zdravstveno stanje zavarovanca preveri zdravnik, ki ga ona imenuje. Zavarovalnica izplača dogovorjeno zavarovalnino le za operacije, do katerih pride v dveh letih od dneva nezgode in so potrebne za odpravo posledic nezgode. Zavarovalnica bo izplačala nadomestilo v tisti višini, ki je bilo dogovorjeno v trenutku nastanka nezgode, ne glede na višino nadomestila v času operacije. Če se na isti dan ali v enem postopku opravi več kot en kirurški poseg po teh pogojih, bo zavarovalnica izplačala le nadomestilo, ki pripada za poseg, ki mu pripada višje izplačilo. Upravičenec ni upravičen do nadomestila za operacijo, če zavarovanec umre v roku 15 dni po opravljeni operaciji.
- (10) **Nezgodna renta;** zavarovalnica izplačuje mesečno nezgodno rento v dogovorjeni višini, če kot posledica ene nezgode pri zavarovancu nastopi v skladu s Tabelo stopnja invalidnosti v višini 40 % ali več. Zavarovalnica prične izplačevati nezgodno rento mesečno z

naslednjim mesecem, ko je skladno s 15. členom teh pogojev ugotovljena njena obveznost in nezgodno rento mesečno izplačuje vse dokler je zavarovanec živ, vendar največ pet let. Če je izrecno tako dogovorjeno, se nezgodno rento mesečno izplačuje lahko tudi največ petnajst oz. petindvajset let. Zavarovanje za nezgodno rento s pričetkom izplačevanja mesečne rente preneha veljati.

- (1) Izplačano dnevno nadomestilo za prehodno nesposobnost za delo in morebitno povrnjeni stroški zdravljenja ne vplivajo na izplačila iz naslova nezgodne smrti in invalidnosti.
- (2) Zavarovalnica ima pravico na svoje stroške ukreniti vse potrebno za pregled zavarovanca pri zdravniku, zdravniških komisijah ali zdravstvenih ustanovah. V primeru, da zavarovanec oz. upravičenec zavarovalnici to onemogoči, je zavarovalnica prosta svojih obveznosti.

15. KAKO ZAVAROVALNICA IZPLAČA ZAVAROVALNINO?

- (1) Zavarovalnica izplača zavarovalnino zavarovancu oz. upravičencu v 14 dneh po tem, ko je prejela zadnji potrebni dokument, s katerim je v skladu s 13. in 14. členom teh pogojev nesporno dokazan obstoj in višina njene obveznosti. Vse dokler upravičenec oz. zavarovanec ne izpolni vseh obveznosti iz zavarovalne pogodbe, zavarovalnica ne more izpolniti svoje obveznosti niti ne prične teči rok iz prejšnjega stavka.
- (2) Če se zavarovalnina izplača po pošti ali banki se šteje, da je izplačilo izvršeno ob 24.00 uri tistega dne, ko je bilo na pošti ali banki potrjeno vplačilo.
- (3) Če zavarovalnica ne izvrši izplačila v navedenem roku, ima upravičenec pravico do zakonskih zamudnih obresti.

16. KDO PLAČA STROŠKE, POVEZANE Z UVELJAVLJANJEM ZAHTEVKA?

- (1) Stroške medicinske dokumentacije ter potnih in drugih stroškov ali izgub, ki jih je imel zavarovanec ali upravičenec z uveljavljanjem in dokazovanjem svojih pravic, krije upravičenec oz. zavarovanec v celoti sam.
- (2) Stroške odvetniških in drugih storitev zastopanja pri prijavljanju in ugotavljanju zavarovalnega primera krije upravičenec oz. zavarovanec v celoti sam.
- (3) Zavarovalnica povrne stroške samo za tisto medicinsko in drugo dokumentacijo, ki izhaja iz zdravniškega pregleda, na katerega je zavarovalnica zavarovanca izrecno napotila.

