



„Pravega prijatelja  
spoznaš v nesreči.“

Merkur Nezgoda  
Nezgodno zavarovanje  
Ker sem čudež življenja.

merkur   
ZAVAROVALNICA

# Razlogi za sklenitev Merkurjevega nezgodnega zavarovanja:

- ✓ zagotavlja vam 24 urno nezgodno zavarovanje (365 dni na leto),
- ✓ zavarovanje velja po vsem svetu,
- ✓ pavšal za zlom kosti in takojšnja pomoč po nezgodi – kot brezplačno kritje za vse zavarovance,
- ✓ nudi zavarovalno kritje tudi v primeru utopitve, opeklin zaradi ognja ali pare, učinkov udare strele ali električnega toka, pikov in ugrizov žuželk ter kač, ipd.,
- ✓ nezgodna mesečna renta v primeru najmanj 36 % ali 51 % trajne nezgodne invalidnosti,
- ✓ zavarovalno kritje za posledice meningoencephalitisa, ki ga povzroči ugriz klopa,
- ✓ rekreativnim športnikom omogoča sklenitev dodatnega paketnega nezgodnega zavarovanja Šport Aktiv,
- ✓ zavarovalno kritje tudi v primeru naravne smrti,
- ✓ v primeru 100 % trajne invalidnosti zaradi nezgode izplačilo zavarovalne dajatve tudi do petkratnika zavarovalne vsote,
- ✓ možnost izbire zavarovalne dobe do 20 let.

## Poskrbite za finančno nadomestilo v primeru nezgode

### Z Merkurjevim nezgodnim zavarovanjem:

- ✓ omejite izgubo zaslužka v primeru nezgode,
- ✓ ohranite življenjski standard,
- ✓ zagotovite varnost za vsa življenjska obdobja in situacije,
- ✓ si zagotovite v primeru trajne invalidnosti nezgodno mesečno rento do višine 1000 €,
- ✓ zagotovite kvalitetno nezgodno zavarovanje po vaši meri.

### Šport aktiv plus

Dodatna zavarovalna kritja – idealno za osebe, ki se v prostem času rekreativno ukvarjajo s športom:

- ✓ nadomestilo za zlom kosti,
- ✓ nadomestilo za poškodbo meniskusa ter za delno natrgane kolenske vezi ali kite,
- ✓ nadomestilo za kompletno pretrganje vezi ali kit,
- ✓ športni obliž (denarno nadomestilo v primeru nujno potrebnega medicinskega zdravljenja v bolnišnici),
- ✓ povračilo stroškov reševanja in prevoza odrasle osebe zaradi nezgode (tudi helikopterski prevozi),
- ✓ povračilo stroškov reševanja in prevoza otrok zaradi nezgode.

## Trajna invalidnost

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

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

# Merkurjevo nezgodno zavarovanje - popolna varnost za vas

Nezgode se žal ne ozirajo na čas, okoliščine in osebe, ker se zgodijo nenadoma in nepričakovano. Merkurjevo nezgodno zavarovanje vas zaščiti – v primeru nezgode v poklicu, gospodinjstvu in, kar je posebej pomembno, v prostem času, 24 ur na dan, po celem svetu.

## Zavarujte svojo finančno neodvisnost.

Zavarovanje ponuja široko paleto možnih zavarovalnih kritij, ki se lahko izbirajo individualno. Zavarujejo se lahko posamezniki, ki so ob sklenitvi zavarovanja stari od 14 do 69 let. Za osebe stare od 65 do 74 let smo pripravili prilagojeno ponudbo.

## Možna izbira zavarovalnih kritij (za osebe stare od 14 do 69 let)

Nezgodno zavarovanje za primer nezgodne smrti	Nezgodno zavarovanje za primer bolnišničnega nadomestila
Nezgodno zavarovanje za primer trajne invalidnosti	Nezgodno zavarovanje za primer nastalih stroškov za rehabilitacijo
Nezgodno zavarovanje za primer takojšnje pomoči ob nezgodi	Nezgodno zavarovanje za primer oskrbe po nezgodi
Nezgodno zavarovanje za primer zloma kosti	Nezgodna mesečna renta brez možnosti dedovanja za primer trajne nezgodne invalidnosti
Nezgodno zavarovanje za primer dnevnega nadomestila	Zavarovanje za primer naravne smrti

## Kratek opis zavarovalnih kritij

Nezgodno zavarovanje za primer smrti: če zavarovanec umre zaradi posledic nezgode v enem letu po dnevu nezgode, izplača zavarovalnica zavarovalno vsoto za primer smrti.

Nezgodno zavarovanje za primer trajne invalidnosti: sklenitelj zavarovanja lahko izbira med tremi različicami izplačila zavarovalne dajatve, in sicer med različicami A (petkratnik), B (trikratnik) in C (linearno). K izbrani različici pa lahko po želji priključi tudi različico D (51 % ali več). Različico D je sicer možno skleniti tudi samostojno t.j. brez vezave na različice A, B in C.

### A. Petkratnik

Če je stopnja invalidnosti od 0,1 % do 25 % se zavarovalna dajatev odmeri na podlagi enkratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost, pri stopnji invalidnosti od 25,1 % do 50% se izplača dvakratnik, pri stopnji invalidnosti od 50,1 do 75% se izplača trikratnik, pri stopnji invalidnosti od 75,1 % do 90 % se izplača štirikratnik in pri stopnji invalidnosti od 90,1 % do 100 % se izplača petkratnik zavarovalne vsote za trajno invalidnost.

### B. Trikratnik

Če je stopnja invalidnosti od 0,1 % do 50 % se zavarovalna dajatev odmeri na podlagi enkratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost, pri stopnji invalidnosti od 50,1 % do 90 % se izplača dvakratnik, pri stopnji invalidnosti od 90,1 do 100 % se izplača trikratnik zavarovalne vsote za trajno invalidnost.

### C. Linearno

Višina zavarovalne dajatve ustreza stopnji trajne invalidnosti.

### D. 51 % ali več

Če med trajanjem zavarovanja zavarovanec utрпи nezgodo, katere posledica je njegova trajna invalidnost stopnje 51 % ali več, zavarovalnica izplača upravičencu dogovorjeno zavarovalno vsoto.

**Nezgodno zavarovanje za primer takojšnje pomoči ob nezgodi:** 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 bolnišnico, kjer prebije neprekinjeno najmanj 24 ur.

**Nezgodno zavarovanje za primer zloma kosti:** nadomestilo za zlom kosti se izplača kot enkratni pavšalni znesek v dogovorjeni višini, neodvisno od števila zlomljenih kosti, če zavarovanec v nezgodi utрпи zlom kosti.

**Nezgodno zavarovanje za primer dnevnega nadomestila:** 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. Dnevno nadomestilo se prizna za dneve zavarovančeve popolne delovne nezmožnosti za redno delo oziroma opravljanje rednih delovnih nalog. Izplačilo dnevnega nadomestila je odvisno od dogovorjene različice dnevnega nadomestila, to je brez karence ali s karenco 7 dni.

**Nezgodno zavarovanje za primer bolnišničnega nadomestila:** 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 nezgode.

**Nezgodno zavarovanje za primer nastalih stroškov za rehabilitacijo:** za stroške rehabilitacije se 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, zdravstvenih storitev in wellness storitev - npr. fizioterapija, psihoterapija, kitajska medicina, bioresonanca).

**Nezgodno zavarovanje za primer oskrbe po nezgodi:** nadomestilo za oskrbo po nezgodi se izplača kot enkratni pavšalni znesek v dogovorjeni višini.

**Nezgodna mesečna renta brez možnosti dedovanja za primer trajne nezgodne invalidnosti:** sklenitelj zavarovanja lahko izbere eno izmed dveh možnosti – lahko izbere izplačevanja rente v primeru najmanj 36 % ali najmanj 51 % trajne nezgodne invalidnosti.

**Zavarovanje za primer naravne smrti:** dajatev se izplača v primeru naravne smrti.



## Zavarovalno kritje tudi v primeru ugriza klopa

Zavarovalno kritje zajema posledice meningoencephaliti- sa, 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. Dajatev se opravi v primeru smrti ali trajne invalidnosti zavarovanca in je omejena s 25.000,00 EUR.

### Primer izplačila zavarovalnine v primeru trajne invalidnosti

Pri različici »petkratnik« izplačila zavarovalne dajatve v primeru trajne nezgodne invalidnosti glede na stopnjo invalidnosti bi se pri zavarovalni vsoti 50.000 EUR izplačali naslednji zneski:

Zavarovalnina se določi v skladu z naslednjo spodaj navedeno lestvico 500 % trajne invalidnosti ter upoštevanje določila: Določitev stopnje trajne invalidnosti Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje

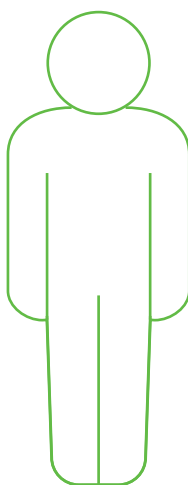
Stopnja inv. v %	Zavarovalnina
0,1 - 25	Na podlagi enojnega zneska, zavarovanega za invalidnost
25,1 - 50	Na podlagi dvojnega zneska, zavarovanega za invalidnost
50,1 - 75	Na podlagi trojnega zneska, zavarovanega za invalidnost
75,1 - 90	Na podlagi štirikratnega zneska, zavarovanega za invalidnost
90,1 - 100	Na podlagi petkratnega zneska, zavarovanega za invalidnost

Vid obeh očes:  
trajna invalidnost 100 %  
= 250.000 EUR

Roka nad komolcem:  
trajna invalidnost 75 %  
= 112.500 EUR

Zapestje:  
trajna invalidnost 70 %  
= 105.000 EUR

Noga do sredine  
goleni ali eno stopalo:  
trajna invalidnost 80 % = 160.000 EUR



Sluh enega ušesa:  
trajna invalidnost 35 %  
= 35.000 EUR

Roka pod komolcem:  
trajna invalidnost 70 %  
= 105.000 EUR

Noga nad sredino stegna:  
trajna invalidnost 80 %  
= 160.000 EUR

## Nezgode nikoli ne počivajo. Vaše zavarovanje z Merkurjem tudi ne.

Nihče ni varen pred nezgodo. Tudi v našem okolju se večina vseh nezgod zgodi v prostem času.

Če se nezgoda – kot v številnih primerih – konča s trajno invalidnostjo, lahko nastanejo znatne finančne obremenitve, če ni zadostnega varstva, kritega z nezgodnim zavarovanjem.

Tudi Merkur zavarovalnica vas ne more obvarovati pred nezgodo. Merkurjevo nezgodno zavarovanje pa vas lahko obvaruje pred njenimi posledicami.

## Profesionalna prodaja Merkur

**PPM Ljubljana**, Dunajska cesta 58, 1000 Ljubljana  
T: 01 300 53 64, F: 01 234 23 87

**PPM Kranj**, Ulica Lojzeta Hrovata 4c, 4000 Kranj  
T: 04 202 08 60, F: 04 202 08 63

**PPM Celje**, Mariborska cesta 1 B, 3000 Celje  
T: 03 425 08 21, F: 03 425 08 23

**PPM Murska Sobota**, Obrtna ulica 28, 9000 Murska Sobota  
T: 02 520 39 80, F: 02 520 39 83

**PPM Koper**, Ferrarska ulica 14, 6000 Koper  
T: 05 663 82 50, F: 05 663 82 54

**PPM Novo mesto**, Ljubljanska cesta 27, 8000 Novo mesto  
T: 07 332 42 36, F: 07 332 42 38

**PPM Maribor 1**, Ulica Vita Kraigherja 5, 2000 Maribor  
T: 02 234 30 91, F: 02 234 30 90

**PPM Maribor 2**, Ulica Vita Kraigherja 5, 2000 Maribor  
T: 02 252 60 94, F: 02 252 60 97

## Ker sem čudež življenja.

**Merkur zavarovalnica d.d.**  
Dunajska cesta 58, 1000 Ljubljana

**Center za stranke Ljubljana**  
Dunajska cesta 58, 1000 Ljubljana  
T: 01 300 54 00

**Center za stranke Maribor**  
Ulica talcev 24, 2000 Maribor  
T: 02 252 60 91

E-pošta: [info@merkur-zav.si](mailto:info@merkur-zav.si)  
Splet: [www.merkur-zav.si](http://www.merkur-zav.si)  
Portal: [moj.merkur-zav.si](http://moj.merkur-zav.si)  
**Facebook: MerkurZavarovalnica**

**Brezplačna številka**  
T: 080 28 55

**merkur**   
ZAVAROVALNICA

Ta tiskovina vsebuje osnovne informacije o naših produktih in ne predstavlja dejanske ponudbe. Skrajšana različica besedila v zloženki lahko pripelje tudi do napačnega ali nepopolnega razumevanja. Popolne informacije so navedene v dokumentaciji ob in na ponudbi, na polici in v pripadajočih splošnih pogojih. Splošni in posebni pogoji so na razpolago na sedežu družbe ter v vseh Centrih za stranke. Pridržujemo si pravico do tiskarskih napak.

## Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje – Merkur Nezgodna (SPNZS 2020)

### 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) Zavarovani 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 na obrazcu zavarovalnice, s katero ponudnik izkazuje svojo voljo za sklenitev pogodbe o nezgodnem zavarovanju;
  - **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 izbranim 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 pisna listina, ki jo o sklenjeni zavarovalni pogodbi izda zavarovalnica, to je zavarovalna polica;
  - **zavarovalna vsota** je denarni znesek, za katerega je sklenjeno nezgodno zavarovanje;
  - **zavarovalna dajatev** (zavarovalnina) je izplačilo denarnega zneska za zavarovalni primer.
- (3) V skladu s temi splošnimi pogoji so riziki, ki se lahko zavarujejo, ter tem rizikom pripadajoče zavarovalne dajatve, naslednji:
  - nezgodna smrt (20. člen teh splošnih pogojev);
  - naravna smrt (21. člen teh splošnih pogojev);
  - trajna nezgodna invalidnost – različica A (22. člen teh splošnih pogojev);
  - trajna nezgodna invalidnost – različica B (23. člen teh splošnih pogojev);
  - trajna nezgodna invalidnost – različica C (24. člen teh splošnih pogojev);
  - trajna nezgodna invalidnost 51 % ali več – različica D (25. člen teh splošnih pogojev);
  - dnevno nadomestilo nezmožnosti za delo zaradi nezgode (27. člen teh splošnih pogojev);
  - bolnišnično nadomestilo zaradi nezgode (28. člen teh splošnih pogojev);
  - nadomestilo za zlom kosti (29. člen teh splošnih pogojev);
  - takojšnja pomoč ob nezgodi (30. člen teh splošnih pogojev);
  - nadomestilo za oskrbo po nezgodi (31. člen teh splošnih pogojev);
  - nezgodna mesečna renta brez možnosti dedovanja za primer najmanj 51 % trajne nezgodne invalidnosti (32. člen teh splošnih pogojev);
  - nezgodna mesečna renta brez možnosti dedovanja za primer najmanj 36 % trajne nezgodne invalidnosti (33. člen teh splošnih pogojev);
  - stroški rehabilitacije (34. člen teh splošnih pogojev);
  - zavarovalno kritje za posledice meningoencephalitis (35. člen teh splošnih pogojev).
- (4) Iz police je razvidno, katere dajatve in zavarovalne vsote so dogovorjene.

#### 2. člen

##### Osebe, ki se lahko zavarujejo

V skladu s temi posebnimi pogoji se lahko sklene zavarovanje samo za fizične osebe obeh spolov, ki so ob sklenitvi zavarovanja dopolnile najmanj 14 let in največ 69 let starosti in ki ob izteku zavarovanja ne bodo stare več kot 70 let.

#### 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, pod pogojem, da je plačana ustrezna premija. Pred datumom, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja, ni zavarovalnega kritja.
- (3) 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, pod pogojem da zavarovalec ali zavarovalnica pogodbe ne odpove najmanj tri mesece pred koncem trajanja zavarovanja, se zavarovalna pogodba avtomatsko podaljša vsakič za 1 (eno) leto in nadaljuje iz leta v leto (permanentno), dokler je katerega od strank ne odpove najmanj tri mesece pred koncem tekočega zavarovalnega leta, vendar največ do maksimalne vstopne starosti.

#### 4. člen

##### Osebe, ki se ne morejo zavarovati

- (1) Ne morejo se zavarovati in v nobenem primeru niso zavarovane:
  - osebe, pri katerih je trajna invalidnost stopnje 100 % že podana;
  - umsko prizadete osebe ter umobolne osebe;
  - 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);
  - osebe, obbolele za AIDS-om;
  - osebe, ki trpijo zaradi težkih poškodb živcev ali imajo težko živčno bolezen ali imajo bolezen hrbtenjače ali duševno bolezen, to so zlasti, vendar ne samo obboleli za, multiplo sklerozo, Parkinsonovo boleznijo, polinevropatijo, ankirozirajočim spondilitisom, Alzheimerjevo boleznijo ali drugo težko obliko demence ter osebe z manično depresivnimi psihozami, shizofrenijo ali paranoidnimi motnjami;
  - 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.
- (2) Do sklenitve pogodbe ne more priti, če gre za osebo, ki ne more biti zavarovana (prvi 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 pa preneha zavarovalno kritje za takšnega zavarovanca. V primeru spora velja kot datum nastanka spremembe, datum, ki je ugotovljen s pravno močno sodno odločbo, v kateri je takšno stanje ugotovljeno.

#### 5. člen

##### Zavarovanje oseb s povečano nevarnostjo

- (1) Osebe, ki so podvržene večji nevarnosti za življenje, zdravje ali poškodbo se lahko zavarujejo v sporazumu z zavarovalnico samo proti plačilu doplačila k premiji oziroma pod posebnimi pogoji zavarovanja, ki jih določi zavarovalnica.
- (2) Osebe, ki so podvržene večji nevarnosti za zdravje po prejšnjem odstavku so zlasti, vendar ne samo:
  - osebe, obbolele za rakom ali malignim obolenjem krvi oziroma kosti;
  - osebe, ki so utrpeli srčni infarkt ali možgansko kap;
  - osebe, ki jim je bila opravljena bypass operacija koronarnih arterij ali operacija srca;
  - osebe z obolenjem medvretenčnih ploščic;
  - osebe, obbolele za sladkorno boleznijo (tip 1 in 2);
  - osebe, obbolele za epilepsijo.
- (3) Osebe, ki so podvržene večji nevarnosti za poškodbo po prvem odstavku tega člena so zlasti, vendar ne samo, osebe, ki se poklicno ali ljubiteljsko ukvarjajo z eno izmed spodaj navedenih aktivnosti:
  - gornišstvo, plezanje, prosto plezanje in plezanje po ledu v smereh III. in IV. težavnostne stopnje po klasifikaciji UIAA, plezalne poti C+D+E;
  - vožnja s kajakom ali kanujem, vožnja z gumenjaki po divjih vodah (rafting), jadrnanje na deski s padalom (kajting in kite surfing), potapljanje z dihalno napravo do 60 m, soteskanje (canyoning);

- BMX prosti slog, gorski freeriding, gorsko downhill kolesarstvo, športni avtomobilizem, športni motociklizem;
  - skok v globino z elastiko (bungee jumping) ali vrvje, spuščanje po jekleni vrvi (zip lining);
  - letenje z zrakoplovi in letalskimi napravami brez motornega pogona (piloti zmajev, jadralni padalci, padalci, zmajarji, piloti balonov, jadralni letalci);
  - udeležba v borilnih ali kontaktnih športih;
  - poklicni ali amaterski šport; poklicni športnik je oseba, ki pretežno del svojega dohodka ustvari 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; 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 društvih ali klubih.
- (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, pri čemer o tem zavarovalca obvesti le, če je zavarovanec uvrstila v različen nevarnostni razred od tistega, ki je bil naveden na ponudbi.
- (5) Osebe uvrščene v II. nevarnostni razred po prejšnjem odstavku so zlasti, vendar ne samo:
- poklicni športniki;
  - osebe, ki so pri svojem poklicu ali delu zaradi fizičnega dela, upravljanja s stroji, stika z jedkimi, strupenimi, lahko vnetljivimi ali eksplozivnimi snovmi ali električno in termično energijo, izpostavljene povišanemu nezgodnemu riziku, to so zlasti, vendar ne samo:
    - osebe, ki delajo v gradbeništvu, predvsem ročni delavci visokih in nizkih gradenj, kot so zidarji, tesarji in krovc;
    - ročni delavci v cestni gradnji, kot so asfalterji ter vozniki žerjavov, bagerjev in druge težke gradbene mehanizacije;
    - gorski vodniki, drvarji, veterinarji ter skrbniki živali;
    - delavci v jeklarni in valjarni ter poklicni gasilci.
- (6) Za poklicne športnike ni možno dogovoriti nadomestila za zlom kosti (v skladu z 29. členom teh splošnih pogojev) ter dodatnega paketnega nezgodnega zavarovanja Šport aktiv plus.

#### **6. člen** **Sklenitev zavarovalne pogodbe**

- (1) Za sklenitev pogodbe mora ponudnik zavarovalnici predložiti pisno ponudbo. Ponudba se predloži na obrazcu 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, če je potreben zdravniški pregled zavarovanca ali pregled medicinske dokumentacije, pa trideset dni.
- (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. Kot povečanje nevarnosti velja predvsem sprememba poklica, poškodba zavarovane osebe, ugotovitev invalidnosti zavarovanca ter nastanek zavarovanceve izpostavljenosti naslednjim nevarnostim: delo na višini, delo z eksplozivnimi ali radioaktivnimi snovmi in delo z zdravju nevarnimi snovmi.
- (4) Če v roku iz drugega odstavka tega člena zavarovalnica ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa predlagano 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.
- (5) 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.
- (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. V primeru, če pri izdaji police pride 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 (v skladu z 2. odstavkom 7. člena teh splošnih pogojev) in dogovorjene prave vsebine zavarovanja.
- (7) Če zavarovalec in zavarovanec ni ista oseba, mora za veljavnost zavarovalne pogodbe ponudbo podpisati tudi zavarovanec oz. mora zavarovalec k ponudbi priložiti pisno soglasje zavarovanca z navedbo zavarovalne vsote, za katero se sklepa zavarovanje.
- (8) Določila tega člena veljajo za vsa zavarovanja, ki se sklepajo po isti ponudbi.

- (9) Če se zavarovalna pogodba sklene na daljavo velja, da je pogodba sklenjena s plačilom prve premije oziroma prvega obroka premije.

#### **7. 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, polica, ti splošni pogoji, posebni zavarovalni pogoji, ki veljajo za zavarovanje po izbranem produktu, morebitni dodatni zavarovalni pogoji, pisne izjave ponudnika, zavarovalca, zavarovanca in zavarovalnice ter polici priložene klavzule.

#### **8. 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 neznane.
- (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 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 zvedela za neresničnost prijave ali za zamolčanje, ne izjavi zavarovalcu, 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 z iztekom štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica sporočila zavarovalcu svoj odstop od zavarovalne pogodbe; če pa 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.
- (4) Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razdrtjem 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.

#### **9. 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 neznane 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 zvedela za te okoliščine med trajanjem zavarovanja, ni pa uporabila pravic iz 8. člena teh splošnih pogojev.

#### **10. člen** **Obveščanje o spremembi poklica ali vrste dela zavarovanca**

- (1) Zavarovalnico je treba obvestiti o vsaki spremembi poklica ali vrste dela zavarovanca.
- (2) Vsak odhod na mirovno misijo predstavlja spremembo vrste dela zavarovanca. Vpoklic v vojaško službo, v civilno službo, kakor tudi kratkoročne vojaške vaje pa se ne štejejo kot sprememba vrste dela zavarovanca.

#### **11. člen** **Povečanje nevarnosti**

- (1) Če je zaradi spremembe poklica ali vrste dela zavarovanca povečanje nevarnosti tolikšno, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovalne pogodbe, če bi bilo tako stanje takrat, ko je bila sklenjena, lahko zavarovalnica odstopi od zavarovalne pogodbe. Če je povečanje nevarnosti tolikšno, da bi zavarovalnica sklenila zavarovalno pogodbo samo ob plačilu višje premije, če bi bilo tako stanje takrat, ko je bila sklenjena, lahko predlaga zavarovalcu novo višino premije. Če zavarovalec ne privoli v novo višino premije v



štirinajstih dneh, ko prejme tak predlog, preneha zavarovalna pogodba z iztekom tega roka.

