

Nezgodno zavarovanje

Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

Zavarovalnica: Merkur zavarovalnica d.d.
Produkt: Merkur Otroci



OPOZORILO: v tem dokumentu so navedene zgolj najpomembnejše informacije o produktu. Dokument ni prilagojen individualnim potrebam in zahtevam sklenitelja zavarovanja. Popolne predpogodbene in pogodbene informacije najdete:

- v ponudbi,
- na zavarovalni polici in
- v zavarovalnih pogojih.

Za kakšno vrsto zavarovanja gre?

Gre za otroško nezgodno zavarovanje. Z nezgodnim zavarovanjem se lahko zavarujejo osebe do 18. leta starosti za nevarnosti, ki so posledica nezgode. Zavarovalec lahko izbira med tremi vnaprej pripravljenimi paketi. Z individualnim dogovorom je možna izbira kritij po lastni izbiri. K zavarovanju se lahko opcijsko priključi zdravstveno zavarovanje za hude bolezni.



Kaj je zavarovano?

Paket A:

- ✓ trajna invalidnost;
- ✓ zlom kosti.

Paket B – vsa kritja iz paketa A in še:

- ✓ nezgodna mesečna renta;
- ✓ rehabilitacija;
- ✓ dnevno nadomestilo;
- ✓ nadomestilo žrtvi nasilja;
- ✓ plačilo inštrukcij;
- ✓ bolnišnično nadomestilo za bolezen.

Paket C – vsa kritja iz paketa B in še:

- ✓ bolnišnično nadomestilo za nezgodo;
- ✓ psihološka pomoč;
- ✓ poškodba stalnih zob;
- ✓ zamenjava dokumentov.

Opcijsko se lahko k zavarovanju priključi zdravstveno zavarovanje za hude bolezni.



Kaj ni zavarovano?

- x Zavarovalni primeri, ki nastanejo v povezavi s terorističnimi dejanji;
- x nezgode, ki nastanejo pri izvrševanju kaznivih dejanj zavarovanca, zavarovalca ali upravičenca;
- x nezgodna smrt;
- x zavarovalni primeri, ki so povzročeni naklepno ali s prevaro;
- x nezgode, ki so povezani z vojnimi dogodki;
- x nezgode, kadar zavarovanec ni uporabljal ali ni na predpisan način uporabljal zaščitne čelade, če je ta predpisana;
- x zavarovalni primeri, ki so v vzročni povezavi s prej prisotnimi boleznimi in stanji.

Ostale izključitve zavarovalnega kritja so podrobno opisane v zavarovalnih pogojih.



Ali je kritje omejeno?

- ! Pri enkratnih adrenalinskih aktivnostih kot so skok s padalom, jadrno padalstvo, adrenalinski polet z letalom je kritje omejeno s 30.000 EUR za trajno invalidnost;
- ! osebam, ki se po dopolnjenem 14. letu starosti ukvarjajo s športom, se izplačilo zavarovalnine zniža za 30% v primeru zavarovanega dogodka.

Ostale omejitve zavarovalnega kritja so podrobno opisane v zavarovalnih pogojih.



Kje velja zavarovanje?

- ✓ Zavarovanje velja po vsem svetu.



Kakšne so moje obveznosti?

- Odgovoriti na vsa vprašanja v ponudbi po resnici in v celoti;
- pravočasno in v celoti plačati zavarovalno premijo;
- obveščanje zavarovalnice o spremembah podatkov in okoliščin (sprememba stalnega prebivališča, nevarnostnih okoliščin, ipd.);
- po prejemu pregledati zavarovalno polico in takoj sporočiti zavarovalnici morebitne napake oziroma neskladja;
- obvestiti zavarovalnico o nastalem zavarovalnem primeru na obrazcu, dostopnem na spletni strani zavarovalnice.



Kdaj in kako plačam?

Kdaj: prva letna premija oziroma njen prvi obrok zapade v plačilo najkasneje en dan pred začetkom zavarovanja.

Kako: premija se poravnava preko plačilnega naloga, direktne obremenitve transakcijskega računa, plačilne kartice, ali preko druge oblike plačila, ki jo zavarovalnica uvede v bodoče. Pravne osebe poravnajo premijo vedno preko računa.



Kdaj zavarovanje začne in kdaj neha veljati?

Začetek:

- zapisan je na zavarovalni polici.

Konec:

- zavarovanje se nadaljuje iz leta v leto (permanentno), dokler ga katera izmed strank ne odpove. Zavarovanje se lahko podaljša največ do zavarovalčevega 19. leta.
- zavarovanje se lahko odpove z izjavo najmanj tri mesece pred koncem tekočega zavarovalnega leta.



Kdaj lahko odstopim od pogodbe?

- Zavarovalec potrošnik lahko brez navajanja razlogov odstopi od zavarovalne pogodbe v roku petnajstih dni od njene sklenitve.

Splošni pogoji za otroško nezgodno zavarovanje Merkur otroci (SPONZ 2020)

1. člen

Splošne določbe

- (1) Splošni pogoji za otroško nezgodno zavarovanje (v nadaljevanju kot »splošni pogoji«) so sestavni del zavarovalne pogodbe o otroškem nezgodnem zavarovanju (v nadaljevanju kot »pogodba« oz. »zavarovanje«), ki jo zavarovalec sklene z Merkur zavarovalnico d.d., Dunajska cesta 58, Ljubljana.
- (2) Posamezni izrazi in pojmi, uporabljeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:
 - **ponudnik** je fizična ali pravna oseba, ki želi z zavarovalnico skleniti zavarovalno pogodbo in ji v ta namen predloži pisno ponudbo;
 - **ponudba** je pisna vloga ponudnika na obrazcu zavarovalnice, s katero ponudnik izkazuje svojo voljo za sklenitev zavarovalne pogodbe;
 - **pogodba** je pogodba o zavarovanju, to je zavarovalna pogodba;
 - **zavarovalnica** je Merkur zavarovalnica d.d., Ljubljana;
 - **zavarovalec** (sklenitelj zavarovanja) je fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo;
 - **zavarovanec** je oseba, od katere nezgodne smrti ali invalidnosti, delovne nezmožnosti ali okvare zdravja je odvisno izplačilo zavarovalne dajatve oziroma nadomestila;
 - **upravičenec** je fizična ali pravna oseba, v dobro katere se zavarovanje sklepa in je imenovana za prejem dogovorjene zavarovalne dajatve;
 - **premija** je zavarovalna premija, to je denarni znesek, ki se plačuje zavarovalnici;
 - **polica** je pisna listina, ki jo o sklenjeni zavarovalni pogodbi izda zavarovalnica, to je zavarovalna polica;
 - **zavarovalna vsota** je denarni znesek, za katerega je sklenjeno zavarovanje;
 - **zavarovalna dajatev** (zavarovalnina) je izplačilo denarnega zneska za zavarovalni primer.
- (3) V skladu s temi splošnimi pogoji so nevarnosti, ki se lahko zavarujejo, in nevarnostnim pripadajoče zavarovalne dajatve, naslednje:
 - trajna invalidnost (12. člen teh splošnih pogojev);
 - dnevno nadomestilo (13. člen teh splošnih pogojev);
 - bolnišnično nadomestilo za nezgodo ali bolezen (14. člen teh splošnih pogojev);
 - nadomestilo za zlom kosti (15. člen teh splošnih pogojev);
 - nezgodna mesečna renta (16. člen teh splošnih pogojev);
 - otroška paraliza in klopnj meningoencephalitis (17. člen teh splošnih pogojev);
 - stroški rehabilitacije (18. člen teh splošnih pogojev);
 - nadomestilo žrtvi nasilja (19. člen teh splošnih pogojev);
 - nega otroka (20. člen teh splošnih pogojev);
 - povračilo za stroške inštrukcij (21. člen teh splošnih pogojev);
 - povračilo za stroške psihološke pomoči (22. člen teh splošnih pogojev);
 - nadomestilo pri poškodbi stalnih zob (23. člen teh splošnih pogojev);
 - stroški zamenjave dokumentov (24. člen teh splošnih pogojev).

2. člen

Osebe, ki se lahko zavarujejo

- (1) V skladu s temi splošnimi pogoji se lahko zavarujejo fizične osebe obeh spolov od rojstva do 18. leta starosti in ki ob izteku zavarovanja ne bodo stare več kot 19 let, z bivališčem v Republiki Sloveniji. Osebe starejše od 14 let se lahko zavarujejo, dokler so vključene v izobraževalni sistem in dokler ne prejemo dohodkov iz delovnega razmerja ali samozaposlitve.
- (2) Starost zavarovanca je razlika med koledarskim letom začetka zavarovanja in letom njegovega rojstva.
- (3) Ne morejo se zavarovati osebe, ki so zaradi bolezni ali hibe po medicinskih merilih spoznane kot popolnoma nezmožne za delo ali ki trpijo zaradi težkih poškodb živcev, epilepsije ter umsko prizadete osebe, 100 % invalidi, osebe s trajno in popolno izgubo funkcije dveh ali več okončin zaradi bolezni hrbtenjače ali zaradi poškodbe hrbtenjače (hroma oseba), osebe, ki so popolnoma slepe na obe očesi, to je, če je vidno polje obeh oči zmanjšano na 20° ali manj (slepa oseba) in osebe obolele za AIDS-om.
- (4) Z osebo, ki ne more biti zavarovana, zavarovalna pogodba ne more biti sklenjena. Če zavarovanec med trajanjem zavarovalne pogodbe postane oseba, ki ne more biti zavarovana, zavarovalno kritje preneha. Istočasno preneha veljati zavarovalna pogodba s tem zavarovancem (3. odstavek 2. člena teh splošnih pogojev).

3. člen

Ponudba

- (1) Ponudnik na obrazcu zavarovalnice vloži pisno ponudbo za sklenitev pogodbe. V ponudbi morajo biti navedeni resnični, točni in popolni podatki, ki so potrebni za sklenitev zavarovalne pogodbe in so pomembni za ocenitev nevarnosti (rizikov), ki jih zavarovalnica prevzema.
- (2) Ponudba obvezuje ponudnika osem dni od dneva, ko je prispela na sedež zavarovalnice v Ljubljani; če je potreben zdravniški pregled zavarovanca ali pregled zdravstvene oziroma druge dokumentacije, pa trideset dni.

- (3) Če se med vložitvijo in sprejemom ponudbe poveča nevarnost za zdravje ali življenje zavarovanca, ponudnik ali zavarovanec pa za to ve ali bi moral vedeti, mora ponudnik to takoj, ko je izvedel za povečanje nevarnosti, pisno javiti zavarovalnici. Kot povečanje nevarnosti velja predvsem poškodba zavarovane osebe, ugotovitev invalidnosti zavarovanca, nastanek hujše bolezni ali drugega obolenja.
- (4) Če v roku iz 2. odstavka tega člena teh splošnih pogojev zavarovalnica ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, ki veljajo za zavarovanje, ter je ponudnik plačal prvo letno premijo ali njen prvi obrok, predviden v ponudbi, se šteje, da je ponudbo sprejela in da je pogodba sklenjena z dnem, ko je ponudba prispela na sedež zavarovalnice. V vseh primerih, ko zavarovalnica ponudbo iz kateregakoli razloga odkloni, velja, da se ponudba odmika od pogojev, po katerih zavarovalnica sklepa predlagano zavarovanje. Zavarovalnica lahko odkloni ponudbo brez navajanja razlogov. Če zavarovalnica odkloni ponudbo, se ponudba s priloženimi dokumenti ponudniku ne vrača, razen na izrecno pisno zahtevo ponudnika.
- (5) Če se zavarovalna polica bistveno razlikuje od ponudbe in drugih pisnih izjav zavarovalca, lahko ta razlikam pisno ugovarja v roku osmih dni po prejemu zavarovalne police, sicer velja vsebina zavarovalne police. V primeru, če pride pri izdaji police do očitnih tipkarskih napak ali drugih očitnih napak, se določilo prejšnjega stavka ne uporabi, temveč se prava vsebina police ugotavlja na podlagi vse pogodbene dokumentacije in dogovorjene prave vsebine zavarovanja.

4. člen

Dolžnost prijavljanja, namerna in nenamerna neresnična prijava ali zamolčanje

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

5. člen

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

Zavarovalnica, ki so ji bile tedaj, ko je bila sklenjena zavarovalna pogodba, znane ali ji niso mogle ostati neznanne okoliščine, pomembne za ocenitev nevarnosti, zavarovalec oziroma zavarovanec pa jih je neresnično prijavil ali zamolčal, se ne more sklicevati na neresničnost prijave ali na zamolčanje. To velja tudi v primeru, če je zavarovalnica izvedela za te okoliščine med trajanjem zavarovanja, ni pa uporabila pravic iz 4. člena teh splošnih pogojev.

6. člen

Zavarovalna pogodba

- (1) Z zavarovalno pogodbo se zavarovalnica obvezuje, da bo ob nastopu zavarovalnega primera izpolnila z zavarovalno pogodbo določene obveznosti, zavarovalec pa se obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval določena denarna sredstva (premijo).

