



„Mirna prihodnost se
začne z varnostjo
danes.“

Merkur Nezgoda

Nezgodno zavarovanje za odrasle

Ker sem čudež življenja.

merkur 
ZAVAROVALNICA

Merkur Nezgoda

Izberite varnost in zaupajte v svojo prihodnost z nezgodnim zavarovanjem Merkur zavarovalnice.

Zakaj skleniti nezgodno zavarovanje Merkur Nezgoda?

Ker je življenje velikokrat nepredvidljivo, lahko s sklenitvijo nezgodnega zavarovanja Merkur Nezgoda ravnamo odgovorno in tako celovito poskrbimo za svojo finančno varnost 24 ur na dan, 365 dni v letu in kjerkoli na svetu.

Prednosti zavarovanja



Brez zdravstvenega vprašalnika

Omogoča enostavnejšo in hitrejšo sklenitev zavarovanja, brez dolgotrajnih postopkov preverjanja.



Dnevno nadomestilo

Izplačilo zavarovalnine za čas zdravljenja po nezgodi, tudi v primeru skrajšanega delovnega časa.



Mesečna renta

Prinaša možnost izplačila že pri 31-odstotni invalidnosti in možnost izbire doživljenjske mesečne rente do višine 2.000 EUR.



Kritje stroškov rehabilitacije

Omogoča kritje stroškov rehabilitacije do 1.000 EUR na zavarovalni primer.



Izplačilo zavarovalnine pri tveganih športnih dejavnostih

V primeru nezgode pri izvajanju tveganih športnih dejavnosti je poskrbljeno za vašo finančno varnost.



Aktivni dodatek

Omogoča hitrejšo in visoko izplačilo zavarovalnine do 20.000 EUR ob poškodbah, kot so zlom kosti, poškodbe meniskusa, izvini, izpahi in natrgane vezi oz. kite.

Zavarovalna kritja

Nezgodno zavarovanje Merkur Nezgoda nudi pomembno finančno zaščito za primer smrti, invalidnosti ali nezmožnosti za delo. Izbirajte med široko paleto kritij, ki jih lahko sklenete tudi individualno.



Nezgodna smrt - zavarovalna vsota do **200.000 EUR**

V primeru smrti se izplača zavarovalna vsota upravičencu. Če je smrt posledica prometne nesreče, se izplača dvojna zavarovalna vsota.



Trajna nezgodna invalidnost* - zavarovalna vsota do max. **1.000.000 EUR**

Zavarovalno kritje omogoča izbiro tudi manjših zavarovalnih vsot s progresijo trikratnika ali petkratnika osnovne zavarovalne vsote.



Naravna smrt - zavarovalna vsota do **4.000 EUR**

Izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote za primer naravne smrti.



Dnevno nadomestilo in bolnišnično nadomestilo - zavarovalna vsota do **50 EUR**

Zavarovalno kritje nudi finančno nadomestilo v primeru nezmožnosti za opravljanje dela do 200 dni in bolnišnično nadomestilo za nujno hospitalizacijo do 365 dni.



Zavarovalno kritje za zlome kosti - zavarovalna vsota do **500 EUR**

V primeru zloma kosti zaradi nezgode se izplača za to kritje dogovorjena zavarovalna vsota.



Takojšnja pomoč ob nezgodi - zavarovalna vsota do **500 EUR**

Zavarovalno kritje nudi izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote v primeru nujne 24-urne hospitalizacije po nezgodi.



Kritje stroškov rehabilitacije - zavarovalna vsota do **1.000 EUR**

Omogoča kritje rehabilitacije po poškodbi zaradi nezgode v zdravstvenih ustanovah, ki skrbijo za zdravje in dobro počutje.



Nezgodna mesečna renta* - zavarovalna vsota do **2.000 EUR**

Omogoča možnost izplačila mesečne rente do višine 2.000 EUR, pri trajni invalidnosti 31 %, 36 %, 51 % ali več. Doba prejemanja rente je lahko 10 let, 25 let ali dosmrtno.

* Skupna zavarovalna vsota iz naslova trajne nezgodne invalidnosti in nezgodne mesečne rente za primer 100% trajne invalidnosti ne sme presegati 1.000.000 EUR.



Nadomestilo za oskrbo po nezgodi, ki omogoča izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote enkrat letno v primeru, ko je eno leto od nastanka nezgode potrebno dodatno zdravljenje ali pomoč pri vsakodnevnih opravilih.



Samostojno kritje enkratnega izplačila dogovorjene zavarovalne vsote v primeru 51 ali več % trajne nezgodne invalidnosti.

Aktivni dodatek - dodatna zaščita z nezgodnim zavarovanjem Merkur Nezgoda

Aktivni dodatek je posebej zasnovan paket kritij, s katerim lahko zvišate zavarovalno vsoto za zlom ali pok kosti, izpahe in izvine.



Nadomestilo za zlom kosti (premium)

V primeru zloma kosti prejmete izplačilo glede na izbrano zavarovalno vsoto do višine 20.000 EUR. Izplačilo je odvisno od kategorije zloma, pri čemer prejmete 100 % zavarovalne vsote za najtežje zlome (kot so lobanja, hrbtenica in medenica) in nižji odstotek za manjše poškodbe.



Izplačilo za izpah, zvin in poškodbo vezi

Kritje vključuje izplačilo zavarovalne vsote do 300 EUR za izpah, izvin in poškodbe vezi ali meniskusa ter zlom stalnih zob, kar pomeni dodatno varnost pri različnih nezgodah.





Dodatna brezplačna kritja

Dodatna kritja bomo vašemu zavarovanju priključili **brezplačno** v primeru izpolnjevanja spodnjih pogojev.



Nadomestilo žrtvam nasilja

Dodatno kritje z letno zavarovalno vsoto 500 EUR vam pripada brezplačno v primeru, da vaša letna premija presega 220 EUR.



Psihološka pomoč

Dodatno kritje z letno zavarovalno vsoto 500 EUR vam pripada brezplačno v primeru, da vaša letna premija presega 220 EUR.



Kritje mikromobilnosti

Dodatno kritje z letno zavarovalno vsoto 250 EUR vam pripada brezplačno v primeru, da vaša letna premija presega 250 EUR.

*Teh kritij ni mogoče skleniti posamično.

Primer izplačila



Peter
42 let

Sklenjeno ima:

Nezgodno smrt 20.000 EUR,
Trajno invalidnost 100.000 - petkratnik,
Dnevno nadomestilo v višini 50 EUR
Rehabilitacijo v višini 1.000 EUR
Aktivni dodatek z ZV 20.000 EUR

Na večernem sprehodu ga je zadel kolesar, izgubil je ravnotežje in brnil v robnik pločnika ter si hudo poškodoval palec leve noge.

Peter je uveljavljal zavarovalno kritje za zlom kosti, rehabilitacijo, dnevno nadomestilo in invalidnost.

Petru po pogojih pripada izplačilo zavarovalnine v višini:

Trajna invalidnost: 3 % za zlom prstnice (60 % zmanjšana funkcionalnost prsta)	3.000 EUR
Dnevno nadomestilo za 2 meseca (61 dni) delovne nezmožnosti, 50 EUR	3.050 EUR
Aktivni dodatek – nadomestilo za zlom kosti 5 % od ZV 20.000 EUR	1.000 EUR
Brezplačno kritje Mikromobilnost	250 EUR
Rehabilitacija	1.000 EUR (organizacija in plačilo rehabilitacije v tej vrednosti)

Skupaj: 8.300 EUR

Prijava nezgode še nikoli ni bila tako preprosta

Prijavite zavarovalni primer kar preko **spletnega portala** Merkur zavarovalnice - **E-poti**.