- (2) Zavarovalnica mora svoje pravice iz prejšnjega odstavka izkoristiti v tridesetih dneh od dneva, ko je kakorkoli zvedela za spremembo poklica ali vrsto dela zavarovanca, sicer ostane pogodba v veljavi.
- (3) Če nastane zavarovalni primer, preden je bila zavarovalnica obveščena o spremembi poklica ali vrsti dela zavarovanca, ki pomeni povečanje nevarnosti, ali potem, ko je bila o tem obveščena, vendar prej, preden je odstopila od zavarovalne pogodbe ali se z zavarovalcem sporazumela o povečanju premije, se zavarovalnica zmanjša v sorazmerju med plačanimi premijami in premijami, ki bi morale biti plačane glede na povečano nevarnost.

#### 12. člen

##### Zmanjšanje nevarnosti

- (1) Če se je po sklenitvi zavarovalne pogodbe zaradi spremembe poklica ali vrste dela zavarovanca zmanjšala nevarnost, ima zavarovalec pravico zahtevati ustrezno zmanjšanje premije, šteto od dneva, ko je o spremembi poklica ali vrste dela zavarovanca obvestil zavarovalnico.
- (2) Če zavarovalnica ne privoli v zmanjšanje premije, lahko zavarovalec odstopi od pogodbe.

#### 13. člen

##### Pravni položaj pogodbenih strank

- (1) Pogodbo o nezgodnem zavarovanju je možno skleniti za primer nezgodne ali naravne smrti, trajne nezgodne invalidnosti, rehabilitacije, nezgodne delovne nezmožnosti, okvare zdravja ali nezgodne poškodbe zavarovalca ali neke druge osebe (zavarovana oseba). Če se zavarovanje nanaša na drugo osebo, je za določitev upravičenca in njegovo kasnejšo spremembo potrebno njeno pisno soglasje.
- (2) Če ni izrecno drugače določeno, je pogodba o nezgodnem zavarovanju sklenjena v korist zavarovalca in se zavarovalna dajatev izplača zavarovalcu (upravičenec).

## II. POGLAVJE - PREMIJA

#### 14. člen

##### Premija

- (1) 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, kdor ima za to plačilo pravni interes. Premije se poravnava po vrstnem redu zapadlosti v izpolnitev. Stroški plačila bremenijo plačnika.
- (2) 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.
- (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 izročen izvajalcu plačilnega prometa.
- (4) Nadaljnje 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 preko direktne obremenitve, bo zavarovalnica osemnajstega v mesecu zapadlosti premije oz. njenega obroka brez vsakokratnega predhodnega obvestila o tem zavarovalcu oziroma plačniku premije 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 nepravočasno plačilo premije. V tem primeru se uporabijo določbe 16. člena teh splošnih pogojev.
- (5) V primeru zamude s plačilom premije oz. njenega obroka, lahko zavarovalnica zaračuna zakonske zamudne obresti. Odlog plačila premije oz. njenega obroka je možen le po predhodnem pisnem dogovoru med zavarovalnico in zavarovalcem.
- (6) Zavarovalnica si pridržuje pravico v bodoče uvesti tudi druge oblike plačila nadaljnje premije, ki bodo plačniku olajšale izvedbo plačevanja.

#### 15. člen

##### Posledice neplačila prve premije

- (1) Če prva letna premija oz. njen prvi obrok ni plačana ob zapadlosti (v skladu s 3. odstavkom 14. 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 razrdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka.

#### 16. člen

##### Posledice neplačila nadaljnje premije

- (1) Če katera izmed nadaljnjih 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 nepravilne zneske premije oz. njenih obrokov iz preteklih obdobij. Če je zavarovalec pravna oseba, se ga o nepravilnih zneskih opomni s pisnim dopisom. Če zavarovalec nepravilnih 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 razrdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka. Z iztekom roka, določenega v tem odstavku, nastopi razrdrtje 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 izročen izvajalcu plačilnega prometa.

## III. POGLAVJE - ZAVAROVALNO KRITJE

#### 17. člen

##### Predmet zavarovanja

- (1) Zavarovalnica nudi zavarovalno kritje, če nastane zavarovalni primer (v skladu z 18. členom teh splošnih pogojev).
- (2) Obveznosti zavarovalnice in zavarovalne dajatve so določene s temi splošnimi pogoji, s posebnimi zavarovalnimi pogoji, ki veljajo za zavarovanje po izbranem produktu, in z zavarovalno pogodbo.
- (3) Iz police je razvidno, katera zavarovalna kritja, zavarovalne dajatve in zavarovalne vsote so dogovorjene za posamezno zavarovanje.

#### 18. člen

##### Zavarovalni primer

- (1) Zavarovalni primer je bodoč, negotov in od izključne volje zavarovalca, zavarovanca in upravičenca neodvisen dogodek, glede katerega se sklene zavarovanje. Zavarovalni primer je nastanek nezgode (v skladu z 19. členom teh splošnih pogojev).
- (2) Zavarovalnica bo v primeru nastanka zavarovalnega primera v skladu z določili teh splošnih pogojev in določili posebnih zavarovalnih pogojev, ki veljajo za zavarovanje po izbranem produktu, izplačala dogovorjene zavarovalne dajatve.

#### 19. člen

##### Pojem nezgode

- (1) Za nezgodo gre, kadar na zavarovanca od zunaj, mehanično ali kemično deluje od zavarovančeve volje neodvisna sila ali dogodek, ki nastopi nenadoma ter ima za posledico nezgodno smrt ali trajno nezgodno invalidnost ali nezgodno delovno nezmožnost ali okvaro zdravja, ki zahteva zdravniško pomoč, ali nezgodno poškodbo zavarovanca (odvisno od določil posebnih zavarovalnih pogojev, ki veljajo za zavarovanje po izbranem produktu).
- (2) Za nezgodo štejejo tudi naslednji, od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:
  - utopitev;
  - opekline zaradi ognja ali pare;
  - učinki udara strele ali električnega toka;
  - piki in ugrizi žuželk ter kač;
  - zastrupitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih hlapov, ra-

- zen če te snovi učinkujejo postopoma;
- nenamerno zaužitje strupenih ali jedkih snovi, razen če te snovi učinkujejo postopoma; zaužitje zdravil ali mamil ter zastropitev s hrano v nobenem primeru ne pomenijo nezgode;
  - izpah sklepov, poškodbe meniskusa, kakor tudi 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;
  - klopni meningoenfalephalitis v okviru določil 35. člena teh splošnih pogojev;
  - otrpni krč (tetanus) in steklina, povzročena z nezgodo v smislu prvega odstavka tega člena;
  - 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 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, kakor tudi ne nalezljive bolezni kot posledice nezgode ter ponavljajoči (habitualni) izpahi ali izvini na istem sklepu. Kollapse v nobenem primeru ne pomeni nezgode.

#### IV. POGLAVJE - ZAVAROVALNE DAJATVE

##### 20. člen Nezgodna smrt

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrezna premija, zavarovalnica upravičencu izplača zavarovalno dajatev za primer nezgodne smrti zavarovane osebe.
- (2) Če zavarovanec umre zaradi posledic nezgode v enem letu po dnevu nezgode, izplača zavarovalnica zavarovalno vsoto za primer smrti.
- (3) 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.

##### 21. člen Naravna smrt

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrezna premija, 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;
  - 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 zavarovanec 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.

##### 22. člen Trajna nezgodna invalidnost – različica A

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrezna 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 invalidnosti	se zavarovalna dajatev odmeri na podlagi
od 0,1 % do 25 %	enkratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 25,1 % do 50 %	dvakratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost

od 50,1 % do 75 %	trikratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 75,1 % do 90 %	štirikratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 90,1 % do 100 %	petkratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost

##### 23. člen

###### Trajna nezgodna invalidnost – različica B

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrezna 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 invalidnosti	se zavarovalna dajatev odmeri na podlagi
od 0,1 % do 50 %	enkratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 50,1 % do 90 %	dvakratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost
od 90,1 % do 100 %	trikratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost

##### 24. člen

###### Trajna nezgodna invalidnost – različica C

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrezna premija, zavarovalnica upravičencu izplača zavarovalno dajatev za primer trajne nezgodne invalidnosti zavarovane osebe po različici C.
- (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 invalidnosti	se zavarovalna dajatev odmeri na podlagi
od 0,1 % do 100 %	enkratnika zavarovalne vsote za trajno invalidnost

##### 25. člen

###### Trajna nezgodna invalidnost 51% ali več – različica D

- (1) Če med trajanjem zavarovanja zavarovanec utrpí nezgodo, katere posledica je njegova trajna invalidnost stopnje 51 % ali več, 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.
- (2) Če je kot posledica ene nezgode ugotovljena stopnja trajne invalidnosti zavarovanca nižja od 51 %, ni dajatev zavarovalnice. Stopnja trajne invalidnosti se ugotavlja v skladu z določilom 26. člena teh splošnih pogojev. Pojem nezgode je opredeljen v 19. členu teh splošnih pogojev.

##### 26. 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 uporabljajo sorazmerno.

- (2) Če se stopnja trajne invalidnosti ne more določiti v skladu z določili prvega odstavka tega člena, je merodajno, koliko je telesna ali duševna funkcionalna zmožnost trajno oškodovana 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) 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 do tedaj opravila, se presežek obrestuje 1 % letno od dneva dospelosti predujma (v skladu s 5. odstavkom 48. člena teh splošnih pogojev).
- (6) Če umre zavarovanec:
  - zaradi nezgode v roku enega leta po nezgodi, ni pravice na dajatev za invalidnost;
  - 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;
  - 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.

## 27. člen

### Dnevno nadomestilo nezmožnosti za delo zaradi nezgode

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrežna premija, zavarovalnica upravičencu izplača dnevno nadomestilo za začasno nezmožnost zavarovane osebe za redno delo zaradi nezgode in v dogovorjeni višini.
- (2) 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. Dnevno nadomestilo se prizna za dneve zavarovančeve popolne delovne nezmožnosti za redno delo oziroma opravljanje rednih delovnih nalog. Izplačilo dnevnega nadomestila je odvisno od dogovorjene različice dnevnega nadomestila, to je brez karence ali s karenc 7 dni. Dogovorjena različica je razvidna iz police in opisana v 3. in 4. odstavku tega člena.
- (3) KARENCA 7 DNI: Kadar je z zavarovalno pogodbo dogovorjeno zavarovalno kritje za dnevno nadomestilo s karenc 7 dni, se dnevno nadomestilo izplača od vključno 8. dne dalje, šteto od dne, ko je pristojni zdravnik ugotovil delovno ali poklicno nezmožnost zaradi posledic nezgode. Dnevno nadomestilo s karenc 7 dni se lahko izplača za največ 200 dni v obdobju iz drugega odstavka tega člena.
- (4) BREZ KARENCE: Kadar je z zavarovalno pogodbo dogovorjeno

zavarovalno kritje za dnevno nadomestilo brez karence, se dnevno nadomestilo izplača od vključno 1. dne dalje, šteto od dne, ko je pristojni zdravnik ugotovil delovno ali poklicno nezmožnost zaradi posledic nezgode. Dnevno nadomestilo brez karence se lahko izplača za največ 200 dni v obdobju iz drugega odstavka tega člena.