- (2) Sestavni deli zavarovalne pogodbe so: ponudba z medicinsko ali drugo dokumentacijo, zavarovalna polica, ti splošni pogoji, morebitni dodatni zavarovalni pogoji, pisne izjave ponudnika, zavarovalca in zavarovalnice in zavarovalni polici priložene klavzule.
- (3) Zavarovalna doba znaša 1 (eno) leto. Zavarovanje se nadaljuje iz leta v leto (permanentno), dokler ga ena od strank ne odpove.

ODSEK A : ZAVAROVALNO KRITJE

7. člen

Predmet zavarovanja

- (1) Zavarovalnica nudi zavarovalno kritje, če nastane zavarovalni primer.
- (2) Zavarovalne dajatve izhajajo iz odseka B. Iz police je razvidno, katere dajatve in zavarovalne vsote so dogovorjene.

8. člen

Zavarovalni primer in doba preživetja

- (1) Zavarovalni primer je bodoč, negotov in od izključne volje zavarovalca, zavarovanca in upravičenca neodvisen dogodek, za katerega se sklne zavarovanje.
- (2) Zavarovalnica bo v primeru nastanka zavarovalnega primera v skladu z določili teh splošnih pogojev izplačala dogovorjene zavarovalne dajatve. Zavarovalno dajatev za trajno invalidnost (12. člen teh splošnih pogojev) bo zavarovalnica izplačala samo pod pogojem, da zavarovanec preživi še najmanj 30 dni od dneva nastanka nezgode.

9. člen

Pojem nezgode

- (1) Za nezgodo šteje vsak od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje nenadoma, od zunaj in mehanično ali kemično na zavarovančevo telo ter ima za posledico njegovo popolno ali delno trajno invalidnost, prehodno nesposobnost za delo ali okvaro zdravja, ki zahteva zdravniško pomoč.
- (2) Za nezgodo štejejo tudi naslednji, od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:
- opekline, oparine, delovanje strele ali električnega toka;
 - zastrupitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, zaužitje strupenih ali jedkih snovi, razen če te snovi učinkujejo polagoma; zaužitje zdravil ali mamil ter zastrupitev s hrano v nobenem primeru ne pomeni nezgode;
 - izpah sklepov, pretegnjenje in pretrganje mišic, kit, vezi ter ovojnic udov in hrbtenice, če so potrjeni s strani zdravnika in so posledica nenadnega odmika od načrtovanega telesnega giba;
 - otroška paraliza in klopni meningoencefalitis v okviru določil 17. člena teh splošnih pogojev;
 - otrpni krč (tetanus) in steklina, povzročena z nezgodo v smislu 1. odstavka tega člena.
- (3) Zavarovalno kritje velja tudi za nezgode zavarovanca kot potnika motornih letal, ki so registrirana za dejavnost potniškega prevoza, z izjemo jadralnih in ultra lahkih letal. Kot potnik letala se šteje oseba, ki ni v vzročni zvezi z obratovanjem letala niti ni član posadke, niti ne izvaja s pomočjo letala poklicne dejavnosti.
- (4) Za nezgodo ne štejejo bolezni in poklicne bolezni, niti nalezljive bolezni kot posledice nezgode ter ponavljajoči (habitualni) izpahi ali izvini na istem sklepu. Kolaps v nobenem primeru ne pomeni nezgode.

10. člen

Krajevna veljavnost

Zavarovanje velja po vsem svetu, razen če je omejitev krajevne veljavnosti posebej dogovorjena.

11. člen

Časovna veljavnost

- (1) Zavarovane so nezgode, ki nastanejo med trajanjem zavarovalnega kritja. Zavarovalno kritje velja 24 ur dnevno in začne veljati z dnem, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja. Pred datumom, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja, ni zavarovalnega kritja.
- (2) Pogodba učinkuje od 00.00 ure dneva, ki je na polici označen kot dan začetka zavarovanja, do 24.00 ure dneva, s katerim se konča obdobje, za katerega je zavarovanje sklenjeno.

ODSEK B : ZAVAROVALNE DAJATVE

12. člen

Trajna invalidnost

- (1) Če se ugotovi, da je nezgoda povzročila trajno invalidnost zavarovanca, se upravičencu na podlagi dogovorjene zavarovalne vsote za trajno invalidnost izplača denarni znesek, ki ustreza stopnji trajne invalidnosti, v skladu s spodnjo razpredelnico:

če je stopnja trajne invalidnosti	se zavarovalnina odmeri na podlagi
od 0,1 % do 50 %	enokratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 50,01 % do 90 %	dvakratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 90,01 % do 100 %	trikratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost

- (2) Za določitev stopnje trajne invalidnosti veljajo naslednja določila:
tč. 1 V primeru popolne izgube ali popolne funkcionalne nezmožnosti:

roke v ramenskem sklepu	80 %
roke nad komolcem	75 %
roke v komolcu	70 %
roke pod komolcem ali enega zapestja	70 %
palca	20 %
kazalca	10 %
drugega prsta	5 %
noge nad sredino stegna	80 %
noge do sredine stegna	75 %
noge do sredine goleni ali enega stopala	70 %
palca na nogi	5 %
drugega prsta na nogi	2 %
vida enega očesa	50 %
vida obeh oči	100 %
če je vid drugega očesa izgubljen že pred nastankom zavarovalnega primera	65 %
sluha enega ušesa	35 %
sluha obeh ušes	70 %
če je sluh drugega ušesa izgubljen že pred nastankom zavarovalnega primera	45 %
voha	10 %
okusa	10 %
vranice	10 %
ledvice	20 %
glasu	50 %
zob (izguba stalnega zdravega zoba)	0,5 %

tč. 2 Če pride le do delne izgube ali delne funkcionalne nezmožnosti pri navedenih telesnih delih ali organih, se stopnje iz 1. točke uporabljajo sorazmerno.

- (3) Če se stopnja trajne invalidnosti ne more določiti v skladu z določili drugega odstavka tega člena, je merodajno, koliko je telesna ali duševna funkcionalna zmožnost trajno oškodovana po medicinskih vidikih.
- (4) Več stopenj iz drugega in tretjega odstavka tega člena se sešteje, vendar pa stopnja trajne invalidnosti ne more biti večja kot 100 %.
- (5) V primeru izgube stalnih zdravih zob kot posledice nezgode, se za vsak zob prizna 0,5 % invalidnost. Za poškodbo popravljenega ali nadomestčenega zoba se invalidnost ne prizna.
- (6) Stopnja trajne invalidnosti se določi po enem letu od dneva nezgode oziroma po končanem zdravljenju, ko se posledice poškodb ustalijo, to je, ko po zdravniški presoji ni mogoče več pričakovati, da bi se stanje zavarovanca izboljšalo ali poslabšalo, vendar najkasneje v roku štirih let od dneva nezgode. V prvem letu po nezgodi se zavarovalna dajatev za trajno invalidnost opravi le, če sta obseg posledic poškodb in stopnja trajne invalidnosti nedvoumna in medicinsko ugotovljena. Trajna invalidnost, ki zaradi nezgode nastane po izteku štirih let od dneva nezgode, je izključena iz zavarovanja.
- (7) Če se stopnja trajne invalidnosti ne more ugotoviti nedvoumno, sta zavarovalnica in zavarovanec upravičena zahtevati, da se, do štirih let od dneva nezgode, stopnja invalidnosti letno zdravniško ocenjuje, in sicer od drugega leta po dnevu nezgode tudi preko zdravniške komisije. Zdravniška komisija je sestavljena iz treh zdravnikov izvedencev, od katerih po enega imenujeta zavarovalnica in zavarovanec (oziroma njegov zakoniti zastopnik), tadva pa nato soglasno imenujeta tretjega, ki komisiji tudi predseduje. Če se v takem primeru pri dokončni oceni trajne invalidnosti ugotovi večja dajatev za invalidnost, kot jo je zavarovalnica do tedaj opravila, se presežek obrestuje od dneva dospelosti predjuma (5. odstavka 25. člena teh splošnih pogojev) z obrestno stopnjo 1 % letno.

13. člen

Dnevno nadomestilo

- (1) Dogovorjeno dnevno nadomestilo izplača zavarovalnica upravičencu za vsak dan, ko zavarovanec zaradi nezgode začasno nezmožen za delo.

Začasna nezmožnost za delo pomeni, da zavarovanec ne more obiskovati otroškega varstva, vrtca, pouka ali predavanj.

- (2) Dnevno nadomestilo se prizna po končanem zdravljenju na podlagi posredovane zdravstvene dokumentacije, ki mora vsebovati popolno diagnozo in točne podatke o začetku zdravljenja in, poteku zdravljenja. V vsakem primeru, lahko zavarovalnica glede na predhodne poškodbe ali predhodno zdravstveno stanje zavarovanca, ki vplivajo na čas zdravljenja in posredovano medicinsko dokumentacijo, zmanjša izplačilo dnevnega nadomestila. Če iz posredovane zdravstvene dokumentacije številu za delo nezmožnih dni ni razvidno, ali za število delo nezmožnih dni bistveno odstopa od Priporočil Zavoda za zdravstveno zavarovanje, se za določitev dnevnega nadomestila upošteva povprečno trajanje zdravljenja za istovrstne poškodbe brez upoštevanja morebitnih zapletov pri zdravljenju, v skladu s Priporočili Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije oziroma odločitve zdravnika cenzorja zavarovalnice.
- (3) Dnevno nadomestilo se izplača od prvega dne, ki sledi dnevu začetka zdravljenja pri zdravniku ali zdravstveni ustanovi do zadnjega dne trajanja nezmožnosti za obiskovanje izobraževalne ustanove ali ugotovitve invalidnosti in največ za 180 dni v zavarovalnem letu.
- (4) Negibnost posameznih udov zaradi trde imobilizacije (razen funkcionalnih opornic in linkove opornice za prste rok) in oskrba poškodb s šivi, se šteje za nezmožnost za delo, čeprav je zavarovanec obiskoval vrtca, šole ali predavanja. V teh primerih se dnevno nadomestilo prizna do odstranitve imobilizacije oziroma do odstranitve šivov.
- (5) Začasna oprostitvev od ur telesne vzgoje in ostalih športnih aktivnosti v okviru pouka ali predavanj se ne šteje za nezmožnost za delo in v tem primeru zavarovancu dnevno nadomestilo ne pripada.
- (6) Dnevno nadomestilo se ne prizna za čas čakanja na opravljanje fizikalne terapije, posamezne preiskave, operacije ali, sprejema v bolnišnico.
- (7) Če je začasna nezmožnost za delo podaljšana zaradi drugih zdravstvenih razlogov, se prizna dnevno nadomestilo samo za čas trajanja nezmožnosti za delo zaradi nezgode.

14. člen

Bolnišnično nadomestilo za nezgodo ali bolezen

- (1) Dogovorjeno bolnišnično nadomestilo izplača zavarovalnica upravičencu za vsak koledarski dan, ki ga zavarovanec zaradi nezgode ali bolezni, če je sklenjeno kritje za bolnišnično nadomestilo za bolezen ali nezgodo in plačana ustreza premija, ter zavarovanec prebije na medicinsko potrebnem zdravljenju v bolnišnici, razen za koledarski dan, v katerem je bil zavarovanec odpuščen iz bolnišnične oskrbe. Bolnišnično nadomestilo se izplača za največ 180 dni v koledarskem letu.
- (2) Kot bolnišnice veljajo zdravstveni zavodi za zdravljenje več vrst bolezni, ki imajo specialistično ambulantno dejavnost in posteljne zmogljivosti najmanj za področje interne medicine, kirurgije, pediatrije in ginekologije ali porodniške dejavnosti (splošna bolnišnica) in zdravstveni zavodi za specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje določene bolezni oziroma določene skupine prebivalcev, ki mora izpolnjevati vse pogoje za bolnišnico, le da ima posteljne, diagnostične in druge zmogljivosti prilagojene svojemu namenu (specialna bolnišnica), ki imajo dovoljenja zdravstvenih upravnih organov in so pod stalnim zdravniškim vodstvom in oskrbo in se ne omejujejo na uporabo le določenih metod zdravljenja. Kot bolnišnice veljajo tudi zdravstveni zavodi izven Republike Slovenije, ki ustrezajo definiciji bolnišnice iz prejšnjega stavka.
- (3) Medicinsko nujno potrebno zdravljenje zavarovanca v bolnišnici se začne s pričetkom zdravljenja v bolnišnici in konča, ko bivanje v bolnišnici z medicinskega stališča ni več nujno potrebno. Zavarovanec je dolžan spoštovati zdravniške napotke glede postopkov in trajanja zdravljenja.

15. člen

Nadomestilo za zlom kosti

- (1) Če je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in če zavarovanec v nezgodi utрпи zlom kosti, zavarovalnica neodvisno od števila zlomljenih kosti (fractura ali fissura) upravičencu izplača enkratni pavšalni znesek in dogovorjeni višini (nadomestilo za zlom kosti).
- (2) Izplačilo nadomestila iz prejšnjega odstavka je omejeno največ na eno nezgodo v posameznem zavarovalnem letu.