Sledite povezavi: <https://epoti.merkur-zav.si> ali poskenirajte **QR kodo**.



Prijavite
nezgodo

Ker sem čudež življenja.

Merkur zavarovalnica d.d.
Dunajska cesta 58, 1000 Ljubljana
T: 080 2855

Center za stranke Ljubljana
Dunajska cesta 58, 1000 Ljubljana
T: 080 2855

Center za stranke Maribor
Ulica talcev 24, 2000 Maribor
T: 080 2855

E-pošta: info@merkur-zav.si
Spletna stran: www.merkur-zav.si
Portal: moj.merkur-zav.si
Prijava škode: <https://epoti.merkur-zav.si>
Facebook: [merkur.zavarovalnica](https://www.facebook.com/merkur.zavarovalnica)

merkur
ZAVAROVALNICA

Merkur MediTočka
080 2855

SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE – MERKUR NEZGODA (SPNZS 2024)

I. POGLAVJE - SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Splošne določbe

- (1) Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje (v nadaljevanju kot »splošni pogoji«) so sestavni del zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju (v nadaljevanju kot »pogodba« oz. »zavarovanje«), ki jo zavarovalec sklene z Merkur zavarovalnico d.d., Ljubljana.
- (2) Posamezni izrazi in pojmi, uporabljeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:
 - **ponudnik** je fizična ali pravna oseba, ki želi z zavarovalnico skleniti pogodbo o nezgodnem zavarovanju in v ta namen predloži pisno ponudbo;
 - **ponudba** je pisna vloga ponudnika, s katero ponudnik izkazuje svojo voljo za sklenitev pogodbe o nezgodnem zavarovanju in vsebuje vse bistvene elemente pogodbe;
 - **pogodba** je pogodba o nezgodnem zavarovanju, to je zavarovalna pogodba;
 - **zavarovalnica** je Merkur zavarovalnica d.d., Dunajska cesta 58, Ljubljana;
 - **zavarovalec** (sklenitelj zavarovanja) je fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklene pogodbo o nezgodnem zavarovanju;
 - **zavarovanec** je oseba, od katere nezgodne smrti ali invalidnosti ali delovne nezmožnosti ali okvare zdravja ali nezgodne poškodbe je odvisno izplačilo zavarovalne dajatve oziroma nadomestila (odvisno od določil posebnih zavarovalnih pogojev, ki veljajo za zavarovanje po izbranem produktu);
 - **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;
 - **plačnik premije** je fizična ali pravna oseba, ki plačuje premijo;
 - **polica** je listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
 - **zavarovalna vsota** je največji denarni znesek do katerega jamči zavarovalnica;
 - **zavarovalna dajatev** (zavarovalnina) je izplačilo denarnega zneska za posamezni zavarovalni primer;
 - **poklicni športnik** je oseba, ki pretežni del svojega dohodka ustvari z opravljanjem športne dejavnosti – v vsakem primeru so to športniki, ki delujejo v dveh najvišjih razredih na državnem nivoju.
- (3) Iz police je razvidno, katere dajatve in zavarovalne vsote so dogovorjene.

2. člen

Osebe, ki se lahko zavarujejo

- (1) V skladu s temi splošnimi pogoji se lahko sklene zavarovanje samo za fizične osebe, ki so ob sklenitvi zavarovanja dopolnile najmanj 14 let in največ 69 let starosti in ki ob izteku zavarovanja ne bodo starejše od 70 let. Če je zavarovanje sklenjeno kot dodatek k življenjskemu zavarovanju, je maksimalna starost ob izteku zavarovanja 75 let.
- (2) Ne morejo se zavarovati in v nobenem primeru niso zavarovane:
 1. osebe, pri katerih je trajna invalidnost stopnje 100% že podana;
 2. osebe s trajno in popolno izgubo funkcije dveh ali več okončin zaradi bolezni ali zaradi poškodbe hrbtenjače (hroma oseba);
 3. osebe, ki so popolnoma slepe na obe očesi, to je, če je vidno polje obeh oči zmanjšano na 20° ali manj (slepa oseba);
 4. osebe, ki trpijo zaradi težkih poškodb živcev ali imajo težko živčno bolezen ali imajo bolezen hrbtnjače ali duševno bolezen, to so zlasti, vendar ne samo oboleni za, Parkinsonovo boleznijo, polinevropatijo, ankilozirajočim spondilitisom, Alzheimerjevo boleznijo ali drugo težko obliko demence in osebe z manično depresivnimi psihozami, shizofrenijo ali paranoidnimi motnjami;
 5. osebe, ki so trajno in popolnoma nezmožne za delo; popolna delovna nezmožnost je podana, če se od osebe zaradi bolezni, hibe ali poškodbe po medicinskih stališčih ne sme zahtevati izvajanje pridobitne dejavnosti in pridobitna dejavnost dejansko ni podana.
- (3) Do sklenitve pogodbe ne more priti, če gre za osebo, ki ne more biti zavarovana (drugi odstavek tega člena). Če postane zavarovanec med trajanjem zavarovanja oseba, ki ne more biti zavarovana, mora zavarovalec o tem nemudoma pisno obvestiti zavarovalnico. Z dnem nastanka spremembe preneha veljati zavarovalno kritje za tega zavarovanca.

- (4) Zavarovalnica zavarovance glede na nevarnost za življenje, zdravje ali poškodbo, kateri so podvrženi, razvršča v dva nevarnostna razreda, in sicer I. ter II. O uvrstitvi zavarovanca v I. ali II. nevarnostni razred odloča zavarovalnica na podlagi podatkov iz ponudbe.

3. člen

Krajevna in časovna veljavnost zavarovanja

- (1) Zavarovanje velja po vsem svetu, razen če ni omejitev krajevne veljavnosti posebej dogovorjena.
- (2) 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.
- (3) Pogodba velja 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. Zavarovalna pogodba se avtomatsko podaljša vsakič za 1 (eno) leto in nadaljuje iz leta v leto (permanentno), dokler je katera od strank ne odpove najmanj tri mesece pred koncem tekočega zavarovalnega leta, vendar največ do maksimalne vstopne starosti.

4. člen

Sklenitev zavarovalne pogodbe

- (1) Ponudba se predloži na dokumentu zavarovalnice. V ponudbi je potrebno navesti resnične, točne in popolne podatke, ki so potrebni za sklenitev 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.
- (3) Če se med predložitvijo in sprejemom ponudbe poveča nevarnost za življenje, zdravje ali poškodbo zavarovanca, ponudnik ali zavarovanec pa za to ve ali bi moral vedeti, mora ponudnik takoj, ko izve za povečanje nevarnosti, to pisno sporočiti zavarovalnici.
- (4) Če v roku iz drugega odstavka tega člena zavarovalnica ne odkloni ponudbe, se šteje, da je ponudbo sprejela in da je pogodba sklenjena z dnem, ko je ponudba prispela na sedež zavarovalnice.
- (5) Zavarovalnica lahko odkloni ponudbo brez navajanja razlogov.
- (6) Če se polica bistveno razlikuje od ponudbe in drugih pisnih izjav zavarovalca, lahko ta razlikam pisno ugovarja v roku osmih dni po prejemu police, sicer velja vsebina police.