- (5) Dnevno nadomestilo za zavarovance, ki opravljajo delo po eni izmed spodnjih alinej tega odstavka, se izplača na podlagi priložene medicinske dokumentacije in potrtila 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, v državah članicah Evropske unije:
  - opravljajo delo v delovnem razmerju za določeni ali nedoločeni 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
  - 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
  - so kmetje nosilci kmečkega gospodarstva ali člani kmečkega gospodarstva in opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini in glavni poklic; ali
  - 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
  - so samozaposlene osebe, ki opravljajo gospodarsko ali pridobitno dejavnost v obliki samostojnega podjetnika posameznika (s.p.); ali
  - so osebe, ki opravljajo osebno dopolnilno delo, ki so ga priglasile pri pristojnem organu.
- (6) V primeru nezaposlenih oseb, študentov in upokojencev 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 enako nezmožnosti za delo oziroma za opravljanje rednih delovnih nalog. Za aktivno zdravljenje se v nobenem primeru ne štejejo primeri iz 7. odstavka tega člena.
- (7) Dnevno nadomestilo se ne izplača za čas čakanja na fizioterapije, operacije, posege, slikanja, sprejema v bolnišnico, na dodatne diagnostične preiskave, na ustrezno delovno mesto, odločitev invalidske komisije. Dnevno nadomestilo se prav tako ne izplača za čas imobilizacije z mavcem (oziroma druge vrste imobilizacije), razen če zavarovanec predloži bolniške liste iz katerih je razvidna odsotnost z dela. Če zavarovanec ne opravlja dela po eni izmed naštetih podlag iz 5. odstavka tega člena se za čas imobilizacije z mavcem dnevno nadomestilo ne izplača.
- (8) Če se zavarovanec istočasno zdravi za več poškodb in se pri tem čas zdravljenja prekriva, se izplača ena dogovorjena zavarovalna vsota za dnevno nadomestilo.
- (9) Če je zavarovančeva začasna nezmožnost za delo oziroma za opravljanje rednih delovnih nalog, daljša ali podaljšanja 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 za oceno dejanskega časa zdravljenja poškodbe, poleg priložene zdravstvene dokumentacije, lahko uporabi tudi priporočila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ali mnenja zdravnika cenzorja.

## 28. člen

### Bolnišnično nadomestilo zaradi nezgode

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrežna premija, zavarovalnica upravičencu izplača bolnišnično nadomestilo za bivanje zavarovane osebe v bolnišnici zaradi nezgode.
- (2) 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 nezgode.
- (3) Bolnišnično nadomestilo se ne prizna: za dneve začasnih izhodov ali odpuštov; za dneve čakanja na prsto posteljo, operaterja, postopkov priprave ipd.
- (4) Kot bolnišnice veljajo zdravstveni zavodi za zdravljenje več vrst bolezni, ki imajo specialistično ambulantno dejavnost in posteljne zmogljivosti najmanj za področje interne medicine, kirurgije, pedi-

atrije 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.

- (5) 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.

### 29. člen

#### Nadomestilo za zlom kosti

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo, zavarovalnica upravičencu izplača nadomestilo za zlom kosti zavarovane osebe v nezgodi.
- (2) Nadomestilo za zlom kosti se izplača kot enkratni pavšalni znesek v dogovorjeni višini, neodvisno od števila zlomljenih kosti, če zavarovanec v nezgodi utrpel zlom kosti.
- (3) Izplačilo nadomestila iz prejšnjega odstavka je omejeno največ na eno nezgodo v posameznem zavarovalnem letu.
- (4) Izplačilo nadomestila za zlom kosti se izplača le v primeru preloma kosti (fractura). V vseh ostalih primerih (npr. v primeru poka kosti (fissura)) se nadomestilo za zlom kosti ne izplača.

### 30. člen

#### Takojšnja pomoč ob nezgodi

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo, zavarovalnica upravičencu izplača takojšnjo pomoč ob nezgodi.
- (2) 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 bolnišnico, kjer prebije neprekinjeno najmanj 24 ur.
- (3) Izplačilo takojšnje pomoči ob nezgodi je omejeno največ na eno nezgodo v posameznem zavarovalnem letu.
- (4) Kaj šteje za bolnišnico je določeno v četrtem in petem odstavku 28. člena teh splošnih pogojev.

### 31. člen

#### Nadomestilo za oskrbo po nezgodi

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrežna premija, zavarovalnica upravičencu izplača nadomestilo za oskrbo zavarovane osebe po nezgodi.
- (2) Nadomestilo za oskrbo po nezgodi se izplača kot enkratni pavšalni znesek v dogovorjeni višini, če je podan eden izmed spodaj navedenih primerov:
- v roku enega leta po nezgodi zavarovanec zaradi nezgode po napotilu zdravnika specialista izvaja fizioterapijo in je hkrati izpolnjen tudi predpogoj, da je bil zavarovanec neposredno po nezgodi prepeljan na medicinsko nujno potrebno zdravljenje v bolnišnico, kjer je prebil neprekinjeno najmanj 24 ur ali pa je zavarovanec po nezgodi ostala trajna invalidnost v smislu 26. člena teh splošnih pogojev; ali
  - v roku enega leta po nezgodi zavarovanec zaradi nezgode, ki je bila povzročena s kaznivim oziroma kriminalnim dejanjem, ki je uradno dokumentiran s strani policije oziroma tožilstva in kjer je bil udeležen kot žrtev, po napotilu zdravnika specialista obiskuje psihoterapevtsko oziroma psihološko posvetovanje za odpravo duševnih težav; ali
  - v roku enega leta po nezgodi zavarovanec zaradi nezgode po napotilu zdravnika specialista potrebuje pomoč druge osebe pri organizaciji aktivnosti vsakodnevnega življenja ali pomoč druge osebe pri organizaciji nabave vsakodnevnih življenjskih potreb.
- (3) Izplačilo nadomestila iz prejšnjega odstavka je omejeno največ na eno nezgodo v posameznem zavarovalnem letu.
- (4) Kaj šteje za bolnišnico je določeno v četrtem in petem odstavku 28. člena teh splošnih pogojev.

### 32. člen

#### Nezgodna mesečna renta brez možnosti dedovanja za primer najmanj 51 % trajne nezgodne invalidnosti

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrežna premija, bo zavarovalnica upravičencu izplačevala nezgodno mesečno rento v dogovorjeni višini, kot je opredeljena na zavarovalni polici, če kot posledica ene nezgode obstaja trajna invalidnost zavarovanca v višini 51 % ali več, 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 19. členu teh splošnih pogojev. Upravičenec iz naslova prejemanja nezgodne mesečne rente je lahko samo zavarovanec.

- (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 26. 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 48. 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 10 let, če je dogovorjena različica A, oziroma najdlje do poteka 25 let, če je dogovorjena različica B, oziroma doživljenjsko, če je dogovorjena različica C, vedno šteto od dneva nezgode.
- (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 v 10. letih, če je dogovorjena različica A, oziroma v 25. letih, če je dogovorjena različica B, vedno šteto od dneva nezgode, s smrtjo zavarovanca ugasne tudi pravica do nezgodne mesečne rente ter se nezgodna mesečna renta preneha izplačevati, in sicer se zadnjič izplača za mesec, v katerem je zavarovanec umrl. Če je dogovorjeno doživljenjsko izplačilo rente po različici C 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.

### 33. člen

#### Nezgodna mesečna renta brez možnosti dedovanja za primer najmanj 36 % trajne nezgodne invalidnosti

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrežna premija, bo zavarovalnica upravičencu izplačevala nezgodno mesečno rento v dogovorjeni višini, kot je opredeljena na zavarovalni polici, če kot posledica ene nezgode obstaja trajna invalidnost zavarovanca v višini 36 % ali več, 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 19. členu teh splošnih pogojev. Upravičenec iz naslova prejemanja nezgodne mesečne rente je lahko samo zavarovanec.
- (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 prvega in drugega odstavka 26. 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 48. 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 10 let, če je dogovorjena različica D, oziroma najdlje do poteka 25 let, če je dogovorjena različica E, oziroma doživljenjsko, če je dogovorjena različica F, vedno šteto od dneva nezgode.
- (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 v 10. letih, če je dogovorjena različica D, oziroma v 25. letih, če je dogovorjena različica E, vedno šteto od dneva nezgode, s smrtjo zavarovanca ugasne tudi pravica do nezgodne mesečne rente ter se nezgodna mesečna renta preneha izplačevati, in sicer se zadnjič izplača za mesec, v katerem je zavarovanec umrl. Če je dogovorjeno doživljenjsko izplačilo rente po različici F 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.

### 34. člen

#### Stroški rehabilitacije

- (1) V primerih, ko je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo in je plačana ustrežna premija, je upravičenec upravičen do povračila

stroškov rehabilitacije do dogovorjene višine. Za stroške rehabilitacije se šteje:

- zdravišiško zdravljenje; veljajo stroški bivanja v zdravišišču, 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 zdravišiško 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 zdravišiških 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 poravnava 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 zdravišiških oziroma medicinskih ustanovah, s katerimi zavarovalnica nima sklenjene pogodbe o sodelovanju. V tem primeru zavarovanec račun za kritje stroškov rehabilitacije poravnava sam direktno izvajalcu. Originalni račun s potrdilom o plačilu nato posreduje zavarovalnici, ki upravičencu poravnava oz. povrne znesek do dogovorjene višine.

### 35. člen

#### Zavarovalno kritje za posledice meningoencephalitisa

- (1) Zavarovalno kritje zajema posledice 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) Dajatev se opravi samo v primeru smrti ali trajne invalidnosti zavarovanca. Dajatev je, v okviru dogovorjene zavarovalne vsote, omejena s 25.000,00 EUR.

## V. POGLAVJE - IZKLJUČITVE IN OMEJITVE ZAVAROVALNEGA VARSTVA

### 36. člen Izključitve

- (1) Iz zavarovanja so v vsakem primeru izključene nezgode v spodaj navedenih primerih:
- 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;
  - pri udeležbi na tekmah ali pripadajočih treningih s kopenskim, zračnim ali vodnim motornim vozilom, tudi ob ocenjevalnih vožnjah in rallyjih;
  - pri izvajanju ekstremnega, posebej nevarnega ali adrenalinskega športa, to je zlasti, vendar ne samo: pri house runningu, hydrospeedu, ipd.;
  - pri naslednjih aktivnostih potapljanja: pri globinskem potapljanju ali potapljanju v velikih globinah nad 60 m, jamskem potapljanju, potapljanju z razstrelivom;
  - pri izvajanju aktivnosti akrobata na višini, kaskaderja, krotilca živali, lovca na živali za živalske vrtove, oskrbnika živali v živalskem vrtu, testnega voznika, vrvohodca;
  - pri udeležbi v ekspedicijah, pri opravljanju del iskalca eksplozivnih teles, pri razstreljevanju, pri pomoči pri miniranju, pri pirotehnikih;
  - pri udeležbi v posebnih oziroma specialnih oboroženih enotah policije, vojske ali druge oborožene enote izvršilne oblasti, pri oboroženem osebnem varovanju drugih oseb (telesni stražarji);
  - ki so neposredno ali posredno povezane z vojnimi dogodki in drugimi sovražnostmi do države, četudi ni razglašeno vojno stanje, državljansko vojno, upori, vstajami, revolucijami, ne-

miri, izgredi vseh oblik, sodelovanjem zavarovanca v oboroženih silah ali aktivnostih mirovnih misij;

- zaradi kakršnegakoli dogodka znotraj označenega minskega polja;
  - ki jih je zavarovanec, zavarovalec ali upravičenec povzročil naklepno, 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;
  - 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;
  - zaradi sodelovanja zavarovanca pri pretepu po lastni krivdi;
  - kadar zavarovanec ni uporabljal ali ni na predpisan način uporabljal zaščitne čelade, če je ta predpisana;
  - kadar zavarovanec ni bil pripet z varnostnim pasom v vozilu, ki ima vgrajene varnostne pasove, ko je bilo to v gibanju;
  - ki jih posredno ali neposredno povzročijo biološka, kemična ali jedrska katastrofa (tudi jedrska fuzija, jedrska fizija in vpliv jedrskih odpadkov) ter kakršnokoli radioaktivno ali ionizacijsko sevanje;
  - 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;
  - ki jih zavarovanec utrpí zaradi pri njem nastalem srčnem infarktu, kapi ali epilepsiji; poškodbe do katerih pride ob pojavu naštetih dogodkov v nobenem primeru ne štejejo kot posledica nezgode
  - ki jih zavarovanec pod vplivom alkohola, mamil ali zdravil utrpí zaradi motnje zavesti, stanja nekoordiniranosti, pomembnega zmanjšanja duševnih zmoglosti, 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 vzrok 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.
  - zaradi telesnih poškodb ali okvar pri ukrepih zdravljenja in posegih, ki jih zavarovanec izvrši na svojem telesu ali jih pusti izvršiti;
  - zaradi namerne 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 in če je plačano ustrezno doplačilo k premiji:
- pri uporabi letal in letalnih naprav vseh vrst (npr. športno padalstvo, letenje z zmaji, jadralno padalstvo ipd.), kakor tudi pri uporabi zračnih vozil, če niso zajete v 3. odstavku 19. člena ali v 39. členu teh splošnih pogojev;
  - pri uporabi letal za drugačen namen od tistega, ki je naveden v 3. odstavku 19. člena ali v 39. členu teh splošnih pogojev (npr. inštruktor letenja, učenec letenja, posadka helikopterja, poskusni, agrarni, umetniški, tekmovalni, izpitni, vojaški leti ipd.);
  - pri izvajanju dejavnosti posebnega pilota (npr. zmajar, balonar, jadralni padalec, padalec ipd.), pilota helikopterja ali vojaškega pilota;
  - pri uporabi zračnih plovil brez motorja, jadralnih letal s pomožnim motorjem, ultralahkih letal in vesoljskih vozil, pri skokih s padalom ter pri padalstvu, če ni zajeto v 39. členu teh splošnih pogojev;
  - pri poklicnem ali amaterskem ukvarjanju z naslednjimi športi: ameriški nogomet (rugby), baseball, deskanje, drsanje, gorsko kolesarjenje, hokej na ledu, hokej na travi, jadranje, jahalni športi, kolesarjenje, košarka, nogomet, odbojka, planinarjenje, rokomet, sabljanje;
  - 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..

