

Nezgodno zavarovanje



Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

Zavarovalnica: GRAWE zavarovalnica d. d.

Ime produkta: GRAWE NEZGODA

Ta dokument podaja kratek pregled zavarovanja in ne vsebuje podrobnih in popolnih podatkov o zavarovanju ter ni prilagojen vašim individualnim potrebam. Popolne predpogodbene in pogodbene informacije o zavarovanju so na voljo v drugih dokumentih (v zavarovalnih pogojih, na zavarovalni polici, ponudbi ali drugih dokumentih, ki jih prejmete pred ali po sklenitvi zavarovanja). Prosimo, da natančno preberete vso dokumentacijo, da boste z zavarovanjem seznanjeni v celoti.

Za kakšno vrsto zavarovanja gre?

Gre za nezgodno zavarovanje, ki je namenjeno zavarovanju tveganj, ki se zgodijo kot posledica nezgode. Nezgoda je enkratna, nenaden in negotov dogodek, neodvisen od volje zavarovanca, ki deluje od zunaj na zavarovančevo telo in ima za posledico njegovo smrt, invalidnost ali prehodno nesposobnost za delo.



Kaj je zavarovano?

Zavarovanje lahko nudi naslednja kritja glede na vaš izbor:

- ✓ invalidnost,
- ✓ nezgodna smrt,
- ✓ bolnišnična dnevnicna,
- ✓ dnevno nadomestilo,
- ✓ nadomestilo za bolečine,
- ✓ nezgodna renta,
- ✓ SOS nezgoda,
- ✓ storitev domače nege, čiščenja stanovanja, oskrba s hrano, varstvo otrok,
- ✓ psihološko svetovanje po nezgodi,
- ✓ obisk zavarovanca po nezgodi v domovini,
- ✓ kritje transportnih stroškov za prevoz otrok,
- ✓ kritje stroškov za učno pomoč,
- ✓ zavarovalna kritja in zavarovalne vsote se določijo v zavarovalni pogodbi.



Kaj ni zavarovano?

Zavarovalno kritje ne velja za dogodke če gre za:

- ✗ bolezni ali poškodbe, ki so nastopile pred sklenitvijo zavarovanja ali po poteku zavarovanja,
- ✗ bolezni ali nalezljive bolezni kot posledica nezgode,
- ✗ predmete (npr. očala, oblačila, denar itd.) in ostalo premoženje (stanovanjske lastnine, avtomobil, kolo itd.),
- ✗ zdravljenje v rehabilitacijskih centrih, domovih za ostarele, sanatorijih ter ustanovah, ki se omejujejo na posamezne zdravstvene ali alternativne metode zdravljenja.
- ✗ tvegane poklice (npr. rudar, akrobat, profesionalni športnik itd.) in ukvarjanje z nevarnimi športnimi dejavnostmi (npr. bungee jumping, ekstremno plezanje, potapljanje pod 40 metrov globine itd.).



Ali je kritje omejeno?

- ! Zavarovalnina se plača samo za posledice, ki so nastale zaradi nezgode,
- ! odbije se predhodna invalidnost pri ugotavljanju stopnje trajne invalidnosti,
- ! duševne motnje (nevroze, psihonevroze) ne veljajo za posledice nezgode,
- ! nezgode, ki so nastale kot posledica vpliv alkohola ali delovanja drog, psihoaktivnih zdravil in drugih psihoaktivnih snovi,
- ! omejitve z zavarovalno vsoto,
- ! zavarujejo se lahko osebe med 15. in 80. letom starosti,
- ! nezgodno zavarovanje otrok se lahko sklene do 14. leta starosti.



Kje velja zavarovanje?

- ✓ Zavarovanje velja po celem svetu.



Kakšne so moje obveznosti?

- Natančno in dosledno izpolnite zavarovalno ponudbo ter resnično odgovoriti na vprašanja o zdravstvenem stanju.
- Zavarovalno premijo morate plačati pravočasno in v celoti.
- V primeru spremembe poklica je potrebno to čimprej javiti, da lahko prilagodimo zavarovalno pogodbo.
- V primeru nezgode je potreben čimprejšnji obisk zdravnika in prijava na zavarovalnico o nastali nezgodi.
- Obveščajte nas o vseh spremembah osebnih podatkov oziroma drugih podatkov, ki so pomembni za izvajanje zavarovanja.



Kdaj in kako plačam?

Prvo premijo morate plačati ob sklenitvi zavarovalne ponudbe. Premije so, v kolikor ni izrecno drugače navedeno, izražene v letnih zneskih. Zavarovalna premija se plačuje za vsako tekočo zavarovalno dobo (obdobje 1 leta) vnaprej. Premijo je mogoče z doplačilom plačevati obročno, in sicer s polletnimi, četrletnimi in mesečnimi obroki.



Kdaj zavarovanje začne in kdaj neha veljati?

Datum začetka in datum poteka zavarovanja sta navedena na polici. Če znaša ta čas najmanj eno leto, se šteje, da je zavarovalna pogodba vedno znova podaljšana za dobo enega leta, v kolikor je katera od pogodbenih strank pisno ne odpove najpozneje 3 mesece pred iztekom pogodbe.



Kako lahko odstopim od pogodbe?

Če je zavarovanje sklenjeno za več kot tri leta, sme po preteku tega časa vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe s tem, da to pisno sporoči drugi stranki.

SPLOŠNI POGOJI NEZGODNEGA ZAVAROVANJA (AUVB 2021)

Vsebina:

1. člen Predmet zavarovanja
2. člen Zavarovalni primer
3. člen Krajevna veljavnost
4. člen Časovna veljavnost
5. člen Začetek zavarovalnega kritja
6. člen Pojem nezgode
7. člen Trajna invalidnost in nezgodna renta
8. člen Primer nezgodne smrti in smrti zaradi bolezni
9. člen Dnevno nadomestilo
10. člen Bolnišnična dnevnic in nadomestilo za bolečine
11. člen Stroški nezgode
12. člen Otroška paraliza, klopni meningitis, limfna borelijoza
13. člen Dodatna nadomestila
14. člen Zapadlost zavarovalnine in zastaranje
15. člen Postopek v primeru nesoglasja (zdravniška komisija)
16. člen Osebe, ki ne morejo biti zavarovane
17. člen Izključitve
18. člen Omejitve zavarovalnega kritja
19. člen Zapadlost premije, kombinirano zavarovanje, plačevanje premije, začetek in konec zavarovalnega kritja, zamuda pri plačevanju premije
20. člen Prijava okoliščin, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in obveščanje o spremembah nevarnosti
21. člen Obveznosti ob nezgodi
22. člen Zavarovalna pogodba, sklepanje zavarovanja, trajanje pogodbe, zavarovalna doba
23. člen Odpoved zavarovalne pogodbe
24. člen Obveznosti drugih oseb, udeleženih v zavarovalni pogodbi
25. člen Izvensodno reševanje sporov
26. člen Način obveščanja

Izrazi v teh pogojih pomenijo:

- zavarovalnica: GRAWE zavarovalnica d. d.
zavarovanec: oseba, ki je zavarovana
zavarovalec: oseba, ki sklepa zavarovalno pogodbo
polica: listina o zavarovalni pogodbi
premija: znesek, ki ga zavarovalec plača zavarovalnici po zavarovalni pogodbi
zavarovalnina: znesek, ki ga zavarovalnica plača po zavarovalni pogodbi

1. člen Predmet zavarovanja

1. Zavarovalnica daje zavarovalno kritje za primer nastopa zavarovalnega primera.
2. Vrste obveznosti zavarovalnice, ki jih je mogoče dogovoriti oziroma zavarovati, so navedene v 7., 8., 9., 10. in 11. členu teh pogojev. V zavarovalni polici so navedene dogovorjene vrste obveznosti zavarovalnice in zavarovalne vsote.

2. člen Zavarovalni primer

1. Za zavarovalni primer se šteje nastop nezgode (6. člen).

3. člen Krajevna veljavnost

1. Zavarovalno kritje velja po vsem svetu.

4. člen Časovna veljavnost

1. Zavarovane so nezgode, ki se zgodijo v času učinkovanja zavarovalne pogodbe (obstoj zavarovalnega kritja) v smislu vsakokrat veljavnih zakonskih določb.

5. člen Začetek zavarovalnega kritja

1. Zavarovalno kritje se začne ob 0:00 uri tistega dne, ki je v zavarovalni pogodbi določen kot začetek zavarovanja, če je do tega dne plačana prva premija, sicer pa po izteku 24. ure tistega dne, ko je plačana prva premija. Dogovor o plačilu premije na podlagi računa ali drugega dokumenta, kjer se običajno določi rok plačila, se pri plačilu prve premije šteje za dogovor o tem, da je treba premijo plačati ob sklenitvi zavarovalne pogodbe.