5. člen

Zavarovalna pogodba

- (1) Sestavni deli zavarovalne pogodbe so: ponudba, druga dokumentacija, polica, ti splošni pogoji, posebni zavarovalni pogoji, ki veljajo za zavarovanje pri izbranem produktu, morebitni dodatni zavarovalni pogoji, pisne izjave ponudnika, zavarovalca, zavarovanca in zavarovalnice ter polici priložene klavzule.
- (2) Zavarovalnica lahko med trajanjem zavarovalne pogodbe spremeni ali doda klavzule, priložene polici, če se zavarovalec s tem soglaša.

6. člen

Namerna in nenamerna neresnična prijava ali zamolčanje

- (1) 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 prejšnjem stavku, 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 izvedela za neresničnost prijave ali za zamolčanje, ne izjavi zavarovalcu, da jo namerava uporabiti.
- (2) Če je zavarovalec ali zavarovanec nenamerno podal neresnično prijavo ali je nenamerno opustil dolžno obvestilo, 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 z iztekom štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica 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. Če se zavarovalna pogodba razdre, mora zavarovalnica vrniti del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalnega leta, v katerem je bila zavarovalna pogodba razdrta.

- (3) Če je zavarovalni primer nastal, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razdrtem 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.

II. POGLAVJE - PREMIJA

7. člen Premija

Premije so določene s premijskim cenikom zavarovalnice, so letne in se plačujejo vnaprej. Premijo je dolžan plačati zavarovalec, vendar je zavarovalnica dolžna sprejeti premijo od vsakogar, ki ima za to plačilo pravni interes. Premije se poravnajo po vrstnem redu zapadlosti v izpolnitev. Stroški plačila bremenijo plačnika.

8. člen Obročni način premije

S pogodbo se lahko dogovori obročni način plačila letne premije, ki je lahko polletni, četrtletni ali mesečni. Četudi je bilo plačilo premije dogovorjeno v obrokih, ima zavarovalnica na začetku vsakega zavarovalnega leta terjatev za celotno letno premijo. Glede na dogovorjeni način plačila letne premije (ali obročnega načina plačila letne premije) je zavarovalnica upravičena zaračunati stroške obdelave pri plačilu premije prek plačilnega naloga ali računa ali prek administrativne prepovedi, v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom zavarovalnice.

9. člen Posledice neplačila premije

- (1) Če katera izmed letnih premij oz. njenih obrokov ni plačana pravočasno, zavarovalnica najprej izpelje postopek opominjanja zavarovalca. Zavarovalcu se največ dva zaporedna koledarska meseca poleg plačilnega naloga oz. direktne obremenitve za tekočo premijo oz. njen obrok izstavi tudi plačilni nalog za neporavnane zneske premije oz. njenih obrokov iz preteklih obdobji. 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 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 zavarovalec po izteku roka iz prejšnjega odstavka plača vse zapadle premije z zamudnimi obrestmi v enem letu po zapadlosti, je zavarovalnica zavezana k izplačilu zavarovalnih dajatev od 24. ure po prejemu plačila.

III. POGLAVJE - SPLOŠNE DOLOČBE

10. člen Pojem nezgode

- (1) Za nezgodo se šteje nenaden, nepredviden in od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo, ter ima za posledico telesno poškodbo zavarovanca.
- (2) Za nezgodo štejejo tudi naslednji, od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:
1. utopitev;
 2. opekline zaradi ognja ali pare;
 3. učinki udara strele ali električnega toka;
 4. piki in ugrizi žuželk in kač;
 5. zastrupitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih hlapov, razen če te snovi učinkujejo postopoma;
 6. nenamerno zaužitje strupenih ali jedkih snovi, razen če te snovi učinkujejo postopoma; zaužitje zdravil ali mamil in zastrupitev s hrano v nobenem primeru ne pomenijo nezgode;
 7. izpah sklepov, poškodbe meniskusa, in pretegnjene ali pretrganje mišic, kit, vezi in ovojnic udov in hrbtenice, če so potrjeni s strani zdravnika in so posledica nenadnega odmika od načrtovanega telesnega giba;
 8. klopni meningoencephalitis;
 9. otrpni krč (tetanus) in steklina, povzročena z nezgodo v smislu prvega odstavka tega člena;
 10. nezgode kot posledice prizadevanja zavarovanca za reševanje človeških življenj, živali, stvari ali premoženja.
- (3) Zavarovalno kritje velja tudi za nezgode zavarovanca kot potnika motornih letal, ki so registrirana za dejavnost potniškega prevoza, z izjemo jadrskih 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 in ponavljajoči (habitualni) izpahi ali izvini na istem sklepu.

IV. POGLAVJE - ZAVAROVALNE DAJATVE

11. člen Nezgodna smrt

- (1) Zavarovalnica upravičencu izplača zavarovalno dajatev za primer nezgodne smrti zavarovane osebe, če zavarovanec umre zaradi posledic nezgode v enem letu po dnevu nezgode. V primeru, da je smrt posledica prometne nesreče, zavarovalnica upravičencu izplača dvakratno zavarovalno vsoto za nezgodno smrt.
- (2) V dajatve za primer smrti se vračunajo le izplačila, ki so že opravljena za trajno invalidnost iz istega dogodka. Zavarovalnica ne more zahtevati vrnitev presežka iz že opravljenih dajatev za trajno invalidnost.

12. člen Naravna smrt

- (1) Zavarovalnica upravičencu izplača zavarovalno dajatev za primer naravne smrti.
- (2) Iz zavarovalnega kritja za naravno smrt so izključeni naslednji primeri smrti zavarovanca:
- smrt, ki nastopi v prvih šestih mesecih trajanja zavarovanja oziroma v prvih šestih mesecih po spremembi zavarovanja za zvišani del zavarovalne vsote;
 - smrt zaradi samomora in smrt, ki je v neposredni ali posredni vzročni zvezi s poskusom samomora, v prvem letu zavarovanja oziroma po spremembi zavarovanja, tudi če je zavarovanec dejanje storil v stanju bolezenske duševne motnje, ki izključuje svobodno voljo;
 - smrt zaradi umora zavarovanca, ki ga naklepno povzroči upravičenec in smrt, ki je v neposredni ali posredni vzročni zvezi s poskusom umora zavarovanca, ki ga stori upravičenec;
 - smrt, ki je v neposredni ali posredni vzročni zvezi z AIDS-om, HIV infekcijami, azbestozo, jemanjem drog ali zdravil, razen tistih, ki jih je zavarovalcu predpisal zdravnik, zlorabo alkohola ali jemanjem strupov.
- (3) Če v tem členu ni določeno drugače, se za dodatno zavarovanje za primer naravne smrti smiselno uporabljajo ostala določila teh splošnih pogojev in morebitne zavarovalni pogodbi priložene klavzule.