- pri poklicnem ali amaterskem ukvarjanju z alpskim smučanjem, deskanjem na snegu, nordijskim smučanjem, sankanjem, smučarskimi skoki ali vožnjo z bobom, skibobom ali skeletonom.

### 37. člen

#### Izključitev terorističnih dejanj

- (1) Z zavarovanjem niso krite nezgode, ki nastanejo v neposredni ali posredni povezavi s terorističnim dejanjem, in sicer niti v primeru, če je skupaj s terorističnim dejanjem na nastanek nezgode vplival še kak drug vzrok ali dejanje.
- (2) Šteje se, da je teroristično dejanje vsako nasilno dejanje, ki ogroža človeško življenje, premično 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 vladno 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 nezgode, ki nastanejo zaradi preprečevanja oziroma zatiranja terorističnih dejanj.

### 38. člen

#### Izključitev nezdod pri plezanju

- (1) Iz zavarovanja so izključene vse nezgode pri gorništvu, 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.

### 39. člen

#### Omejitev zavarovalnega kritja pri enkratnih adrenalinskih aktivnostih

- (1) Z zavarovanjem so krite nezgode, do katerih pride pri naslednjih enkratnih adrenalinskih aktivnostih:
  - skok s padalom v tandemu, kjer je zavarovanec padalec potnik in ne padalec pilot;
  - jadrarno padalstvo v tandemu, kjer je zavarovanec jadralni padalec potnik in ne jadralni padalec pilot;
  - adrenalinski polet z letalom, kjer je zavarovanec potnik in ne pilot letala,
 vendar samo, če so hkrati izpolnjeni naslednji pogoji:
  - 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
  - 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:
  - kritje rizika nezgodne smrti zavarovanca (v skladu z 20. členom teh splošnih pogojev), dajatev je, v okviru dogovorjene zavarovalne vsote, omejena s 15.000,00 EUR; in
  - kritje rizika trajne invalidnosti zavarovanca (v skladu z 22. 23., 24., 25. členom teh splošnih pogojev), dajatev je, v okviru dogovorjene zavarovalne vsote, omejena s 30.000,00 EUR.

### 40. 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 26. 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 dajatve 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, miofasciitov, kokcigidinij, ishialgij, fibrozitisev in vseh sprememb ledvenokrižnega predela, ki so označene z analognimi izrazi, se zavarovalne dajatve priznajo 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 zavarovalne dajatve priznajo 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.
- (5) Če se je nezgoda pripetila pred veljavnostjo zavarovalne pogodbe, a zahteva zdravljenje tudi v času po sklenitvi pogodbe, za to nezgodo ne obstaja zavarovalno kritje.

## VI. POGLAVJE - PRIJAVA IN REŠEVANJE ZAVAROVALNIH PRIMEROV

### 41. člen

#### Obveznosti po nastanku zavarovalnega primera

Obveznosti zavarovanca, zavarovalca oz. upravičenca po nastanku zavarovalnega primera so:

- Obvestiti zavarovalnico o nastalem zavarovalnem primeru čimprej, ko posamezna oseba zanj zve. Potrebno je izpolniti prijavo zavarovalnega primera na obrazcu zavarovalnice v slovenskem jeziku ter jo predložiti zavarovalnici. Če posamezna oseba te svoje obveznosti ne izpolni v določenem času, mora zavarovalnici povrniti morebitno škodo, ki jo ta ima zaradi tega.
- Po nezgodi in v primeru poškodbe zavarovanca 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.
- 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 pooblastiti in po potrebi od njih zahtevati, da posredujejo informacije, ki jih o zavarovancu zahteva zavarovalnica. Če je bila nezgoda prijavljena Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, je potrebno v tem smislu pooblastiti tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Pristojne institucije, ki se ukvarjajo z nezgodo ali z odstranjevanjem posledic nezgode, morajo biti pooblaščenice, da posredujejo informacije, ki jih zahteva zavarovalnica.

### 42. člen

#### Prijava smrti

- (1) O smrti zavarovanca je potrebno nemudoma obvestiti zavarovalnico. Osebe, ki uveljavljajo pravico do zavarovalne dajatve, morajo po nastopu smrti zavarovanca zavarovalnici na svoje stroške predložiti pisni zahtevek in mu priložiti naslednje listine v slovenskem jeziku ali uradnem slovenskem prevodu:
  - zavarovalno polico; in
  - izpisek iz matične knjige umrlih oseb ali drugo listino, s katero se dokazuje smrt zavarovanca; in
  - pisno dokazilo o vzroku smrti; in
  - drugo dokumentacijo, ki je potrebna za rešitev zavarovalnega primera in ugotavljanje obveznosti izplačila zavarovalne dajatve in jo zahteva zavarovalnica glede na okoliščine posameznega primera.
- (2) Obvestilo iz prejšnjega odstavka je potrebno tudi, če je bila predhodno že prijavljena nezgoda in je nato zavarovanec umrl.
- (3) Zavarovalnica ima pravico zahtevati zdravniški ogled mrliča, obdukcijo in po potrebi tudi izkop trupa.

### 43. člen

#### Prijava nezgode

- (1) Osebe, ki uveljavljajo pravico do zavarovalnih dajatev trajna nezgodna invalidnost ter nezgodna mesečna renta ali do nadomestila za zlom kosti, morajo na obrazcu za prijavo nezgode nemudoma, oziroma takoj ko je to mogoče, zavarovalnici pisno prijaviti nastanek nezgode. Obrazec za prijavo nezgode 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, predvsem pa policijski zapisnik o nezgodi, če je bil napravljen oz. obvezno, če se prijavi nezgoda v

- prometni nesreči; prijavo poškodbe pri delu, če se prijavi nezgoda, do katere je prišlo pri delu.
- (2) Ko je zdravljenje zavarovanca zaradi nezgode zaključeno, je potrebno zavarovalnici na način iz prejšnjega odstavka predložiti tudi:
- polico, če se zaradi nastopa zavarovalnega primera zavarovalna pogodba zaključuje; in
  - ambulantni karton zavarovanca; in
  - vso zdravstveno dokumentacijo o vzroku in vrsti poškodbe in o poteku zdravljenja poškodbe 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 zdravilišč, v katerih je potekalo ali še poteka zdravljenje zavarovanca; in
  - drugo dokumentacijo, ki je potrebna za rešitev zavarovalnega primera in ugotavljanje obveznosti izplačila zavarovalne dajatve in jo zahteva zavarovalnica glede na okoliščine posameznega primera.
- (3) Zavarovalnica lahko zavarovanca pozove na zdravniški pregled ali na drugo ustrezno preiskavo, ki je potrebna za ugotovitev obstoja in obsega nezgodne invalidnosti, nezgodne delovne nezmožnosti ali okvare zdravja, pri čemer zavarovalnica krije stroške takšnega pregleda ali preiskave.

#### 44. člen

##### Uveljavljanje dnevnega nadomestila nezmožnosti za delo zaradi nezgode

Osebe, ki uveljavljajo pravico do dnevnega nadomestila, morajo zavarovalnici na svoje stroške predložiti pisni zahtevek in mu priložiti naslednje listine v slovenskem jeziku ali uradnem slovenskem prevodu:

- izpolnjen obrazec zavarovalnice za prijavo nezgode; in
- fotokopije s strani pristojnega organa oziroma pristojnega zdravnika izdanih vseh potrdil o bolniškem staležu oziroma o upravičeni zadržanosti od dela oziroma o trajanju bolniškega staleža v času starševskega dopusta, če gre za zavarovanca, ki je v času polne delovne ali poklicne nezmožnosti na starševskem dopustu, v vseh primerih za celotno obdobje trajanja bolniškega staleža zaradi posledic nezgode; in
- fotokopije vseh odločb pristojnega organa, trenutno Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, o ugotovljeni popolni delovni ali poklicni nezmožnosti zavarovanca zaradi posledic nezgode, če je bil zavarovanec v bolniškem staležu več kot 30 dni; in
- fotokopijo celotne zdravstvene dokumentacije od dneva nezgode do zaključka zdravljenja zavarovanca zaradi posledic nezgode; in
- drugo dokumentacijo, ki je potrebna za rešitev zavarovalnega primera in ugotavljanje obveznosti izplačila dnevnega nadomestila in jo zahteva zavarovalnica glede na okoliščine posameznega primera.

#### 45. člen

##### Uveljavljanje takojšnje pomoči ob nezgodi, bolnišničnega nadomestila zaradi nezgode

- (1) Osebe, ki uveljavljajo pravico do takojšnje pomoči ob nezgodi ali do bolnišničnega nadomestila zaradi nezgode, morajo na obrazcu zavarovalnice pisno prijaviti nastanek zavarovalnega primera. Obrazec za prijavo 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 zdravljenjem.
- (2) Ko je zdravljenje zavarovanca zaradi nezgode v bolnišnici zaključeno, je potrebno zavarovalnici na način iz prejšnjega odstavka predložiti tudi:
- potrdilo o bivanju v bolnišnici oziroma odpustno pismo, ki mora vsebovati ime in priimek ter rojstne podatke zavarovanca in potek zdravljenja; in
  - vso zdravstveno dokumentacijo o poteku zdravljenja v bolnišnici; in
  - drugo dokumentacijo, ki je potrebna za rešitev zavarovalnega primera in ugotavljanje obveznosti izplačila zavarovalne dajatve in jo zahteva zavarovalnica glede na okoliščine posameznega primera.

#### 46. člen

##### Uveljavljanje nadomestila za oskrbo po nezgodi

- (1) Osebe, ki uveljavljajo pravico do nadomestila za oskrbo po nezgodi, morajo na obrazcu zavarovalnice pisno prijaviti nastanek zavarovalnega primera. Obrazec za prijavo 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 zdravljenjem. Zavarovalnica lahko zahteva vso dokumentacijo, ki je glede na okoliščine posameznega primera potrebna za rešitev zavarovalnega primera in ugotavljanje obveznosti izplačila zavarovalne dajatve.
- (2) Če se nadomestilo za oskrbo po nezgodi uveljavlja zaradi izvajanja fizioterapije zavarovanca, je potrebno zavarovalnici predložiti tudi:
- pisno napotitev zavarovanca na fizioterapijo, ki jo odredi zdravnik specialist; in
  - izpolnjen ter potrjen fizioterapevtski kartonček; in

- potrdilo o bivanju v bolnišnici oziroma odpustno pismo, ki mora vsebovati ime in priimek ter rojstne podatke zavarovanca; ali
  - dokazilo, da je zavarovancu po nezgodi ostala trajna invalidnost v smislu 26. člena teh splošnih pogojev.
- (3) Če se nadomestilo za oskrbo po nezgodi uveljavlja zaradi psihoterapevtskega oziroma psihološkega posvetovanja za odpravo duševnih težav zavarovanca, je potrebno zavarovalnici predložiti tudi:
- pisno napotitev zavarovanca na psihoterapijo oziroma na psihološko posvetovanje, ki jo odredi zdravnik specialist; in
  - policijski zapisnik o nezgodi, ki je bila povzročena s kaznivim oziroma kriminalnim dejanjem in kjer je bil zavarovanec udeležen kot žrtev oziroma poročilo tožilstva o tem; in
  - dokazilo o opravljeni psihoterapiji oziroma psihološkem posvetovanju zavarovanca.
- (4) Če se nadomestilo za oskrbo po nezgodi uveljavlja zaradi pomoči druge osebe zavarovancu, je potrebno zavarovalnici predložiti tudi:
- pisno odreditev pomoči druge osebe pri organizaciji aktivnosti vsakodnevnega življenja zavarovanca, ki jo odredi zdravnik specialist; ali
  - pisno odreditev pomoči druge osebe pri organizaciji nabave vsakodnevnih življenjskih potreb zavarovanca, ki jo odredi zdravnik specialist; in
  - dokazilo o opravljeni pomoči druge osebe zavarovancu.