6. člen Pojem nezgode

1. Nezgoda je od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje nenadno od zunaj, mehansko ali kemično na zavarovančevo telo, in ima za posledico popolno ali delno trajno invalidnost, prehodno delovno nesposobnost ali smrt.
2. Pri bolezensko pogojenih vplivih se smiselno uporabljata 2. in 3. točka 18. člena teh pogojev.
3. Za nezgodo se ne štejejo bolezni ali nalezljive bolezni kot posledica nezgode. To ne velja za otroško paralizo, klopni meningitis in limfno borelijozo, ki ju povzroči ugriz klopa (vse v okviru določb 12. člena teh pogojev), kakor tudi ne za tetanus in steklino, če nastaneta zaradi nezgode, skladne s 1. točko tega člena.
4. Zavarovalno kritje velja za nezgode, ki jih zavarovanec doživi kot potnik motornega letala, registriranega za prevoz potnikov.

Za potnika se šteje oseba, ki ni član posadke motornega letala, in oseba, ki s pomočjo letala ne opravlja poklicne dejavnosti.

7. člen Trajna invalidnost in nezgodna renta

1. Zavarovalnica izplača zavarovalnino iz naslova trajne invalidnosti samo v primeru, če:
 - je zaradi posledic nezgode zavarovancu trajno zmanjšana telesna ali duševna sposobnost in
 - je invalidnost nastopila v roku enega leta od nezgode ter je s strani zdravnika pisno potrjena in z zavarovalnice priznana. Invalidnost mora biti potrjena z objektivnimi medicinskimi preiskavami kot na primer: rentgensko slikanje, magnetna resonanca, računalniška tomografija, ...

V kolikor sta oba pogoja izpolnjena, se izplača stopnji trajne invalidnosti ustrezen znesek zavarovalne vsote za trajno invalidnost v skladu z dogovorjeno vrsto zavarovanja.

Za plačilno obveznost zavarovalnice je odločilno, da invalidnost nastopi v prvem letu od nezgode.

Zavarovalnica ne izplača nadomestila za primer trajne invalidnosti, če zavarovanec v roku enega leta od dneva nezgode zaradi posledic te nezgode umre.

2. Zavarovalnina za primer invalidnosti se plača kot enkratni denarni znesek.

3. Stopnje trajne invalidnosti.

Za ugotavljanje stopnje trajne invalidnosti veljajo naslednja določila:

3.1 Stopnja trajne invalidnosti znaša v primeru popolne izgube ali popolne funkcionalne nezmožnosti:

- roke 70 %
- palca 20 %
- kazalca 10 %
- drugih prstov 5 %
- noge 70 %
- palca na nogi 5 %
- drugih prstov na nogi 2 %
- vida obeh očes 100 %
- vida enega očesa 35 %
 - o v kolikor je vid drugega očesa izgubljen že pred nastopom zavarovalnega primera 65 %
- sluha obeh ušes 60 %
- sluha enega ušesa 30 %
 - o v kolikor je sluh drugega ušesa izgubljen že pred nastopom zavarovalnega primera 45 %
- vonja 10 %
- okusa 5 %
- vranice 10 %
- glasu 30 %
- ledvice 20 %
 - o v kolikor je bila ena ledvica poškodovana že pred nastopom zavarovalnega primera oziroma če sta bili zaradi nastopa zavarovalnega primera poškodovani obe ledvici, se za določitev stopnje trajne invalidnosti uporabijo določila 3.3 točke tega člena.

3.2 Pri delni izgubi ali delni funkcionalni nezmožnosti omenjenih delov telesa, organov ali čutil se določila točke 3.1 uporabljajo sorazmerno s stopnjo izgube ali funkcionalne nezmožnosti.

3.3 Če stopnje trajne invalidnosti ni mogoče določiti v skladu s točko 3.1. oziroma 3.2., je za ugotovitev stopnje trajne invalidnosti odločilno, v kolikšni meri so iz medicinsko-strokovnega stališča zmanjšane fizične ali psihične funkcije zavarovanca. V kolikor je pred nastopom zavarovalnega primera že obstajala predhodna invalidnost, se ugotovljena stopnja trajne invalidnosti zmanjša za to predhodno invalidnost.

3.4 V kolikor je zaradi istega zavarovalnega primera poškodovanih več delov telesa ali organov, se odstotki trajne invalidnosti seštevajo. Skupna stopnja trajne invalidnosti ne more presegati 100 %.

4. Pred potekom enega leta od nezgode se izplača zavarovalnina samo, če je možno po zdravniški presoji nedvoumno in točno določiti vrsto in obseg posledic nezgode (trajno invalidnost).

5. V kolikor stopnje trajne invalidnosti ni mogoče nedvoumno in dokončno določiti, ima zavarovanec, kakor tudi zavarovalnica, pravico stopnjo invalidnosti letno ponovno zdravniško oceniti, vendar največ 4 leta od dneva nezgode.

6. Višina zavarovalnine se določa v skladu z izbrano vrsto zavarovanja.

6.1 Trajna invalidnost z linearnim izplačilom

Višina zavarovalnine ustreza stopnji trajne invalidnosti.

6.2 Trajna invalidnost s progresivnim izplačilom do 300 %.

Višina zavarovalnine se izplača v skladu s tabelo (Progresivno izplačilo), tako da se pri določenih stopnjah trajne invalidnosti izplača višji odstotek zavarovalne vsote.

7. Če je zaradi posledic ene same nezgode ugotovljena stopnja trajne invalidnosti 50 % ali več, se ne glede na starost zavarovanca izplača v zavarovalni polici dogovorjena mesečna nezgodna renta za obdobje 20 let.

Če je ugotovljena stopnja trajne invalidnosti manj kot 50 %, zavarovanec iz tega naslova ni upravičen do izplačila rente.

Nezgodna renta se ne izplača v primeru, če je trajna invalidnost nastala kot posledica klopnega meningitisa in/ali limfne borelioze.

8. Izplačilo po polici dogovorjene nezgodne rente se plačuje za nazaj, in sicer s prvim dnevom v mesecu, ki sledi mesecu dneva nezgode. Konča se z zaključkom 20 letnega obdobja rentnega izplačevanja ali ob smrti zavarovanca, če le-ta nastopi pred iztekom 20 letnega obdobja.

9. V primeru smrti zavarovanca v prvem letu od nezgode zavarovalnica garantira izplačilo najmanj 12 mesečnih nezgodnih rent. Izplačilo se izplača zakonitim

dedičem. Do izplačila ne pride v primeru, če zavarovanec umre v prvem mesecu po nastali nezgodi.

10. Izključitve

10.1 Z začetkom izplačevanja nezgodne rente preneha vsako nadaljnje kritje za nezgodno rento.

10.2 Ko zavarovanec dopolni 75 let, samodejno preneha zavarovano kritje za nezgodno rento ob naslednjem datumu glavne zapadlosti.

S prenehanjem zavarovalnega kritja v skladu s točkama 10.1 in 10.2 preneha obveznost plačila premije za nezgodno rento. Navedeno nima vpliva na stanje drugih zavarovalnih kritij nezgodnega zavarovanja.

Tabela: Progresivno izplačilo

Pri %	Vrednost %	Pri %	Vrednost %	Pri %	Vrednost %	Pri %	Vrednost %
1 %	1 %	26 %	26 %	51 %	52 %	76 %	180 %
2 %	2 %	27 %	27 %	52 %	54 %	77 %	185 %
3 %	3 %	28 %	28 %	53 %	56 %	78 %	190 %
4 %	4 %	29 %	29 %	54 %	58 %	79 %	195 %
5 %	5 %	30 %	30 %	55 %	60 %	80 %	200 %
6 %	6 %	31 %	31 %	56 %	62 %	81 %	205 %
7 %	7 %	32 %	32 %	57 %	64 %	82 %	210 %
8 %	8 %	33 %	33 %	58 %	66 %	83 %	215 %
9 %	9 %	34 %	34 %	59 %	68 %	84 %	220 %
10 %	10 %	35 %	35 %	60 %	70 %	85 %	225 %
11 %	11 %	36 %	36 %	61 %	72 %	86 %	230 %
12 %	12 %	37 %	37 %	62 %	74 %	87 %	235 %
13 %	13 %	38 %	38 %	63 %	76 %	88 %	240 %
14 %	14 %	39 %	39 %	64 %	78 %	89 %	245 %
15 %	15 %	40 %	40 %	65 %	80 %	90 %	300 %
16 %	16 %	41 %	41 %	66 %	82 %	91 %	300 %
17 %	17 %	42 %	42 %	67 %	84 %	92 %	300 %
18 %	18 %	43 %	43 %	68 %	86 %	93 %	300 %
19 %	19 %	44 %	44 %	69 %	88 %	94 %	300 %
20 %	20 %	45 %	45 %	70 %	90 %	95 %	300 %
21 %	21 %	46 %	46 %	71 %	92 %	96 %	300 %
22 %	22 %	47 %	47 %	72 %	94 %	97 %	300 %
23 %	23 %	48 %	48 %	73 %	96 %	98 %	300 %
24 %	24 %	49 %	49 %	74 %	98 %	99 %	300 %
25 %	25 %	50 %	50 %	75 %	100 %	100 %	300 %

Razlaga:

Pri % = Stopnja trajne invalidnosti v %.