17. IZVEDENSKI POSTOPEK

- (1) Zavarovalnica in zavarovanec ali zavarovalec oz. upravičenec imajo pravico zahtevati, naj o določenih spornih dejstvih glede vrste in obsega posledic po nezgodi oz. glede tega, ali in v kolikšni meri je poškodba zavarovanca v vzročni zvezi z nezgodo, odločajo zdravniki izvedenci.
- (2) Enega izvedenca imenuje zavarovalnica, drugega pa nasprotna stranka. Imenovana izvedenca pred pričetkom dela imenujeta tretjega izvedenca, ki da svoje strokovno mnenje le, kadar so ugotovitve prvih dveh izvedencev različne in le v mejah njunih ugotovitev.
- (3) Vsaka stranka plača stroške izvedenca, ki ga je imenovala. Za tretjega izvedenca plača vsaka stranka polovico stroškov.

18. KDAJ SE LAHKO ODPOVE ZAVAROVALNA POGODBA?

- (1) **Odpoved pred nastopom zavarovalnega primera;** vsaka pogodbeni stranka lahko zavarovanje z nedoločenim trajanjem ali trajanjem z avtomatskim podaljševanjem odpove, če ni zavarovanje prenehalo že iz kakšnega drugega vzroka. Zavarovanje se odpove pisno, najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta. Če je zavarovanje sklenjeno za več kot 3 leta, sme po poteku tega časa vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe, s tem da to pisno sporoči drugi stranki.
- (2) **Odpoved ob nastopu zavarovalnega primera s strani zavarovalca;** zavarovalno pogodbo lahko zavarovalec brez odpovednega roka odpove v roku enega meseca od:
 - odklonitve izplačila zahtevka za izplačilo zavarovalnine s strani zavarovalnice;
 - pravomočnosti sodbe v primeru sodnega spora iz te zavarovalne pogodbe;
 - zapadlosti obveznosti zavarovalnice pri zavlačevanju izplačila zavarovalnine s strani zavarovalnice.
- (3) **Odpoved ob nastopu zavarovalnega primera s strani zavarovalnice;** Zavarovalno pogodbo lahko zavarovalnica odpove z enome-sečnim odpovednim rokom v roku enega meseca od:
 - dneva, ko pripozna utemeljenost zahtevka za izplačilo zavarovalnine;
 - dneva, ko izplača zavarovalnino;
 - dneva, ko odkloni zahtevek po izplačilo zavarovalnine, ki je bil dan z goljufivim namenom (v tem primeru lahko odpove zavarovalno pogodbo tudi brez odpovednega roka).

- (4) Do prenehanja zavarovalne pogodbe pripada zavarovalnici ustrejni del premije.

19. ZASTARANJE ZAHTEVKOV

- (1) Terjatve zavarovalca oz. upravičenca iz zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju zastarajo v treh letih, šteto od prvega dne po preteku koledarskega leta, v katerem je terjatev nastala.
- (2) Če upravičenec dokaže, da do dneva, ki je določen v prejšnjem odstavku, ni vedela, da je zavarovalni primer nastopil, začne zastaranje teči od dneva, ko je za to zvedela; v vsakem primeru pa terjatev zastara v petih letih od dneva, določenega v prejšnjem odstavku.

20. DOLOČANJE ZAVAROVALNIH UPRAVIČENCEV

- (1) Upravičenec za primer zavarovančeve smrti se določi na polici. Če ni na polici ali v posebnih ali dopolnilnih pogojih drugače dogovorjeno ali sploh ni ničesar določenega, veljajo kot upravičenci v primeru zavarovančeve smrti njegovi zakoniti dediči (upravičenost do izplačila zavarovalnine se v teh primerih izkazuje s pravomočnim sklepom sodišča o dedovanju).
- (2) Za primer invalidnosti, predhodne nesposobnosti za delo in ostala dogovorjena nadomestila je upravičenec zavarovanec sam, razen če ni drugače dogovorjeno.
- (3) Če je upravičenec mladoletna oseba, se zavarovalna vsota oz. povračilo stroškov izplača njegovim staršem oz. skrbniku. Zavarovalnica lahko zahteva od teh oseb, da za ta namen predložijo pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa.
- (4) Do povrnitve stroškov je upravičen, če ni drugače dogovorjeno, predlagatelj računov.

21. VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

- (1) Zavarovalec oz. zavarovanec v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov in zakonom, ki ureja zavarovalništvo, s svojim podpisom na ponudbi potrjuje, da soglaša z obdelavo svojih osebnih podatkov (imena in priimka, naslova stalnega in začasnega prebivališča, telefonske številke, naslova elektronske pošte, davčne številke, enotne matične številke ter vseh drugih osebnih podatkov, posredovanih v zavarovalni dokumentaciji) za namene pogajanj pred sklenitvijo, sklenitve in izvajanja zavarovalne pogodbe z zavarovalnico. Zavarovalec oz. zavarovanec soglaša in pooblašča zavarovalnico oz. katerokoli drugo osebo, ki pridobi pravice iz zavarovalne pogodbe, da pri pristojnih državnih organih ali drugih institucijah opravi proizvodbe o naslovu bivališča, zaposlitve, premoženjskem stanju in prejemkih, ter jih uporabi, če je to za izvajanje pogodbe potrebno. Zavarovalec oz. zavarovanec dovoljuje zavarovalnici oz. katerikoli drugi osebi, ki pridobi pravice iz zavarovalne pogodbe, posredovanje in zbiranje podatkov o morebitnem neizpolnjevanju njegovih obveznosti iz zavarovalne pogodbe tudi drugim finančnim ustanovam.
Zavarovalec oz. zavarovanec prav tako do preklica soglaša z obdelavo svojih, v nadaljevanju navedenih, osebnih podatkov za vzorčenje, anketiranje, prilagajanje ponudbe, raziskave trga, obveščanje o ponudbi, dogodkih in ugodnostih ter ugotavljanje uporabe storitev zavarovalnice in/ali njenih povezanih oseb (neposredno trženje) prek lastnih prodajnih poti, povezanih oseb ali zavarovalnih zastopnikov oz. posrednikov. V slednjem primeru bo lahko zavarovalnica oz. upravljavec osebnih podatkov tem osebam za te namene posredovala osebne podatke zavarovalca oz. zavarovanca (ime in priimek, naslov stalnega in začasnega prebivališča, telefonske številke, naslov elektronske pošte in druge podatke za doseg te namenov). Zavarovalec oz. zavarovanec je obveščen o pravici pri upravljavcu ali uporabniku osebnih podatkov zahtevati vpogled, prepis, kopiranje, dopolnitev, popravek, blokiranje ali izbris svojih osebnih podatkov ter o pravici do začasnega ali trajnega prenehanja uporabe svojih osebnih podatkov za namene neposrednega trženja.
Zavarovalec oz. zavarovanec lahko dovoljenje za uporabo osebnih podatkov za namene neposrednega trženja kadarkoli prekliče s pisno zahtevo poslano na naslov: GENERALI zavarovalnica d.d. Ljubljana, Kržičeva ulica 3, 1000 Ljubljana.
Navedeni osebni podatki se bodo uporabljali le v času zavarovanja in z namenom obveščanja zavarovalca oz. zavarovanca o novostih in ponudbah zavarovalnice.
- (2) Zavarovalnica se obvezuje, da bo zdravstvene podatke kot vse druge osebne podatke, varovala v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov, Zakonom o zavarovalništvu in Zakonom o zdravstveni dejavnosti.