#### 47. člen

##### Uveljavljanje stroškov rehabilitacije

- (1) Zavarovanec, ki uveljavlja pravice iz zavarovanja stroškov rehabilitacije morajo na obrazcu zavarovalnice pisno prijaviti nastanek zavarovalnega primera, ter mu na svoje stroške priložiti vse potrebne dokumente in listine v slovenskem jeziku ali uradnem slovenskem prevodu ter informacije v zvezi z zdravljenjem;
- a) V primeru, da se uveljavlja stroške rehabilitacije zaradi nujnega zdravljenja v bolnišnici je potrebno obrazcu priložiti:
- potrdilo o bivanju v bolnišnici oziroma odpustno pismo, ki mora vsebovati ime in priimek ter rojstne podatke zavarovanca in potek zdravljenja;
  - morebitno drugo dokumentacijo, ki je potrebna za rešitev zavarovalnega primera in jo zahteva zavarovalnica glede na okoliščine posameznega primera.
- b) V primeru, da se uveljavlja stroške rehabilitacije na podlagi napotnice na zdraviliško zdravljenje:
- napotnico oziroma odločbe za zdraviliško zdravljenje pristojnega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije;
  - dokumentacijo oziroma zapisnik sprejema na urgenco zaradi te poškodbe;
  - morebitno drugo dokumentacijo, ki je potrebna za rešitev zavarovalnega primera in jo zahteva zavarovalnica glede na okoliščine posameznega primera.
- c) V primeru, da se uveljavlja stroške rehabilitacije in je zaradi te poškodbe zavarovanec v roku 48 ur po poškodbi obiskal urgenco ter na podlagi te poškodbe dobil napotnico za fizioterapijo:
- potrdilo oziroma izvid iz urgence, ki mora vsebovati ime in priimek ter rojstne podatke zavarovanca in nadaljnji potek zdravljenja;
  - napotnico za fizioterapijo.
- (2) Stroške pridobitve ter predložitve vse dodatne dokumentacije, potrebne za prijavo zavarovalnega primera, nosi zavarovalec oz. zavarovanec.
- (3) Na podlagi izpolnjenega obrazca in priložene dodatne zdravstvene dokumentacije zavarovalnica stranki posreduje dopis z navodili in limitom za koriščenje stroškov rehabilitacije, pri čemer ima stranka nato dve možnosti:
1. Zavarovalec oz. zavarovanec izbere zdravstveno ustanovo ali zdravilišče, ki ima z zavarovalnico sklenjeno pogodbo o sodelovanju: Iz seznama pogodbenih zdravstvenih ustanov ali zdravilišč stranka izbere njej ustrezajočo zdravstveno ustanovo ali zdravilišče in se dogovori za datum koriščenja storitev. Na dogovorjeni datum koriščenja storitev zavarovanec v zdravstveno ustanovo ali zdravilišče poleg osebnega dokumenta obvezno prinese tudi prej omenjeni dopis zavarovalnice iz katerega je razviden limit za koriščenje. Zdravstvena ustanova ali zdravilišče račun posreduje zavarovalnici. Stroške izvedenih storitev zavarovalnica poravnava zdravstveni ustanovi ali zdravilišču.
  2. Zavarovalec oz. zavarovanec izbere zdravstveno ustanovo ali zdravilišče, s katero zavarovalnica nima sklenjene pogodbe o sodelovanju: V tem primeru se zavarovanec za datum koriščenja storitev dogovori v izbrani ustanovi ali zdravilišču, račun za kritje stroškov izvedenih storitev v zdravstveni ustanovi ali zdravilišču poravnava zavarovanec oziroma zavarovalec sam. Originalni račun s potrdilom o plačilu nato posreduje zavarovalnici, ki upravičencu poravnava oz. povrne znesek predloženega računa do višine dogovorjene zavarovalne vsote.

#### 48. člen

##### Izplačilo zavarovalne dajatve

- (1) Izplačilo po pogodbi izvrši zavarovalnica na podlagi pisne prijave zavarovalnega primera in predložitve zahtevane dokumentacije.
- (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 (dospetje in izplačilo). Če zavarovalnica ne po svoji krivdi ne more izplačati zavarovalne dajatve, upravičencu ne pripadajo zamudne obresti. Zavarovalne dajatve ne dospejo v izplačilo tako dolgo, dokler zavarovalec, zavarovanec ali drugi upravičenec ne izpolni obveznosti, ki so navedene v 41. členu teh splošnih pogojev.
- (4) Zavarovalnica je zavezana, da v primeru zahtevkov za dajatev za trajno nezgodno invalidnost v roku treh mesecev izjavi ali in v kateri višini pripozna 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.
- (5) Če je dajatevna obveznost ugotovljena po temelju, lahko upravičenec zahteva predjem v višini zneska, ki ga bo zavarovalnica na osnovi dejanskega stanja nedvomno morala plačati.

#### 49. člen

##### Postopek ugotavljanja z zdravniškimi izvedenci

- (1) V postopku reševanja zavarovalnih primerov pred zavarovalnico se z zdravniškimi izvedenci ugotavlja predvsem:
  - vrsta in obseg posledic nezgode;
  - funkcionalna nezmožnost poškodovanih delov telesa zavarovanca;
  - vpliv bolezni ali hibe zavarovanja na posledice nezgode;
  - ali je bilo zdravljenje zavarovanca medicinsko nujno potrebno;
  - ocena časa aktivnega zdravljenja.
- (2) Z zdravniškimi izvedenci se v postopku reševanja zavarovalnih primerov odgovarja tudi na druga strokovna vprašanja s področja medicine, kot na primer v kakšnem obsegu je zavarovalni primer povzročil nastale posledice.
- (3) Zdravniške izvedence v postopku ugotavljanja pred zavarovalnico imenuje zavarovalnica. Stranka, ki uveljavlja zahtevek, ima v primeru nestrinjanja z ugotovitvijo zdravniškega izvedenca pravico, da v pritožbenem postopku pred zavarovalnico v skladu s 61. členom teh splošnih pogojev na svoje stroške pridobi mnenje drugega zdravniškega izvedenca, ki ga imenuje sama.
- (4) Vsaka stran plača stroške izvedenca, ki ga je imenovala.

## VII. POGlavJE - OSTALA POGODBENA DOLOČILA

#### 50. člen

##### Spremembe zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovalec lahko tekom zavarovanja predlaga zavarovalnici, da se zavarovalna pogodba spremeni. Pred spremembo mora imeti zavarovalec poravnano zapadlo letno premijo oz. vse že zapadle obroke letne premije, sicer sprememba ni možna. Zavarovalne pogodbe, sklenjene za najmanj 10 let, ni mogoče spremeniti tako, da je zavarovalna doba krajša od 10 let.
- (2) V postopku odločanja o spremembi lahko zavarovalnica od zavarovalca zahteva predložitev s strani zavarovanca izpolnjenega zdravstvenega vprašalnika. Če zavarovalnica odobri spremembo, se zavarovalcu izstavi nova polica.
- (3) Izvedba sprememb zavarovalne pogodbe se zaračuna po vsakokrat veljavnem ceniku zavarovalnice, razen zvišanja premije, ki je brezplačno.

#### 51. 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, le da mora o tem 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.
- (3) Zavarovanje preneha veljati:
  1. če postane zavarovanec med trajanjem zavarovalne pogodbe oseba, ki ne more biti zavarovana (v skladu s 4. členom teh splošnih pogojev);
  2. s smrtjo zavarovanca;
  3. z odpovedjo zavarovalne pogodbe (v skladu s tretjim odstav-

kom 3. člena oziroma drugim odstavkom 51. člena teh splošnih pogojev);

4. če ima zavarovanec kritje za nezgodno invalidnost po različici D in z nastankom zavarovalnega primera, v katerem je ugotovljena trajna invalidnost zavarovanca stopnje 51% ali več (v skladu s 25. členom teh splošnih pogojev);
  5. v drugih primerih, ko je tako določeno s temi splošnimi pogoji oziroma posebnimi zavarovalnimi pogoji, ki veljajo za zavarovanje po izbranem produktu, oziroma z zavarovalno pogodbo.
- (4) Sprenehanjem zavarovanja je zavarovalnica prosta vseh obveznosti iz zavarovalne pogodbe, razen če je že nastopil zavarovalni primer.
- (5) Če zavarovanje preneha, ker je zavarovanec umrl ali postal oseba, ki ne more biti zavarovana (v skladu s 4. členom 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.

#### 52. člen

##### Odpoved pogodbe po nastanku zavarovalnega primera

- (1) Zavarovalec lahko po nastanku zavarovalnega primera odpove pogodbo, če zavarovalnica odklanja upravičeni zahtevek za izplačilo zavarovalne dajatve ali zavlačuje njegovo pripoznanje. Odpoved je potrebno izjaviti pisno v roku treh mesecev:
  1. po odklonitvi upravičenega zahtevka za izplačilo zavarovalne dajatve; ali
  2. po pravnomočnosti sodbe v primeru spora pred sodiščem; ali
  3. po vročitvi odločitve zdravniškega izvedenca; ali
  4. po dospelosti zavarovalne dajatve v primeru zavlačevanja pripoznanja (v skladu s 48. členom teh splošnih pogojev).
 Odpoved se lahko izjavi s takojšnjim učinkom ali z učinkom na konec tekočega zavarovalnega leta, zavarovalnica pa ima v vsakem primeru pravico do celotne letne premije.
- (2) Zavarovalnica lahko odpove pogodbo po nastanku zavarovalnega primera, če je priznala zahtevek za izplačilo zavarovalne dajatve po temelju ali če je zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec uveljavil tak zahtevek s prevaro. Odpoved je potrebno izjaviti pisno v roku treh mesecev:
  1. po pripoznanju temelja zahtevka; ali
  2. po odklonitvi zahtevka za izplačilo zavarovalne dajatve, ki je uveljavljen s prevaro.
 Odpoved se sme izjaviti samo ob upoštevanju trimesečnega odpovednega roka, zavarovalnica pa ima pravico do celotne letne premije, ne glede na preostalo dobo do izteka odpovednega roka.

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

#### 54. člen

##### Kraj izpolnitve

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

#### 55. 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](http://www.merkur-zav.si), na sedežu družbe v Ljubljani in v vseh enotah poslovne mreže zavarovalnice.

#### 56. člen

##### Javne dajatve

- (1) 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.
- (2) Živiljenjska, nezgodna in zdravstvena zavarovanja, pri katerih zavarovalno razmerje ni krajše od dobe 10 let, so na podlagi Zakona o davku od prometa zavarovalnih poslov (Ur. l. RS, št. 57/1999, 72/2005 in 90/2014) oproščena plačila davka od prometa zavarovalnih poslov v višini 8,5 % od davčne osnove, sicer pa je davek od prometa zavarovalnih poslov obračunan od premije (davek je vključen v obrok premije), ki se plačuje na podlagi zavarovalne pogodbe. Če zavarovalna pogodba, sklenjena za najmanj 10 let, preneha veljati pred potekom te dobe, se obračuna in plača davek od prometa zavarovalnih poslov v višini 8,5 % od vsote, ki se izpla-



ča zavarovalcu, zavarovancu ali upravičencu. Zavarovalnica kot zavezanec za davek, davek od prometa zavarovalnih poslov obračuna in plača od vsote, ki se izplača zavarovalcu, zavarovancu ali upravičencu. Zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec po obračunu in plačilu davka od prometa zavarovalni poslov tako prejme vsoto, ki se izplača na podlagi zavarovalne pogodbe, zmanjšano za obračunan in plačan davek od prometa zavarovalnih poslov. Ne glede na navedeno, pa se tega davka ne obračuna in ne plača v primerih izrednega prenehanja zavarovalne pogodbe zaradi smrti zavarovanca.