Vrednost % = Višina zavarovalnine v %, od zavarovalne vsote za invalidnost.

8. člen

Primer nezgodne smrti in smrti zaradi bolezni

1. V kolikor zavarovanec v roku enega leta od dneva nezgode zaradi posledic nezgode umre, se izplača zavarovalna vsota za primer nezgodne smrti.
2. V zavarovalnino za primer nezgodne smrti se vštejejo vsa izplačila za primer trajne invalidnosti zaradi iste nezgode. V primeru preplačila iz naslova trajne invalidnosti zavarovalnica ni upravičena zahtevati vračila preveč plačane zavarovalnine.
3. V primeru smrti zavarovanca zaradi bolezni v prvih 6-ih mesecih od začetka zavarovanja je izključeno izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote iz naslova kritja smrti zaradi bolezni upravičencem po zavarovalni pogodbi.
4. Po izteku roka iz tretje točke tega člena se zavarovalna vsota izplača upravičencem po zavarovalni pogodbi.
5. V primeru smrti zavarovanca zaradi bolezni v starosti več kot 65 let se upravičencem izplača 50 % dogovorjene zavarovalne vsote.
6. Iz naslova kritja smrti zaradi bolezni je izključeno izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote, kadar nastopi smrt zavarovanca kot neposredna ali posredna posledica bolezni, ki je bila zavarovancu diagnosticirana pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe.
7. Osebe, ki še niso stare 14 let, in osebe, ki jim je bila popolnoma odvzeta poslovna sposobnost skladno z 971. členom Obligacijskega zakonika, ne morejo biti zavarovane za primer smrti.

9. člen

Dnevno nadomestilo

1. Dnevno nadomestilo se pri trajni ali prehodni invalidnosti izplača za dneve popolne delovne nezmožnosti opravljanja poklica zavarovanca. Za dneve popolne delovne nezmožnosti, ki so posledica nezgode, se izplača nadomestilo od dneva nastanka nezgode ali od 8. dneva naprej (odvisno od dogovora na zavarovalni ponudbi), vendar največ do 358 dni v obdobju 4 let. Pogoj za izplačilo dnevnega nadomestila je veljavno delovno razmerje v času nastopa nezgode.
2. Dnevno nadomestilo se izplača samo za dneve medicinsko dokumentiranega aktivnega zdravljenja po nezgodi.
 - 2.1 Za aktivno zdravljenje se ne šteje naslednje:
 - dnevi čakanja na posamezno preiskavo, sprejem v bolnišnico, sprejem na operacijo in razne terapije ali druge preiskave,

- dnevi čakanja zaradi pregleda pri invalidski komisiji.

3. Zavarovalnica si pridržuje pravico, da po svoji strokovni presoji glede na naravo poškodbe in njene posledice določi število dni popolne delovne nezmožnosti zavarovanca. Kadar čas zdravljenja poškodbe ali čas popolne delovne nezmožnosti zaradi poškodbe odstopa od običajnih časov zdravljenja tovrstnih poškodb oziroma običajnih časov trajanja popolne delovne nezmožnosti zaradi tovrstnih poškodb, zavarovalnica izplača dnevno nadomestilo za obdobje povprečnega trajanja zdravljenja tovrstnih poškodb oziroma povprečnega trajanja popolne delovne nezmožnosti zaradi tovrstnih poškodb, katerega določi zdravnik cenzor zavarovalnice.
4. Če so na popolno delovno nezmožnost vplivala tudi obolenja, degenerativne spremembe oziroma stanja ali hibe, ki jih je zavarovanec imel pred nezgodo, se obveznost zavarovalnice zmanjša ustrezno deležu vpliva obolenja, degenerativne spremembe oziroma stanja ali hibe.

10. člen

Bolnišnična dnevnic in nadomestilo za bolečine

1. Bolnišnična dnevnic se izplača za vsak dan zdravljenja v bolnišnici (24–urna hospitalizacija), ki je z medicinskega vidika nujno potrebno in posledica zavarovalnega primera, vendar največ do 365 dni v obdobju 4 let.
V kolikor zdravniška oskrba traja neprekinjeno več kot 15 dni, se bolnišnična dnevnic od 15. dne naprej poveča za 50 %.
2. Nadomestilo za bolečine se kot enkratno nadomestilo izplača, kadar se zavarovanec zaradi nezgode 15 dni neprekinjeno nahaja na stacionarnem zdravljenju v bolnišnici. Če je stacionarno zdravljenje trajalo neprekinjeno najmanj 22 dni, se nadomestilo za bolečine poveča za 50%.
V primeru, da se zavarovancu pripeti nezgoda z zlomom zdravih kosti (izključen zlom zob), se ne glede na število zlomljenih kosti izplača enkratno nadomestilo v višini dogovorjeni v ponudbi. Nadomestilo se prav tako izplača v primeru, če je pri nezgodi prišlo do poškodbe kostnega okrajka (epifize) in je potrebna medicinska oskrba.
3. Kot bolnišnice štejejo zdravstvene ustanove, ki jih zakon opredeljuje kot bolnišnice.
4. Za bolnišnice ne štejejo zdravstvene ustanove kot so zdravilišča, rehabilitacijski centri, domovi za ostarele, sanatoriji ter tiste ustanove, ki se omejujejo na posamezne zdravstvene metode ali alternativne metode zdravljenja.
5. Ne glede na navedbo 4. točke tega člena zavarovalnica izplača stacionarni zdraviliški dan, ki je posledica zavarovalnega primera in je komisijsko odobren s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

11. člen

Stroški nezgode

Stroški nezgode se povrnejo do zavarovalne vsote, ki je dogovorjena v polici pod pogojem, da nastanejo v štirih letih od dneva nezgode in jih ne nadomesti Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) ali drugi javni in zasebni nosilci nadomestil ter jih mora zavarovanec plačati sam.

Stroški nezgode so:

1. Stroški zdravljenja, ki so nastali zaradi odprave posledic nezgode in so bili potrebni na podlagi zdravniških predpisov. Ti vključujejo pristojbine za predpisane recepte, morebitno odbitno franšizo pri socialnem zavarovanju, potrebne stroške za prevoz poškodovanega do začetne oskrbe, stroške prvega nakupa umetnih udov in zobnih nadomestkov in druge stroške prvotnih pripomočkov, ki so potrebni po zdravniški presoji, ter stroške potrebne psihološke oskrbe, ki jo predpiše zdravnik.
Ne povrnejo se stroški oddiha in bivanja po zdravljenju, prihodnji stroški za popravila ali ponovne namestitve zobnih nadomestkov, umetnih udov ali drugih umetnih pripomočkov.
2. Stroški reševanja, ki so nujno potrebni, če zavarovanec:
 - 2.1 utrpí nezgodo ali se znajde v težavah v hribih oziroma gorah, na morju ali vodi in ga je potrebno poškodovanega ali nepoškodovanega reševati,
 - 2.2 se zaradi nezgode v hribih oziroma gorah, na morju in vodi smrtno ponesreči in je potrebno reševanje.Stroški reševanja so dokazani stroški iskanja zavarovanca in njegov prevoz do naslednje prevozne ceste ali do kraju nezgode najbližje ležeče bolnišnice.
3. Stroški vrnitve zavarovanca so z nezgodo pogojeni in s strani zdravnika priporočeni stroški za vrnitev poškodovanega iz kraja nezgode oziroma bolnišnice, v katero je bil pripeljan po nezgodi, v kraj njegovega bivanja oziroma v kraju bivanja najbližjo bolnišnico, kadar se zavarovanec poškoduje izven svojega bivališča. V primeru smrtne nezgode so vključeni stroški prevoza umrlega do njegovega zadnjega kraja bivanja v Sloveniji.

12. člen

Otroška paraliza, klopni meningitis, limfna borelijoza

1. Zavarovalno kritje se nanaša tudi na posledice otroške paralize, klopne meningitisa in limfne borelijoze, če je bolezen bila serološko ugotovljena in nastopi 15 dni po začetku zavarovanja ali v 15 dneh po izteku zavarovanja.
2. Kot pričetek bolezni se šteje dan, ko je bila prvič iskana zdravniška pomoč zaradi diagnosticiranja otroške paralize, klopne meningitisa ali limfne borelijoze.
3. Zavarovalnica se izplača samo za primer smrti ali trajne invalidnosti, in sicer v okviru zavarovalne vsote, vendar največ do 15.000 EUR.