22. PREPREČEVANJE PRANJE DENARJA IN FINANCIRANJA TERORIZMA

- Zavarovalec oz. zavarovanec je seznanjen s tem, da sta lahko sklenitev in/ali izvajanje zavarovalne pogodbe predmet urejanja predpisov o preprečevanju pranja denarja in financiranja terorizma, v zvezi s čimer
- (a) je dolžan zavarovalnici na njen poziv predložiti morebitne nadaljnje

podatke (npr. o izvoru sredstev in premoženja, ki so/bodo predmet transakcij v zvezi z zavarovalno pogodbo),

(b) lahko nastanejo pravne posledice glede veljavnosti zavarovalne pogodbe, zavarovalnega kritja in izplačila zavarovalnine.

Zavarovalnica ni odgovorna za škodo, ki bi nastala zavarovalcu, zavarovancu ali upravičencu iz zavarovalne pogodbe zaradi izvajanja prej navedenih predpisov.

23. OBVEŠČANJE TER POŠILJANJE IZJAV V ZVEZI Z ZAVAROVALNO POGODBO

- (1) Izjave, za katere ima zavarovalnica predvidene posebne obrazce, so veljavne tudi, če so podane pisno in vsebujejo podatke, ki so za tovrstne izjave zahtevani z obrazcem zavarovalnice, ter je opravljena identifikacija izjavitelja.
- (2) Zavarovalnica vsa pisna obvestila zavarovalcu pošilja na naslov, ki ji ga je ta pisno sporočil. Zavarovalnica pisna obvestila pošilja bodisi z navadno pošto bodisi s priporočeno pošto pošiljko, pri čemer je izbira o tem na strani zavarovalnice.
- (3) Vse izjave zavarovalnice so veljavne le, če so podane v pisni obliki. Izjave in druga obvestila zavarovalnica pošilja na naslov, ki ji je bil s strani zavarovalca nazadnje sporočen. Vsako spremembo naslova bivališča (stalno, začasno, za vročanje poštnih pošiljk) je zavarovalec dolžan zavarovalnici sporočiti najkasneje v roku osmih dni od spremembe. Če tega ne stori, poštno pošiljke pa ni mogoče zavarovalcu vročiti na zadnji sporočeni naslov, lahko zavarovalnica izjave in druga obvestila pošlje na naslov zavarovalca, ki je naveden v Centralnem registru prebivalstva. Opustitev dolžnosti sporočanja spremembe naslova ima lahko za posledico škodo, ki jo je v takem primeru zavarovalec dolžan povrniti zavarovalnici skladno s pravili odškodninskega prava.
- (4) Če se zavarovalec preseli izven Evropske unije, mora zavarovalnici sporočiti ime osebe v Sloveniji, ki je pooblaščen za sprejemanje izjav zavarovalnice.

24. INDEKSACIJA

- (1) Če se je zavarovalec odločil za indeksno klavzulo, se zavarovalne vsote enkrat letno povišajo za 3 %, prvič v začetku drugega zavarovalnega leta. Pri tem se bodo zavarovalne vsote za nezgodno smrt in invalidnost zaokrožile navzgor na 100 EUR natančno, za nadomestilo za bolečine pri zlomih in nadomestilo za operacijo navzgor na 1 EUR natančno, ostala zavarovanja bodo ostala nespremenjena. V istem razmerju se zvišajo tudi pripadajoče premije.
- (2) Če so v zavarovalni pogodbi navedene kakršne koli omejitve glede izplačila najvišje zavarovalnine, le-te ostanejo nespremenjene.
- (3) Indeksacijo lahko zavarovalec ali zavarovalnica kadarkoli pisno odpove vsaj tri mesece pred iztekom zavarovalnega leta.

25. POPUSTI

V primeru, da je na polici priznan popust na sklenjeno življenjsko ali stanovanjsko zavarovanje in življenjsko oz. stanovanjsko zavarovanje preneha veljati, se naslednji mesec po prekinitvi življenjskega oz. stanovanjskega zavarovanja, ne glede na razlog prekinitve, ukine popust za nezgodno zavarovanje, zavarovalec pa je dolžan plačevati višjo premijo (brez omenjenega popusta).