16. člen

Nezgodna mesečna renta

- (1) Če je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustreza premija, bo zavarovalnica upravičencu izplačevala nezgodno mesečno rento v dogovorjeni višini, kot je opredeljena na zavarovalni polici, če je trajna invalidnost posledica ene nezgode vsaj v višini, ki je opredeljena v zavarovalni pogodbi in znaša 36 % ali 51 %, pod pogojem, da zavarovanec preživi še najmanj eno leto in en dan, šteto od dneva nastanka nezgode. Višina nezgodne mesečne rente se ne valorizira. Nezgoda je opredeljena v 9. členu teh splošnih pogojev. Upravičenec iz naslova prejemanja nezgodne mesečne rente je zavarovalec, razen če je drugače določeno.
- (2) Nezgodna mesečna renta se prične izplačevati po ugotovitvi stopnje trajne invalidnosti zavarovanca, vendar ne prej kot po enem letu od dneva nezgode. Stopnja trajne invalidnosti se ugotavlja v skladu z določili 12. člena teh splošnih pogojev. Nezgodna mesečna renta pripada upravičencu za nazaj, in sicer z naslednjim mesecem po dnevu nezgode. Izplačilo nezgodne mesečne rente se opravi v skladu z določilom

25. člena teh splošnih pogojev oziroma se tekoča nezgodna mesečna renta upravičencu izplačuje mesečno v roku prvih 7. delovnih dni v posameznem mesecu za tekoči mesec, najdlje do poteka dobe, ki je opredeljena v zavarovalni pogodbi in znaša 10 ali 20 let.

- (3) Če zavarovanec umre v roku enega leta od dneva nezgode, ne obstaja nikakršna pravica do nezgodne mesečne rente, niti tedaj, ko je stopnja trajne invalidnosti ugotovljena tako po temelju kot po višini. Če zavarovanec umre, s smrtjo zavarovanca ugasne tudi pravica do nezgodne mesečne rente in se nezgodna mesečna renta preneha izplačevati. Zadnjič se izplača za mesec, v katerem je zavarovanec umrl. Dejanski prejemnik morebitno izplačanih nezgodnih mesečnih rent po tem času mora zavarovalnici vrniti neupravičeno prejete nezgodne mesečne rente, ne glede na to ali je bil v dobri veri. Če prejemnik ni bil v dobri veri, mora zavarovalnici povrniti tudi zakonske zamudne obresti od neupravičeno prejetih nezgodnih mesečnih rent.
- (4) Izplačilo nezgodne mesečne rente po tem členu je omejeno največ na eno nezgodo za posameznega zavarovanca po eni zavarovalni pogodbi.

17. člen

Otroška paraliza in klopni meningoencephalitis

- (1) Zavarovalno kritje zajema posledice otroške paralize in meningoencephalitisa, ki ga je povzročil uzgiz klopa, pod pogojem, da je bolezen ugotovljena serološko in ne izbruhne pred 15. dnevom po začetku in ne kasneje kot 15 dni po prenehanju zavarovanja.
- (2) Kot začetek bolezni (trenutek zavarovalnega primera) šteje dan, ko je bila prvič nudena zdravniška pomoč zaradi bolezni, ki je diagnosticirana kot otroška paraliza ali klopni meningoencephalitis.
- (3) Zavarovalna dajatev se opravi samo v primeru trajne invalidnosti in je v okviru dogovorjene zavarovalne vsote omejena z največ 25.000,00 EUR.

18. člen

Stroški rehabilitacije

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustreza premija, je upravičenec upravičen do povračila stroškov rehabilitacije do dogovorjene višine. Za stroške rehabilitacije šteje:
 - zdraviliško zdravljenje; veljajo stroški bivanja v zdravilišču, zdravstvene in wellness storitve;
 - zdravljenje v medicinskih ustanovah, ki prispevajo k boljšemu počutju in hitrejšemu okrevanju zavarovanca po poškodbi; veljajo stroški bivanja, storitve za boljše počutje (wellnes) in zdravstvene storitve za hitrejšo okrevanje (npr. fizioterapija, psihoterapija, bioresonanca);
- (2) Do stroškov rehabilitacije je upravičenec upravičen v naslednjih primerih:
 - če je zavarovana oseba zaradi posledic nezgode prebila na medicinsko nujnem zdravljenju v bolnišnici vsaj 3 koledarske dni. Kot dan v bolnišnici ne šteje dan, v katerem je bil zavarovanec odpuščen iz bolnišnične oskrbe;
 - če je zavarovanec napoten na zdraviliško zdravljenje s strani imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije;
 - če je zavarovanec napoten na fizioterapijo in je zaradi te poškodbe v roku 48 ur po poškodbi potreboval zdravniško pomoč.
- (3) Storitve rehabilitacije lahko zavarovanec koristi v zdraviliščih oziroma medicinskih ustanovah, s katerimi ima zavarovalnica sklenjeno pogodbo o sodelovanju. V tem primeru pogodbeni partner zavarovalnice posreduje račun za kritje stroškov rehabilitacije (do dogovorjene višine) zavarovalnici. Račun poravna zavarovalnica zdravstveni ustanovi na podlagi prejetega računa. Višino stroška rehabilitacije nad dogovorjeno zavarovalno vsoto krije zavarovanec oz. zavarovalec sam.
- (4) Storitve rehabilitacije lahko zavarovanec koristi tudi v zdraviliščih oziroma medicinskih ustanovah, s katerimi zavarovalnica nima sklenjene pogodbe o sodelovanju. V tem primeru zavarovanec račun za kritje stroškov rehabilitacije poravna sam direktno izvajalcu. Originalni račun s potrdilom o plačilu nato posreduje zavarovalnici, ki upravičencu poravna oz. povrne znesek do dogovorjene višine.

19. člen

Nadomestilo žrtvi nasilja

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustreza premija, je upravičenec upravičen do nadomestila, ki ga izplača zavarovalnica, ker je bil zavarovanec žrtev nasilja.
- (2) Šteje, da je bil zavarovanec žrtev nasilja, če je bil s strani ene ali več fizičnih oseb:
 - telesno poškodovan, tako da je bil zaradi tega začasno okvarjen ali oslabiljen kakšen del njegovega telesa ali njegov organ, ali je zavarovančeva zmogljivost za obiskovanje izobraževalne ustanove zmanjšana ali je prizadeta njegova zunanost ali je začasno okvarjeno njegovo zdravje, ali;
 - pretepen ali drugače boleče ali ponižujoče kaznovan, ali mu je bila jemana svoboda gibanja ali je bil kako drugače z nasilnim omejevanjem njegovih enakih pravic spravljen v podrejen položaj, ali;
 - prisiljen k spolnemu občevanju ali s tem izenačenemu spolnemu ravnanju, tako da je bila zoper zavarovanca uporabljena sila ali grožnja.
- (3) Nadomestilo se ne izplača, kadar je storilec iz prejšnjega odstavka z zavarovancem v krvnem sorodstvu v ravni vrsti ali v stranski vrsti do vštetelega četrtega kolena ali v svaštvu do vštetelega drugega kolena.

- (4) Za uveljavljanje nadomestila je potrebno zavarovalnici priložiti policijski zapisnik o dogodkih iz tega člena.

20. člen Nega otroka

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrežna premija, je upravičenec upravičen do nadomestila za nego zavarovanega otroka zaradi nezgode.
- (2) Pravica do nadomestila zaradi nege zavarovanega otroka zaradi nezgode pripada upravičencu, kadar zavarovanca dejansko neguje in varuje po veljavnih predpisih zakona, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.
- (3) Višina nadomestila za nego otroka je odvisna od števila dni, ko zavarovana oseba potrebuje nego in je omejena z zavarovalno vsoto. Pri izračunu nadomestila se upošteva vsakokratno karenčno obdobje sedem koledarskih dni. Za osmi in vsak naslednji dan upravičenec prejme sorazmerni del nadomestila, ki znaša 1/23 zavarovalne vsote. V primeru 30 dnevne nege tako prejme izplačano celotno zavarovalno vsoto.
- (4) Upravičenec je zavezan zavarovalnici predložiti zdravniško potrdilo oz. bolniški list, iz katerega je razvidno, da je razlog odsotnosti z dela nega zavarovanca. Zavarovalnica lahko zahteva tudi druga dokazila, s katerimi ugotavlja upravičenost do izplačila.

21. člen Povračilo za stroške inštrukcij

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrežna premija, je upravičenec upravičen do povrnitve plačila stroška inštrukcij za zavarovanca, ker se slednji zaradi nezgode ne more udeležiti pouka. Zavarovalnica povrne stroške tudi za inštrukcije, ki so se opravile preko spleta.
- (2) Zavarovalnica povrne plačilo stroškov inštrukcij ob:
- predložitvi računa inštruktorja oz. podjetja, ki se ukvarja z nudenjem inštrukcij; in
 - predložitvi zdravstvene dokumentacije zavarovanca, iz katere izhaja, da se zavarovancu zaradi nezgode priporoča domača oskrba oz. mu je objektivno onemogočeno gibanje; in
 - dokazilu, iz katerega je razviden zavarovančev izostanek od pouka.
- (3) Povrnilni stroški za katerekoli učne predmete na izobraževalni ustanovi, ki jo obiskuje zavarovanec do višine zavarovalne vsote.

22. člen Povračilo za stroške psihološke pomoči

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrežna premija, je upravičenec upravičen do povrnitve plačila stroškov za psihološko pomoč za zavarovanca zaradi nezgode.
- (2) Psihološka pomoč vključuje storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije za zavarovano osebo v primeru nezgode ali ko je bil zavarovanec žrtev nasilja po drugem odstavku 19. člena teh splošnih pogojev, ki je na zavarovancu pustila takšne posledice, da potrebuje strokovno pomoč.

23. člen Nadomestilo pri poškodbah stalnih zob

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo, je upravičenec upravičen do nadomestila za poškodbo stalnih zob zaradi nezgode.
- (2) Poškodba iz prejšnjega odstavka tega člena se šteje kot popolno ali delno izgubo zdravega stalnega zoba, ki je zaradi nezgode odlomljen, izbit ali kako drugače poškodovan, tako da ga ni mogoče popraviti. Upravičenec se izplača pavšalni znesek 50 EUR na zob, do višine zavarovalne vsote 150 EUR.
- (3) Kot poškodba se ne šteje odkrušen zob, ki ga je mogoče enostavno popraviti, tako da ne pride do zmanjšanja njegove funkcionalnosti.

24. člen Stroški zamenjave dokumentov

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo, je upravičenec upravičen do povrnitve stroškov ponovne izdaje osebnih dokumentov zaradi kraje ali nezgode.
- (2) Zavarovanec mora v primeru kraje osebnih dokumentov dogodek nemudoma prijaviti policiji in zavarovalnici predložiti policijski zapisnik, ne glede na državo, v kateri so bili osebni dokumenti odtujeni ali uničeni.
- (3) Zavarovanec mora uradno preklicati vse ukradene ali uničene osebne dokumente, ter zavarovalnici priložiti ustrezno dokazilo.

25. člen Izplačilo zavarovalne dajatve

- (1) Izplačilo po pogodbi izvrši zavarovalnica na podlagi pisne prijave zavarovalnega primera in predložitve zahtevane dokumentacije (38. člen teh splošnih pogojev).
- (2) Izpolnitveni kraj za izplačilo zavarovalne dajatve je sedež zavarovalnice. Stroške izplačila krije upravičenec do zavarovalne dajatve.
- (3) Zavarovalnica je dolžna izplačati zavarovalno dajatev v roku štirinajstih dni od ugotovitve temelja in višine obveznosti zavarovalnice, če takrat razpolaga z vsemi podatki, ki so potrebni za izvedbo izplačila. Če za-

varovalnica, ne po svoji krivdi, ne more izplačati zavarovalne dajatve, upravičencu ne pripadajo zamudne obresti.

- (4) Zavarovalnica je zavezana, da v primeru zahtevkov za dajatev za trajno invalidnost v roku treh mesecev izjavi ali in v kateri višini pripoznava dajatveno obveznost. Roki začnejo teči z dnem prispetja celotne dokumentacije, ki je potrebna za ugotovitev poteka nezgode in njenih posledic ter postopka zdravljenja. Dokumentacijo mora zavarovalnici dati na razpolago oseba, ki uveljavlja zahtevek (38. člen teh splošnih pogojev).
- (5) Če je dajatvena obveznost ugotovljena po temelju, lahko upravičenec zahteva predujem v višini zneska, ki ga bo zavarovalnica na osnovi dejanskega stanja nedvomno morala plačati.