13. člen Trajna nezgodna invalidnost – različica A

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustreza premija, zavarovalnica upravičencu izplača zavarovalno dajatev za primer trajne nezgodne invalidnosti zavarovane osebe po različici A.
- (2) Če se ugotovi, da je nezgoda povzročila trajno invalidnost zavarovanca, se upravičencu iz dogovorjene zavarovalne vsote za trajno invalidnost izplača denarni znesek, ki ustreza stopnji trajne invalidnosti, v skladu s spodnjo razpredelnico:

če je stopnja trajne nezgodne invalidnosti	se zavarovalna dajatev odmeri na podlagi
od 0,1 % do 25 %	enkratnika zavarovalne dajatev glede na stopnjo invalidnosti
od 25,01 % do 50 %	dvakratnika zavarovalne dajatev glede na stopnjo invalidnosti
od 50,01 % do 75 %	trikratnika zavarovalne dajatev glede na stopnjo invalidnosti
od 75,01 % do 90 %	štirikratnika zavarovalne dajatev glede na stopnjo invalidnosti
od 90,01 % do 100 %	petkratnika zavarovalne dajatev glede na stopnjo invalidnosti

14. člen

Trajna nezgodna invalidnost – različica B

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrežna premija, zavarovalnica upravičencu izplača zavarovalno dajatev za primer trajne nezgodne invalidnosti zavarovane osebe po različici B.
- (2) Če se ugotovi, da je nezgoda povzročila trajno invalidnost zavarovanca, se upravičencu iz dogovorjene zavarovalne vsote za trajno invalidnost izplača denarni znesek, ki ustreza stopnji trajne invalidnosti, v skladu s spodnjo razpredelnico:

če je stopnja trajne nezgodne invalidnosti	se zavarovalna dajatev odmeri na podlagi
od 0,1 % do 50 %	enkratnika zavarovalne dajatve glede na stopnjo invalidnosti
od 50,01 % do 90 %	dvakratnika zavarovalne dajatve glede na stopnjo invalidnosti
od 90,01 % do 100 %	trikratnika zavarovalne dajatve glede na stopnjo invalidnosti

15. člen

Trajna nezgodna invalidnost – različica C

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrežna premija, zavarovalnica upravičencu izplača zavarovalno dajatev za primer trajne nezgodne invalidnosti zavarovane osebe po različici C.
- (1) Če se ugotovi, da je nezgoda povzročila trajno invalidnost zavarovanca, se upravičencu iz dogovorjene zavarovalne vsote za trajno invalidnost izplača denarni znesek, ki ustreza stopnji trajne invalidnosti, v skladu s spodnjo razpredelnico:

če je stopnja trajne nezgodne invalidnosti	se zavarovalna dajatev odmeri na podlagi
od 0,1 % do 100 %	enkratnika zavarovalne dajatve glede na stopnjo invalidnosti

16. člen

Trajna nezgodna invalidnost 51% ali več – različica D

- (1) Celotna zavarovalna vsota se izplača, če med trajanjem zavarovanja zavarovanec utrpí nezgodo, katere posledica je trajna invalidnost stopnje 51% ali več.
- (2) Če je kot posledica ene nezgode ugotovljena stopnja trajne invalidnosti zavarovanca nižja od 51%, ni dajatev zavarovalnice.

17. člen

Določitev stopnje trajne nezgodne invalidnosti

- (1) Za določitev stopnje trajne invalidnosti po vseh različicah 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 očes	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 %

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

- (2) Če stopnje trajne invalidnosti ni mogoče določiti v skladu s prvim odstavkom tega člena, je merodajno, koliko je telesna ali duševna funkcionalna zmožnost trajno prizadeta po medicinskih vidikih. Izguba oziroma poškodba zoba, brazgotine in lepotne napake v nobenem primeru ne predstavljajo trajne invalidnosti.
- (3) Več stopenj iz prvega in drugega odstavka tega člena se sešteje, vendar pa stopnja trajne invalidnosti ne more biti večja kot 100 %.
- (4) Zavarovalnica izplača upravičencu dogovorjeno zavarovalno vsoto, vendar za vsako zavarovano osebo le enkrat in pod pogojem, da zavarovanec preživi še najmanj 30 dni od dneva nastanka nezgode. 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.
- (5) Če se stopnja trajne invalidnosti ne more ugotoviti nedvoumno, sta tako zavarovalnica kakor tudi 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, 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 od tedaj opravila, se presežek obrestuje 1% letno od dneva dospelosti predujma.
- (6) Če umre zavarovanec:
 1. zaradi nezgode v roku enega leta po nezgodi, ni pravice na dajatev za invalidnost;
 2. v roku enega leta po nezgodi in vzrok smrti ni nezgoda, velja za dajatev zavarovalnice stopnja trajne invalidnosti, s katero bi morala računati na podlagi zadnjega zdravniškega izvida;
 3. zaradi nezgode ali iz drugega vzroka kasneje kot po enem letu od nezgode, velja za dajatev zavarovalnice prav tako stopnja trajne invalidnosti, s katero bi morala računati na podlagi zadnjega zdravniškega izvida.

18. člen

Predinvalidnost in stvarna omejitev zavarovalnega kritja

- (1) Če je bila zaradi nezgode prizadeta telesna ali duševna funkcija, ki je bila pri zavarovancu že prej zmanjšana, se pri ocenjevanju stopnje trajne invalidnosti opravi odbitek v višini predinvalidnosti. Predinvalidnost se oceni na podlagi prejšnjega člena teh splošnih pogojev. Če so na nastanek in obseg posledic nezgode ali na dolžino zdravljenja, vplivale bolezni ali hibe ali drugi zdravstveni razlogi, ki so pri zavarovancu obstajali že pred nezgodo in vplivajo na višino izplačila, se obveznost zavarovalnice lahko sorazmerno zmanjša, glede na vpliv predhodnega stanja.
- (2) Za organsko pogojene motnje živčnega sistema se zavarovalne dajatev priznajo 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, miofascitsov, kokcigidinij, ishialgij, fibrozitisev in vseh sprememb ledvenokrižnega predela, ki so označene z analognimi izrazi, se zavarovalne dajatev priznajo samo, če je poškodba nastala zaradi neposrednega mehničnega učinkovanja in ne gre za poslabšanje bolezenskega stanja, ki je obstajalo že pred nezgodo, ne glede nato ali se je zavarovanec za to zdravil ali ne.
- (4) V primeru trebušnih in spodnje telesnih kil vsakršne narave se zavarovalne dajatev priznajo samo, če so bile povzročene neposredno z zunanjim mehničnim učinkovanjem in je bila poleg kile klinično ugotovljena poškodba mehanskih delov trebušne stene v tem področju.

19. člen

Dnevno nadomestilo nezmožnosti za delo zaradi nezgode

- (1) Za obračun dnevnega nadomestila za dneve popolne delovne ali poklicne nezmožnosti zavarovanca zaradi posledic nezgode se upošteva obdobje največ 200 dni v dveh koledarskih letih, šteto od dneva nezgode. Izplačilo dnevnega nadomestila je odvisno od dogovorjene različice dnevnega nadomestila, to je brez karence ali s karencjo 7 dni. V primeru delne bolniške odsotnosti zavarovanca, se dnevno nadomestilo prizna v sorazmernem deležu.
- (2) Če je z zavarovalno pogodbo dogovorjena karencja 7 dni, se nadomestilo izplača od 8. dne. Če z zavarovalno pogodbo karencja ni bila dogovorjena,

- se nadomestilo izplača od 1. dne ugotovitve nezmožnosti za delo.
- (3) Dnevno nadomestilo za zavarovanje, ki opravljajo delo po eni izmed spodnjih alinej tega odstavka, se izplača na podlagi priložene medicinske dokumentacije in potrjena oziroma dokazila o upravičeni zadržanosti od dela. Dnevno nadomestilo na podlagi predhodnega stavka se prizna samo za zavarovance, ki v obdobju, za katerega se dnevno nadomestilo uveljavlja, bivajo oziroma delajo v državah članicah Evropske unije:
1. opravljajo delo v delovnem razmerju za določen ali nedoločen čas, ne glede na to ali je zavarovanec zaposlen za polni delovni čas ali za čas, krajši od polnega oziroma se štejejo za zaposlene; ali
 2. koristijo starševski dopust v skladu z zakonom, ki ureja starševsko varstvo in družinske prejemke (porodniški dopust, očetovski dopust, dopust za nego in varstvo otroka, posvojiteljski dopust); ali
 3. so kmetje nosilci kmečkega gospodarstva ali člani kmečkega gospodarstva in opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini in glavni poklic; ali
 4. so osebe, ki opravljajo poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic (odvetniki, notarji, samostojni raziskovalci, ustvarjalci na področju kulture s statusom samostojnega kulturnega delavca, duhovniki, rejnice ipd.); ali
 5. so samozaposlene osebe, ki opravljajo gospodarsko ali pridobitno dejavnost v obliki samostojnega podjetnika posameznika (s.p.); ali
 6. so osebe, ki opravljajo osebno dopolnilno delo, ki so ga priglasile pri pristojnem organu.