V primeru, da je na polici priznan popust na število zavarovancev, pa se število zavarovancev med trajanjem zavarovanja spremeni, se z naslednjim mesecem po spremembi števila zavarovancev ustrezno spremeni tudi višina priznanega popusta.

26. MIROVANJE

Mirovanje zavarovanja po teh pogojih ni mogoče.

27. POSTOPEK V PRIMERU SPORA

- (1) Zoper odločitev in postopke zavarovalnice je dovoljena pritožba v skladu s pravilnikom o notranjem postopku za reševanje pritožb v zavarovalnici.
- (2) V primeru nestrinjanja z dokončno odločitvijo o pritožbi v notranjem pritožbenem postopku zavarovalnice ali če zavarovalnica o pritožbi ne odloči v 30 dneh po prejemu, ima stranka možnost vložiti pritožbo na Varuha dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu pri Slovenskem zavarovalnem združenju, GIZ, Železna cesta 14, Ljubljana, vložiti tožbo pri stvarno in krajevno pristojnem sodišču ali pa s pobudo začeti mediacijski postopek pri Mediacijskem centru pri Slovenskem zavarovalnem združenju, GIZ, Železna cesta 14, Ljubljana, ki ga GENERALI d.d. priznava tudi kot pristojnega izvajalca izvensodnega reševanja potrošniških sporov po postopku in na način, ki ga določa Pravilnik o postopku mediacij v domačih in čezmejnih potrošniških sporih (kontaktni podatki v zadevah potrošniških sporov: e-naslov irps@zav-zdruzenje.si, telefonska številka 00386 1 3009381, spletna stran www.zav-zdruzenje.si/izvensodno-resevanje-potrosniskih-sporov).

28. DAJATVE

Vrsta in višina dajatev je odvisna od veljavne zakonodaje:

Davek od prometa zavarovalnih poslov

- (1) Davek od prometa zavarovalnih poslov se plačuje po stopnji 8,5 % od zavarovalne premije. Zavarovanja, ki so sklenjena za dobo najmanj 10 let, so oproščena plačila tega davka.
- (2) V primeru, da se davčna zakonodaja spremeni, bo zavarovalnica predpisane davke obračunala v skladu z veljavno zakonodajo.

29. ZAKLJUČNE DOLOČBE

- (1) Za sklenjeno zavarovalno pogodbo se ne glede na državljanstvo zavarovalca uporablja slovenska zakonodaja, predvsem določila Obligacijskega zakonika (OZ) in Zakona o zavarovalništvu (ZZavar-1).
- (2) Za nadzor nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (3) Zavarovalec se zavezuje, da bo sodeloval z zavarovalnico v postopkih, določenih predpisi s področja davkov ter preprečevanja pranja denarja in financiranje terorizma.
- (4) Zavarovalnica ne zagotavlja zavarovalnega jamstva in zato nima obveznosti iz zavarovalne pogodbe, v primeru, če bi takšno izplačilo izpostavilo zavarovalnico kakršnim koli sankcijam, prepovedim ali omejitvam na podlagi resolucij Združenih narodov ali trgovinskim ali ekonomskim sankcijam, kršitvam zakonov ali predpisov Evropske Unije, Združenega kraljestva ali Združenih držav Amerike.
- (5) Zavarovalec je dolžan nemudoma sporočiti zavarovalnici vsako spremembo osebnih podatkov.