26. člen Čakalna doba in omejitve zavarovalnega varstva za kritje bolnišničnega nadomestila v primeru bolezni

- (1) Iz zavarovalnega kritja so izvzeti zavarovalni primeri za bolezni, ki so zdravljene v čakalni dobi, ne glede na to ali so v čakalni dobi zdravljene prvič ali gre le za nadaljevanje predhodnega zdravljenja. Izključitev zavarovalnega kritja iz prejšnjega stavka velja vse do zaključka zdravljenja teh bolezni, vendar največ še pet let od dneva sklenitve zavarovanja, njegove spremembe ali ponovne veljavnosti. Navedena izključitev velja tudi za bolezni, ki so s temi boleznimi v neposredni vzročni zvezi. Bolezni, ki so nastale pred začetkom zavarovanja, vendar zahtevajo zdravljenje šele po začetku zavarovanja, so vključene v zavarovalno kritje le, če je izpolnjen pogoj prestane čakalne dobe in če ni bila kršena obveznost prijave bolezni v ponudbi.
- (2) Splošna čakalna doba je 3 mesece, šteto od dne začetka zavarovanja. Čakalna doba ne velja pri naslednjih akutnih infekcijskih boleznih: rdečke, ošpice, norice, škrlatinka, davica, oslovski kašelj, otroška paraliza, meningitis, griza, (pegavica) tifus, kolera, koze, malarija, vranični prisad, rdečica, rumena mrzlica, kuga, tularemija, papigovka.
- (3) Iz zavarovalnega kritja so izvzete tudi vse prirojene bolezni oziroma napake, ne glede na to ali so bile ob podpisu ponudbe za sklenitev zavarovanja zavarovalcu oziroma zavarovancu znane ali ne.
- (4) Bolnišnično nadomestilo se izplača za največ 180 dni v koledarskem letu.
- (5) Če čas trajanja zdravljenja ni razviden iz zdravstvene dokumentacije se upošteva povprečno trajanje zdravljenja za istovrstne bolezni (v skladu s Priporočili Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije oziroma odločitve zdravniške cenzorja zavarovalnice) brez upoštevanja morebitnih zapletov pri zdravljenju.
- (6) Čakalne dobe ni, če gre za nadaljevanje zavarovanja brez prekinitev, razen v primeru povišanja zavarovalnega kritja, kjer velja čakalna doba le za povišani del.

ODSEK C. OMEJITVE ZAVAROVALNEGA VARSTVA

27. člen Izključitve

- (1) Zavarovalno kritje je izključeno v celoti, če je vzrok zavarovalnega primera v posredni ali neposredni vzročni zvezi s spodaj navedenimi primeri:
1. pri upravljanju letal in letalnih naprav vseh vrst, plovil, motornih in drugih vozil brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje z vrsto in tipom letala, plovila, motornega in drugega vozila; to velja tudi v primeru, če se letalo, plovilo ali vozilo ne vozi na površinah za javni promet; posledic po tej točki ni, če dejstvo, da zavarovanec ni imel predpisanega veljavnega dovoljenja, ni vplivalo na nastanek nezgode;
 2. pri udeležbi na tekmah ali pripadajočih treningih s kopenskim, zračnim ali vodnim motornim vozilom, tudi ob ocenjevalnih vožnjah in rallyjih;
 3. pri izvajanju ekstremnega, posebej nevarnega ali adrenalinskega športa, to je zlasti, vendar ne samo: pri house runningu, hydrospeedu, ekstremnem deskanju na snegu, ekstremnem smučanju, freerideu z desko na snegu, heli-skiingu, smučarskem freeride ipd.;
 4. pri naslednjih aktivnostih potapljanja: pri globinskem potapljanju ali potapljanju v velikih globinah nad 60 m, jamskem potapljanju, potapljanju z razstrelivom;
 5. pri izvajanju aktivnosti akrobata na višini, kaskaderja, krotilca živali, lovca na živali za živalske vrtove, oskrbnika živali v živalskem vrtu, testnega voznika, vrhovodca;
 6. ki so neposredno ali posredno povezane z vojnimi dogodki in drugimi sovražnostmi do države, četudi ni razglašeno vojno stanje, državljansko vojno, upori, vstajami, revolucijami, nemiri, izgredi vseh oblik, sodelovanjem zavarovanca v oboroženih silah ali aktivnostih mirovnih misij;
 7. zaradi kakršnegakoli dogodka znotraj označenega minskega polja;
 8. ki jih je zavarovanec, zavarovalec ali upravičenec povzročil nakleпно, namenoma ali s prevaro; v teh primerih ima zavarovalnica pravico zahtevati odškodnino od osebe, ki uveljavlja zahtevek ter proti zavarovalcu uveljavljati vse ugovore v zvezi z odškodninskim zahtevkom;
 9. pri poskusu ali izvršitvi kaznivega dejanja oziroma udeležbi pri kaznivem dejanju s strani zavarovanca, zavarovalca ali upravičenca,

pri čemer zadostuje, da so izpolnjeni zakonski znaki kateregakoli kaznivega dejanja;

10. kadar zavarovanec ni uporabljal ali ni na predpisan način uporabljal zaščitne čelade, če je ta predpisana;
 11. kadar zavarovanec ni bil pripet z varnostnim pasom v vozilu, ki ima vgrajene varnostne pasove;
 12. ki jih posredno ali neposredno povzroči biološka, kemična ali jedrska katastrofa (tudi jedrska fuzija, jedrska fizija in vpliv jedrskih odpadkov) ter kakršnokoli radioaktivno ali ionizacijsko sevanje;
 13. zaradi izpostavljenosti zavarovanca kemičnemu ali biološkemu orožju, sevanju z energijo velikosti najmanj 100 elektronskih voltov, nevtroni poljubne energije, laserskim ali drugim žarkom, ki se uporabljajo pri masažah ali z umetno pridobljenimi ultravijoličnimi žarki;
 14. ki jih zavarovanec utрпи zaradi pri njem nastalem srčnem infarktu ali kapi; srčni infarkt v nobenem primeru ne velja kot posledica nezgode;
 15. ki jih zavarovanec utрпи potem, ko je zbolel za epilepsijo, težko živčno boleznijo ali duševno boleznijo, ali če je postal slepa oseba ali hroma oseba;
 16. ki jih zavarovanec pod vplivom alkohola, mamil ali zdravil utрпи zaradi motnje zavesti, starja nekoordiniranosti, pomembnega zmanjšanja duševnih zmožnosti, bistveno zmanjšane sposobnosti koncentracije ali bistveno zmanjšane koordinacije gibanja; šteje se, če se ne dokaže nasprotno, da je nezgoda nastala zaradi vzročne zveze delovanja alkohola na zavarovanca:
 - če je kot voznik motornega vozila imel ob nezgodi v krvi več kot 10,8 milimolov (0,5 ‰) alkohola ali več kot 21,6 milimolov (1 ‰) ob drugih nezgodah;
 - če je alkotest pokazal alkoholiziranost, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo ugotovljena stopnja njegove alkoholiziranosti;
 - če odkloni ali se izmakne možnosti ugotavljanja stopnje njegove alkoholiziranosti.
 17. zaradi telesnih poškodb ali okvar pri ukrepih zdravljenja in posegih, ki jih zavarovanec izvrši na svojem telesu ali jih pusti izvršiti;
 18. zaradi namernega samopoškodovanja ali poskusa samomora zavarovanca, tudi če je zavarovanec dejanje storil v stanju duševne motnje, ki izključuje svobodno voljo.
- (2) Iz zavarovanja so izključene tudi nezgode v spodaj navedenih primerih, razen če je z zavarovalnico drugače dogovorjeno ali je plačano ustrezno doplačilo k premiji:
1. pri uporabi letal in letalnih naprav vseh vrst (npr. športno padalstvo, letenje z zmajji, jadralno padalstvo ipd.), kakor tudi pri uporabi zračnih vozil, če niso zajete v 3. odstavku 9. člena teh splošnih pogojev;
 2. pri uporabi letal za drugačen namen od tistega, ki je naveden v 3. odstavku 9. člena teh splošnih pogojev (npr. inštruktor letenja, učencem letenja, posadka helikopterja, poskusni, agrarni, umetniški, tekmovalni, izpitni, vojaški leti ipd.);
 3. pri izvajanju dejavnosti posebnega pilota (npr. zmajar, balonar, jadralni padalec, padalec ipd.), pilota helikopterja ali vojaškega pilota;
 4. pri uporabi zračnih plovil brez motorja, jadralnih letal s pomožnim motorjem, ultralahkih letal in vesoljskih vozil, pri skokih s padalom ter pri padalstvu;
 5. pri poklicnem ali amaterskem ukvarjanju z naslednjimi športi: ameriški nogomet (rugby), baseball, deskanje, drsanje, gorsko kolesarjenje, hokej na ledu, hokej na travi, jadrnanje, jahalni športi, kegljanje na ledu, kolesarjenje, košarka, nogomet, odbojka, planinarjenje, roket, sabljanje, squash, tenis;
 6. pri udeležbi v naslednjih aktivnostih: BMX prosti slog, canyoning, gorski freeriding, gorsko downhill kolesarstvo, kajting, kite surfing, potapljanje z dihalno napravo do 60 m, rafting, skoki z elastiko, skoki z vrvo, športni avtomobilizem, športni motociklizem, vožnja s kajakom ali kanujem, zip lining; pri udeležbi v borilnih ali kontaktnih športih, to je zlasti, vendar ne samo: pri aikidu, boksu, budu, judu, ju-jitsu, karateju, kendu, kickboksu, kobudu, kung-fuju, rokoborbi, taekwondoju, wrestlingu, ipd;
 7. pri amaterskem ukvarjanju z alpskim smučanjem, deskanjem na snegu, nordijskim smučanjem, sankanjem, smučarskimi skoki ali vožnjo z bobom, skibobom ali skeletonom.
- (3) Zavarovalno kritje je tudi v celoti izključeno, če je vzrok zavarovalnega primera v povezavi s prejšnjimi boleznimi in stanji, ki so bili pri zavarovancu diagnosticirani, so mu bili znani ali pa so bili pri njem prisotni že pred datumom sklenitve zavarovalne pogodbe.

28. člen

Omejitev zavarovalnega kritja pri enkratnih adrenalinskih aktivnostih

- (1) Z zavarovanjem so krite nezgode, do katerih pride pri naslednjih enkratnih adrenalinskih aktivnostih:
1. skok s padalom v tandemu, kjer je zavarovanec padalec potnik in ne padalec pilot;
 2. jadralno padalstvo v tandemu, kjer je zavarovanec jadralni padalec potnik in ne jadralni padalec pilot;

3. adrenalinski polet z letalom, kjer je zavarovanec potnik in ne pilot letala, vendar samo, če so hkrati izpolnjeni naslednji pogoji:

1. zavarovanec se je navedene adrenalinske aktivnosti udeležil enkratno, in sicer kot izrabo darila oziroma darilnega bona ali če gre za enkratno udeležbo zavarovanca med koriščenjem njegovega letnega dopusta ali prostega časa; in izvajalec oziroma organizator navedene adrenalinske aktivnosti je v času nezgode imel veljavno dovoljenje za njeno izvajanje (npr. dovoljenje za izvajanje zračnega prevoza potnikov s tandem padalom), izdano s strani pristojnega organa (npr. Agencija za civilno letalstvo v Republiki Sloveniji); in
3. v času izvajanja navedene adrenalinske aktivnosti je bilo na predpisan način in v zadostni meri poskrbljeno za varnost udeležencev.

(2) Kritje iz prejšnjega odstavka obsega samo:

1. kritje rizika trajne invalidnosti zavarovanca (12. teh splošnih pogojev), dajatev je, v okviru dogovorjene zavarovalne vsote, omejena s 30.000,00 EUR.

29. člen

Izključitev terorističnih dejanj

- (1) Z zavarovanjem niso kriti zavarovalni primeri, ki nastanejo v neposredni ali posredni povezavi s terorističnim dejanjem, in sicer niti v primeru, če je skupaj s terorističnim dejanjem na nastanek zavarovalnega primera vplival še kak drug vzrok ali dejanje.
- (2) Šteje se, da je teroristično dejanje vsako nasilno dejanje, ki ogroža človeško življenje, premoženje oziroma nepremično premoženje ali infrastrukturo, in sicer s silo, nasiljem ali grožnjo in je izvedeno zaradi političnih, verskih, ideoloških ali podobnih namenov ter ima namen vplivati na vlado kakšne države ali 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 katerokoli organizacijo ali oblastjo.
- (3) Iz kritja so izključene tudi zavarovalni primeri, ki nastanejo zaradi preprečevanja oziroma zatiranja terorističnih dejanj.

30. člen

Izključitev nezgod pri plezanju

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

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

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

31. člen

Stvarna omejitev zavarovalnega kritja

- (1) Če je bila zaradi nezgode prizadeta telesna ali duševna funkcija, ki je bila že prej zmanjšana, se pri ocenjevanju stopnje trajne invalidnosti opravi odbitek v višini predinvalidnosti. Predinvalidnost se oceni v skladu z 2. in 3. odstavkom 12. člena teh splošnih pogojev. Enako velja, če so na nastanek in posledice nezgode vplivale bolezni ali hibe, ki so obstajale že pred nezgodo.
- (2) Za organsko pogojene motnje živčnega sistema se prizna invalidnost samo, če so nastale zaradi z nezgodo povzročene organske poškodbe. Psihična stanja (nevroze, psihonevroze ipd.) se ne štejejo kot posledice nezgode.
- (3) V primeru poškodbe medvretenčnih ploščic (hernia disci intervertebralis), vseh vrst lumbalgij, diskopatij, sakralgij, miofascitisov, kokcigidinij, ishialgij, fibrozitisev in vseh sprememb ledvenokrižnega predela, ki so označene z analognimi izrazi se invalidnost prizna samo, če je poškodba nastala zaradi neposrednega mehaničnega učinkovanja in ne gre za poslabšanje bolezenskega stanja, ki je obstajalo že pred nezgodo.
- (4) V primeru trebušnih in spodnjetelesnih kil vsakršne narave se invalidnost prizna samo, če so bile povzročene neposredno z od zunaj prihajajočim mehaničnim učinkovanjem in je bila poleg kile klinično ugotovljena poškodba mehanskih delov trebušne stene v tem področju.