13. člen

Dodatna nadomestila

1. Zavarovalnica prevzame samo tiste stroške, ki nastanejo pri izpolnitvi obveznosti iz 1.3 in 1.8 točke 21. člena.

14. člen

Zapadlost zavarovalnine in zastaranje

1. Zavarovalnica izplača zavarovalnino v roku 14 dni po ugotovitvi obstoja zavarovalnega primera in določitvi obsega zavarovalnega kritja.
2. Zavarovalnica lahko zadrži izplačilo:
 - 2.1 dokler ji ni dostavljena vsa potrebna dokumentacija, na podlagi katere se ugotavlja obstoj zavarovalnega primera;
 - 2.2 če obstaja utemeljen dvom, da je zavarovanec ali upravičenec upravičen do izplačila, in sicer tako dolgo, dokler ne predloži ustreznih dokazil;
 - 2.3 če je zaradi zavarovalnega primera proti zavarovancu ali upravičencu uvedena policijska ali kazenska preiskava, in sicer tako dolgo, dokler preiskava ni končana.
3. V prvem letu po nezgodi je višina zavarovalnine za primer trajne invalidnosti omejena z zavarovalno vsoto za primer smrti.
4. Za zastaranje terjatev se uporabljajo določbe Obligacijskega zakonika (357. člen).

15. člen

Postopek v primeru nesoglasja (zdravniška komisija)

1. V primeru nesoglasja o vrsti in obsegu posledic nezgode, vplivu predhodnih bolezenskih ali drugih hib na posledice nezgode ter v primerih iz 5. točke 7. člena, lahko o teh vprašanih odloča zdravniška komisija.
2. Zavarovanec lahko v primerih nesoglasja iz 1. točke tega člena v roku 6 mesecev po prejemu stališča zavarovalnice zahteva odločitev zdravniške komisije.
3. Pravico zahtevati odločitev zdravniške komisije ima tudi zavarovalnica.
4. V zdravniško komisijo imenujeta zavarovanec in zavarovalnica vsak po enega zdravnika, ki ima uradno dovoljenje za opravljanje dejavnosti (ius practicandi). V kolikor ena od strani v roku 14 dni od prejema pisnega zahtevka ne imenuje zdravnika, bo le-tega določila zdravniška zbornica.

Izbrana zdravnika sporazumno določita tretjega zdravnika, predsednika zdravniške komisije, ki v primeru, da zdravnika ne najdeja soglasja, dokončno odloči. V kolikor se zdravnika z odločitvijo predsednika zdravniške komisije ne strinjata, se pozove zdravniško zbornico, da za konkretni zavarovalni primer določi sodnega izvedenca te stroke.

5. Zavarovanec je dolžan privoliti v ponovni pregled zdravnikom komisije in opraviti vse preiskave, ki jih komisija smatra za potrebne.
6. Zdravniška komisija je dolžna o svojem delu voditi zapisnik in o svoji odločitvi izdati pisni sklep z obrazložitvijo. Če si stališča članov komisije nasprotujejo, se v zapisnik navedejo mnenja posameznih članov komisije ločeno. V kolikor je potrebna dokončna odločitev predsednika komisije, se le-ta poda v zapisnik skupaj z obrazložitvijo. Dokumente o delu zdravniške komisije hrani zavarovalnica.
7. Zdravniška komisija določi stroške, ki so nastali, in si jih glede na uspeh pri reševanju spora sorazmerno delita stranki. V primeru 5. točke 7. člena krije stroške tisti, ki je zahteval ponovno zdravniško mnenje.
Delež stroškov, ki bremenijo upravičenca, je omejen na 5 % zavarovalne vsote za trajno invalidnost in smrt, vendar največ do 50 % spornega zneska.
8. Ugotovitve, ki jih poda komisija v okviru svoje pristojnosti, so obvezujoče za obe pogodbeni stranki in predstavljajo osnovo za izračun zavarovalnine.

16. člen

Osebe, ki ne morejo biti zavarovane

1. Zavarovane ne morejo biti trajno popolnoma delovno nesposobne osebe, osebe s težkimi živčnimi motnjami in duševno bolne ali duševno zaostale osebe. Za trajno delovno nesposobne veljajo osebe, ki jim z medicinskega vidika zaradi bolezni ali

hibe ni mogoče zaupati dela ali opravljanja druge pridobitne dejavnosti in tega tudi dejansko ne počnejo.

2. Za tako osebo se ne sklene zavarovalna pogodba. Če zavarovanec naknadno v času zavarovalne pogodbe izgubi sposobnost biti zavarovan, preneha tudi zavarovalno kritje. Istočasno preneha tudi pogodba tega zavarovanja.

17. člen Izključitve

1. Iz zavarovanja so izključene nezgode, ki se zgodijo:
 - 1.1 pri uporabi naprav za letenje, padalskih skokih in tudi pri uporabi letal, v kolikor ne gre za primer iz 4. točke 6. člena;
 - 1.2 pri udeležbi na tekmovanjih z motornimi vozili ne glede na kategorijo vozila (tudi na preizkusnih voznjih in religijih) in na zanje potrebnih treningih;
 - 1.3 pri udeležbi na lokalnih, regionalnih, državnih ali mednarodnih tekmah nordijskega ali alpskega smučanja, deskanja na snegu, gorskega kolesarstva, v bobu, skeletonu ali sankanju, borilnih veščinah (npr. karate, boks, kikkoks in podobno), kakor tudi na treningih in na kvalifikacijah za tovrstne prireditve;
 - 1.4 pri izvajanju nevarnih športnih in rekreacijskih aktivnosti kot npr. vendar ne izključno bungee jumping, rafting, prosto plezanje, ekstremne planinske in druge ture, potapljanje pod 40m globine, potapljanje (pod ledeno gladino), jamsko potapljanje, prosto potapljanje (apneja), skoki v vodo (nad 10 m), ekstremno kajakaštvo, jadrno padalstvo, canyoning, smučarski skoki...;
 - 1.5 pri pripravi, poskusu ali storitvi naklepne kaznivega dejanja s strani zavarovanca kot tudi pri pobegu;
 - 1.6 pri udeležbi v pretepu, ki bi se mu bilo mogoče izogniti;
 - 1.7 zaradi dogodkov, ki so neposredno ali posredno povezani z vojnimi dogodki vseh vrst;
 - 1.8 pri notranjih nemirih, če je bil zavarovanec na strani povzročiteljev nemirov;
 - 1.9 zaradi posrednega ali neposrednega
 - vpliva jedrskega, kemičnega ali biološkega orožja,
 - vpliva jedrske energije;
 - 1.10 zaradi srčnega infarkta ali možganske kapi zavarovanca. Sam srčni infarkt se v nobenem primeru ne šteje za posledico nezgode;
 - 1.11 zaradi zmanjšanja duševne sposobnosti, ki je posledica vpliva alkohola, drog, psihoaktivnih zdravil in drugih psihoaktivnih snovi.

Kot zmanjšana duševna sposobnost zaradi vpliva alkohola se šteje, kadar je imel zavarovanec pri upravljanju motornega vozila v času nezgode v krvi več kot 0,5 grama alkohola na kilogram krvi ali več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka. Pri drugih nezgodah je meja alkohola v krvi več kot 1 gram alkohola na kilogram krvi. Enako velja tudi v primeru, če zavarovanec odkloni ali se izmakne ugotavljanju stopnje alkoholiziranosti oziroma če po nezgodi uživa alkohol, preden omogoči ugotavljanje alkoholiziranosti v času nezgode, ali če ima kakršnokoli količino alkohola v organizmu tisti voznik, ki ga po Zakona o pravilih cestnega prometa ne sme imeti.

Za delovanje drog, psihoaktivnih zdravil in drugih psihoaktivnih snovi na zavarovanca se šteje, če se s strokovnim pregledom pri zavarovancu ugotovi prisotnost drog, psihoaktivnih zdravil in drugih psihoaktivnih snovi, če se po nezgodi izmakne ali odkloni preiskavo ali možnost ugotavljanja prisotnosti drog, psihoaktivnih zdravil in drugih psihoaktivnih snovi v njegovem organizmu oz. če po nezgodi uživa droge, psihoaktivna zdravila in druge psihoaktivne snovi preden omogoči ugotavljanje prisotnosti le-teh v času nezgode;

- 1.12 pri zdravljenju ali medicinskih posegih na zavarovancu. Zavarovalno kritje obstaja, če je povod za zdravljenje ali medicinski poseg v vzročni zvezi z zavarovalnim primerom v skladu s temi pogoji (2. člen);
- 1.13 zaradi vsake spremembe stanja zavesti, kakršnekoli motnje zavesti, epileptičnega napada, bolezenskega stanja zavarovanca, vseh vrst slabosti, tudi trenutne nepojasnjene slabosti, kolapsa, vseh vrst sinkop in sinkopi podobnih stanj;
- 1.14 pri upravljanju motornega vozila brez veljavnega vozniškega dovoljenja, ki je predpisano za tovrstno vozilo. To velja tudi za upravljanje s takim vozilom izven javnega prometa. Šteje se, da je zavarovanec brez veljavnega vozniškega dovoljenja, če mu je v skladu z Zakonom o pravilih cestnega prometa odvzeto vozniško dovoljenje ali izrečena začasna prepoved vožnje.