Če ni priloženega potrjena oziroma dokazila o upravičeni odsotnosti z dela, se zavarovalni primer presoja glede na aktivno zdravljenje.

- (4) V primeru nezaposlenih oseb, študentov in upokojenec se kot dnevno nadomestilo prizna čas aktivnega zdravljenja, ki ga na podlagi predložene medicinske dokumentacije presoja in prizna zavarovalnica. Če je potrebno, se čas aktivnega zdravljenja oziroma povprečni čas trajanja zdravljenja posamezne poškodbe, ugotavlja tudi s pomočjo priročnika priporočil Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ali zdravnika cenzorja. Aktivno zdravljenje pomeni vsako zdravljenje ali terapija, ki se redno izvaja v zdravstveni ustanovi ali pod zdravniškim nadzorom in poteka neprekinjeno ter prispeva k izboljšanju zdravstvenega stanja zavarovanca. Čas aktivnega zdravljenja ni vedno enak nezmožnosti za delo oziroma za opravljanje rednih delovnih nalog. Za aktivno zdravljenje se v nobenem primeru ne štejejo primeri iz 5. odstavka tega člena.
- (5) (5) Dnevno nadomestilo se ne izplača za čas čakanja na fizioterapije, operacije, posege, slikanja, sprejema v bolnišnici, dodatne diagnostične preiskave, ustrezno delovno mesto, odločitev invalidske komisije.
- (6) (6) Dnevno nadomestilo se izplača za čas imobilizacije z mavcem, kljub prisotnosti na delu, in sicer v polovičnem znesku.
- (7) (7) Če se zavarovanec istočasno zdravi za več poškodb in se pri tem čas zdravljenja prekriva, se izplača ena dogovorjena zavarovalna vsota za dnevno nadomestilo na podlagi medicinske dokumentacije in običajnih povprečnih časov zdravljenja posameznih tipičnih poškodb.
- (8) (8) Če je zavarovančeva začasna nezmožnost za delo oziroma za opravljanje rednih delovnih nalog, daljša ali podaljšana zaradi njegovih predhodnih poškodb ali obolenj ali zaradi drugih zdravstvenih razlogov, ki niso v povezavi z nezgodo, lahko zavarovalnica prizna dnevno nadomestilo samo za čas zdravljenja zadevne poškodbe. Zavarovalnica lahko za oceno dejanskega časa zdravljenja poškodbe, poleg priložene zdravstvene dokumentacije, uporabi tudi priporočila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ali mnenje zdravnika cenzorja.

20. člen

Bolnišnično nadomestilo zaradi nezgode

- (1) Dogovorjeno bolnišnično nadomestilo izplača zavarovalnica za vsak koledarski dan, ki ga zavarovanec zaradi nezgode prebije na medicinsko nujno potrebnem zdravljenju v bolnišnici, razen za koledarski dan, v katerem je bil zavarovanec odpuščen iz bolnišnične oskrbe. Bolnišnično nadomestilo se izplača za največ 365 dni v dveh koledarskih letih, šteto od dneva posamezne nezgode.
- (2) Bolnišnično nadomestilo se ne prizna:
- za dneve začasnih izhodov ali odpustov,
 - za dneve čakanja na prosto posteljo, operaterja, postopkov priprave ipd.
- (3) 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) ter 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 ter 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.
- (4) Kot bolnišnice ne štejejo bolnišnice in bolnišnični oddelki za oskrbo pljučnih bolnikov, neozdravljivih kroničnih bolnikov, domovi za rekreacijo in zdravljenje, domovi za ostarele in njihovi bolniški oddelki, zdravilišča, zavodi za zdravljenje in oskrbo živčnih in duševnih bolnikov, ustanove oziroma oddelki za alkoholike in narkomane ter tem institucijam sorodne oziroma podobne institucije.

21. člen

Takojšnja pomoč ob nezgodi

- (1) Takojšnja pomoč ob nezgodi se izplača kot enkratni pavšalni znesek

v dogovorjeni višini, če je zavarovana oseba neposredno po nezgodi prepeljana na medicinsko nujno potrebno zdravljenje v bolnišnici, kot je opredeljena v prejšnjem členu teh splošnih pogojev, in kjer zavarovanec prebije neprekinjeno najmanj 24 ur.

- (2) Izplačilo takojšnje pomoči ob nezgodi je omejeno največ na eno nezgodo v posameznem zavarovalnem letu.

22. člen

Nadomestilo za zlom kosti

- (1) Nadomestilo za zlom kosti se izplača kot enkratni pavšalni znesek v dogovorjeni višini, neodvisno od števila zlomljenih kosti, če zavarovanec v nezgodi utrpi zlom kosti.
- (2) Izplačilo nadomestila iz prejšnjega odstavka je omejeno največ na eno nezgodo v posameznem zavarovalnem letu.
- (3) Izplačilo nadomestila za zlom kosti se izplača v primeru preloma kosti (fractura) ali poka kosti (fissura).

23. člen

Nadomestilo za oskrbo po nezgodi

- (1) Nadomestilo za oskrbo po nezgodi se izplača kot enkratni pavšalni znesek, če je podan eden izmed spodaj navedenih primerov:
- v enem letu po nezgodi zavarovanec na podlagi napatitve specialista izvaja fizioterapijo, če je bil po nezgodi prepeljan v bolnišnico, kjer je prebil neprekinjeno najmanj 24 ur, ali je zavarovancu po nezgodi ostala trajna invalidnost; ali
 - če zavarovanec v enem letu po nezgodi, ki je bila posledica kaznivega dejanja, v katerem je bil udeležen kot žrtev, na podlagi zdravniške napatitve obiskuje psihoterapijo ali psihološko svetovanje za odpravo duševnih težav; ali
 - če zavarovanec v enem letu po nezgodi na podlagi napatitve zdravnika specialista potrebuje pomoč druge osebe pri organizaciji vsakodnevnih aktivnosti ali nabavi osnovnih življenjskih potrebščin.
- (2) Izplačilo nadomestila iz prejšnjega odstavka je omejeno največ na eno nezgodo v posameznem zavarovalnem letu.

24. člen

Nezgodna mesečna renta

- (1) Zavarovalnica upravičencu izplača nezgodno mesečno rento v dogovorjeni višini, kot je opredeljena na zavarovalni polici, če kot posledica ene nezgode obstaja trajna invalidnost zavarovanca v dogovorjeni stopnji ali več (na primer 31%, 36% oziroma 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. Upravičenec iz naslova prejemanja nezgodne mesečne rente je lahko samo zavarovanec.
- (2) Nezgodna mesečna renta se prične izplačevati po ugotovitvi stopnje trajne invalidnosti zavarovanca. Nezgodna mesečna renta pripada upravičencu za nazaj, in sicer z naslednjim mesecem po dnevu nezgode. Tekoča nezgodna mesečna renta se upravičencu izplačuje mesečno v roku prvih sedmih delovnih dni v posameznem mesecu za tekoči mesec, najdlje do poteka roka, ki je dogovorjen z zavarovalno pogodbo.
- (3) Če zavarovanec umre v roku enega leta od dneva nezgode, ne obstaja nikakršna pravica do nezgodne mesečne rente, niti tedaj ne, ko je stopnja trajne invalidnosti ugotovljena tako po temelju kot po višini. Če zavarovanec umre med prejemanjem nezgodne mesečne rente, vedno šteto od dneva nezgode, pravica do te rente preneha ob smrti zavarovanca. Nezgodna mesečna renta se preneha izplačevati, in sicer se zadnjič izplača za mesec, v katerem je zavarovanec umrl. Če je dogovorjeno doživljenjsko, se renta zadnjič 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, ne glede na čas trajanje zavarovalne pogodbe.