ODSEK Č. OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA OZ. ZAVAROVALCA

32. člen Premija

- (1) Premije so določene s premijskim cenikom zavarovalnice in so, letne ter se plačujejo vnaprej. Premije se poravnava po vrstnem redu zapadlosti v izpolnitev. Premije je dolžan plačati zavarovalec, vendar je zavarovalnica dolžna sprejeti premijo od vsakogar, kdor ima za to pravni interes. Stroški plačila bremenijo plačnika.
- (2) S pogodbo se lahko dogovori obročni način plačila letne premije, ki je lahko polletni, četrletni ali mesečni. Četudi je bilo plačilo premije dogovorjeno v obrokih, ima zavarovalnica na začetku vsakega zavarovalnega leta terjatev za celotno letno premijo.
- (3) Prva letna premija oz. njen prvi obrok zapade v plačilo najkasneje en dan pred dnevom začetka zavarovanja. Če se prva letna premija oziroma njen prvi obrok plača z nalogom izvajalcu plačilnega prometa (npr. pošti, banki), se šteje, da je plačano ob 24:00 uri dne, ko je bil nalog za plačilo izročeno izvajalcu plačilnega prometa.
- (4) Premije se lahko plačujejo prek plačilnega naloga ali prek direktne obremenitve transakcijskega računa ali prek administrativne prepovedi. V primeru, ko je zavarovalec pravna oseba, se premije plačujejo na podlagi izdanega računa. V primeru plačila prek plačilnega naloga ali na podlagi izdanega računa ali prek administrativne prepovedi je rok plačila najkasneje petnajstega v mesecu zapadlosti premije oz. njenega obroka, razen če je na plačilnem nalogu ali na izdanem računu ali na administrativni prepovedi navedeno drugače. Če se premije oz. njeni obroki poravnava prek direktne obremenitve, bo zavarovalnica osemnajstega v mesecu zapadlosti premije oz. njenega obroka bremenila transakcijski račun, ki ga je zavarovalec sporočil zavarovalnici. Če plačilo premije preko direktne obremenitve transakcijskega računa iz kateregakoli razloga postane nemogoče, se šteje, da gre za nepravčasno plačilo premije. V tem primeru se uporabijo določbe 34. člena teh splošnih pogojev. Zavarovalnica si pridržuje pravico v bodoče uvesti tudi druge oblike plačila nadaljnje premije, ki bodo plačniku olajšale izvedbo plačevanja.
- (5) Premija se določa po premijskem ceniku zavarovalnice in je odvisna od zavarovančeve starosti. Starost zavarovanca se računa kot razlika med koledarskim letom začetka zavarovanja in koledarskim letom rojstva zavarovanca.
- (6) Zaradi staranja zavarovanca tekem zavarovalne dobe se premija spreminja z napredovanjem zavarovanca iz posameznega starostnega razreda v višji starostni razred. Ob sklenitvi zavarovanja se zavarovanca uvrsti v enega od treh starostnih razredov (v skladu s 7. odstavkom 32. člena teh splošnih pogojev) glede na starost zavarovanca ob sklenitvi zavarovanja, nato pa je napredovanje v starostnih razredih vse do izteka zdravstvenega zavarovanja avtomatično. Napredovanje se izvede na zapadlost letne premije, ko zavarovanec dopolni določeno starost, pri čemer se starost zavarovanca računa kot razlika med koledarskim letom, v katerem se napredovanje opravi, in koledarskim letom rojstva zavarovanca.
- (7) Starostni razredi iz prejšnjega odstavka so:

Starostni razred	Starost
1.	od rojstva do vključno 5 let
2.	od 6 let do vključno 14 let
3.	od 15 let do vključno 18 let

33. člen Posledice neplačila prve premije

- (1) Če prva letna premija oz. njen prvi obrok ni plačana ob zapadlosti (3. odstavek 32. člena teh splošnih pogojev), je zavarovalnica prosta obveznosti izplačila zavarovalnih dajatev.
- (2) Zavarovalnica lahko pozove zavarovalca k plačilu zapadle premije z vročitvijo priporočenega pisma, v katerem določi rok plačila trideset dni, ki začne teči z dnem, ko je bilo pismo vročeno, pri čemer pa ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset dni od zapadlosti premije. Če v tem roku prva letna premija oz. njen prvi obrok ni plačana, ima zavarovalnica pravico, da razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka.

34. člen Posledice neplačila nadaljnje premije

- (1) Če kateri izmed obrokov ni plačan pravočasno, zavarovalnica najprej izpelje postopek opominjanja zavarovalca. Zavarovalcu se izstavi plačilni nalog oz. račun za neporavnane zneske premije oz. njenih obrokov iz preteklih obdobj. Če je zavarovalec pravna oseba, se ga o neporavnanih zneskih opomni s pisnim dopisom. Če zavarovalec neporavnanih zneskov premije oz. njenih obrokov ne plača v postopku opominjanja, zavarovalnica nadaljuje s postopkom v skladu z določili drugega in tretjega odstavka tega člena. Stroške opominjanja zavarovalnica zaračuna zavarovalcu v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom zavarovalnice.
- (2) Zavarovalnica vroči zavarovalcu priporočeno pismo, v katerem določi rok plačila trideset dni, ki začne teči z dnem, ko je bilo pismo vročeno, pri čemer pa ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset dni

od zapadlosti premije. Če v tem roku katera izmed nadaljnjih premij oz. njenih obrokov ni plačana, ima zavarovalnica pravico, da razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka. Z iztekom roka, določenega v tem odstavku, nastopi razdrta zavarovalne pogodbe in prenehajo vsa zavarovalna kritja iz zavarovanja.

- (3) Če nastane zavarovalni primer in če zavarovalec po izteku roka iz prejšnjega odstavka tega člena, vendar v enem letu od zapadlosti premije, plača vse zapadle nadaljnje premije oz. njene obroke, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi, je zavarovalnica zavezana k izplačilu zavarovalnih dajatev, in sicer od 24. ure po prejemu vseh zapadlih nadaljnjih premij oz. njenih obrokov, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi. Če je plačilo iz prejšnjega stavka plačano z nalogom izvajalcu plačilnega prometa (npr. pošti, banki), se šteje, da je plačano ob 24:00 uri dne, ko je bil nalog za plačilo izročeno izvajalcu plačilnega prometa.

35. člen

Sprememba statusa

V primeru, da se zavarovancu tekem trajanja zavarovanja spremeni status, npr. sklene pogodbo o zaposlitvi, zavarovanje nespremenjeno velja do izteka zavarovalne dobe, ki je navedena na zavarovalni polici.

36. člen

Zavarovalnina v primeru poklicnega ali amaterskega ukvarjanja s športom

- (1) Osebam, ki se po dopolnjenem 14. letu starosti poklicno ali amatersko ukvarjajo s športom, se izplačilo zavarovalnine zniža za 30 % v primeru zavarovanega dogodka po teh splošnih pogojih. Zavarovalnina se pavšalno zniža zaradi povečane nevarnosti za škodi dogodke.
- (2) Poklicni športnik je oseba, ki pretežni del svojega dohodka ustvari ali začneja ustvarjati z opravljanjem športne dejavnosti – v vsakem primeru so to športniki, ki delujejo v dveh najvišjih razredih na državnem nivoju ter vrhunski smučarji v državni smučarski zvezi ali primerljivih državnih organizacijah.
- (3) Športnik amater je oseba, ki ji ukvarjanje s športom, kljub eventualnim denarnim nadomestilom, ni osnovni poklic – v vsakem primeru so to športniki, ki aktivno delujejo v športnih društvi ali klubih
- (4) Ta člen se ne uporablja za morebitne sklenjene dodatke k zavarovanju.

37. člen

Obveznosti

- (1) Obveznosti zavarovanca, zavarovalca oz. upravičenca po nastanku zavarovalnega primera:
 - tč.1 Zavarovalni primer je potrebno na obrazcu za prijavo zavarovalnega primera pisno prijaviti zavarovalnici po zaključku zdravljenja oziroma najkasneje v 3 mesecih od nastanka zavarovalnega primera.
 - tč.2 Po nastanku zavarovalnega primera je potrebno nemudoma poskrbeti za zdravniško pomoč, zdravniška oskrba pa se mora nadaljevati do konca zdravljenja; prav tako je potrebno poskrbeti za ustrezno bolniško nego in po možnosti skrbeti za odstranitev ali zmanjšanje posledic nezgode.
 - tč.3 Zdravnike ali zdravstvene ustanove, ki so izvršili zdravljenje, kakor tudi tiste zdravnike ali zdravstvene ustanove, pri katerih je bil zavarovanec zdravljen ali preiskovan iz drugih razlogov, mora zavarovanec (njegov zakoniti zastopnik) pooblastiti in po potrebi od njih zahtevati, da posredujejo informacije, ki jih o zavarovancu zahteva zavarovalnica.
 - tč.4 Institucije, ki se ukvarjajo z nezgodo ali odstranjevanjem posledic nezgode ali zdravljenjem bolezni, morajo biti pooblaščenice, da posredujejo informacije, ki jih zahteva zavarovalnica.
- (2) Če zavarovanec, zavarovalec ali upravičenec krši katero od v prvem odstavku tega člena navedenih obveznosti, velja naslednje:
 - tč.1 Če je zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec zavarovalni primer povzročil namenoma ali s prevaro, zavarovalnica ni zavezana k dajati, ima pa pravico zahtevati odškodnino od osebe, ki uveljavlja zahtevek.
 - tč.2 V primeru iz 1. točke tega odstavka ima zavarovalnica pravico vse ugovore v zvezi z odškodninskim zahtevkom iz pogodbe uveljavljati proti tisti osebi, s katero je sklenila pogodbo.
 - tč.3 Dajanje zavarovalnice v smislu 25. člena teh splošnih pogojev ne dospejo v izplačilo tako dolgo, dokler zavarovalec, zavarovanec ali drugi upravičenec ne izpolni obveznosti, ki so navedene v prvem odstavku tega člena.
 - tč.4 Oseba, ki uveljavlja odškodninski zahtevek mora zavarovalnici povrniti morebitno škodo zaradi nepravčasne ali nepopolne izpolnitve obveznosti, ki so navedene v prvem odstavku tega člena.
 - tč.5 Oseba, ki uveljavlja odškodninski zahtevek, mora v primeru kršitve v prvem odstavku tega člena navedenih obveznosti, dokazati nastanek zavarovalnega primera, škodo in obseg škode, tako da sama nosi dokazno breme.

38. člen

Prijava zavarovalnega primera

- (1) Osebe, ki uveljavljajo pravico do zavarovalne dajatve, morajo na obrazcu zavarovalnice za prijavo zavarovalnega primera, zavarovalnici pisno prijaviti nastanek zavarovalnega primera. Obrazec za prijavo zavaroval-

nega primera je potrebno v celoti izpolniti ter mu na svoje stroške priložiti vse potrebne dokumente in listine v slovenskem jeziku ali uradnem slovenskem prevodu ter informacije v zvezi z nezgodo ali zdravljem.

- (2) Ko je zdravljenje zavarovanca zaključeno, je potrebno zavarovalnici na način iz prejšnjega odstavka predložiti tudi:
 - vso zdravstveno dokumentacijo o vzroku in vrsti poškodbe oziroma bolezni in o poteku zdravljenja ter vsa poročila vseh tistih zdravnikov, ki so zavarovanca pregledali in zdravili, kot tudi tistih, ki ga trenutno zdravijo; prav tako je potrebno predložiti poročila bolnišnic za rehabilitacijo in zdravišč, v katerih je potekalo ali še poteka zdravljenje zavarovanca;
 - drugo dokumentacijo, ki je potrebna za rešitev zavarovalnega primera in ugotavljanje obveznosti izplačila zavarovalne dajatve in jo zahteva zavarovalnica glede na okoliščine posameznega primera. Odpustno pismo oziroma potrdilo o bivanju v bolnišnici, ki mora vsebovati ime in priimek ter rojstne podatke zavarovanca in potek zdravljenja z opisom bolezni.
- (3) Zavarovalnica lahko zavarovanca pozove na zdravniški pregled ali na drugo ustrežno preiskavo, ki je potrebna za ugotovitev obstoja in obsega nezgodne invalidnosti, nezgodne delovne nezmožnosti ali nezgodne okvare zdravja, pri čemer zavarovalnica krije stroške takšnega pregleda ali preiskave.

OSTALA POGODBENA DOLOČILA

39. člen

Trajanje zavarovanja in odpoved zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovanje je sklenjeno za zavarovalno dobo, ki je opredeljena na polici.
- (2) Zavarovanje preneha veljati:
 - če postane zavarovanec med trajanjem zavarovalne pogodbe oseba, ki ne more biti zavarovana (3. odstavek 2. člena teh splošnih pogojev);
 - s smrtjo zavarovanca;
 - z odpovedjo zavarovalne pogodbe (v skladu s 5. odstavkom tega člena);
 - v drugih primerih, ko je tako določeno s temi splošnimi pogoji oziroma z zavarovalno pogodbo.
- (3) S prenehanjem zavarovanja je zavarovalnica prosta vseh obveznosti iz zavarovalne pogodbe, razen če je že nastopil zavarovalni primer.
- (4) Če zavarovanje preneha, ker je zavarovanec umrl ali postal oseba, ki ne more biti zavarovana (3. odstavek 2. člena teh splošnih pogojev) in je vzrok prenehanja zavarovalni primer, ima zavarovalnica pravico do celotne letne premije za tekoče zavarovalno leto, sicer pa samo za čas do nastanka vzroka prenehanja.
- (5) Zavarovalec ali zavarovalnica lahko pogodbo odpove s pisno izjavo najmanj tri (3) mesece pred koncem tekočega zavarovalnega leta. Zavarovalna pogodba lahko preneha tudi sporazumno, če za to obstajajo utemeljeni razlogi na strani zavarovalca in se obe stranki s tem strinjata.