18. člen Omejitve zavarovalnega kritja

1. Zavarovalnina bo plačana samo za posledice, ki so nastale zaradi nezgode.
2. Pri ugotavljanju stopnje trajne invalidnosti se odbije stopnja predhodne invalidnosti. Predhodna invalidnost se ugotavlja po določilih 7. člena.

3. V kolikor so prejšnje bolezni in hibe vplivale na to, da so posledice nezgode večje, kot bi sicer bile, se zavarovalnina zmanjša za ustrezní delež, če ta delež znaša najmanj 25 %.

4. Za organsko pogojene motnje živčnega sistema se zavarovalnina izplača samo v primeru, če so te motnje nastale zaradi telesne poškodbe, ki je posledica nezgode, in so dokazljive z objektivnimi preiskovalnimi metodami.

Duševne motnje (nevroze, psiho-nevroze) ne veljajo za posledice nezgode. Izključen je tudi postkomocijski sindrom.

5. Pri medvretenčnih kilah (hernia disci intervertebralis) se zavarovalnina izplača samo v primeru, če so nastale zaradi neposrednega mehanskega vpliva na hrbtenico in pri tem ni šlo za poslabšanje že pred nezgodo obstoječega bolezenskega stanja.
6. Pri trebušnih kilah in popkovnih kilah vseh vrst se zavarovalnina izplača samo, če so le-te nastale zaradi neposrednega zunanjšega mehničnega vpliva in niso dedno pogojene.

19. člen

Zapadlost premije, kombinirano zavarovanje, plačevanje premije, začetek in konec zavarovalnega kritja, zamuda pri plačevanju premije

1. Zavarovalec je dolžan plačati prvo premijo vključno z vsemi spremljajočimi stroški ob sklenitvi zavarovalne pogodbe, vse naslednje premije vključno z vsemi spremljajočimi stroški, pa v rokih, ki so navedeni na polici.

Premijo je potrebno plačati za vsako zavarovalno dobo vnaprej. Če je v zavarovalni polici tako določeno, je mogoče premijo za vsako zavarovalno dobo plačati v obrokih, ki so navedeni v zavarovalni polici.

2. Kombinirano zavarovanje je zavarovanje, pri katerem je po eni zavarovalni polici posebej zavarovanih več zavarovalnih vrst. Posamezne zavarovalne vrste kombiniranega zavarovanja predstavljajo pravno gledano samostojne zavarovalne pogodbe.

Pri kombiniranem zavarovanju se v primeru delnega plačila premije plačani znesek sorazmerno porazdeli na posamezne zavarovalne vrste.

3. V primeru zamude pri plačilu premije lahko zavarovalnica zavarovalcu dodatno zaračuna zakonske zamudne obresti, in sicer od dneva zapadlosti premije do dneva plačila. Zavarovalec je zavarovalnici dolžan povrniti vse stroške, ki nastanejo zaradi neplačila premije (npr. stroške opomina). Pri plačevanju na obroke takoj zapadejo v plačilo še vsi neplačani obroki, če zavarovalec teh obroke ni poravnal pravočasno ali je predčasno odpovedal pogodbo.
4. Obveznost zavarovalnice, da izplača v pogodbi dogovorjeno zavarovalnino, preneha v primeru, če zavarovalec do zapadlosti ne plača zavarovalne premije, ki je zapadla po sklenitvi zavarovalne pogodbe, in tega ne stori kdo drug, ki je zato zainteresiran, po tridesetih dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset dni od zapadlosti premije. Ponovni opomini za plačilo premije ne pomenijo, da je vzpostavljeno kritje, saj ga lahko vzpostavi zgolj plačilo celotne zapadle obveznosti.

Zavarovalec se strinja, da se vrjnena nevročna priporočena pošiljka šteje za prejeta, ko poteče 15-dnevni rok za prevzem priporočene pisemske pošiljke.

5. Zavarovalnica lahko po izteku roka iz 4. točke tega člena, če je zavarovalec v zamudi s plačilom premije, ki jo je treba plačati po sklenitvi pogodbe, oziroma druge in naslednjih premij, razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka, s tem da razdrtje zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz 4. točke tega člena in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec na to opozorjen s priporočenim pismom z obvestilom o zapadlosti premije in o prenehanju zavarovalnega kritja.
6. Če zavarovalec plača premijo po izteku roka iz 4. točke tega člena, vendar v enem letu od zapadlosti premije, in zavarovalnica še ni razdrila pogodbe, je zavarovalnica dolžna, če nastane zavarovalni primer, plačati zavarovalnino od 24. ure po plačani premiji ter zamudnih obrestih.

20. člen

Prijava okoliščin, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in obveščanje o spremembah nevarnosti

1. Zavarovalec je dolžan ob sklepanju pogodbe prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so mu znane ali mu niso mogle ostati neznanne. Pomembni so tudi tisti podatki, ki jih je zavarovalnica zahtevala pisno.
2. Pri namernem zamolčanju ali namerni neresnični prijavi okoliščin take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko zavarovalnica v skladu z 932. členom Obligacijskega zakonika zahteva razveljavitev pogodbe in je prosta vseh obveznosti iz te pogodbe.
3. V kolikor pride do spremembe v zavarovalni ponudbi navedenega dela, je to potrebno zavarovalnici nemudoma prijaviti.

- 3.1 Če je povečanje nevarnosti tolikšno, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi bilo tako stanje takrat, ko je pogodba bila sklenjena, lahko odstopi od le-te.

- 3.2 Če je povečanje nevarnosti tolikšno, da bi zavarovalnica sklenila pogodbo samo proti plačilu višje premije, če bi bilo tako stanje takrat, ko je bila sklenjena, lahko predlaga zavarovalcu novo višino premije. Če zavarovalec ne privoli v novo višino premije v štirinajstih dneh, ko prejme tak predlog, preneha pogodba po samem zakonu.
- 3.3 Če se je po sklenitvi zavarovalne pogodbe zmanjšala nevarnost, ima zavarovalec pravico zahtevati ustrezno znižanje premije, šteto od dneva, ko je o znižanju obvestil zavarovalnico. Če zavarovalnica ne privoli v znižanje premije, lahko zavarovalec odstopi od pogodbe.
4. Če nastane zavarovalni primer preden je bila zavarovalnica obveščena o povečanju nevarnosti, ali potem, ko je bila o tem obveščena, vendar prej, preden je odstopila od pogodbe ali se z zavarovalcem sporazumela o povišanju premije, se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med plačanimi premijami in premijami, ki bi morale biti plačane glede na povečano nevarnost.