25. člen

Stroški rehabilitacije

- (1) Za stroške rehabilitacije se šteje:
- v primeru zdraviliškega zdravljenja so kriti stroški bivanja v zdravilišču, zdravstvene in wellness storitve;
 - v primeru zdravljenja v medicinskih ustanovah, ki prispevajo k boljšemu počutju in hitrejšemu okrevanju zavarovanca po poškodbi so kriti stroški bivanja, storitve za boljše počutje (wellnes) in zdravstvene storitve za hitrejšo okrevanje (npr. fizioterapija, psihoterapija, bioresonanca).
- (2) Do stroškov rehabilitacije je zavarovanec upravičen v naslednjih primerih:
- če je zavarovana oseba zaradi posledic nezgode prebila na medicinsko nujno zdravljenju v bolnišnici vsaj 3 koledarske dni. Kot dan v bolnišnici se 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 obiskal urgenco.
- (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. Originalni račun s potrdilom o plačilu zavarovanec posreduje zavarovalnici, ki upravičencu poravna oz. povrne znesek do dogovorjene višine.

26. člen

Zavarovalno kritje za posledice meningoencephalitisa

- (1) Zavarovalno kritje zajema nadomestilo meningoencephalitisa, ki ga je povzročil ugriz 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) se šteje dan, ko je bila prvič nudena zdravniška pomoč zaradi bolezni, ki je diagnosticirana kot klopni meningoencephalitis.
- (3) Zavarovalna dajatev izplača samo v primeru smrti ali trajne invalidnosti zavarovanca v okviru dogovorjene zavarovalne vsote, vendar največ do 25.000 EUR.

27. člen

Nadomestilo žrtvi nasilja

- (1) Zavarovalno kritje zajema nadomestilo žrtvi nasilja. Šteje, da je bil zavarovanec žrtev nasilja, če je bil s strani ene ali več fizičnih oseb:
- telesno poškodovan, tako da je bil zaradi tegačasno okvarjen ali oslabiljen kakšen del njegovega telesa ali njegov organ, ali je zavarovančeva zmožnost 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.
- (2) Nadomestilo se ne izplača, kadar je storilec iz prejšnjega odstavka z zavarovancem v krvnem sorodstvu v ravni vrsti ali v stranski vrsti do vštete četrtga kolena ali v svaštvo do vštete drugega kolena.
- (3) Za uveljavljanje nadomestila je potrebno zavarovalnici priložiti policijski zapisnik o dogodkih iz tega člena.

28. člen

Psihološka pomoč

- (1) Zavarovalno kritje vključuje povračilo stroškov za psihološko pomoč, če je pri zavarovancu ugotovljena najmanj 25% stopnja trajne invalidnosti, ki je posledica nezgode po tej zavarovalni pogodbi.
- (2) Psihološka pomoč vključuje storitve ambulantne psihoterapije, klinične psihologije in druge oblike strokovne pomoči, kot so svetovanje, psihoanaliza in psihosocialna podpora, za obravnavo čustvenih, psihičnih ali vedenjskih težav.
- (3) Zavarovalno kritje velja tudi v primeru, ko je pri družinskem članu zavarovanca ugotovljena najmanj 25% stopnja trajne invalidnosti zaradi nezgode. Za družinske člane zavarovanca se kot relevantna šteje vsa dokumentacija, ki potrjuje ugotovljeno stopnjo trajne invalidnosti.
- (4) Za družinskega člana zavarovanca se šteje: zakonec, zunajzakonski partner ali partner iz druge pravno priznane skupnosti in njihovi otroci, vnuki, dedki, babice, pastorki ali posvojenci.

29. člen

Mikromobilnost

- (1) Zavarovalno kritje vključuje pavšalno nadomestilo, določeno z zavarovalno pogodbo, v primeru nezgode, ki nastane med uporabo sredstev mikromobilnosti. Mikromobilnost po teh pogojih vključuje različne oblike prevoza za krajše razdalje, med katere spadajo zlasti električni skiroji (e-skiroji), električna kolesa (e-kolesa), navadna kolesa, električni skuterji (e-skuterji), segwayi, skateboarding in hoja.
- (2) Zavarovalnica je zavezana k izplačilu pavšalnega nadomestila za mikromobilnost, če je zavarovanec v 24 urah po prometni nesreči obiskal urgenco in če je nezgoda izkazana s kateremkoli dokazilom o dogodku. Zavarovalno kritje je omejeno na enkratno izplačilo v posameznem zavarovalnem letu.

V. POGlavJE - IZKLJUČITVE IN OMEJITVE ZAVAROVALNEGA VARSTVA

30. člen

Omejitve izplačila zavarovalne vsote

- (1) Zavarovalnica izplača 35% od zneska, ki bi ga morala plačati po zavarovalni pogodbi, če nastane nezgoda:
- pri upravljanju in vožnji z letali in letalnimi napravami vseh vrst (razen za potnike v javnem prometu),
 - pri športnih skokih s padalom, paraglidingom, vključno s skoki v tandemu,
 - pri treningih in tekmovanjih z motornimi vozili (vključno z motokrosom, panoramskimi vožnjami po stezah in dirkališčih za motošport) in plovili, ne glede na kategorijo, vključno s stezami za hitrostno dirkanje,
 - pri opravljanju naslednjih opravil, vključno s priložnostnim

sodelovanjem, ne glede na to, ali gre za enkratne ali redne aktivnosti: kaskaderstvo, sodelovanje v akrobacijah in drugih nevarnih nastopih, razstavljanje min, granat ali drugih eksplozivnih predmetov, priložnostno prižiganje petard, ognjemetov ali druge pirotehnike in tudi delo, ki vključuje uporabo motorne žage;

- pri naslednjih športih: jamarstvo, športni skoki v vodo, potapljanje in podvodni ribolov do vključno 60 metrov globine, jadranje, ki neprekinjeno traja več kot en mesec, rafting, ekstremno kolesarstvo (zlasti downhill, gorsko kolesarsko, pump track, BMX, dirt jump, freeride ipd.), trekking plezanje in alpinistično plezanje, ledno plezanje, plezanje ferata, soteskanje, jadrnalno padalstvo (vključno z uporabo tandema), parkour, freerunning, spust z rečnim bobom (hydrospeed), raziskovanje jam, adrenalinski trampoline, bunge jumping, akrobatsko letenje, alpinistika, trekking pohodništvo nad 4.000 metrov nadmorske višine, sankanje v bobu in s sanmi.