40. člen

Upravičenec

Če ni dogovorjeno drugače je za prejem dogovorjenih zavarovalnih dajatev upravičenec zavarovalec.

41. člen

Postopek ugotavljanja invalidnosti z zdravniškimi izvedenci

- (1) Vrsta in obseg posledic nezgode, vprašanje vpliva bolezni ali hibe zavarovanca na posledice nezgode ter vprašanje, v kakšnem obsegu je zavarovalni primer povzročil nastale posledice, se v postopku pred zavarovalnico ugotavljajo z zdravniškimi izvedenci.
- (2) Zdravniške izvedence v postopku ugotavljanja invalidnosti pred zavarovalnico imenuje zavarovalnica. Stranka, ki uveljavlja zahtevek, ima v primeru nestrinjanja z ugotovljeno invalidnostjo pravico, da v pritožbenem postopku pred zavarovalnico v skladu s 51. členom teh splošnih pogojev na svoje stroške pridobi mnenje drugega zdravniškega izvedenca, ki ga imenuje sama.
- (3) Vsaka stran plača stroške izvedenca, ki ga je imenovala.

42. člen

Spremembe

Znižanje premije, znižanje zavarovalne vsote ali sprememba zavarovalne dobe tekom trajanja zavarovanja niso možne.

43. člen

Odstop od zavarovalne pogodbe

Zavarovalec lahko brez navajanja razlogov odstopi od zavarovalne pogodbe v roku petnajstih dni od njene sklenitve. V tem primeru ima zavarovalnica pravico zadržati administrativne stroške v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom zavarovalnice.

44. člen

Izjave volje in sprememba naslova

- (1) Vsa obvestila, sporočila, izjave in dogovori (izjave volje) so obvezujoči le, če so v pisni obliki in dostavljeni zavarovalnici.

- (2) Izjave zavarovalnice so pravno veljavne le, če so podpisane s strani pristojnih delavcev zavarovalnice.
- (3) Zavarovalec je dolžan spremembo svojega naslova nemudoma sporočiti zavarovalnici, sicer je veljavna vročitev izjave zavarovalnice, naslovljena na njej zadnji znani naslov zavarovalca.
- (4) Če prvi poskus vročitve izjave volje s strani zavarovalnice ni bil uspešen, se izjava takoj poskusi ponovno vročiti. Če je neuspešen tudi drugi poskus vročitve, se domneva, da je izjava volje vročena zavarovalcu, s tem pa je zavarovalnica svojo dolžnost izpolnila.
- (5) Če ima zavarovalec bivališče izven Republike Slovenije, je potrebno pisno navesti osebo v Republiki Sloveniji, ki je pooblaščen, da sprejema obvestila zavarovalnice.

45. člen

Vinkulacija in zastava

- (1) Zavarovalec je oseba, ki upravičeno razpolaga z zavarovalno pogodbo. Lahko jo vinkulira ali zastavi drugi osebi.
- (2) Vinkulacija in zastava zavarovalne pogodbe sta nasproti zavarovalnici veljavni le, če je o tem pisno obveščena.

46. člen

Nadomestila in cenik

- (1) Zavarovalec mora za vse storitve, ki jih posebej zahteva (kot npr. izdaja nadomestne zavarovalne police, spremembe zavarovanja, ipd.), zavarovalnici plačati ustrezno nadomestilo po vsakokrat veljavnem ceniku zavarovalnice.
- (2) Vsakokrat veljavni cenik zavarovalnice je dostopen na spletni strani www.merkur-zav.si, na sedežu družbe v Ljubljani in v vseh enotah poslovne mreže zavarovalnice.

47. člen

Vrstni red poravnavanja obveznosti

- (1) Vse obveznosti, ki izhajajo iz zavarovalne pogodbe ali v zvezi z njo, so zavarovalnica, zavarovalec, zavarovanec, plačnik premije in upravičenec dolžni poravnati po vrstnem redu zapadlosti v izpolnitev.
- (2) Obveznosti iz prejšnjega odstavka so zlasti, vendar ne samo: izplačilo zavarovalnih dajatev ter plačila premije, stroškov opominjanja, stroškov opravljenega zdravniškega pregleda zavarovanca, zakonskih zamudnih obresti in storitev, ki jih posamezna pogodbeno stranka posebej zahteva.

48. člen

Javne dajatve

Zavarovalnica je ob sklepanju zavarovalne pogodbe in ob vsakršnem izplačilu zneskov po zavarovalni pogodbi dolžna obračunati vse davčne obveznosti v skladu z vsakokrat veljavno zakonodajo.

49. člen

Kraj izpolnitve

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

50. člen

Uporaba prava in krajevna pristojnost

- (1) Za razmerja med zavarovalnico, zavarovalcem, zavarovancem, upravičencem, ter ostalimi vpletenimi osebami, ki niso urejena s temi splošnimi pogoji ali s pogodbo, se uporablja vsakokrat veljavna pozitivna zakonodaja Republike Slovenije, predvsem pa XXVI. poglavje Obligacijskega zakonika.
- (1) Za reševanje sodnih sporov je krajevno pristojno sodišče v Ljubljani.
- (2) Krajevno pristojno sodišče je tudi sodišče, na območju katerega ima zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec iz zavarovanja stalno ali začasno prebivališče ali sedež.

51. člen

Izvensodno reševanje sporov

- (1) V skladu s Pravilnikom o načinu reševanja pritožb Merkur zavarovalnice d.d. ki je dostopen na spletni strani www.merkur-zav.si, na sedežu družbe v Ljubljani in v vseh enotah poslovne mreže zavarovalnice, se lahko pri zavarovalnici vložijo pritožbe v zvezi z nesporazumi in spori, ki nastanejo pri sklepanju zavarovanj, pri izplačevanju odškodnin in zavarovalnin in druge pritožbe v zvezi z zavarovanjem.
- (2) Glede na vsebino pritožbe, jo obravnava pristojni pritožbeni organ v skladu s prej navedenim pravilnikom.
- (3) Če zavarovalnica pritožbi zavarovalca v okviru notranjega postopka za reševanje pritožb ne ugodi ali o njen ne odloči v 30 dneh po njenem prejemu, lahko zavarovalec naslovi pobudo za začetek postopka izbraneemu 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/>.
- (4) V kolikor zavarovalec oceni, da je prišlo do kršitve Zavarovalnega kodeksa, drugih dobrih poslovnih običajev in temeljnih standardov zavarovalne stroke, lahko svojo pritožbo posreduje Varuhu dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana.

52. člen

Nadzor nad zavarovalnico

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

53. člen

Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice

Poročilo o solventnosti in finančnem položaju Merkur zavarovalnice d.d., zavarovalnica objavlja na spletni strani: www.merkur-zav.si.

Posebni pogoji za dodatno zdravstveno zavarovanje za primer določene hude bolezni pri otrocih (PPZOT-N 2020)

1. člen

Splošne določbe

- (1) Posebni pogoji za dodatno zdravstveno zavarovanje za primer določene hude bolezni pri otrocih (v nadaljevanju kot »posebni pogoji«) so sestavni del zavarovalne pogodbe o otroškemu nezgodnemu zavarovanju in dodatnem zdravstvenem zavarovanju za primer določene hude bolezni pri otrocih (v nadaljevanju kot »zavarovalna pogodba« oz. »zavarovanje«), ki jo zavarovalec sklene z Merkur zavarovalnico d.d., Ljubljana.
- (2) Za zavarovanje veljajo Splošni pogoji za otroško nezgodno zavarovanje Merkur Otroci SPONZ 2020 (v nadaljevanju kot »splošni pogoji«), razen če je v teh posebnih pogojih določeno drugače.
- (3) Dodatno zdravstveno zavarovan za primer določene hude bolezni pri otrocih je lahko samo zavarovanec do 14. leta, ki je nezgodno zavarovan po produktu Merkur Otroci (v nadaljevanju kot »glavno zavarovanje«), in ki ob izteku zavarovanja ne bo star več kot 15 let, ter če se zavarovalnica s tem strinja. Zavarovalni pogoji glavnega zavarovanja se za dodatno zdravstveno zavarovanje za primer določene hude bolezni pri otrocih uporabijo samo pod pogojem, da določajo, da se posamezno določilo uporablja tudi za dodatna zavarovanja in pod pogojem, da s temi posebnimi pogoji ni določeno drugače.
- (4) V skladu s temi posebnimi pogoji so nevarnosti, ki se lahko zavarujejo in s tem nevarnostnim pripadajoče zavarovalne dajatve določene težke bolezni za otroke (2. člen teh posebnih pogojev).

2. člen

Zavarovalni primer

- (A) Zavarovalni primer je prvi nastanek določene hude bolezni zavarovanca med trajanjem zavarovanja v skladu z določili točk od 1. do 20. (B) oddelka tega člena, pod pogojem, da zavarovanec preživi še najmanj 30 dni od dneva nastanka določene hude bolezni.
- (B) Huda bolezen po teh posebnih pogojih nastane, če so izpolnjeni naslednji pogoji:

1. Rak

- (1) Rak za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, je lahko:
 - a) čvrst maligni tumor,
 - b) levkemija,
 - c) maligni limfom,
 - d) Hodgkinova bolezen,
 - e) maligna bolezen kostnega mozga,
 - f) kožni rak z zasevki (metastazami).
- (2) Zavarovalnici je treba predložiti zdravstvena dokazila o malignosti z nesporno histološko klasifikacijo tumorja.
- (3) Iz zavarovanja so izključeni:
 - a) prekanceroze,
 - b) kožni melanom, klasificiran kot stadij I ali stadij T2a ali nižji po TNM klasifikaciji,
 - c) bazalocelični ali ploščatocelični kožni rak,
 - d) tumor ob prisotnosti okužbe HIV.

2. Poliomielititis

- (1) Poliomielititis za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni akutno okužbo, ki jo povzroča poliovirus.
- (2) Zavarovalni primer nastopi v primeru pojava poliomielitisa, ki vodi do trajne ohromelosti, ki jo mora potrditi nevrolog in mora povzročiti ohromelost motorike ali dihalne miškulature, ki traja najmanj 3 mesece. Dokazati je treba prisotnost virusa v cerebrospinalni tekočini in serumu.
- (3) Iz zavarovanja so izključeni primeri poliomielitisa, pri katerih otrok ni bil cepljen v skladu z veljavnim razporedom cepljenja.

3. Meningitis

- (1) Meningitis za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni vnetno bolezen možganskih ovojnic (mening).
- (2) Zavarovalni primer nastopi v primeru pojava meningitisa, ki vodi do trajnega nevrološkega deficita, ki traja najmanj 3 mesece in ga je potrdil nevrolog.
- (3) Iz zavarovanja je izključen meningitis, ki je posledica okužbe z virusom HIV.

4. Encefalitis

- (1) Encefalitis za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni vnetno bolezen možganskega tkiva.
- (2) Zavarovalni primer nastopi v primeru pojava encefalitisa, ki vodi do trajnega nevrološkega deficita, ki traja najmanj 3 mesece in ga je potrdil nevrolog.
- (3) Iz zavarovanja je izključen encefalitis, ki je posledica okužbe z virusom HIV.

5. Aplastična anemija

- (1) Aplastična anemija za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni odpoved kostnega mozga, ki povzroča anemijo, nevtropenijo in trombocitopenijo.
- (2) Za nastop zavarovalnega primera zaradi pojava aplastične anemije morajo biti izpolnjene naslednje zahteve:
 - a) diagnozo aplastične anemije mora potrditi hematolog,
 - b) koncentracija granulocitov v krvi je nižja od 500 na mm³ in trombocitov nižja od 20.000 na mm³,
 - c) zavarovancu je zagotovljeno najmanj eno od naslednjih zdravljenj:
 - redne transfuzije krvi v obdobju najmanj 2 mesecev,
 - redno jemanje imunosupresivov v obdobju najmanj 2 mesecev,
 - presaditev kostnega mozga.
- (3) Iz zavarovanja je izključena aplastična anemija, ki je posledica zdravljenja katere druge bolezni.

6. Kronični aktivni hepatitis

- (1) Kronični aktivni hepatitis za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni kronično aktivno virusno okužbo jetrnega tkiva.
- (2) Zavarovalni primer nastopi v primeru pojava virusnega hepatitisa, pri katerem se je otrok zaznavno okužil z virusom hepatitisa; ravni jetrnih encimov (ALT, AST) morajo biti najmanj 4-krat višje od fiziološke meje v obdobju najmanj 3 mesecev od začetka zdravljenja. Virus hepatitisa mora biti prisoten v telesu zavarovanca v obdobju najmanj 6 mesecev po končanem zdravljenju.
- (3) Iz zavarovanja je izključena okužba z virusom hepatitisa A.