21. člen

Obveznosti ob nezgodi

1. Kršitve, zaradi katerih zavarovalnica ni dolžna izplačati zavarovalnine so:
- 1.1 nezgoda mora biti pisno prijavljena zavarovalnici najpozneje v roku 7 dni po nezgodi;
- 1.2 smrtni primer je potrebno prijaviti zavarovalnici v roku 3 dni, ne glede na to, če je nezgoda že bila prijavljena;
- 1.3 zavarovalnica ima pravico zahtevati zdravniški pregled trupla, po potrebi tudi obdukcijo in v skrajnem primeru ekshumacijo;
- 1.4 po nezgodi je zavarovanec dolžan takoj poiskati zdravniško pomoč in z zdravniško oskrbo nadaljevati do konca zdravljenja. Prav tako je dolžan poskrbeti za primerno nego in storiti vse za odpravo oziroma zmanjšanje posledic nezgode;
- 1.5 po prejemu obrazca za prijavo nezgode ga je potrebno v celoti izpolnjenega nemudoma dostaviti zavarovalnici. Poleg tega je zavarovanec ali upravičenec dolžan zavarovalnici na svoje stroške posredovati vse druge zahtevane dokumente, informacije in podatke v zvezi z nezgodo v slovenskem jeziku ali prevodu, izdelanem s strani slovenskega sodnega tolmača;
- 1.6 lečečega zdravnika ali bolnišnico, zdravnike ali druge zdravstvene ustanove, pri katerih je kadarkoli prej zavarovanec bil zdravljen ali pregledan, je potrebno pooblastiti za posredovanje podatkov ali poročil, ki jih zahteva zavarovalnica;
- 1.7 pristojne organe, ki obravnavajo nezgodni primer, je potrebno posebej pooblastiti za posredovanje podatkov, ki jih za reševanje potrebuje zavarovalnica;
- 1.8 zavarovalnica lahko zahteva, da zavarovanec opravi zdravniški pregled pri zdravniku, ki ga določi;
- 1.9 v kolikor zavarovanje vključuje tudi bolnišnično dnevnicu in je zavarovanec bil hospitaliziran, je potrebno po odpustitvi iz bolnišnice zavarovalnici predložiti dokazilo o zdravljenju v bolnišnici (3. točka 10. člena). V kolikor se zavarovanec v toku zdravljenja ne ravna po navodilih zdravnika, ki ga zdravi, zavarovalnica nima obveznosti za podaljšano zdravljenje, podaljšano popolno delovno nezmožnost ali povečano invalidnost, ki je posledica takšnega ravnanja;
- 1.10 zavarovanec je kot voznik motornega vozila dolžan v okviru zakonskih določil opraviti test alkoholiziranosti, privoliti v zdravstveni pregled in po potrebi v odvzem krvi. Dolžan je privoliti v zakonsko predpisane preiskave za določitev odvisnosti od drog, psihoaktivnih zdravil in drugih psihoaktivnih snovi;
- Če zaradi namerne ali malomarne neizpolnitve teh obveznosti zavarovalnica ne more ugotoviti nastanka zavarovalnega primera in obsega svojih obveznosti, ni dolžna izplačati zavarovalnine oziroma ni dolžna izplačati zavarovalnine zaradi kršitve nastalih večjih posledic zavarovalnega primera;
- 1.11 v primeru, ko zavarovanec ali upravičenec v prijavi navede lažne podatke o nezgodi, o poteku zdravljenja, o zdravstvenem stanju, ki bi onemogočali zavarovalnici objektivno oceno za ugotovitev obstoja zavarovalnega primera in določitev obsega zavarovalnega kritja;
- 1.12 ko zavarovanec zavarovalnici ne predloži potrjila o upravičeni zadržanosti od dela zaradi nezgode.
2. Pri kršitvi obveznosti iz točk od 1.1 do 1.12 mora zavarovanec zavarovalnici povrniti vso škodo, ki jo je le-ta pri tem utrpela, če je glede kršitve ugotovljena odgovornost zavarovanca.
- Če zaradi namerne ali malomarne neizpolnitve teh obveznosti zavarovalnica ne more ugotoviti nastanka zavarovalnega primera in obsega svojih obveznosti, ni dolžna izplačati zavarovalnine oziroma ni dolžna izplačati zavarovalnine zaradi kršitve nastalih večjih posledic zavarovalnega primera.
3. Zavarovanec se zaveže zavarovalnici povrniti tudi stroške, ki zavarovalnici nastanejo v zvezi z ugotavljanjem okoliščin zavarovalnega primera (npr. zlasti stroški detektiva, izvedenca in druga strokovna mnenja...), kadar se v postopku pred zavarovalnico izkaže, da je zavarovanec zavarovalnici okoliščine

zavarovalnega primera lažno prikazoval ali pa je ob sklenitvi pogodbe navedel lažne podatke ali je pomembne podatke zamolčal.

22. člen

Zavarovalna pogodba, sklepanje zavarovanja, trajanje pogodbe, zavarovalna doba

1. Zavarovalna pogodba
- 1.1 Zavarovalno pogodbo sestavljajo ponudba za zavarovanje, zavarovalna polica ter splošni in posebni zavarovalni pogoji.
2. Sklepanje zavarovanja
- 2.1 Zavarovalna pogodba se praviloma sklene na podlagi zavarovalčeve pisne ponudbe za sklenitev zavarovalne pogodbe.
- 2.2 Po prispetju ponudbe za sklenitev zavarovalne pogodbe sme zavarovalnica zahtevati dodatne podatke, listine in pojasnila. V tem primeru velja, da je ponudba prispela k zavarovalnici, ko le-ta prejme zahtevane dodatne podatke, listine in pojasnila.
- 2.3 Zavarovalnica sme zavarovanje tudi odkloniti, če so za navedeno nevarnost podane posebne okoliščine. Zavarovalnica lahko v skladu s svojimi poslovnimi podlagami sprejme v zavarovanje povečano nevarnost in za to zahteva ustrezno zvišanje premije.
- 2.4 Če je zavarovalna polica zavarovalcu dostavljena po pošti ali kako drugače in se določila v polici ne razlikujejo od določil v ponudbi za zavarovanje, velja podpis zavarovalca na ponudbi kot podpis na polici.
3. Trajanje pogodbe
- 3.1 Zavarovalna pogodba velja za čas, ki je določen v zavarovalni polici, in preneha veljati ob 00.00 uri tistega dne, ki je v zavarovalni pogodbi določen kot dan prenehanja zavarovanja. Če znaša ta čas najmanj eno leto, se šteje, da je zavarovalna pogodba vedno znova podaljšana za dobo enega leta, v kolikor je katera od pogodbenih strank pisno ne odpove najpozneje 3 mesece pred iztekom pogodbe.
4. Zavarovalna doba
- 4.1 V kolikor zavarovalna pogodba ni izrecno sklenjena za krajši čas, velja za tekočo zavarovalno dobo obdobje enega leta, računano od datuma zapadlosti premije.
- 4.2 Datum zapadlosti premije za vsako tekočo zavarovalno dobo je vedno znova prvi dan tistega meseca, v katerem se bo zavarovalna pogodba iztekla.

23. člen

Odpoved zavarovalne pogodbe

1. Odpoved pred nastopom zavarovalnega primera
- Vsaka pogodbeni stranka lahko zavarovanje z nedoločnim trajanjem ali trajanjem z avtomatskim podaljševanjem odpove, če ni zavarovanje prenehalo že iz katerega drugega vzroka. Zavarovanje se odpove pisno, najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta. Če je zavarovanje sklenjeno za več kot tri leta sme po poteku tega časa vsaka pogodbeni stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe, s tem da to pisno sporoči drugi stranki.
2. Odpoved po nastopu zavarovalnega primera s strani zavarovalca
- Zavarovalec lahko brez odpovednega roka odpove zavarovalno pogodbo v roku enega meseca od:
- 2.1 odklonitve izplačila zavarovalnine s strani zavarovalnice;
- 2.2 pravnomočnosti sodbe v primeru sodnega spora iz te zavarovalne pogodbe;
- 2.3 zapadlosti obveznosti zavarovalnice pri zavlačevanju izplačila zavarovalnine s strani zavarovalnice.
3. Odpoved po nastopu zavarovalnega primera s strani zavarovalnice
- Zavarovalnica lahko odpove zavarovalno pogodbo z enomesečnim odpovednim rokom v roku enega meseca od:
- 3.1 dneva, ko pripozna utemeljenost zahtevka za izplačilo zavarovalnine,
- 3.2 dneva, ko izplača zavarovalnino.
4. Zavarovalnica lahko odpove zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka v enem mesecu od dneva, ko odkloni zahtevek za izplačilo zavarovalnine, ki je bil dan z goljufivim namenom.
5. Do prenehanja zavarovalne pogodbe pripada zavarovalnici ustrezni del premije.

24. člen

Obveznosti drugih oseb, udeleženih v zavarovalni pogodbi

1. Vsa določila, ki veljajo za zavarovalca, veljajo smiselno tudi za zavarovanca in tiste osebe, ki uveljavljajo pravice iz zavarovalne pogodbe. Te osebe so poleg zavarovalca dolžne izpolnjevati obveznosti in storiti vse, kar je v njihovi moči, da bi preprečile nastanek in zmanjšale posledice zavarovalnega primera. Če oseba, ki nastopa kot upravičenec, ni kot taka izrecno navedena v zavarovalni pogodbi, mora dokazati pravico do pridobitve zavarovalnine.

25. člen

Izvensodno reševanje sporov

1. Zavarovalec, zavarovanec ali drugi upravičenec iz zavarovanj lahko svoje pravice iz zavarovalnega razmerja izvensodno uveljavlja v okviru notranjega postopka za reševanje pritožb pri **Pritožbeni komisiji GRAWE zavarovalnice d. d.**, Gregorčičeva 39, 2000 Maribor.
2. Če zavarovalnica pritožbi zavarovalca v okviru notranjega postopka za reševanje pritožb ne ugotovi ali o njej ne odloči v 30 dneh po njenem prejemu, lahko zavarovalec naslovi pobudo za začetek postopka izbranemu neodvisnemu izvajalcu izvensodnega reševanja sporov: **Mediacijski center pri Slovenskem zavarovalnem združenju, GIZ**, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon 01/300 93 81, e-pošta: irps@zav-zdruzenje.si, <http://www.zav-zdruzenje.si/>.
3. V kolikor zavarovalec oceni, da je prišlo do kršitve Zavarovalnega kodeksa, drugih dobrih poslovnih običajev ter temeljnih standardov zavarovalne stroka, lahko svojo pritožbo posreduje **Varuhu pravic s področja zavarovalništva**, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana.
4. Za reševanje sporov je krajevno pristojno sodišče v Mariboru.