PRILOGA 1

Progresivna invalidnost 540%

St. inv. v %	Obveznost zavarovalnice v % od zav. vsote za inv.	St. inv. v %	Obveznost zavarovalnice v % od zav. vsote za inv.	St. inv. v %	Obveznost zavarovalnice v % od zav. vsote za inv.	St. inv. v %	Obveznost zavarovalnice v % od zav. vsote za inv.
1	1	26	26	51	150	76	250
2	2	27	27	52	150	77	250
3	3	28	28	53	150	78	250
4	4	29	29	54	150	79	250
5	5	30	30	55	150	80	250
6	6	31	31	56	150	81	255
7	7	32	32	57	150	82	260
8	8	33	33	58	150	83	265
9	9	34	34	59	150	84	270
10	10	35	35	60	200	85	275
11	11	36	36	61	200	86	280
12	12	37	37	62	200	87	285
13	13	38	38	63	200	88	290
14	14	39	39	64	200	89	295
15	15	40	70	65	200	90	300
16	16	41	70	66	200	91	305
17	17	42	70	67	200	92	310
18	18	43	70	68	200	93	315
19	19	44	70	69	200	94	320
20	20	45	100	70	250	95	325
21	21	46	100	71	250	96	368
22	22	47	100	72	250	97	411
23	23	48	100	73	250	98	454
24	24	49	100	74	250	99	497
25	25	50	150	75	250	100	540

PRIMER IZRAČUNA:

Pri zavarovalni vsoti za nezgodno invalidnost 50.000 EUR, bi zavarovalnica izplačala zavarovalnino v višini:

- pri progresivni invalidnosti 540 %

pri ugotovljeni stopnji invalidnosti	% osnovne zav. vsote	zavarovalnina
75%	250%	125.000 EUR
45%	100%	50.000 EUR
25%	25%	12.500 EUR

PRILOGA 2

VRSTE OPERACIJ

Zelo težke operacije:

ŠT.	VRSTA OPERACIJE
1.	odstranitev intrakranialnega hematoma
2.	kirurško zdravljenje impresijskega zloma lobanje
3.	kirurška odstranitev tumorja/hematoma osrčnika
4.	vstavitve popolne kolčne endoproteze
5.	vstavitve kolenske endoproteze
6.	transplantacija srca
7.	transplantacija pljuč
8.	kirurško zdravljenje korenin spinalnih živcev v spinalnem kanalu

Težke operacije:

ŠT.	VRSTA OPERACIJE
1.	kompletna kolektomija (odstranitev debelega črevesa)
2.	vstavitve popolne ramenske endoproteze
3.	odstranitev očesa
4.	odstranitev šarenice
5.	vitrektomija
6.	popolna laringektomija (odstranitev grla)
7.	stegenska amputacija

Srednje težke operacije:

ŠT.	VRSTA OPERACIJE
1.	odstranitev strdka iz stegenske arterije
2.	splenektomija (odstranitev vranice)
3.	delna gastrektomija (odstranitev želodca)
4.	operacija dimeljske kile
5.	šivanje očesne veznice
6.	osteosinteza stegenice z žeblijem
7.	rekonstrukcija (obnovitev) sklepnih vezi
8.	šivanje živcev

Lažje operacije:

ŠT.	VRSTA OPERACIJE
1.	odstranitev leče
2.	implantacija leče
3.	operativna korekcija bobniča
4.	odprta kirurška korekcija zloma obraznih kosti
5.	šivanje stranskih gleženjskih vezi
6.	operativno zdravljenje rupture Ahilove tetive
7.	amputacija prsta
8.	transkutana oskrba kostnih zlomov
9.	kirurgija tuberkuluma

Enostavne operacije kot so:

ŠT.	VRSTA OPERACIJE
1.	diagnostična artroskopija
2.	rekonstrukcija zloma nosu
3.	kirurška odstranitev zoba
4.	miringotomija (prerez bobniča)
5.	oskrba nosne krvavitve z adstringentnim sredstvom
6.	odstranitev osteosintetskega materiala
7.	šivanje kože
8.	odstranitev tujka roženice
9.	površinska oskrba rane
10.	intraartikularna injekcija (dajanje zdravila v sklep)
11.	transfuzija
12.	konzervativna oskrba zloma podlahtnice (brez kirurškega posega)
13.	in ostale operacije, ki niso razvrščene med zelo težke, težke, srednje težke ali lažje operacije

Pogoji skupaj s prilogami so bili sprejeti s strani uprave zavarovalnice na seji dne 24.08.2017 in veljajo od 10.09.2017 dalje.