- (2) Zavarovalnica izplača 70% od zneska, ki bi ga morala plačati po zavarovalni pogodbi, če nastane nezgoda:

- pri naslednjih športih: smučanje in deskanje na vodi (wakeboarding), kitesurfing, spust s kajakom, turno smučanje;
- pri treningih ali udeležbah na športnih tekmovanjih pri v naslednjih športnih panogah, v katerih zavarovanec sodeluje: akrobatski rock and roll, kolesarstvo, nogomet, košarka, rokomet, hokej na ledu in travi, jiujitsu, judo, karate, boks, rokoborba in ostale borilne veščine, smučanje, deskanje na snegu in vsi ostali zimski športi na snegu, ragbi, bejzbol, smučarski skoki in poleti in jahanje;
- pri kateri zavarovanec ni uporabljal ali ni na predpisan način uporabljal zaščitne čelade, če je ta predpisana oziroma kadar zavarovanec ni bil pripet z varnostnim pasom v vozilu, ki ima vgrajene varnostne pasove, ko je bilo to v gibanju;
- pri osebah, ki predstavljajo anormalni riziko, ker so ob sklenitvi zavarovalne pogodbe težje bolne ali imajo prirojene ali pridobljene težje telesne hibe ali pomanjkljivosti (kot na primer: osebe s sladkorno boleznijo, osteoporozo, avtoimunimi boleznimi, ki so v vzročni povezavi z nezgodo, ipd.).

- (3) Določila tega člena se smiselno uporabljajo tudi za dejavnosti in športe, ki niso izrecno navedeni v prvem in drugem odstavku, glede na njihovo podobnost ali različice z navedenimi aktivnostmi in športi.

31. člen

Izključitve

- (4) Iz zavarovanja so v vsakem primeru izključene nezgode:
1. v neposredni ali posredni zvezi s terorističnimi dejanji;
 2. pri gorništvu, plezanju, prostem plezanju in plezanju po ledu, s težavnostno stopnjo nad VI ali nad 7.000 metri nadmorske višine;
 3. pri potapljanju na globinah več kot 60 metrov;
 4. pri BASE jumping ali wingsuit letenju;
 5. pri naslednjih aktivnostih: rooftop parkour, rooftop freerunning, urban climbing oziroma drugimi podobnimi aktivnostmi;
 6. pri surfanju ali deskanju v ekstremnih pogojih, kjer valovi presežejo velikost šestih metrov,
 7. pri drugih ekstremnih športih, ki niso izrecno navedeni v prejšnjem členu teh splošnih pogojev in pomenijo nenormalno povečano tveganje za življenje, zdravje ali telo.
 8. 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;
 9. ki jih je zavarovanec, zavarovalec ali upravičenec povzročil naklepno, namenoma ali s prevaro;
 10. pri poskusu ali izvršitvi kaznivga dejanja oziroma udeležbi pri kaznivem dejanju s strani zavarovanca, zavarovalca ali upravičenca, pri čemer zadostuje, da so izpolnjeni zakonski znaki kaznivga dejanja;
 11. zaradi sodelovanja zavarovanca pri pretepu po lastni krivdi;
 12. ki jih posredno ali neposredno povzroči biološka, kemična ali jedrska katastrofa (tudi jedrska fuzija, jedrska fizija in vpliv jedrskih odpadkov) in kakršnokoli radioaktivno ali ionizacijsko sevanje;
 13. nepojasnjene slabosti, delirium tremensa, kolapsov ali vseh vrst sinkop in sinkopi podobnih stanj;
 14. zaradi izpostavljenosti zavarovanca kemičnemu ali biološkemu orožju, sevanju z energijo velikosti najmanj 100 elektronskih voltov;
 15. ki jih zavarovanec utrpel zaradi pri njem nastalem srčnem infarktu ali kapi; poškodbe do katerih pride ob pojavu naštetih dogodkov v nobenem primeru ne štejejo kot posledica nezgode;
 16. ki jih zavarovanec pod vplivom alkohola, mamil, drog, ali zdravil utrpel zaradi motnje zavesti, stanja 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 namerne samopoškodovanja ali poskusa samomora

zavarovanca, tudi če je zavarovanec dejanje storil v stanju duševne motnje, ki izključuje svobodno voljo.

VI. POGLAVJE - IZKLJUČITVE IN OMEJITVE ZAVAROVALNEGA VARSTVA

32. člen

Obveznosti po nastanku zavarovalnega primera

- (1) Obveznosti zavarovanca, zavarovalca oz. upravičenca po nastanku zavarovalnega primera so:
 1. Čimprej obvestiti zavarovalnico, izpolniti prijavo na obrazcu v slovenskem jeziku in jo predložiti zavarovalnici. Če se te obveznosti ne izpolnijo pravočasno, mora posameznik povrniti morebitno nastalo škodo.
 2. Po nezgodi in poškodbi zavarovanja je potrebno takoj poskrbeti za zdravniško pomoč in nadaljevati zdravljenje do konca. Zagotoviti je treba ustrezno bolniško nego in zmanjšati posledice nezgode.
 3. Zavarovanec mora pooblastiti zdravnike in zdravstvene ustanove, ki so ga zdravili, da zavarovalnici posredujejo potrebne informacije. Enako velja za Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, če je bila nezgoda prijavljena njim.
 4. Pristojne institucije, ki se ukvarjajo z nezgodo ali z odstranjevanjem posledic nezgode, morajo biti pooblaščenke, da posredujejo informacije, ki jih zahteva zavarovalnica.
- (2) Po nastanku zavarovalnega primera je potrebno zavarovalnici podati vso potrebno dokumentacijo in podatke, ki jih zahteva zavarovalnica za rešitev zavarovalnega primera, zlasti: kraj in čas nezgode, popoln opis zavarovalnega dogodka, ime zdravnika zavarovanca, ki ga je pregledal ali zdravil, zdravniške izvide, morebitno fotokopijo zdravniškega kartona, dokazila o potrdilu o upravičeni zadržanosti od dela (bolniški list), fotokopije napotil na preglede, drugo dokumentacijo o poteku zdravljenja, vrsti telesnih poškodb, telesnih hibah, pomanjkljivosti in boleznih, ki jih je zavarovanec imel že pred nastankom zavarovalnega primera.
- (3) Če je nezgoda povzročila zavarovančovo smrt, mora upravičenec to takoj pisno prijaviti zavarovalnici in priskrbeti potrebno dokumentacijo.
- (4) Zavarovalnica ne krije odvetniških stroškov oziroma stroškov drugega zastopanja v postopku prijave in reševanja zavarovalnega primera ter v pritožbenem postopku. Zavarovalnica ne krije stroškov prevodov ali tolmačev.

33. člen

Izplačilo zavarovalne dajatve

- (1) Izplačilo po pogodbi izvrši zavarovalnica na podlagi pisne prijave zavarovalnega primera in predložitve zahtevane dokumentacije.
- (2) 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 (dospetje v izplačilo). Če zavarovalnica ne po svoji krivdi ne more izplačati zavarovalne dajatve, upravičencu ne pripadajo zamudne obresti.
- (3) Zavarovalnica je zavezana, da v primeru zahtevkov za dajatev za trajno nezgodno invalidnost v roku treh mesecev izjavi ali in v kateri višini priznava dajatevno 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.

34. člen

Postopek ugotavljanja z zdravniškimi izvedenci

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

VII. POGLAVJE - OSTALA POGODBENA DOLOČILA

35. člen

Trajanje zavarovanja in odpoved zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovanje je sklenjeno za zavarovalno dobo, ki je opredeljena na polici.
- (2) Če trajanje zavarovanja ni določeno v pogodbi, sme vsaka stranka od nje odstopiti z dnem zapadlosti premije. O tem mora obvestiti drugo stranko najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije. Če je zavarovanje sklenjeno za več kot tri leta, sme po preteku tega časa vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe tako, da to pisno sporoči drugi stranki. Če je zavarovanje sklenjeno za manj kot tri leta, odpoved pogodbe po tem odstavku ni mogoča. Če je zavarovanje sklenjeno kot dodatek k življenjskemu zavarovanju, zavarovalne pogodbe ni mogoče prekiniti pred potekom dveh let.
- (3) Zavarovanje preneha veljati:
 1. če postane zavarovanec med trajanjem zavarovalne pogodbe oseba, ki ne more biti zavarovanca;

2. s smrtjo zavarovanca;
3. z odpovedjo zavarovalne pogodbe;
4. z izplačilom celotne zavarovalne vsote za trajno nezgodno invalidnost;
5. v drugih primerih, ko je tako določeno s temi splošnimi pogoji oziroma posebnimi zavarovalnimi pogoji, ki veljajo za zavarovanje pri izbranem produktu, oziroma z zavarovalno pogodbo.