26. člen

Način obveščanja

Vsi dogovori, obvestila in izjave v zvezi z zavarovalno pogodbo morajo biti podani v pisni obliki.

Uprava GRAWE zavarovalnice d.d. je te pogoje sprejela na seji dne 11. 1. 2021 in pričnejo veljati dne 1. 2. 2021.
Organ, pristojen za zavarovalni nadzor: Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, 1000 Ljubljana.
GRAWE zavarovalnica d.d., Gregorčičeva 39, 2000 Maribor.
Družba je vpisana pri Okr. sodišču v Mariboru, št. reg. vl. 1/3385-00, matična št.: 5450900, ID za DDV: SI59896469.
Osnovni kapital: 7.400.000 €.

Splošni zavarovalni pogoji za zavarovanje SOS nezgoda GRAWE zavarovalnice d. d. (USOS 2017)

Za nezgodno zavarovanje SOS nezgoda veljajo zraven veljavne zakonodaje še vsakokrat veljavni Splošni pogoji nezgodnega zavarovanja oseb (AUVB) GRAWE zavarovalnice d. d.

Poglavje A Skupna določila

1. Klicni center SOS nezgode

Preko klicnega centra SOS nezgode, ki dela vse leto 24 ur na dan, lahko upravičenci v nujnih zdravstvenih primerih ali v nepričakovanih zavarovalnih primerih zahtevajo zdravniško, finančno in osebno pomoč v okviru zavarovalnih pogojev, kot sledi v nadaljevanju.

Zavarovalne storitve je možno zahtevati, če se ob nastopu zavarovalnega dogodka nemudoma obvesti klicni center SOS nezgode na telefonsko številko 080 26 40, za klice iz tujine pa na +386 1 425 63 25.

Na podlagi telefonskega klica centrala SOS nezgode nemudoma ukrene vse, kar je potrebno za reševanje zavarovalnega primera, še zlasti pa naveže potrebne stike med storitvenimi partnerji (izvajalci storitev), zdravniki SOS nezgode, z lečečim zdravnikom na kraju samem in po potrebi s hišnim zdravnikom zavarovanca, da se zagotovijo vsi potrebni ukrepi. Zdravstveno presojo o vrsti ter resnosti poškodbe opravijo izključno zdravniki SOS nezgode. Ti odločajo o izvedbi ustreznih zdravstvenih storitev.

2. Območje veljavnosti in definicije

2.1 Časovna veljavnost

Zavarovalno kritje velja v času zavarovanja, opredeljenem v zavarovalni polici. Za zavarovanje SOS nezgode na potovanjih (Poglavje C) velja zavarovanje le v primeru potovanja v tujino, ki traja največ 62 dni.

2.2 Krajevna veljavnost

- Nezgodno zavarovanje doma SOS nezgoda (Poglavje B) velja le v Sloveniji.
- Zavarovanje SOS nezgoda na potovanjih (Poglavje C) velja za potovanja v tujino po vsem svetu, razen v Sloveniji in državah, v katerih sta zavarovalec in zavarovanec državljana.

2.3 Zavarovanci

2.3.1 Individualno zavarovanje SOS nezgode

Zavarovanec je oseba, ki je navedena v zavarovalni polici.

2.3.2 Družinsko nezgodno zavarovanje SOS nezgoda

Zavarovanec je oseba, ki je navedena v zavarovalni polici. Sozavarovani so zakonci ali zunajzakonski partnerji, ki z zavarovancem živijo v skupnem gospodinjstvu v času nezgode, in otroci.

Otroci in tem smislu so lastni otroci, pastorki ali posvojenci do 18. leta starosti, ki živijo v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem.

2.4 Pojem nezgode

Kot nezgoda v smislu teh pogojev veljajo dogodki, opisani v 6. členu zavarovalnih pogojev AUVB.

3. Dolžnosti v zavarovalnem primeru

3.1 Za uveljavljanje storitev SOS nezgode je treba ob nastopu zavarovalnega primera v vsakem primeru nemudoma telefonsko obvestiti centralo SOS nezgode. V primeru potrebe po zdravniški pomoči ali hospitalizaciji v okviru nezgodnega zavarovanja SOS nezgoda na potovanjih in kritjem stroškov zdravljenja zadošča prijava na centralo SOS nezgode v roku treh dni od nastopa zavarovalnega primera.

3.2 Centrali SOS nezgode je treba čim prej predložiti naslednje dokumente:

- originalne račune in druga dokazila;
- potrdilo o rezervaciji;
- zdravniško potrdilo z diagnozo;
- uradne ateste;
- originalne letalske in/ali druge vozovnice;
- policijska poročila.

3.3 Zavarovanec je dolžan storiti vse, kar je v njegovi moči, da omeji nastalo škodo in pomaga pojasniti njen nastanek.

3.4 V primeru uveljavljanja pomoči/nadomestila zaradi nezgode mora zavarovanec poskrbeti, da se zdravnike, ki ga obravnavajo, osvobodijo zdravniške molčečnosti napram centrali SOS nezgode.

3.5 Zavarovanec je dolžan na zahtevo centrale SOS nezgode in stroške slednje vedno privoliti v zdravniško preiskavo oz. pregled, ki ga opravi zdravnik po izbiri zavarovalnice.

3.6 Zahtevke, ki jih zavarovanec lahko uveljavlja napram tretji osebi in jih je poravnala SOS nezgoda, je dolžan odstopiti SOS nezgodi.

4. Izključitve pri uveljavljanju nadomestil

4.1 Če centrala SOS nezgode ni izdala privolitve za izvedbo storitve ali prijava ni bila podana v roku treh dni od nastopa zavarovalnega primera v primeru hospitalizacije v okviru zavarovanja stroškov zdravljenja pri potovanju v tujino.

4.2 Poškodba ali dogodek, ki je nastal pred začetkom zavarovanja ali pred začetkom potovanja in za katerega je zavarovanec vedel, bi moral vedeti ali bi ga lahko zaznal.

4.3 Če je dogodek ali poškodbo sprožil zavarovanec zaradi:

- zlorabe alkohola, drog ali zdravil;
- aktivne udeležbe na stavkah ali nemirih;
- udeležbe na dirkah ali podobnih hitrostnih tekmovanjih z motornimi vozili, s čolni ali na treningih z njimi;
- uporabe naprav za letenje po zraku ali skokov s padalom in uporabe zračnih plovil, razen tistih, ki sodijo pod določila 5. točke 6. člena splošnih zavarovalnih pogojev AUVB;
- udeležbe na lokalnih, regionalnih ali mednarodnih tekmovanjih v smučanju, smučarskih skokih, tekmovanju v bobu ali skeletonu in na treningih za te vrste prireditev;
- poskusa ali izvedbe sodno kaznivega dejanja s strani zavarovanca, pri čemer gre za naklepno dejanje;
- telesnega poškodovanja pri terapevtskih ukrepih in posegih, ki jih zavarovanec izvaja na svojem telesu ali na slednjem pusti izvajati, razen, če razlog za to ni zavarovalni dogodek.

4.4 V primeru vojnih dogodkov ali vseh vrst nemira (tudi državljanske vojne) in ukrepov proti njim, epidemij, naravnih katastrof ali radioaktivnega žarčenja na cilju potovanja, ki ogrožajo življenje zavarovanca, kadar je proti izvedbi potovanja svetovalo Ministrstvo za zunanje zadeve.

5. Zastaranje

Terjatev zavarovalca oziroma tretje osebe iz zavarovalne pogodbe zastara v treh letih, šteto od prvega dne po poteku koledarskega leta, v katerem je nezgoda nastala. V kolikor zainteresirana oseba dokaže, da do dneva določenega v prejšnjem stavku, ni vedela za nastanek zavarovalnega primera, velja zastaralni rok petih let.

6. Pristojnost sodišča

Zavarovalec in zavarovanec, ki imata pravico samostojno uveljavljati zahtevke iz zavarovalne pogodbe, jih lahko uveljavljata tudi pri krajevno in stvarno pristojnih sodiščih glede na sedež zavarovalnice.

Poglavje B Nezgodno zavarovanje doma SOS nezgoda

1. Storitve doma po nezgodi

Po vsaj 24-urnem zdravljenju v bolnišnici zaradi nezgode, zlomu kosti ali natrganju vezi se do največ 3.000,00 EUR organizirajo in plačajo naslednje storitve, vendar za največ do 30 dni od dneva nezgode:

- pomoč doma za potrebna dela v gospodinjstvu za največ 4 ure na dan (npr. domača nega, čiščenje stanovanja, čiščenje oblačil);
- oskrba s hrano, varstvo otrok ali domačih živali do skupaj največ 40,00 EUR na dan in zavarovanca.