7. Epilepsija

- (1) Epilepsija za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni prehodne paroksizmalne motnje v delovanju možganov, ki se kažejo kot izguba zavesti.
- (2) Za nastop zavarovalnega primera mora biti dokazan patološki EEG in izpolnjena mora biti najmanj ena od naslednjih zahtev:
 - (i) več kot en hud napad s tonično-kloničnimi krči, ki zajemajo vse mišice pod zavednim nadzorom, in s hkratno izgubo zavesti (grand mal) na 7 dni v obdobju več kot 12 mesecev,
 - (ii) več kot en hud napad s tonično-kloničnimi krči, ki zajemajo vse mišice pod zavednim nadzorom, in s hkratno izgubo zavesti (grand mal) na 30 dni v obdobju več kot 12 mesecev.Zavarovanec mora biti v celotnem obdobju ustrezno zdravljen in napadi morajo biti dokazani z zdravstvenimi izvidi.

8. Revmatična vročica

- (1) Revmatična vročica za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni revmatično vročico s posledičnimi srčnimi zapleti.
- (2) Zavarovalni primer nastopi, če revmatična vročica povzroči kronično srčno popuščanje, klasificirano kot razred II ali višji razred v skladu s klasifikacijo po NYHA za obdobje najmanj 6 mesecev in če kljub ustreznemu zdravljenju izboljšanje ni verjetno. Diagnosticanje revmatične vročice mora potrditi kardiolog, bolezen pa mora izpolnjevati vsa diagnostična merila po Jonesu.
- (3) Iz zavarovanja so izključeni primeri revmatične vročice, pri katerih je zavarovanec že imel bolezni srčnih zaklopk, ki so bile diagnosticirane že pred začetkom zavarovanja.

9. Pridobljena kronična bolezen srca

- (1) Pridobljena kronična bolezen srca za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni pridobljeno bolezen srca, ki je posledica trajne okvare delovanja ali morfološke patologije srčnega tkiva (srčnih zaklopk, endokarda, miokarda ali perikarda).
- (2) Zavarovalni primer nastopi, če je pridobljena kronična bolezen srca ustrezno zdravljena najmanj 6 mesecev in če je v skladu s klasifikacijo po NYHA ves čas razvrščena kot razred II ali slabše ter kljub ustreznemu zdravljenju izboljšanje ni verjetno.
- (3) Iz zavarovanja so izključeni naslednji primeri pridobljene kronične bolezni srca:
 - a) bolezni, ki so posledica zlorabe alkohola ali drog,
 - b) bolezni, ki so posledica napake v prekatnem pretinu,
 - c) če je imel zavarovanec pred začetkom zavarovanja revmatično vročico.

10. Paraliza

- (1) Paraliza za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni trajno in popolno nedelovanje najmanj ene celotne zgornje ali spodnje okončine kot posledico bolezni, povezane z možgani ali hrbtenjačo.
- (2) Zavarovalni primer nastopi, če bolezen povzroča paralizirano najmanj 3 mesece in če je bolezen potrdil nevrolog ter če kljub ustreznemu zdravljenju izboljšanje ni verjetno.

11. Slepota

Slepota za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni popolno in nepovratno izgubo vida na najmanj enem očesu kot posledico akutne bolezni, ki jo je potrdil oftalmolog. Najnižja starost zavarovanca v času zavarovalnega primera je lahko 1 leto.

12. Gluhota

Gluhota za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni popolno in nepovratno izgubo sluha na najmanj enem ušesu kot posledico akutne bolezni, ki je potrjena z meritvami sluha in preskusom zvočnega praga. Najnižja starost zavarovanca v času zavarovalnega primera izgube sluha na enem ušesu je lahko 2 leti, za izgubo sluha na obeh ušesih pa 1 leto.

13. Okužba z virusom HIV pri transfuziji krvi

- (1) Okužba z virusom HIV pri transfuziji krvi za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni dokazano prisotnost virusa HIV v serumu, ki je bil zaznavno prejet prek transfuzije krvi na območju držav EU, ZDA ali Kanade po začetku zavarovanja. Ustanova, ki je izvedla transfuzijo, mora priznati svojo odgovornost s pisnim potrdilom ali pa mora biti izdana dokončna in pravnomočna sodba sodišča glede take odgovornosti, pri čemer je treba to potrdilo oziroma sodbo predložiti zavarovalnici.
- (2) Iz zavarovanja so izključeni primeri, v katerih je zavarovanec hemofilčen ali v katerih je bilo v času nastopa zavarovalnega primera odkrito učinkovito zdravlilo za okužbo.

14. Zadnji stadij odpovedi ledvic

- (1) Zadnji stadij odpovedi ledvic za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni popolno in nepovratno prenehanje delovanja obeh ledvic.
- (2) Zavarovalni primer nastopi, če je zavarovanec na redni hemodializi najmanj 3 mesece.

15. Tetanus

- (1) Tetanus za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni akutno in hudo infekcijsko bolezen, ki jo povzroča bakterija Clostridium tetani.
- (2) Zavarovalni primer nastopi, če tetanus povzroči amiotonijo in oteženo dihanje, ki traja najmanj 4 tedne, stanje pa mora potrditi zdravnik specialista, pri čemer se mora bolni zavarovanec nujno zdraviti v bolnišnici.
- (3) Iz zavarovanja so izključeni primeri tetanusa, pri katerih zavarovanec (otrok) ni bil cepljen v skladu z veljavnim razporedom cepljenja.

16. Diabetes mellitus

- (1) Diabetes mellitus za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni pridobljeno kronično hiperglikemijo.
- (2) Zavarovalni primer nastopi, če je diabetes mellitus potrdil diabetolog in če bolni zavarovanec prejema redne inzulinske injekcije najmanj 6 mesecev.

17. Benigni možganski tumor

- (1) Benigni možganski tumor za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni čvrst nekancerogen tumor možganskega tkiva ali čvrst nekancerogen intrakranialni tumor, ki s svojo rastjo povzroča poškodbe možganov, zaradi česar je potreben nevrokirurški operativni poseg ali če kirurški poseg ni mogoč, povzroča pa trajni nevrološki deficit. Diagnozo benignega možganskega tumorja mora potrditi nevrolog ali nevrokirurg.
- (2) Iz zavarovanja so izključeni:
 - a) cista,
 - b) granulom,
 - c) tumor v hipofizi.

18. Presaditev pomembnih organov

- (1) Presaditev pomembnih organov za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni presaditev celotnega, najmanj enega od spodaj navedenih človeških organov, kakor tudi zavarovanca, ki je najmanj 6 mesecev uvrščen na uradni čakalni seznam za presaditev celotnega, enega od spodaj navedenih človeških organov:
 - a) srce,
 - b) pljuča,
 - c) jetra,
 - d) ledvica,
 - e) trebušna slinavka,
 - f) presaditev človeškega kostnega mozga z uporabo hematopoetičnih matičnih celic po predhodni popolni ablaciji kostnega mozga.
- (2) Presaditev celotnega človeškega organa mora biti zdravstveno nujna in mora temeljiti na objektivni potrditvi terminalne odpovedi lastnega organa.

19. Operacija srčne zaklopke

- (1) Operacija srčne zaklopke za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni izvedbo kirurškega posega na odprtem srcu s torakotomijo. Operacija srčne zaklopke mora biti z zdravstvenega stališča nujna in mora biti ustrezno dokumentirana v zdravstveni kartoteki.

- (2) Iz zavarovanja je izključena pridobljena bolezen, ki jo je povzročila zloraba alkohola ali drog, zaradi katere je bila potrebna operacija srčne zaklopke.

20. Operacija aorte

- (1) Operacija aorte za namene zavarovanja, ki ga urejajo ti posebni pogoji, pomeni izvedbo kirurškega posega na torakalni ali abdominalni aorti, pri čemer so njene veje izključene, s torakotomijo ali laparotomijo za popravilo anevrizme, obstrukcije, koarktacije ali travmatičnega pretrganja aorte. Operacija aorte mora biti z zdravstvenega stališča nujna in mora biti ustrezno dokumentirana v zdravstveni kartoteki.
- (2) Iz zavarovanja je izključena pridobljena bolezen, ki jo je povzročila zloraba alkohola ali drog, zaradi katere je bila potrebna operacija aorte.

3. člen

Primer smrti

Za primer smrti zavarovanca ni dajatve zavarovalnice.

4. člen

Časovna veljavnost

- (1) Zavarovalno kritje prične ob 00.00 uri dneva, ki je na zavarovalni polici naveden kot začetek zavarovanja, pod pogojem, da je pripadajoče glavno zavarovanje v celoti veljavno, vendar ne pred iztekom čakalne dobe v skladu s 5. členom teh posebnih pogojev. Pred datumom, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja, ni zavarovalnega kritja.
- (2) Zavarovalno kritje preneha ob 24.00 uri dneva, s katerim se konča obdobje, za katerega je sklenjeno pripadajoče glavno zavarovanje.

5. člen

Čakalna doba

- (1) Čakalne dobe se računajo od dne, ki je na zavarovalni polici naveden kot začetek zavarovanja oz. od dne izstavitve police, če je na polici naveden dan začetka zavarovanja pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe. Splošna čakalna doba znaša 3 mesece.
- (2) Iz zavarovalnega kritja so izzeti zavarovalni primeri za bolezni, ki so zdravljene v čakalni dobi, ne glede na to ali so v čakalni dobi zdravljene prvič ali gre za nadaljevanje predhodnega zdravljenja. Izključitev zavarovalnega kritja iz prejšnjega stavka velja vse do zaključka zdravljenja teh bolezni. Navedena izključitev velja tudi za bolezni, ki so s temi boleznimi v neposredni vzročni zvezi.
- (3) Čakalne dobe ni, če gre za nadaljevanje zavarovanja brez prekinitev, razen v primeru povišanja zavarovalnega kritja, kjer velja čakalna doba le za povišani del.

6. člen

Zavarovalne dajatve

- (1) Zavarovalnica se zavezuje v primeru prvega nastanka določene hude bolezni zavarovanca med trajanjem zavarovanja v skladu z določili 2. in 5. člena teh posebnih pogojev upravičencu izplačati dogovorjeno zavarovalno vsoto za primer določene hude bolezni, in sicer:
 1. Za primer hude bolezni Rak se izplača 100% zavarovalne vsote.
 2. Za primer hude bolezni Poliomielitis se izplača 100% zavarovalne vsote.
 3. Za primer hude bolezni Meningitis se izplača 100% zavarovalne vsote.
 4. Za primer hude bolezni Encefalitis se izplača 100% zavarovalne vsote.
 5. Za primer hude bolezni Aplastična anemija se:
 - v primeru presaditve kostnega mozga izplača 100% zavarovalne vsote,
 - v primeru prejemanja transfuzij krvi v obdobju najmanj 2 mesecev izplača 100% zavarovalne vsote,
 - v primeru rednega jemanja imunosupresivov v obdobju najmanj 2 mesecev izplača 50% zavarovalne vsote.
 6. Za primer hude bolezni Kronični aktivni hepatitis se izplača 100% zavarovalne vsote.
 7. Za primer hude bolezni Epilepsija se za:
 - zavarovalni primer, ki izpolnjuje definicijo iz točke 7/(2)/(i) (B) oddelka 2. člena teh posebnih pogojev izplača 100% zavarovalne vsote,
 - zavarovalni primer, ki izpolnjuje definicijo iz točke 7/(2)/(ii) (B) oddelka 2. člena teh posebnih pogojev izplača 25% zavarovalne vsote.
 8. Za primer hude bolezni Revmatična vročica se za:
 - razred IV v skladu s klasifikacijo po NYHA izplača 100% zavarovalne vsote.
 - razred II ali III v skladu s klasifikacijo po NYHA izplača 50% zavarovalne vsote.
 9. Za primer hude bolezni Pridobljena kronična bolezen srca se za:
 - razred IV v skladu s klasifikacijo po NYHA izplača 100% zavarovalne vsote.
 - razred II ali III v skladu s klasifikacijo po NYHA izplača 50% zavarovalne vsote.
 10. Za primer hude bolezni Paraliza se:
 - v primeru paraplegije, hemiplegije ali tetraplegije izplača 100% zavarovalne vsote.