#### 57. 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 poskuša 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.

#### 58. člen

##### Zastaranje

- (1) Terjatve zavarovalca oziroma upravičenca iz zavarovalne pogodbe zastarajo v treh letih, šteto od prvega dne po preteku koledarskega leta, v katerem je terjatev nastala.
- (2) Če zainteresirana oseba dokaže, da do dneva, ki je določen v prejšnjem odstavku, ni vedela, da je zavarovalni primer nastopil, začne zastaranje teči od dneva, ko je za to zvedela.
- (3) V vsakem primeru terjatve iz zavarovalne pogodbe zastarajo v petih letih od dneva, določenega v prvem odstavku tega člena.

#### 59. člen

##### Odstop od zavarovalne pogodbe

Zavarovalec lahko brez navajanja razlogov odstopi od zavarovalne pogodbe v roku petnajstih dni od njene sklenitve. Odstop od zavarovalne pogodbe mora biti pisen in vložen na zavarovalnico do izteka roka, pri čemer velja, da je vložen v roku, če je do izteka roka poslan preko priporočene pošiljke. V tem primeru ima zavarovalnica pravico zadržati administrativne stroške v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom zavarovalnice, kot tudi povračilo morebitnih stroškov, ki jih je zavarovalnica plačala zdravstvenemu zavodu za izvedbo zdravniškega pregleda, po veljavnem ceniku na dan izvedbe pregleda.

## VIII. POGLAVJE - KONČNE DOLOČBE

#### 60. 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](http://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 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 njenem prejemu, lahko zavarovalec naslovi pobudo za začetek postopka izbranemu neodvisnemu izvajalcu izvensodnega reševanja sporov: Mediacijski center pri Slovenskem zavarovalnem združenju, GLZ, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon 01/300 93 81, e-pošta: [irps@zav-zdruzenje.si](mailto: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 ter temeljnih standardov zavarovalne stroke, lahko svojo pritožbo posreduje Varuhu pravic s področja zavarovalništva, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana.

#### 61. 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.

#### 62. člen

##### Nadzor nad zavarovalnico

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

#### 63. 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](http://www.merkur-zav.si).

#### 64. člen

##### Končna določba

Za razmerja med zavarovalnico, zavarovalcem, zavarovancem in upravičencem ter ostalimi vpletenimi osebami, ki niso urejena s temi splošnimi pogoji ali zavarovalno pogodbo, se uporablja zakonodaja, ki ureja obligacijska razmerja, zavarovalništvo ter zdravstvena zavarovanja v Republiki Sloveniji, predvsem pa XXVI. poglavje Obligacijskega zakonika (Uradni list RS, št. 83/2001 s spremembami).

## Posebni pogoji za nezgodno zavarovanje seniorjev (PPNZSS 2020)

### 1. člen Splošne določbe

- (1) Posebni pogoji za nezgodno zavarovanje seniorjev (v nadaljevanju kot »posebni pogoji«) so sestavni del zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju seniorjev (v nadaljevanju kot »pogodba« oz. »zavarovanje«), ki jo zavarovalec sklene z Merkur zavarovalnico d.d., Ljubljana, in veljajo za zavarovanja po produktu z oznako NZSS/18.
- (2) Za zavarovanje veljajo Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje - SPNZS 2020 - MERKUR NEZGODA (v nadaljevanju kot »splošni pogoji«), razen če je v teh posebnih pogojih določeno drugače.
- (3) V skladu s temi posebnimi pogoji so riziki, ki se lahko zavarujejo, ter tem rizikom pripadajoče zavarovalne dajatve, naslednji:
  - nezgodna smrt (v skladu z 20. členom splošnih pogojev);
  - naravna smrt (v skladu z 21. členom splošnih pogojev)
  - trajna nezgodna invalidnost – različica A, B, C, D (v skladu z 22., 23., 24., 25. členom splošnih pogojev);
  - bolnišnično nadomestilo zaradi nezgode (v skladu z 28. členom splošnih pogojev);
  - nadomestilo za zlom kosti (v skladu z 29. členom splošnih pogojev);
  - takojšnja pomoč ob nezgodi (v skladu s 30. členom splošnih pogojev);
  - zavarovalno kritje za posledice meningoencephalitis (v skladu z 35. členom splošnih pogojev).
- (4) Iz police je razvidno, katere dajatve in zavarovalne vsote so dogovorjene.

### 2. člen Osebe, ki se lahko zavarujejo

V skladu s temi posebnimi pogoji se lahko sklene zavarovanje samo za fizične osebe obeh spolov, ki so ob sklenitvi zavarovanja dopolnile najmanj 65 let in največ 74 let starosti in ki ob izteku zavarovanja ne bodo stare več kot 80 let (zavarovane osebe - seniorji). Starost zavarovane osebe je razlika med koledarskim letom začetka zavarovanja in letom njenega rojstva.

### 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, pod pogojem, da je plačana ustrezna premija. Pred datumom, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja, ni zavarovalnega kritja.
- (3) 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, pod pogojem da zavarovalec ali zavarovalnica pogodbe ne odpove najmanj tri mesece pred koncem trajanja zavarovanja, se zavarovalna pogodba 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.

## Posebni pogoji za dodatno paketno nezgodno zavarovanje Šport Aktiv Plus (PPSAP 2020)

### 1. člen Splošne določbe

- (1) Posebni pogoji za dodatno paketno nezgodno zavarovanje Šport aktiv plus (v nadaljevanju kot »posebni pogoji«) so sestavni del zavarovalne pogodbe o dodatnem paketnem nezgodnem zavarovanju Šport aktiv plus (v nadaljevanju kot »pogodba« oz. »zavarovanje« oz. »Šport aktiv plus«), ki jo zavarovalec sklene z Merkur zavarovalnico d.d., Ljubljana, in veljajo za zavarovanja po produktu z oznako SAP/18 in SAPS/18.
- (2) Dodatno paketno nezgodno zavarovanje Šport aktiv plus lahko sklene samo zavarovalec, ki ima z zavarovalnico sklenjeno tudi nezgodno zavarovanje NZS/18 ali nezgodno zavarovanje seniorjev po produktu z oznako NZSS/18, pod pogojem, da zavarovalna vsota za kritje rizika trajne nezgodne invalidnosti iz osnovnega nezgodnega zavarovanja znaša najmanj 30.000,00 EUR.
- (3) Za zavarovanje veljajo Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje - SPNZS 2020 – MERKUR NEZGODA (v nadaljevanju kot »splošni pogoji«), razen če je v teh posebnih pogojih določeno drugače. Posebni pogoji nadrejenega nezgodnega zavarovanja se za dodatno nezgodno zavarovanje Šport aktiv plus uporabljajo pod pogojem, da s temi posebnimi pogoji ni določeno drugače.
- (4) V skladu s temi posebnimi pogoji so riziki, ki se zavarujejo, ter tem rizikom pripadajoče zavarovalne dajatve, naslednji:
  - nadomestilo za zlom kosti (v skladu z 29. členom splošnih pogojev);
  - nadomestilo za poškodbo meniskusa ter za delno natrgane kolenske vezi ali kite (v skladu s 4. členom teh posebnih pogojev);
  - nadomestilo za popolno pretrganje vezi ali kit (v skladu s 5. členom teh posebnih pogojev);
  - športni obliž (v skladu s 6. členom teh posebnih pogojev);
  - povračilo stroškov reševanja in prevoza zavarovane osebe zaradi nezgode (v skladu s 7. členom teh posebnih pogojev);
- (5) Iz police je razvidno, katere zavarovalne vsote so dogovorjene za posamezne zavarovalne dajatve iz prejšnjega odstavka.

### 2. člen Osebe, ki se lahko zavarujejo

- (1) V skladu s temi posebnimi pogoji se lahko sklene zavarovanje samo za fizične osebe obeh spolov, za katere se lahko sklene tudi nezgodno zavarovanje NZS/18. Dodatno paketno nezgodno zavarovanje Šport aktiv plus je namenjeno zavarovanim osebam, ki se v prostem času rekreativno ukvarjajo s športom.
- (2) Ne glede na določila splošnih pogojev o izključitvah in omejitvah zavarovalnega varstva so v zavarovalno kritje po teh posebnih pogojih vključene tudi nezgode, do katerih pride pri naslednjih športih oziroma športnih aktivnostih:
  - plezanje v dvorani ter gornišvo ali plezanje III. do VI. težavnostne stopnje po klasifikaciji UIAA, plezalne poti C+D+E;
  - vožnja z gumenjaki po divjih vodah (rafting), jadrnanje na deski s padalom, potapljanje v globino med 30 in 60 metri, soteskanje (canyoning);
  - skok v globino z elastiko (bungee jumping), skok na skalnatem področju (rocket jumping);
  - letenje z zrakoplovi in letalskimi napravami brez motornega pogona (piloti zmajev, jadrnalni padalci, padalci, zmajarji, piloti balonov, jadrnalni letalci).

### 3. člen Nadomestilo za poškodbo meniskusa ter za delno natrgane kolenske vezi ali kite

- (1) Zavarovalnica upravičencu izplača enkratni pavšalni znesek v dogovorjeni višini, ki predstavlja nadomestilo za poškodbo meniskusa ter za delno natrgane kolenske vezi ali kite, če zavarovanec v nezgodi v smislu 7. točke drugega odstavka 19. člena splošnih pogojev utrpí pretrg meniskusa ali delno natrgan meniskus ali delno natrgane kolenske vezi ali delno natrgane kolenske kite ali odkrušenje kolenske kosti.
- (2) Izplačilo nadomestila iz prejšnjega odstavka je omejeno največ na eno nezgodo v posameznem zavarovalnem letu.

### 4. člen Nadomestilo za popolno pretrganje vezi ali kit

- (1) Zavarovalnica upravičencu izplača enkratni pavšalni znesek v dogovorjeni višini, ki predstavlja nadomestilo za popolno pretrganje vezi ali kit zavarovane osebe, če zavarovanec v nezgodi v smislu 7. točke drugega odstavka 19. člena teh splošnih pogojev utrpí popolno pretrganje katerekoli vezi ali kite.

- (2) Izplačilo nadomestila iz prejšnjega odstavka je omejeno največ na eno nezgodo v posameznem zavarovalnem letu.

### 5. člen Športni obliž

- (1) Zavarovalnica upravičencu izplača enkratni pavšalni znesek v dogovorjeni višini, ki predstavlja denarno nadomestilo Športni obliž, če zavarovanec v roku enega leta po nezgodi zaradi nezgode potrebuje medicinsko nujno zdravljenje v bolnišnici, ki traja neprekinjeno najmanj 7 koledarskih dni. Če zavarovanec v posameznem koledarskem dnevu ne prebije v bolnišnici vseh 24 ur, se ta koledarski dan ne prizna.
- (2) Izplačilo nadomestila iz prejšnjega odstavka je omejeno največ na eno nezgodo v posameznem zavarovalnem letu.
- (3) Kaj šteje za bolnišnico je določeno v tretjem in četrtem odstavku 28. člena splošnih pogojev.