Pogoj za te storitve je, da zavarovanec ustreznih del ne more opravljati sam zaradi posledic nezgode in da jih ne more prevzeti nobena druga nezaposlena oseba, ki živi v istem gospodinjstvu.

Stroški kot take navedene oskrbe ne vključujejo plačila nabavljenih stvari ali storitev in jih je zavarovanec dolžan poravnati neposredno izvajalcu storitve.

Storitve je treba zahtevati preko centrale SOS nezgode. Organizacija in izbira izvajalca storitve je izključno v pristojnosti centrale SOS nezgode. Za izvedbo zgoraj omenjenih storitev se pooblastijo/najamejo profesionalne organizacije ali firme. Zasebno organizirane storitve ali lastne storitve se ne plačajo. Zavarovalnica ne jamči za storitve, ki jih posreduje.

2. Psihološko svetovanje po nezgodi

Po nezgodi se lahko zavarovanec preko SOS nezgode dogovori za enkratno psihološko svetovanje po telefonu, ki ga izvede specialist. Za tovrstne svetovalne pogovore se je treba predhodno dogovoriti za termin s centralo SOS nezgode.

3. Obisk zavarovanca po nezgodi v domovini

Če se mora zavarovanec več kot 72 ur zdraviti v bolnišnici v Republiki Sloveniji, organizira in plača centrala SOS nezgode potovanje obiska za bližnjo osebo, da poškodovanca/zavarovanca obišče v bolnici (železniška karta 1. razreda) in prenočitve z zajtrkom za največ 3 noči v hotelu/penzionu srednjega razreda.

4. Dodatek za transportne stroške in stroške učne pomoči po nezgodi

Če je zaradi zdravstvenih razlogov to potrebno, zagotovi SOS nezgoda po izbiri dodatek k transportnim stroškom do šole oziroma vrta ali plačilo stroškov pomoči pri učenju, nastalih zaradi daljše odsotnosti iz šole zaradi nezgode (vsaj 2 tedna) do največ 40,00 € na teden in zavarovanca za največ 2 meseca.

V vsakem primeru je treba pred uveljavljanjem storitve centralo SOS nezgode o tem obvestiti, da jo slednja dovoli. Na željo centrala SOS nezgode pomaga tudi pri organizaciji te storitve.

Prevzem stroškov je možen izključno s predložitvijo zadevnih originalnih računov.

Poglavje C Zavarovanje SOS nezgoda na potovanjih

Osebnostno zavarovanje SOS nezgoda pri potovanju v tujino

1. Storitve, povezane z vrnitvijo v domovino

1.1 Prevoz v najbližjo bolnišnico

Če se zavarovancu med potovanjem pripeti nezgoda, centrala SOS nezgode na podlagi telefonskega klica in ustreznega zdravstvenega izvida organizira in plača prevoz v najbližjo primerno bolnišnico.

1.2 Medicinska oskrba med potjo v bolnišnico v kraju stalnega bivališča

Če je to zaradi zdravstvenih razlogov potrebno, centrala SOS nezgode pod enakimi pogoji kot pod točko 1.1 organizira in plača potovanje z zdravstveno oskrbo na poti v za zdravljenje primerno bolnišnico v kraju stalnega bivališča zavarovanca. Zdravniki SOS nezgode se na podlagi medicinskega izvida odločijo o načinu prevoza.

1.3 Potovanje nazaj v kraj stalnega bivališča brez spremstva zdravstvenega osebja

Centrala SOS nezgode organizira in plača na podlagi ustreznega medicinskega izvida in ob obstoju pogojev v skladu s točko 1.1 potovanje nazaj brez spremstva zdravstvenega osebja v kraj stalnega bivališča zavarovanca.

1.4 Prevoz v primeru smrti

Če zavarovanec med potovanjem umre zaradi posledic nezgode, prevzame SOS nezgoda stroške prevoza posmrtnih ostankov v kraj stalnega bivališča. Pomoč je treba v vsakem primeru zahtevati pri centrali SOS nezgode.

1.5 Predčasna vrnitev zaradi prekinitve potovanja zavarovanca

Kadar mora zavarovanec ali član družine, ki potuje zraven, zaradi nezgode predčasno prekiniti potovanje, centrala SOS nezgode na podlagi telefonskega klica organizira in plača predčasno vrnitev sopotujočih družinskih članov.

1.6 Skrb za mladoletne otroke, ki potujejo zraven

Kadar mora zavarovanec zaradi nezgode predčasno prekiniti potovanje, centrala SOS nezgode organizira in plača oskrbo mladoletnih otrok, ki potujejo zraven in morajo potovanje nadaljevati sami ali se vrniti.

1.7 Posebna vrnitev

Če bližnja oseba doma težko oboli, se težko poškoduje ali umre in v primeru elementarne škode na lastnem premoženju ali pri stavki, nemirih ali epidemijah na kraju dopustovanja, SOS nezgoda na podlagi telefonskega klica organizira in plača posebno vrnitev zavarovanca.

1.8 Stroški iskanja in reševanja

Če velja zavarovanec za pogrešanega ali ga je treba reševati iz fizične stiske, v katero je zašel, plača SOS nezgoda stroške iskanja in reševanja do višine 11.000,00 €.

Za primer dogovora z družinsko različico v skladu s Poglavjem A, točka 2.3.2 je storitev omejena na 22.000,00 € za vse zavarovance.

2. Obisk v tujini po nezgodi

Če se mora zavarovanec v tujini stacionarno zdraviti več kot 7 dni, SOS nezgoda organizira in plača potovanje za največ dve bližnji osebi za obisk v bolnišnici (železniška karta 1. razreda, letalska karta razred Economy).

3. Druge storitve

3.1 Obveščanje oseb doma

Če centrala SOS nezgode organizira ukrepe v skladu s točkami 1.1 do 1.8, obvesti po potrebi svoje in delodajalca zavarovanca o stanju in izvedenih ukrepih.

3.2 Informacije o potovanju

Centrala SOS nezgode pred potovanjem na zahtevo posreduje zavarovancu, pomembne informacije, npr. o vstopnih predpisih, stroških, carini, valutah.

3.3 Posredovanje stikov z bolnišnicami in zdravniki v tujini

Centrala SOS nezgode posreduje zavarovancu v primeru potrebe korespondenčnega zdravnika in bolnišnico v okolišju, kjer se zadržujejo. V primeru težav pri sporazumevanju priskrbi SOS nezgoda pomoč pri prevajanju.

4. Vračilo nepredvidenih stroškov pri predčasni vrnitvi

V primeru, da nastanejo v sklopu predčasne vrnitve zaradi nezgode nepredvideni stroški, prevzame SOS nezgoda te dodatne stroške v višini do 290,00 € na osebo. Izvzeti so stroški, ki jih krijejo zasebne ali zdravstvene zavarovalnice.

SOS nezgoda zavarovanje stroškov zdravljenja pri potovanju v tujino

1. Kot zavarovani riziko veljajo nezgode.

2. Zavarovane storitve

SOS nezgoda nadomesti v primeru nezgode, v skladu s točko 1, stroške do višine 25.000,00 € letno za storitve v tujini, navedene v nadaljevanju, če so le-te potrebne zaradi zdravstvenih razlogov in jih lahko predpiše uradni zdravnik.

Za primer dogovora z družinsko različico v skladu s Poglavjem A, točka 2.3.2, je storitev za vse zavarovance omejena s 50.000,00 € letno.

2.1 Ambulantne zdravniške obravnave vključno s predpisanimi zdravili

2.2 Bolnišnično zdravljenje v najbližji primerni bolnišnici, ki je splošno priznana in pod stalnim zdravniškim nadzorom

2.3 Prevoz zdravil in serumov v nujnih medicinskih primerih iz najbližjega skladišča, če je dopustno

3. Izključitve

3.1 Zdravljenje, ki je izključno ali delni vzrok za potovanje samo

3.2 Bivanja v zdraviliščih

3.3 Zobozdravstvene storitve ali storitve zobne protetike

3.4 Porod in prekinitve nosečnosti

3.5 Cepljenja, zdravniška mnenja, kontrolni pregledi in naknadna zdravljenja, potovalne lekarne in profilaktična zdravila

3.6 Oskrba s pripomočki (npr. očala, ortopedski pripomočki, proteze)

3.7 Nezgode, nastale zaradi izvajanja poklicno pogojene ročne dejavnosti

3.8 Posebne storitve v bolnišnici, kot je posebni razred, telefon, TV itd.

4. Subsidiarnost

Kadar obstaja za stroške zdravljenja več zavarovanj pri javnih ali zasebnih nosilcih zavarovanja, jih SOS nezgoda plača v celoti in samo enkrat ter do višine, do katere jih ne prevzamejo zgoraj navedeni nosilci zavarovanja.