- (4) Če zavarovanje preneha, ker je zavarovanec umrl ali postal oseba, ki ne more biti zavarovana 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.

36. 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 poravnavati po vrstnem redu zapadlosti v izpolnitve.
- (2) Obveznosti iz prejšnjega odstavka so zlasti, vendar ne samo: izplačilo zavarovalnih dajatev in plačila premije, obresti predjuma, stroškov opominjanja, stroškov opravljenega zdravniškega pregleda zavarovanca, zakonskih zamudnih obresti in storitev, ki jih posamezna pogodbená stranka posebej zahteva.

37. člen

Vrstni red poravnavanja obveznosti

- (1) Zavarovalec mora za vse storitve, ki jih posebej zahteva, 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 zavarovalnice v Ljubljani in v vseh enotah poslovne mreže zavarovalnice.

38. člen

Odstop od zavarovalne pogodbe

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

VIII. POGLAVJE - IZKLJUČITVE IN OMEJITVE ZAVAROVALNEGA VARSTVA

39. člen

Izvensodno reševanje sporov

- (1) V skladu s Pravilnikom o načinu reševanja pritožb strank Merkur zavarovalnice d.d., ki je dostopen na spletni strani www.merkur-zav.si, na sedežu zavarovalnice 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 ter 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 ugotovi ali o njej ne odloči v 30 dneh po prejemu, lahko zavarovalec naslovi pobudo za začetek postopka izbranemu neodvisnemu izvajalcu izvensodnega reševanja sporov: Mediacijski center pri Slovenskem zavarovalnem združenju, GIZ, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon 01/300 93 81, e-pošta: irps@zav-zdruzenje.si, <http://www.zav-zdruzenje.si/>.
- (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 pravic s področja zavarovalništva, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana.

40. člen

Krajevna pristojnost

- (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.

41. člen

Nadzor nad zavarovalnico

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

42. člen

Poročilo o solventnosti in finančnem položaju

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

43. člen

Končna določba

Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se upoštevajo določbe Obligacijskega zakonika in drugih pravnih predpisov Republike Slovenije.

POSEBNI POGOJI ZA DODATNO PAKETNO NEZGODNO ZAVAROVANJE AKTIVNI DODATEK (PPAD 2024)

1. člen

Splošne določbe

- (1) Posebni pogoji za dodatno paketno nezgodno zavarovanje Aktivni dodatek (v nadaljevanju kot »posebni pogoji«) so sestavni del zavarovalne pogodbe o dodatnem paketnem nezgodnem zavarovanju Aktivni dodatek (v nadaljevanju kot »pogodba« oz. »zavarovanje«), ki jo zavarovalec sklene z Merkur zavarovalnico d.d., Ljubljana.
- (2) Za zavarovanje veljajo Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje (v nadaljevanju kot »splošni pogoji«), razen če je v teh posebnih pogojih določeno drugače. Posebni pogoji nadrejenega nezgodnega zavarovanja se za dodatno nezgodno zavarovanje Aktivni dodatek uporabljajo pod pogojem, da s temi posebnimi pogoji ni določeno drugače.
- (3) Iz police je razvidno, katere zavarovalne vsote so dogovorjene za posamezne zavarovalne datjave iz prejšnjega odstavka.
- (4) Aktivnega dodatka ne morejo skleniti poklicni športniki.

2. člen

Zlom kosti (premium)

- (1) Zavarovalnica izplača upravičencu nadomestilo za zlom kosti (premium) glede na izbrano zavarovalno vsoto in v skladu s tabelo zlomov. Zavarovalna vsota je omejena na posamezno zavarovalno leto. V primeru poka kosti (fissura) zavarovalnica izplača 50% nadomestila za zlom kosti.
- (2) V primeru zlomov več kosti pri eni nezgodi, se zavarovalnica izplača samo za en zlom za kost oziroma sklep, ki mu po Tabeli zlomov pripada največji odstotek.

Tabela zlomov

KATEGORIJA	IZPLAČILO	VRSTA ZLOMA
I. kategorija	izplačilo 100% zavarovalne vsote	<ul style="list-style-type: none"> • lobanja (kosti možganskega dela), • nestabilni zlom medenice, • hrbtenica (vratna vretenca, prsna vretenca, ledvena vretenca).
II. kategorija	izplačilo 55% zavarovalne vsote	<ul style="list-style-type: none"> • zlom ramenskega sklepa, • zlom komolčnega sklepa, • zlom kolčnega sklepa, • zlom kolenskega sklepa, • stegnenica.
III. kategorija	izplačilo 35% zavarovalne vsote	<ul style="list-style-type: none"> • zlom skočnega sklepa, • zlom petnice.
IV. kategorija	izplačilo 20% zavarovalne vsote	<ul style="list-style-type: none"> • skelet zgornjih okončin (tiste, ki niso zajete drugje) - ključnica, lopatica, nadlahtnica, podlahtnica, koželjnica, • skelet spodnjih okončin (tiste, ki niso zajete drugje) - pogačica, golenica, mečnica, nartnica, • črevnica, sednica, • zapestni sklep, • čeljust (zgornja in spodnja), • prsnica, • stabilni zlom medenice.

V. kategorija	izplačilo 5% zavarovalne vsote	<ul style="list-style-type: none"> • kosti obraznega dela (tiste, ki niso zajete drugje) - spodnja nosna školjčnica, nosnica, nebnica, solznica, ličnica, ralo, podjezična kost, slušne koščice, • trtica, • križnica, • dlančnica, • prstnica, • stopalnice, • rebra, • sramnica.
Druge kategorije:	<ul style="list-style-type: none"> • stalni zobje - 3% zavarovalne vsote, • izpahi sklepov - 10% zavarovalne vsote za prvi izpah posameznega sklepa, za drugi izpah polovično izplačilo. Tretji in nadaljnji izpahi niso predmet zavarovalnega kritja, • izvini - 1,5% zavarovalne vsote za prvi izvini posameznega sklepa, za drugi izvini polovično izplačilo. Tretji in nadaljnji izvini niso predmet zavarovalnega kritja, • poškodba meniskusa in delno natrgane kolenske vezi 3% zavarovalne vsote in ne več kot 300 EUR, • popolno pretrgana vez ali kita - 4% zavarovalne vsote in ne več kot 300 EUR. 	

3. člen

Prenehanje dodatnega paketnega nezgodnega zavarovanja Aktivni dodatek

Zavarovanje poleg primerov, določenih v splošnih pogojih, preneha v naslednjih primerih:

- če preneha zavarovanje, h kateremu je sklenjeno dodatno paketno nezgodno zavarovanje Aktivni dodatek;
- če se zavarovanje, h kateremu je sklenjeno dodatno paketno nezgodno zavarovanje Aktivni dodatek, spremeni tako, da zavarovalna vsota za kritje rizika trajne nezgodne invalidnosti iz nadrejenega nezgodnega zavarovanja za posamezno zavarovano osebo znaša manj kot 30.000 EUR.