- v primeru paralize ene zgornje ali ene spodnje okončine izplača 50% zavarovalne vsote.
11. Za primer hude bolezni Slepota se za:
 - slepoto na obeh očesih izplača 100% zavarovalne vsote.
 - slepoto na enem očesu izplača 50% zavarovalne vsote.
 12. Za primer hude bolezni Gluhota se za:
 - gluho na obeh ušesih izplača 100% zavarovalne vsote.
 - gluho na enem ušesu izplača 25% zavarovalne vsote.
 13. Za primer hude bolezni Okužba z virusom HIV pri transfuziji krvi se izplača 100% zavarovalne vsote.
 14. Za primer hude bolezni Zadnji stadij odpovedi ledvic se izplača 100% zavarovalne vsote.
 15. Za primer hude bolezni Tetanus se izplača 25% zavarovalne vsote.
 16. Za primer hude bolezni Diabetes mellitus se izplača 100% zavarovalne vsote.
 17. Za primer hude bolezni Benigni možganski tumor se izplača 100% zavarovalne vsote.
 18. Za primer hude bolezni Presaditev pomembnih organov se izplača 100% zavarovalne vsote.
 19. Za primer hude bolezni Operacija srčne zaklopke se izplača 100% zavarovalne vsote.
 20. Za primer hude bolezni Operacija aorte se izplača 100% zavarovalne vsote.
- (2) Če hkrati pride do več kot enega primera prvega nastanka določene hude bolezni zavarovanca, je upravičenec upravičen samo do višjega od zneskov zavarovalnih vsot, ki se sicer v skladu z določilom prejšnjega odstavka izplačajo za nastanek posamezne hude bolezni zavarovanca.
- (3) Če zaporedoma pride do več kot enega primera prvega nastanka določene hude bolezni zavarovanca, je upravičenec upravičen do seštevka zneskov zavarovalnih vsot, ki se sicer v skladu z določilom prvega odstavka tega člena izplačajo za nastanek posamezne hude bolezni zavarovanca, pri čemer pa skupni znesek vseh priznanih zavarovalnih vsot za izplačilo ne sme preseči 100% zavarovalne vsote.
- (4) Če je seštevok vseh priznanih zavarovalnih vsot za izplačilo v nasprotju z določilom prejšnjega odstavka, je upravičenec upravičen samo do zavarovalne vsote, ki je enaka razliki med 100% zavarovalno vsoto in seštevkom vseh že priznanih zavarovalnih vsot, pri čemer premija ostane nespremenjena.
- (5) Zavarovalnica zavarovalno vsoto izplača samo pod pogojem, da zavarovanec preživi še najmanj 30 dni od dneva nastanka določene hude bolezni. Ko se izplača dogovorjena 100% zavarovalna vsota za hude bolezni se kritje za hude bolezni zaključi, in sicer ob 24.00 uri zadnjega dne v mesecu, v katerem je pri zavarovancu nastopila določena huda bolezen.

7. člen

Oblikovanje matematičnih rezervacij

Za kritje nastanka določene hude bolezni pri otrocih se matematične rezervacije ne oblikujejo.

8. člen

Obseg zavarovalnega kritja

- (1) Zavarovalno kritje velja samo za primere, ko je vzrok zavarovalnega primera bolezen. Zavarovalni primeri, katerih vzrok je nezgoda, z zavarovanjem niso kriti. S temi posebnimi pogoji so določene posamezne omejitve obsega zavarovalnega kritja in primeri, ko je zavarovalno kritje izključeno v celoti.
- (2) Za primer nastanka določene hude bolezni zavarovalno kritje ne velja, če je nastanek določene hude bolezni iz točk od 1. do 20. (B) oddelka 2. člena teh posebnih pogojev v neposredni ali posredni vzročni zvezi s spodaj navedenimi primeri:
 1. AIDS ali HIV infekcije (neposredno ali posredno), razen hude bolezni iz točke 13. (B) oddelka 2. člena teh posebnih pogojev (Okužba z virusom HIV prek transfuzije krvi).
 2. Zavarovanec je kadarkoli v obdobju 12 mesecev pred nastankom zavarovalnega primera več kot 13 zaporednih tednov preživel v državah zunaj Evropske unije.
 3. Zavarovanec ni poiskal zdravniške pomoči ali ni upošteval danega zdravniškega nasveta, pa bi bilo to utemeljeno pričakovati od vsake povprečno skrbne osebe.
- (3) Poleg primerov iz prejšnjega odstavka zavarovalno kritje za primer nastanka določene hude bolezni ne velja, če je nastanek določene hude bolezni iz točk od 1. do 20. (B) oddelka 2. člena teh posebnih pogojev v neposredni ali posredni vzročni zvezi z:
 1. namerno povzročitvijo bolezni ali izčrpanosti pri zavarovancu, storjeno s strani zavarovanca, zavarovalca, upravičenca ali partnerja oz. sorodnika v ravni črti katerekoli od navedenih oseb; ali
 2. namernim samopoškodovanjem ali poskusom samomora zavarovanca; ali
 3. izpostavljenostjo zavarovanca sevanju z energijo velikosti najmanj 100 elektronskih voltov, nevtroni poljubne energije, z laserskimi ali drugimi žarki, ki se uporabljajo pri masažah ali z umetno pridobljenimi ultravijoličnimi žarki.
- (4) Zavarovalno kritje za primer nastanka določene hude bolezni ne velja, če je nastanek določene hude bolezni iz točk od 1. do 20. (B) oddelka

2. člena teh posebnih pogojev v neposredni ali posredni vzročni zvezi z zdravstvenim stanjem zavarovanca, ki zavarovalnici do dne začetka zavarovanja, ki je naveden na zavarovalni polici oz. do dne izstavitve police, če je na polici naveden dan začetka zavarovanja pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe, ni bilo razkrito ali ji je bilo razkrito le deloma, če je v tem obdobju zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak dal zavarovancu zdravniški nasvet ali če je bilo zavarovancu svetovano zdravljenje ali če so obstajali takšni znaki bolezni, zaradi katerih bi vsaka povprečno skrbna oseba poiskala ustrezno zdravniško pomoč (npr. sum na bolezen, postavitev diagnoze, zdravljenje, oskrba ipd.).
- (5) Iz zavarovalnega kritja so izzeti naslednji zavarovalni primeri:
1. če se je zdravljenje bolezni, ki je v neposredni ali posredni vzročni zvezi z določeno hudo boleznijo ali opravljeno operacijo, začelo ali bilo svetovano pred začetkom zavarovanja ali se je začelo prvič med čakalno dobo (5. člen teh posebnih pogojev),
 2. če je bila zavarovancu pred začetkom zavarovanja ali prvič med čakalno dobo (5. člen teh posebnih pogojev) diagnosticirana bolezen, ki je v neposredni ali posredni vzročni zvezi z nastankom določene hude bolezni ali operacije.
- (6) Zavarovalno kritje je tudi v celoti izključeno, če je vzrok zavarovalnega primera v povezavi s prej prisotnimi boleznimi in stanji, ki so bili pri zavarovancu diagnosticirani, so mu bili znani ali pa so bili pri njem prisotni že pred datumom sklenitve zavarovalne pogodbe.

9. člen

Razpolaganje s pravicami iz zavarovanja

- (1) Vse pravice, ki izhajajo iz zavarovanja, pripadajo zavarovalcu vse do nastanka zavarovalnega primera.
- (2) Če se zavarovanje nanaša na zdravje tretje osebe (ki je starejša od 14 let), je za razpolaganje v smislu prejšnjega odstavka potrebno njeno pisno soglasje.

10. člen

Prijava nastopa hude bolezni

- (1) Osebe, ki uveljavljajo pravico do zavarovalne dajatve, morajo najkasneje v roku treh mesecev po nastopu določene hude bolezni zavarovanca, zavarovalnici na svoje stroške predložiti pisni zahtevek in mu priložiti naslednje listine v slovenskem jeziku ali uradnem slovenskem prevodu:
 1. izvide v skladu z določili točk od 1. do 20. (B) oddelka 2. člena teh posebnih pogojev, in
 2. vso medicinsko dokumentacijo o vzroku, začetku, vrsti in poteku bolezni ter vsa poročila vseh tistih zdravnikov, ki so zavarovanca pregledali in zdravili, kot tudi tistih, ki ga trenutno zdravijo; prav tako je potrebno predložiti poročila bolnišnic za rehabilitacijo in zdravišiš, v katerih je potekalo ali še poteka zdravljenje zavarovanca.
- (2) Izvid iz 2. točke prejšnjega odstavka mora izdati ustrezen zdravnik specialista, ki je registriran za opravljanje zdravstvene dejavnosti v eni izmed držav Evropske unije, in ne sme biti imetnik zadevne zavarovalne police, zavarovalec ali zavarovanec ali partner oz. sorodnik v ravni črti katerekoli od navedenih oseb.
- (3) Kadar je za nastop določene hude bolezni v skladu z določili točk od 1. do 20. (B) oddelka 2. člena teh posebnih pogojev potrebno, da je pri zavarovancu opravljen operacijski poseg, se mora zahtevku priložiti tudi pisno dokazilo, da je bil operacijski poseg medicinsko nujno potreben in običajen za tovrsten primer.
- (4) Zavarovalnica ima pravico zahtevati drugo dokumentacijo, ki je glede na okoliščine posameznega primera potrebna za rešitev zavarovalnega primera in ugotavljanje obveznosti izplačila zavarovalne dajatve ter lahko zavarovanca pozove na medicinski pregled ali na drugo ustrezno preiskavo, ki je potrebna za ugotovitev obstoja določene hude bolezni, pri čemer zavarovalnica krije stroške takšnega pregleda ali preiskave.
- (5) Ob nastopu določene hude bolezni ima zavarovanec pravico izven držav Evropske unije poiskati pomoč zdravnika, zdravnika specialista, klinik, bolnišnic, centrov za rehabilitacijo, se naročiti na preglede, diagnosticiranja, zdravljenja, operacije ipd., pri čemer lahko zavarovalnica v teh primerih od slovenskega zdravnika specialista ali klinike, ki ima sedež v Republiki Sloveniji, na stroške upravičenca do zavarovalne dajatve, pridobi dokaze, ki so potrebni za ugotavljanje obveznosti izplačila zavarovalne dajatve.
- (6) Zavarovalec (oziroma zavarovanec oziroma njegov zakoniti zastopnik) se zaveže, da bo v primeru nastopa določene hude bolezni pisno pooblastil zavarovalnico za pridobivanje medicinske dokumentacije, ki je v vzročni zvezi z zavarovalnim primerom, v imenu in za račun zavarovanca.

11. člen

Izplačilo zavarovalne dajatve

- (1) Izplačilo iz zavarovalne pogodbe izvrši zavarovalnica na podlagi pisne prijave zavarovalnega primera. Dodatno lahko zahteva tudi dokazilo o zadnjem plačilu premije.
- (2) Izpolnitveni kraj za izplačila zavarovalnih dajatev je sedež zavarovalnice. Stroške izplačila krije upravičenec do posamezne zavarovalne dajatve.
- (3) Zavarovalnica je dolžna izplačati zavarovalno dajatev v roku štirinajstih dni od ugotovitve temelja in višine obveznosti zavarovalnice, če takrat razpolaga z vsemi podatki, ki so potrebni za izvedbo izplačila. Če zavarovalnica ne po svoji krivdi ne more izplačati zavarovalne dajatve, upravičenec ne pripadajo zamudne obresti.

12. člen

Upravičenec

- (1) Upravičenec za dajatve iz zavarovanja je zavarovalec, razen če zavarovalec drugače določi. Če se zavarovanje nanaša na zdravje nekoga drugega, je za določitev upravičenca in njegovo kasnejšo spremembo potrebno tudi pisno soglasje zavarovanca (oziroma njegovega zakonitega zastopnika).
- (2) Upravičenec pridobi pravico do zavarovalne dajatve z nastankom zavarovalnega primera. Do tega trenutka lahko zavarovalec vsak čas spremeni upravičenca v skladu s prejšnjim odstavkom.
- (3) Če upravičenec umre pred nastankom zavarovalnega primera, zavarovalna vsota pripada naslednjemu upravičencu, če ta ni določen, pa premoženju zavarovalca.
- (4) Če upravičenec ni določen, se šteje, da je upravičenec zavarovalec oz. v primeru njegove smrti zakoniti dedič.

13. člen

Prenehanje zavarovanja in odpoved zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovanje preneha veljati:
 - s potekom dogovorjene zavarovalne dobe;
 - če postane zavarovanec med trajanjem zavarovalne pogodbe oseba, ki ne more biti zavarovana (3. odstavek 2. člena splošnih pogojev za otroško nezgodno zavarovanje Merkur otroci SPONZ 2020);
 - ko nastopi primer iz petega odstavka 6. člena teh posebnih pogojev;
 - s smrtjo zavarovanca;
 - z odpovedjo zavarovalne pogodbe (4. odst. 13. člena teh posebnih pogojev);
 - če je glavno zavarovanje prenehalo veljati;
 - v drugih primerih, ko je tako določeno s temi posebnimi pogoji oziroma z zavarovalno pogodbo.
- (2) S prenehanjem zavarovanja je zavarovalnica prosta vseh obveznosti iz zavarovalne pogodbe, razen če je že nastopil zavarovalni primer.
- (3) Če zavarovanje preneha, ker je nastala določena huda bolezen zavarovanca ali je zavarovanec postal oseba, ki ne more biti zavarovana (3. odstavek 2. člena splošnih pogojev za otroško nezgodno zavarovanje Merkur otroci SPONZ 2020) in je vzrok prenehanja zavarovalni primer, ima zavarovalnica pravico do celotne letne premije za tekoče zavarovalno leto, sicer pa samo za čas do nastanka vzroka prenehanja.
- (4) Zavarovalec lahko zavarovalno pogodbo odpove ob koncu tekočega zavarovalnega leta oziroma tekom zavarovalnega leta na konec vsakega plačilnega obdobja (letno, polletno, četrletno ali mesečno plačilo). Odpoved je potrebno zavarovalnici izjaviti pisno. Odkupna vrednost zavarovalne police ne obstaja, zato zavarovalec po odpovedi zavarovalne pogodbe ni upravičen do nobenih izplačil iz naslova odpovedi zavarovanja.