### 6. člen

#### Povračilo stroškov reševanja in prevoza odrasle osebe zaradi nezgode

- (1) Stroški reševanja in prevoza zavarovane osebe zaradi nezgode se povrnejo upravičencu do za to dogovorjene zavarovalne vsote, če nastanejo v roku enega leta po nezgodi, vendar le v primeru, če jih ne nadomesti Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ali kakšen drug nosilec dajatev.
- (2) Stroški reševanja in prevoza odraslega zavarovanca zaradi nezgode se povrnejo samo, če je zavarovanec:
  - v gorah ali na vodi utrpel nezgodo ali zašel v življenjsko nevarnost in ga je bilo zato potrebno rešiti poškodovanega ali nepoškodovanega; ali
  - v gorah ali na vodi umrl zaradi nezgode ali posledic življenjske nevarnosti in se mora zato opraviti prevoz umrlega v kraj njegovega prebivališča.
- (3) Stroški reševanja zaradi nezgode so dokumentirano izkazani stroški iskanja zavarovanca in njegovega prevoza do prve prevozne ceste ali bolnišnice, ki je najbližje kraju nezgode. Stroški reševanja vključujejo tudi stroške reševanja s helikopterjem.
- (4) Stroški prevoza zaradi nezgode so dokumentirano izkazani stroški potrebnega prevoza zavarovanca, ki ga predpiše zdravnik, če se je odrasli zavarovanec ponesečil izven kraja svojega prebivališča. Potreben prevoz je prevoz zavarovanca od kraja nezgode oziroma od prve prevozne ceste ali bolnišnice, ki je najbližje kraju nezgode, do kraja prebivališča zavarovanca. V primeru, če zavarovanec umre zaradi nezgode ali posledic življenjske nevarnosti, so v stroške prevoza vključeni tudi stroški za prevoz umrlega v kraj njegovega zadnjega stalnega prebivališča v eni izmed držav znotraj Evropske unije.
- (5) Stroški prevoza zaradi nezgode vključujejo tudi dokumentirano izkazane stroške nujnega prevoza zavarovanca s sanitetnim letalom, če gre za vrnitev ponesečenega zavarovanca v kraj njegovega prebivališča in če tak prevoz predpiše zdravnik ali pa je po medicinskih vidikih utemeljeno pričakovati stacionarno hospitalizacijo zavarovanca v bolnišnici za čas neprekinjeno najmanj 7 koledarskih dni po prevozu.
- (6) Kaj šteje za bolnišnico je določeno v tretjem in četrtem odstavku 28. člena splošnih pogojev.

### 7. člen

#### Prijava nezgode in uveljavljanje Športnega obliža

- (1) Osebe, ki uveljavljajo pravico do povračila stroškov reševanja in prevoza zaradi nezgode ali do nadomestil za zlom kosti, za popolno pretrganje vezi ali kit ter za poškodbo meniskusa oziroma za delno natrgane kolenske vezi ali kite, morajo prijaviti nezgodo v skladu z določili 43. člena splošnih pogojev.
- (2) Osebe, ki uveljavljajo pravico do denarnega nadomestila Športni obliž morajo pisno prijaviti nastanek zavarovalnega primera v skladu z določili 45. člena splošnih pogojev.

### 8. člen

#### Prenehanje dodatnega paketnega nezgodnega zavarovanja Šport aktiv plus

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

- če preneha nadrejeno nezgodno zavarovanje, h kateremu je sklenjeno dodatno paketno nezgodno zavarovanje Šport aktiv plus;
- če se nadrejeno nezgodno zavarovanje, h kateremu je sklenjeno dodatno paketno nezgodno zavarovanje Šport aktiv plus, spremeni tako, da zavarovalna vsota za kritje rizika trajne nezgodne invalidnosti iz nadrejenega nezgodnega zavarovanja za posamezno zavarovano osebo znaša manj kot 30.000,00 EUR.

## Posebni pogoji za dodatno zavarovanje za primer nezgodne smrti (PPDNS-2011)

### 1. člen

#### Predmet zavarovanja

- (1) Zavarovalnica nudi zavarovalno kritje, če zavarovanec med trajanjem dodatnega zavarovanja umre v nezgodi ali zaradi posledic nezgode v enem letu od dneva nezgode, preden dopolni 70 let starosti. Kot starost zavarovanca se upošteva dejanska starost zavarovanca glede na njegov rojstni datum.
- (2) Zavarovalno kritje za dodatno zavarovanje za primer nezgodne smrti obstaja le, če je za to dodatno zavarovanje plačana premija in če je pripadajoče glavno zavarovanje v celoti veljavno. Sprememba dodatnega zavarovanja za primer nezgodne smrti v premije prosto zavarovanje, odkup dodatnega zavarovanja in izplačilo predujma iz dodatnega zavarovanja ni možno. Pri dodatnem zavarovanju za primer nezgodne smrti udeležbe na dobičku ni.
- (3) Zavarovalnica dodatno zavarovanje za primer nezgodne smrti avtomatično prekine ob 24.00 uri zadnjega dne v mesecu, v katerem je zavarovanec dopolnil 70. leto starosti. S tem dnevom preneha zavarovalno kritje za primer nezgodne smrti.

### 2. člen

#### Zavarovalni primer in pojem nezgode

- (1) Zavarovalni primer je nastanek nezgode. Za nezgodo šteje vsak od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje nenadoma, od zunaj in mehanično ali kemično na zavarovančovo telo ter ima za posledico njegovo smrt.
- (2) Za nezgodo štejejo tudi naslednji, od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:
  - utopitev;
  - opekline, oparine, delovanje strele ali električnega toka;
  - zastropitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, zaužitje strupenih ali jedkih snovi, razen če te snovi učinkujejo polagoma; zaužitje zdravil ali mamil ter zastropitev s hrano v nobenem primeru ne pomeni nezgode.
- (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 poklicno dejavnost s pomočjo letala.
- (4) Za nezgodo ne štejejo bolezni in poklicne bolezni, kakor tudi ne nalezljive bolezni kot posledice nezgode.

### 3. člen

#### Krajevna veljavnost

Zavarovalno kritje velja po celem svetu.

### 4. člen

#### Osebe, ki ne morejo biti zavarovane

- (1) Za dodatno zavarovanje za primer nezgodne smrti se ne morejo zavarovati in v nobenem primeru niso zavarovane osebe, ki so trajno popolnoma nezmožne za delo ali imajo težko živčno bolezen, kakor tudi ne umobolne osebe. Popolna delovna nezmožnost je podana, če se od osebe zaradi bolezni ali hibe po medicinskih stališčih ne sme zahtevati izvajanje pridobitne dejavnosti in pridobitna dejavnost dejansko ni podana.
- (2) Do sklenitve dodatnega zavarovanja za primer nezgodne smrti ne more priti, če gre za osebo, ki ne more biti zavarovana. Če postane zavarovanec med trajanjem zavarovanja oseba, ki ne more biti zavarovana, preneha zavarovalno kritje za primer nezgodne smrti zavarovanca. Istočasno preneha tudi dodatno zavarovanje za primer nezgodne smrti za tega zavarovanca.

### 5. člen

#### Izključitve zavarovanja

- (1) Iz zavarovanja so izključene spodaj opisane nezgode v točkah 1 do 19, razen če je z zavarovalnico posebej drugače dogovorjeno in je plačana ustreza dodatna premija:
  1. Pri uporabi zračnih plovil brez motorja, jadralnih letal s pomožnim motorjem, ultralahkih letal in vesoljskih vozil ter pri padalstvu.
  2. V primeru, da je zavarovanec pilot ali drug član posadke zračnega plovila, in nezgod pri poklicni dejavnosti, ki se opravlja s pomočjo zračnega plovila. Zavarovalno kritje obstaja le v primeru posebnega dogovora za nezgode pri letenju, razen če zavarovanec utrpi nezgodo kot letalski potnik podjetja, ki je uradno registrirano za opravljanje javnega letalskega prometa.

3. Ob udeležbi na tekmah ali pripadajočih treningih s kopenskim, zračnim ali vodnim motornim vozilom, tudi ob ocenjevalnih vožnjah in rallyjih.
  4. Ob udeležbi na državnih ali mednarodnih tekmah na področju smučanja, smučarskih skokov, deskanja na snegu, sankanja, voženj z bobom, skibobom ali skeletonom ter na uradnem treningu za te prireditve.
  5. Pri izvajanju nevarnega športa (npr. ekstremni plezalec, globinski potapljač, skoki z vrvo, skoki z elastiko, ekstremno plezanje, ekstremno smučanje, potapljanje v velikih globinah, heli-ski ipd.).
  6. Pri storitvi ali poskusu storitve kaznivega dejanja s strani zavarovanca, zavarovalca ali upravičenca ali kadar zavarovanec po svoji volji ali zavoljo drugih ali v povezavi s skupino ali organizacijo deluje v aktivnostih za nasilno vplivanje na drugo skupino, podjetje ali vlado, in sicer v obliki terorizma, ugrabitev ali poskusov ugrabitev, napada ali kakršnekoli druge oblike nasilja.
  7. Zaradi sodelovanja pri pretepu po lastni krivdi.
  8. Ki so neposredno ali posredno povezane z vojnimi dogodki in drugimi sovražnostmi do države, četudi ni razglašeno vojno stanje, terorističnimi napadi, državljansko vojno, upori, vstajami, revolucijami, nemiri, izgredi vseh oblik, sodelovanjem zavarovanca v oboroženih silah ali aktivnostih mirovni misij.
  9. Zaradi kakršnegakoli dogodka znotraj označenega minskega polja.
  10. Ki jih posredno ali neposredno povzročijo biološka, kemična ali jedrska katastrofa (tudi jedrska fuzija, jedrska fizika in vpliv jedrskih odpadkov) ter kakršnokoli radioaktivno ali ionizacijsko sevanje.
  11. Ki jih zavarovanec utrpi zaradi motnje zavesti ali zaradi pomembnega zmanjšanja svojih duševnih zmognosti zaradi alkohola, mamil ali zdravil; 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.
  12. Ki jih zavarovanec utrpi zaradi pri njem nastalem srčnem infarktu ali kapi; srčni infarkt v nobenem primeru ne velja kot posledica nezgode.
  13. Ki jih zavarovanec utrpi, potem ko je zbolel za epilepsijo, težko živčno boleznijo ali duševno boleznijo, ali če je postal slep, gluh, hrom.
  14. Zaradi telesnih poškodb ali okvar pri ukrepih zdravljenja in posegih, ki jih zavarovanec izvrši na svojem telesu ali jih pusti izvršiti.
  15. Zaradi samomora, tudi če je zavarovanec dejanje storil v stanju bolezenske duševne motnje, ki izključuje svobodno voljo.
  16. Zaradi umora zavarovanca, ki ga naklepno povzroči upravičenec ter nezgode, ki so v neposredni ali posredni vzročni zvezi s poskusom umora zavarovanca, ki ga stori upravičenec.
  17. Pri upravljanju motornega vozila brez predpisane uradne listine, ki daje pooblastilo za upravljanje in vožnjo na odprti cesti.
  18. Kadar zavarovanec ni na predpisan način uporabljal zaščitne čelade, če je ta predpisana.
  19. Kadar zavarovanec ni bil pripet z varnostnim pasom v vozilu, ki ima vgrajene varnostne pasove, ko je bilo to v gibanju.
- (2) Zavarovalno kritje ne obstaja, če je smrt pretežno posledica bolezni ali bolezenske spremembe ali tovrstne zdravstvene težave, ki ni povezana z nezgodo.

### 6. člen

#### Prijava smrti

- (1) Osebe, ki uveljavljajo pravico do zavarovalne vsote, morajo nemudoma, po možnosti v roku treh dni, po nastopu nezgodne smrti zavarovanca zavarovalnici na svoje stroške predložiti pisni zahtevek in mu priložiti naslednje listine v slovenskem jeziku ali uradnem slovenskem prevodu:
  1. zavarovalno polico, in

2. izpisek iz matične knjige umrlih oseb ali drugo listino, s katero se dokazuje smrt zavarovanca, in
  3. pisno dokazilo o vzroku smrti, in
  4. drugo dokumentacijo, ki je potrebna za rešitev zavarovalnega primera in ugotavljanje obveznosti izplačila zavarovalne dajatve in jo zahteva zavarovalnica glede na okoliščine posameznega primera.
- (2) Zavarovalnica ima pravico zahtevati zdravniški ogled mrliča, obdukcijo in po potrebi tudi izkop trupla.
- (3) Če se namerno ali iz hude malomarnosti krši dolžnost prijave ali odkloni soglasje k ogledu mrliča, obdukciji ali izkopu trupla, je zavarovalnica prosta obveznosti.

#### **7. člen**

##### **Izplačilo zavarovalne dajatve**

- (1) Izplačilo iz zavarovalne pogodbe izvrši zavarovalnica na podlagi izročitve zavarovalne police in 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, upravičencu ne pripadajo zamudne obresti.

#### **8. člen**

##### **Končna določba**

Če v teh pogojih ni določeno drugače, se za dodatno zavarovanje za primer nezgodne smrti smiselno uporabljajo zavarovalni pogoji, ki veljajo za glavno zavarovanje.